

UNIVERSIDADE POLITÉCNICA-Á POLITÉCNICA

Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala-ISPUNA

Licenciatura em Enfermagem

**Cuidados de enfermagem a pacientes com Fascite Necrotizante no sector da Cirurgia do
Hospital Central de Nampula no ano 2023**

Almerina António

Nacala-Porto, Junho de 2024

Almerina António

**Cuidados de enfermagem a pacientes com Fascite Necrotizante no sector da Cirurgia do
Hospital Central de Nampula no ano 2023**

Monografia a ser apresentado ao Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala-ISPUNA, como requisito para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem Geral.

Orientadora: Lic: Florinda Emília João Macachimbira

Nacala-Porto, Junho de 2024

Índice

Folha de Aprovação	v
Dedicatória.....	vi
Agradecimentos	vii
Parecer do supervisor.....	viii
Declaração do estudante	ix
I. Lista de Tabelas	x
II. Lista de Acrónimos, siglas e seus respectivos significados	x
III. lista de gráficos	x
Resumo	xi
Abstract.....	xii
CAPITULO I: Introdução	13
1.1. Tema	15
1.2. Delimitação do Tema.....	15
1.3. Problematização.....	16
1.3.1 Pergunta de partida	16
1.4. Justificativa	17
1.5 Objectivo.....	17
1.5.1 Geral.....	17
1.5.2 Específicos	18
1.6 Perguntas de Partida.....	18
CAPÍTULO II: Referencial teórico	19
2.1 Conceito	19
2.2. Etiologia da FN	20
2.3 Classificação da FN	20
2.4. Factores predisponentes	21
2.5. Diagnostico	22
2.6. Tratamento	23
2.7. Prognostico	25
2.8 Cuidados de Enfermagem	26
2.8.1 Défice no autocuidado	27
2.8.2 Integridade da pele prejudicada	27
2.8.3 Constipação e Risco de constipação	27
2.8.4 Risco de Infecção.....	28
2.8.5 Risco de sangramento	28

2.8.6 Dor aguda.....	29
2.8.6.1 Complicações da dor.....	29
3. Metodologia	31
3.1 Tipo de estudo e Abordagem	31
3.2 Do ponto de visto da natureza.....	31
3.3 Do ponto de vista dos objectivos	31
3.4 Do ponto de vista dos procedimentos	31
3.5 Quanto ao método	31
3.6 População.....	31
3.7 Amostra da pesquisa	32
3.8 Técnicas e Instrumento de Recolha de Dados	32
3.9 Variáveis de estudo	32
3.10 Procedimentos Éticos e Legais	33
4. Apresentação dos resultados.....	34
4.1 Caracterização da Amostra	34
4.2 Categoria profissional	34
4.3 Anos de experiência profissional e nos serviços de Urgência e Reanimação.....	34
4.4 Dados do questionário dirigido aos profissionais de saúde	34
4.5 Dados da observação dos processos clínicos	39
5. Considerações finais e propostas	41
Referências Bibliográficas	44
Anexos (Anexo A: fotos, Anexo B: credencial)	39
Apêndice	43

Folha de Aprovação

Nome: Almerina António

Tema: Cuidados de enfermagem a pacientes com Fascite Necrotizante no sector da Cirurgia do Hospital Central de Nampula no ano 2023.

Trabalho de culminação do curso defendido e aprovado em ____/____/____

O Tutor

O oponente

O presidente

Dedicatória

Dedico este trabalho ao meu Pai falecido (António Cômora), que infelizmente não pude me ver se formar, mas acompanhou-me e deu-me sustento e coragem como meu anjo da guarda.

Agradecimentos

Este trabalho é um símbolo de confiança, e resultado da colaboração de pessoas significativas, que sempre me apoiaram incondicionalmente, principalmente nas horas difíceis que vivi durante estes quatro anos.

Agradeço ao nosso gradioso Pai Celestial, em primeiro lugar, por me conceder a vida e sabedoria, por me dar força para superar as dificuldades

A minha mãe Adelaide Xavier, por tudo o que faz por mim porque sem a sua ajuda eu não teria chegado até aqui, essa mulher que sempre acreditou em mim e sempre estive lá para poder me dar um lar e um apoio incondicional para a realização dos meus projectos e sonhos.

Aos meus irmãos Laura António, Lina António, Zarita António, Reconciliação António, Esperança António, Eldo António e Artimiza António, pela força que me deram durante a pesquisa e por tudo. Ao meu namorado Gerson José Sacara pela força que tem dado todos os dias.

Em especial a todos os meus colegas do curso por serem grandes companheiros durante esta batalha, e que não se esqueçam que a união faz a força sendo porque a Enfermagem é uma família precisando assim do apoio de todos nós para evoluir muito mais, sendo grandes profissionais de saúde.

Aos enfermeiros do Hospital Central em especial dos serviços da Cirurgia pelo apoio e o acolhimento. Um especial obrigado! A minha orientadora Lic. Florinda Emília João Macachimbira a quem tanto admiro um especial obrigado pela disponibilidade, confiança, encorajamento, por ter acreditado em mim e no meu potencial.

A todos muito obrigado!

Parecer do supervisor

Florinda Emília João Macachimbira, na competência de supervisor do trabalho de culminação do curso de licenciatura em Enfermagem, que tem como tema **Cuidados de enfermagem a pacientes com Fascite Necrotizante no sector da Cirurgia do Hospital Central de Nampula no ano 2023**, após de me ter informado sobre o trabalho, confirmo que os requisitos científicos do Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala foram cumpridos.

Nacala-porto, Junho de 2024

(Florinda Emília João Macachimbira)

Declaração do estudante

Almerina António, declaro pela minha honra que este trabalho de culminação do curso é trabalho de esforço e trabalho próprio, está a ser submetida para a obtenção do grau académico de Licenciatura em Enfermagem no Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala.

Nacala-porto, Junho de 2024

(Almerina António)

I. Lista de Tabelas

Tabela 1: Tipos de Fascite Necrotizante

II. Lista de Acrónimos, siglas e seus respectivos significados

- ✓ HCN- Hospital Central de Nampula;
- ✓ FN- Fascite Necrotizante;
- ✓ PE- Processo de Enfermagem;
- ✓ SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem;

III. lista de gráficos

Gráfico 1: conceito da fascite necrotizante

Gráfico 2: factores predisponentes para fascite necrotizante,

Gráfico 3: Assistência Prestada a Pacientes Com Fascite Necrotizante

Gráfico 4: formas de prevenção das complicações da fascite necrotizante

Resumo

A presente investigação cuja temática é a **Cuidados de enfermagem a pacientes com Fascite Necrotizante no sector da Cirurgia do Hospital Central de Nampula no ano 2023**. A fascite necrosante é uma doença rara e grave, causado por bactérias produtoras de toxinas. Sua principal característica é a necrose ampla do tecido subcutâneo, fáscias e nervos. Por se tratar de uma doença incapacitante, gera impactos diretos na saúde do indivíduo, além de acarretar um aumento nos custos por fazer-se necessário maior tempo de internação e uso de antibióticos de largo espectro (SANTOS, 2017). O tratamento preconizado é o desbridamento cirúrgico, antibioticoterapia sistêmica e a participação da equipe interdisciplinar. Em alguns casos mais graