

VOLUME 1

Organizadora:

Havena Mariana dos Santos Souza

ATUAÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DURANTE A RESIDÊNCIA



VOLUME 1

Organizadora:

Havena Mariana dos Santos Souza

ATUAÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DURANTE A RESIDÊNCIA



Editora Omnis Scientia

ATUAÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DURANTE A RESIDÊNCIA

Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO – PE

2021

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Organizador (a)

Me. Havena Mariana dos Santos Souza

Conselho Editorial

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Wendel José Teles Pontes

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Cássio Brancalone

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Editores de Área – Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistentes Editoriais

Thialla Laranjeira Amorim

Andrea Telino Gomes

Imagem de Capa

Freepik

Edição de Arte

Vileide Vitória Laranjeira Amorim

Revisão

Os autores



Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.

O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

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

A885 Atuações dos profissionais de saúde durante a residência [livro eletrônico] / Organizadora Havena Mariana dos Santos Souza. – Triunfo, PE: Omnis Scientia, 2021.
114 p. : il.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-88958-44-5

DOI 10.47094/978-65-88958-44-5

1. Saúde pública – Brasil. 2. Sistema Único de Saúde.
3. Residentes (Medicina) – Avaliação. I. Souza, Havena Mariana dos Santos.

CDD 610.737

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

As mudanças na formação dos profissionais de saúde têm ganhado relevância no mundo. No Brasil, o Ministério da Saúde através das Residências Médicas e Multiprofissionais, assume a responsabilidade de orientar a formação desses profissionais para atender às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

No entanto, no início da década de 70 apenas o modelo de Pós-graduação na modalidade de Residência Médica era regulamentado, e somente ao final da mesma década outras categorias profissionais foram incluídas com objetivo de estabelecer um modelo de atenção integral e no desenvolvimento do processo de trabalho integrado entre os profissionais da saúde. De início os programas eram fortemente atrelados à Estratégia de Saúde da Família (ESF), mas atualmente ganham espaço também nos serviços hospitalares.

No contexto atual de pandemia causado pelo SARS-CoV-2, vale destacar a contribuição dos profissionais de saúde residentes prestando a assistência necessária para reduzir a disseminação do vírus, recuperar o estado de saúde dos pacientes, e consequentemente, evitar que os sistemas de saúde ficassem sobrecarregados.

Em nossos livros selecionamos um dos capítulos para premiação como forma de incentivo para os autores, e entre os excelentes trabalhos selecionados para compor este livro, o premiado foi o capítulo 7, intitulado “TELESSAÚDE COMO FERRAMENTA PARA CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL DURANTE A PANDEMIA DO SARS-COV-2”.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....13

ATUAÇÃO DE RESIDENTES EM SAÚDE DA FAMÍLIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Danieli Cristina Scalco

Eli Fatima Monauer

Luana Lunardi Alban

Maria José Alves Boa Sorte Rodrigues

Matheus Henrique Rossatto

DOI: 10.47094/978-65-88958-44-5/13-18

CAPÍTULO 2.....19

FORMAÇÃO DOS RESIDENTES MÉDICOS E OS IMPACTOS GERADOS PELA PANDEMIA DO COVID-19

Hemerson Garcia de Oliveira Silva

Thays Carvalho Caldeira Coelho

Marcos Vinícius Mendes Barroso

Amanda Batista Martins Silva

Henrique de Souza Rodrigues Fajardo

Thaís Ker Bretas Werner

Izabella Silva Figueiredo

Lucianne Vanelle Sales Freitas

Fernanda Caldeira Ferraz Batista

Poliana Gomes Pereira

DOI: 10.47094/978-65-88958-44-5/19-26

CAPÍTULO 3.....27

O COMPROMISSO BIOÉTICO DA ENFERMAGEM, FRENTE A VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO ESTADO DO AMAPÁ

Alana Corrêa Santos

Sarah Bianca Trindade

Luiza Soares Pinheiro

Márcia Eduarda Dias Conceição

Vanessa Gomes de Souza

Camila Rodrigues Barbosa Nemer

Luzilena de Sousa Prudêncio

Nely Dayse Santos da Mata

DOI: 10.47094/978-65-88958-44-5/27-34

CAPÍTULO 4.....35

UM NOVO OLHAR DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA RESIDENTE NA SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria de Lourdes Lima Ferreira

Namir da Guia

DOI: 10.47094/978-65-88958-44-5/35-42

CAPÍTULO 5.....43

RELEVÂNCIA DA INTERVENÇÃO DOS RESIDENTES DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA SALA DE ESPERA EM TEMPOS PÂNDEMICOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Camilla Ytala Pinheiro Fernandes

Ágna Retyelly Sampaio de Souza

Lis Maria Machado Ribeiro Bezerra

DOI: 10.47094/978-65-88958-44-5/43-50

CAPÍTULO 6.....51

O USO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19 EM CASCAVEL/PR

Felipe Gustavo de Bastiani

Matheus Chaves Veronezzi

Evelyn Farias

Yasmin Luisa Dengo Lombardo

Rafaela Zulmira de Oliveira Moraes

Caroline Solana de Oliveira

Mariana Carvalho de Olivera

Gilson Fernandes da Silva

Paulo Guilherme Bittencourt Marchi

Luis Henrique Cerqueira Vila Verde

DOI: 10.47094/978-65-88958-44-5/51-62

CAPÍTULO 7.....63

TELESSAÚDE COMO FERRAMENTA PARA CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL DURANTE A PANDEMIA DO SARS-COV-2

Natalya Juliana da Silva

Maria Eduarda de Araújo Nogueira

Maria Gabriella Leite Silva

Amanda Soares de Vasconcelos

Amanda de Figueirôa Silva

José Reinaldo Madeiro Junior

Carolina Albuquerque da Paz

Nara Miranda Portela

DOI: 10.47094/978-65-88958-44-5/63-70

CAPÍTULO 8.....71

**USO DO ‘SOCRATIVE’ COMO FERRAMENTA DE ENSINO NA ÁREA DA SAÚDE:
REVISÃO INTEGRATIVA**

Larissa Artimos Ribeiro

Amanda Curiel Trentin Corral

Gisella de Carvalho Queluci

DOI: 10.47094/978-65-88958-44-5/71-78

CAPÍTULO 9.....79

**A IMPORTÂNCIA DA TERRITORIALIZAÇÃO PARA ATUAÇÃO COMO RESIDENTE
EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Morgana Gomes Izidório

Pedro Ítalo Alves de Carvalho

Breno Carvalho de Farias

Jessica Cristina Moraes de Araújo

Maria do Socorro Teixeira de Sousa

Francisco Natanael Lopes Ribeiro

Maria Cassiana Rosa Carneiro Cunha

Luís Fernando Cavalcante do Nascimento

Thaís Fontenele de Souza

DOI: 10.47094/978-65-88958-44-5/79-83

CAPÍTULO 10.....84

**AÇÕES DO ENFERMEIRO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT:
UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Hemerson Felipe Fernandes abreu

Ana Paula Cunha Duarte

Liniele Portela Nina da Silva

Patrícia da Silva Pereira dos Reis

Kelly Rose Pinho Moraes

Caroline Natielle Rocha da Silva

Anádia Nathália Matos Araújo Sousa

Antônia Josana Farias

Antônia Katia Lopes Araújo

Fabricia Da Silva Pereira Dos Reis

DOI: 10.47094/978-65-88958-44-5/84-89

CAPÍTULO 11.....90

SÍNDROME DE FOURNIER ASSOCIADA A FÍSTULA ANORRETAL: UM RELATO DE CASO

Hemerson Garcia de Oliveira Silva

Carolina Corrêa Lima

Giselle Pena de Oliveira

Henrique de Souza Rodrigues Fajardo

Alex Loze Rocha

Iago Gama Pimenta Murta

Marcos Vinícius Mendes Barroso

Robson da Silveira

Ana Luiza Soares Toledo

Tadeu Kruschewsky Midlej Neto

Lucianne Vanelle Sales Freitas

Poliana Gomes Pereira

DOI: 10.47094/978-65-88958-44-5/90-96

CAPÍTULO 12.....	97
-------------------------	-----------

RE-LEITURA DOS ESPAÇOS DE CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO PARA A FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL DO RESIDENTE EM SAÚDE

Marília Ximenes Freitas Frota

Joana Angélica Marques Pinheiro

Maria Gyslane Vasconcelos Sobral

Glauber Gean de Vasconcelos

Renata di Karla Diniz Aires

Raquel Sampaio Florêncio

Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa

DOI: 10.47094/978-65-88958-44-5/97-110

SÍNDROME DE FOURNIER ASSOCIADA A FÍSTULA ANORRETAL: UM RELATO DE CASO

Hemerson Garcia de Oliveira Silva¹;

Mestre pela Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), Governador Valadares, MG

Médico no Hospital César Leite (HCL), Manhuaçu, MG.

<http://lattes.cnpq.br/2403157634735390>.

Carolina Corrêa Lima²;

Discente de Medicina, Centro Universitário UNIFACIG (UNIFACIG), Manhuaçu, MG.

<http://lattes.cnpq.br/9175416684893948>

Giselle Pena de Oliveira³;

Discente de Medicina, Centro Universitário UNIFACIG (UNIFACIG), Manhuaçu, MG.

Henrique de Souza Rodrigues Fajardo⁴;

Médico no Hospital César Leite (HCL), Manhuaçu, MG.

<http://lattes.cnpq.br/3234231015031932>.

Alex Loze Rocha⁵;

Médico Residente de Cirurgia Geral, Hospital César Leite (HCL), Manhuaçu, MG.

<http://lattes.cnpq.br/6312225372349968>

Iago Gama Pimenta Murta⁶;

Médico Residente de Cirurgia Geral, Hospital César Leite (HCL), Manhuaçu, MG.

<http://lattes.cnpq.br/3754207223303863>

Marcos Vinícius Mendes Barroso⁷;

Médico no Hospital César Leite (HCL), Manhuaçu, MG.

<http://lattes.cnpq.br/3674438502460501>

Robson da Silveira⁸;

Médico Cirurgião Geral e Urologista, Hospital César Leite (HCL), Manhuaçu, MG.

<http://lattes.cnpq.br/2603949566206677>

Ana Luiza Soares Toledo⁹;

Médico Residente de Cirurgia Geral, Hospital César Leite (HCL), Manhuaçu, MG.

<http://lattes.cnpq.br/7476459832474608>

Tadeu Kruschewsky Midlej Neto¹⁰;

Médico Residente de Cirurgia Geral, Hospital César Leite (HCL), Manhuaçu, MG.

<http://lattes.cnpq.br/6242342557590228>

Lucianne Vanelle Sales Freitas¹¹;

Faculdades Integradas Pitágoras, Montes Claros, MG.

<http://lattes.cnpq.br/6232225213690674>

Poliana Gomes Pereira¹².

Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), Divinópolis, MG.

<http://lattes.cnpq.br/2926105423098795>

RESUMO: Introdução: A Síndrome de Fournier é uma fasciíte necrosante que ocorre em região perineal, perianal e genital, gerada por processo infeccioso de microrganismos aeróbios e anaeróbios. Dentre as manifestações, encontra-se dor intensa local, associada a hiperemia e edema, podendo haver bolhas e escaras, de extensão variável. Febre e calafrios podem ou não ocorrer, bem como cianose e drenagem de secreção purulenta fétida pela ferida. Seu índice de mortalidade se mostra elevado, demonstrando a necessidade abordagem imediata. A maioria dos casos de síndrome de Fournier é apresentada como emergência cirúrgica, necessitando de abordagem médica imediata, com a administração de antibióticos de amplo espectro e procedimento cirúrgico, a partir da remoção do tecido necrótico por meio do desbridamento e de curativos que permitam a reconstrução do tecido desvitalizado. Objetivo: Descrever o caso de um paciente com síndrome de Fournier e os fatores que corroboraram com o estabelecimento do sucesso do tratamento. Metodologia: Trata-se de um relato de caso de um paciente com Gangrena de Fournier, feito na cidade de Manhuaçu, MG, sendo feita uma análise de prontuários. Resultados e Discussão: O paciente deu entrada ao hospital com quadro típico de Síndrome de Fournier. A antibioticoterapia inicial se mostrou ineficiente para conter o processo patológico. Os processos cirúrgicos de desbridamento, colostomia e reconstrução foram aplicados adequadamente para a efetiva terapêutica. Conclusão: A abordagem rápida e eficaz por uma equipe multidisciplinar foi importante para permitir satisfatória recuperação do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Gangrena. Antibioticoterapia. Síndrome de Fournier.

FOURNIER SYNDROME ASSOCIATED WITH ANORRETAL FISTULA: A CASE REPORT

ABSTRACT: Introduction: Fournier's Syndrome is a necrotizing fasciitis that occurs in the perineal, perianal and genital region, generated by an infectious process of aerobic and anaerobic microorganisms. Among the manifestations, there is intense local pain, associated with hyperemia and edema, and there may be bubbles and bedsores, of varying extent. Fever and chills may or may not occur, as well as cyanosis and drainage of fetid purulent secretion from the wound. Its mortality rate is high, demonstrating the need for an immediate approach. Most cases of Fournier's syndrome are presented as a surgical emergency, requiring immediate medical approach, with the administration of broad-spectrum antibiotics and surgical procedure, based on the removal of necrotic tissue through debridement and dressings that allow reconstruction. devitalized tissue. Objective: To describe the case of a patient with Fournier's syndrome and the factors that corroborated with the establishment of treatment success. Methodology: This is a case report of a patient with Gangrena de Fournier, made in the city of Manhuaçu, MG, with an analysis of medical records. Results and Discussion: The patient was admitted to the hospital with a typical Fournier syndrome. The initial antibiotic therapy proved to be inefficient to contain the pathological process. The surgical processes of debridement, colostomy and reconstruction were properly applied for effective therapy. Conclusion: The fast and effective approach by a multidisciplinary team was important to allow a satisfactory recovery of the patient.

KEY-WORDS: Gangrene. Antibiotic therapy. Fournier's syndrome.

INTRODUÇÃO

A Síndrome ou Gangrena de Fournier, é uma fasciíte necrosante considerada rara, que acomete a região perineal, perianal e genital. É ocasionada por microrganismos aeróbicos e aneróbicos por meio de um processo infeccioso, com consequente trombose vascular de tecidos cutâneo e subcutâneo. Tal patologia, quando abordada de maneira ineficaz, pode se estender para a parede do abdômen, membros inferiores, membros superiores e retroperitônio (AZEVEDO *et al.*, 2016).

Foi descrita na literatura pela primeira vez em 1764, por Baurienne e recebeu diversas nomenclaturas. Entretanto, somente após a publicação de trabalhos detalhados sobre essa afecção em 1863 e 1864 pelo urologista Jean Alfred Fournier, consagrou-se a denominação de Gangrena de Fournier (CUSTODIO *et al.*, 2020).

Dentre as manifestações, encontra-se dor intensa local, associada a hiperemia e edema, podendo haver bolhas e escaras, de extensão variável. Febre e calafrios podem ou não ocorrer, bem como cianose e drenagem de secreção purulenta fétida pela ferida (MOREIRA *et al.*, 2017).

A síndrome tende a afetar predominantemente pacientes do sexo masculino, numa proporção aproximada de 10 casos do sexo masculino para 1 do sexo feminino (CARDOSO, FÉRES, 2007). A idade dos pacientes acometidos está em torno da 3ª a 6ª décadas de vida, tendo como fatores de risco o diabetes mellitus, hipertensão arterial, AIDS, sarampo, obesidade, alcoolismo, tabagismo, desnutrição, imunossupressão, infecções perianais e no trato urinário (DORNELAS *et al.*, 2012)

O índice de mortalidade para a síndrome se mostra elevado, alcançando em certos estudos 30% a 50% dos pacientes (HOFFMAN *et al.*, 2009). E ocorre, em sua maioria, devido ao quadro séptico que se instala quando não há tratamento rápido e adequado, podendo ocasionar falência múltipla de órgãos (AZEVEDO *et al.*, 2016). Nesse sentido, a maioria dos casos de síndrome de Fournier é apresentada como emergência cirúrgica, necessitando de abordagem médica imediata, com a administração de antibióticos de amplo espectro e procedimento cirúrgico, a partir da remoção do tecido necrótico por meio do desbridamento e de curativos que permitam a reconstrução do tecido desvitalizado.

O presente trabalho tem como objetivo descrever um relato de caso de um paciente com a síndrome de Fournier, estabelecendo a importância de sua abordagem farmacêutica e cirúrgica rápida e eficaz, a fim de se estabelecer o sucesso do tratamento.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de caso de um paciente idoso internado em hospital no município de Manhuaçu, Minas Gerais em julho de 2019 com o quadro de síndrome de Fournier. O paciente assinou voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme padrão usado pelo COREME do Hospital César Leite, após esclarecimentos dos objetivos do estudo. Foi feita a sua análise de prontuários, baseando sua história clínica e conduta médica em literaturas recentes sobre a Síndrome de Fournier.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Paciente V.A., 67 anos, sexo masculino, sem comorbidades, deu entrada ao Hospital César Leite, no município de Manhuaçu, em Minas Gerais, no dia 04 de julho de 2019, com um possível abscesso em região glútea bilateral, relatando um quadro de febre, hiperemia e edema que evoluiu em cerca 20 dias. Foi iniciada como antibioticoterapia a Ceftriaxona e o Metronidazol, ambos endovenosos, na dosagem de 1g de 12 em 12h e 500mg de 8 em 8h, respectivamente. Na mesma data, foi realizado o primeiro procedimento cirúrgico de desbridamento profundo, com a coleta de material para cultura e antibiograma. Na data seguinte, iniciou o uso triplo dos antibióticos Clindamicina, Ampicilina e Amicacina, sendo associado a curativo com colagenase.

Foi constatado em exame que as proteínas totais eram de 4,8g/dL (VR: 6,0 a 8,0g/dL), a albumina estava em 2,2g/dL (VR: 3,5 a 5,0g/dL) e a globulina em 2,6g/dL (VR: 2,0 a 4,0g/dL). Por isso no dia 06 de julho, foi iniciada a dieta enteral hiperproteica, com acompanhamento de nutricionista.

Ao notar uma má resposta ao tratamento, a equipe médica fez novo desbridamento cirúrgico sendo identificada uma fistula retal, o que levou a confecção da colostomia de proteção no dia 09 de julho. Após dois dias ao procedimento, foi feito novamente o desbridamento, associado à reconstrução de nádega em região perianal.

No dia 13 de julho, o curativo de collagenase foi trocado por creme de ureia, sendo associado a lavagem de ferida com Povidine tópico. Três dias depois com o resultado do exame de cultura denotou presença de bastonetes gram negativo (*Escherichia coli*) e coco gram positivo, não sendo possível isolar o gram positivo. E do antibiograma, o qual denotou resistência a determinados antibióticos, como Amoxicilina com Clavulanato, Ampicilina, Ceftriaxona e Ciprofloxacino, e demonstrou sensibilidade a outros, como Ceftazidima, Gentamicina, Meropenem e Carbapenem com Monobactam. Dessa forma, trocou-se o esquema de antibiótico triplo por Ceftazidima.

No dia 25 de julho, foi feito um avanço de retalho pela equipe de cirurgia plástica, seguindo por uma boa evolução e permitindo alta hospitalar do paciente no dia 02 de agosto de 2019. A colostomia foi mantida até o dia 30 de setembro de 2020, data essa em que também foi feita, sem intercorrências, a reconstrução de ferida do paciente.

O paciente do caso apresenta história típica de acometimento pela síndrome de Fournier, uma vez que se trata de um paciente do sexo masculino, com a idade dentro do que é mais amplamente constatado pela epidemiologia. Tendo em vista que o tempo de internação do paciente foi de 29 dias, esse dado entra de acordo, ainda que se mostre ligeiramente maior, com a taxa média de permanência de 26,1 dias dos pacientes acometidos pela gangrena (ABREU *et al.*, 2014).

A causa dessa síndrome, na maioria das vezes, é uma infecção anorretal, que está frequentemente associada a abscessos perirretais (MELKONIAN, VILLAR, CAMPAÑA, 1999), mostrando-se concordante com o caso relatado. Entretanto, o que surpreendeu a equipe que o atendeu, foi que o paciente não apresentava comorbidades como fatores de risco, os quais são abordados extensamente na literatura e que corroboram com o desenvolvimento da doença.

O diagnóstico é na grande maioria das vezes clínico, confirmado com os achados cirúrgicos (liquefação da gordura subcutânea, falta de sangramento e mínima aderência do tecido subcutâneo) e requer caráter de precocidade. Dentre as alterações laboratoriais podem ser notados quadros anêmicos, leucocitose, aumento da Proteína C Reativa (PCR), hipocalcemia, hiperglicemia, além de elevação da creatinofosfoquinase (CPK) e da velocidade de hemossedimentação (VHS). A Biópsia da fáscia é de grande relevância diagnóstica, sendo considerada padrão ouro, podendo ser realizada durante o desbridamento (SOARES *et al.*, 2008).

Os microrganismos com maior prevalência na síndrome de Fournier são os aeróbios gram negativos, como a *Escherichia coli* e *Klebsiella pneumoniae*, os gram positivos *Staphylococcus aureus*, *S. epidermidis*, *Streptococcus viridans* e *S. fecalis*, os anaeróbios *Bacteróides fragilis*, *B. melaninogenicus*, cocos Gram positivos e *Clostridium species*. (AZEVEDO *et al.*, 2016). Nesse sentido, o resultado do exame de cultura do paciente foi ao encontro do que se é comumente identificado. A antibioticoterapia empregada durante o período de tratamento do paciente parece

ter tido influência direta na evolução da terapêutica do caso apresentado. A abordagem inicial com a Ceftriaxona e Metronidazol e, posteriormente, com o esquema triplo mostrou-se ineficiente para conter o processo patológico desencadeado pelos microrganismos que o originou. Após o resultado do antibiograma, foi possível estabelecer uma terapêutica guiada pela sensibilidade antimicrobiana apresentada, permitindo uma boa resposta e evolução do paciente, o que anteriormente não acontecia, demonstrando o quanto a morosidade do exame repercute negativamente na progressão da doença.

O tratamento cirúrgico da gangrena de Fournier, assim como foi feito no caso apresentado, consiste em desbridamento do tecido necrosado, a fim de se remover todo tecido lesado que possa impedir a ação do antibiótico (CARDOSO, FÉRES, 2007). Como ocorreu com o paciente, a colostomia também é indicada nas situações que facilitam a contaminação fecal. O cuidado com a ferida também foi feito adequadamente, uma vez que curativos a base de collagenase também são preconizados, bem como o uso de antimicrobiano tópico (CANDELARIA *et al.*, 2009). Os métodos de reconstrução empregados pela equipe de cirurgia plástica ao paciente desse relato foram feitos visando minimizar as deformidades, nesse sentido, permitindo um bom resultado estético.

CONCLUSÃO

Apesar da demora na resposta para uma boa evolução do paciente apresentado, nota-se que a equipe de atendimento concluiu com efetividade a sua abordagem, demonstrando a importância do trabalho multidisciplinar direcionado às individualidades apontadas diante do seguimento do caso. As medidas adotadas pela equipe, tais como o desbridamento, a dieta nutricional hiperproteica, a antibioticoterapia ampla, a colostomia e a reconstrução foram satisfatórias para debelar a infecção e permitir a retomada da qualidade de vida do paciente.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Rone Antônio Alves de et al. Síndrome de Fournier: estudo de 32 pacientes - do diagnóstico à reconstrução. *Revista Ged: Gastroenterologia Endoscopia Digestiva*, São Paulo, v. 33, n. 2, p.45-51, 2014.
- AZEVEDO, Cassius Clay S. F. Azevedo et al. Síndrome de Fournier: um artigo de revisão. *Connection Line: Revista Eletrônica do UNIVAG, Várzea Grande*, v. 15, n. 1, p.70-80, 2016.
- CANDELARIA, Paulo de Azeredo Passos et al. Síndrome de Fournier: análise dos fatores de mortalidade. *Rev bras. colo-proctol.* Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 197-202, 2009.

CARDOSO, João B.; FÉRES, Omar. Gangrena de Fournier. Medicina (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 40, n. 4, p.493-499, out./dez. 2007.

CUSTODIO, Salua Alves Ally da Silva *et al.* Síndrome de Fournier: análise de um relato de caso. Brazilian Journal Of Health Review, [S.L.], v. 3, n. 4, p. 7569-7577, 2020.

DORNELAS, Marilho Tadeu *et al.* Síndrome de Fournier: 10 anos de avaliação. Rev. Bras. Cir. Plás., v. 27, 2012.

HOFFMAN, Arthur Leopoldo *et al.* Síndrome de Fournier: Relato de caso. Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 38, suplemento 01, 2009.

MELKONIAN, E. T.; VILLAR, V.M.; CAMPAÑA, G.V. *et al.* Gangrena de Fournier. Revista Chilena Cirurgia, 1999.

MOREIRA, Daniel Rosa *et al.* Terapêutica cirúrgica na síndrome de Fournier: relato de caso. Revista de Medicina, [S.L.], v. 96, n. 2, p. 116, 9 jun. 2017.

SOARES, Thiago Horta *et al.* Diagnóstico e tratamento da Fasciíte Necrosante (FN): relato de dois casos / Necrotizing Fasciitis (NF) diagnosis and treatment: two cases report. Revista Médica de Minas Gerais. Minas Gerais, v. 18, n. 2, p. 136-140, 2008.

Índice Remissivo

A

Abordagem médica 91, 93
Acadêmicos de enfermagem 28, 30, 32
Acessibilidade 34, 71, 73, 77
Ações de enfermagem 85, 86
Adaptação da equipe 14, 17
Ansiedade 23, 37, 39, 40, 41, 42, 44, 47, 104
Antibióticos 91, 93, 94
Antibioticoterapia 91, 93, 94, 95
Aplicativo ‘socrative’ 71, 73
Aprendizagem 66, 71
Atenção ao usuário da saúde mental 35, 41
Atenção primária à saúde 15, 42, 54, 60, 85, 86
Atendimento 14, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 35, 37, 38, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 66, 67, 87, 88, 95, 99, 103, 107
Atitudes e prática em saúde 98
Atividade física na saúde mental 35, 37
Atividades terapêuticas 35

C

Call-center covid-19 52, 55
Campanha de vacinação 28, 29, 30, 32, 33
Centro de atendimento psicossocial (caps) 35
Colostomia 91, 94, 95
Conhecimentos 98
Coronavírus 13, 14, 17, 50, 55, 57, 60
Covid-19 13, 14, 15, 16, 17, 18, 29, 30, 48
Cuidados clínicos 98
Cuidados paliativos 64, 66
Cuidados primários à saúde 14

D

Desparamentação 64, 66

E

Edema 91, 92, 93
Educação em saúde 43, 45, 46, 48, 49, 50, 87
Educação interprofissional 98, 108
Emergência cirúrgica 91, 93
Empoderamento da equipe de enfermagem 28
Enfermeiro 85, 86
Engajamento de professores e estudantes 64
Equipe multiprofissional 14

Equipes de saúde 65, 80, 81
Estratégia de comunicação virtual 52, 59
Estratégia de saúde da família 6, 14, 15, 16, 55
Estresse 39, 40, 44, 45, 47, 103
Ética 15, 18, 28, 29, 33, 34, 55
Exercício físico 35, 36, 37, 39, 40, 41, 48
Experiência e vivências de residentes de saúde da família 52

F

Fila de prioridade 28
Formação interprofissional do residente 98, 100, 102
Formação profissional 64, 100, 104

G

Gestão das tecnologias de informação e comunicação 52
Gestão do cuidado à saúde 52, 54
Grangrena de fournier 91, 92

H

Hiperemia 91, 92, 93
Hospitais 20, 21, 25, 26

I

Impactos da pandemia 20
Implicações bioéticas 28
Imunização 28, 29, 30, 31, 32, 33
Internato e residência 98
Intervenção multiprofissional em uma usf 13, 15
Isolamento social 16, 43, 45, 58, 66

L

Linha de frente 16, 20, 22, 28, 29, 30, 32

M

Manejo da vacina 28, 30
Médicos 20, 22, 23, 24, 25, 26, 57, 58, 66, 67
Médicos residentes 20
Metodologias ativas 71
Microrganismos aeróbios e anaeróbios 91

O

O mundo acadêmico e a realidade prática 20, 23
Organização mundial da saúde 14, 20, 21, 53

P

Pandemia 6, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 32, 34, 43, 45, 50, 52, 53, 55, 59, 60, 64, 65, 66, 68, 69, 77

Paramentação 64, 66

Pessoas com comorbidades 44

Pessoas lgbt 85, 86

Política nacional de saúde integral à população lgbt (pnsiplgbt) 85, 86

Princípios bioéticos 28, 31

Princípios éticos e bioéticos 28, 30, 33

Procedimento cirúrgico 91, 93

Processo infeccioso 91, 92

Processo saúde-doença 80, 82, 101, 102, 106

Processos cirúrgicos de desbridamento 91

Profissionais de educação física 35, 37

Profissionais de saúde 6, 13, 15, 16, 17, 23, 28, 31, 45, 46, 64, 65, 66, 67, 68, 87, 88, 101, 102, 104

Profissionais residentes 52

Programa de residência 13, 15, 16, 18, 20, 23, 45, 54, 82

Programa de residência multiprofissional em saúde da família 13, 15, 16, 18, 54, 82

Programas de especialização 20, 22

Promoção da saúde 35, 40, 41, 45, 46, 47, 50, 80, 81, 83, 85, 86, 87, 103

Q

Qualidade de vida 35, 37, 40, 41, 42, 45, 47, 48, 49, 95, 104

R

Recuperação de saúde 14

Rede de atenção à saúde (ras) 52

Residência em saúde 20, 23, 80, 83

Residência médica 6, 20, 22, 23, 24, 25, 26

Residência multiprofissional em saúde mental e preceptora 35

Residências em saúde 52, 58, 76, 102

Residentes 6, 13, 15, 16, 17, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 38, 43, 46, 52, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 66, 76, 98, 100, 102, 103, 104, 105, 106, 107

Residentes de educação física 43, 46

Residentes multiprofissionais 25, 26, 52, 55, 102, 106

S

Sala de espera 44, 46, 49, 50

Sars-cov-2 6, 13, 14, 20, 21, 29, 32, 34, 53, 54, 69

Saúde coletiva 28, 30, 33, 41, 43, 45, 46, 50, 75, 109

Saúde da família 13, 15, 54, 80, 81, 83, 84, 89, 108

Saúde mental 35

Serviço de enfrentamento à covid-19 20, 23

Serviço de teleatendimento 52, 54, 55, 56

Serviços básicos de saúde 85, 88

Síndrome de Fournier 91, 93, 95, 96
Sistema de saúde 13, 23, 29, 44, 49, 52, 54, 83, 104
Superação das dificuldades 71
Surto epidemiológico 52, 59

T

Tecido desvitalizado 91, 93
Tecido necrótico 91, 93
Tecnologia da informação 64
Tecnologia educacional 71
Tecnologias de informação e comunicação (tic) 52
Telessaúde 64, 65, 69
Territorialização 80, 82
Territorialização em saúde 80, 82
Trabalho coletivo e interprofissional 98, 105
Trabalho multiprofissional 14, 17
Treinamento em serviço 52, 107
Troca de experiências 14, 17

U

Unidade básica de saúde 43, 46, 49
Unidades de terapia intensiva 20, 21

V

Vacinação dos profissionais 28



editoraomnisscientia@gmail.com ✉

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 🌐

@editora_omnis_scientia 📷

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 📘

+55 (87) 9656-3565 📞



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 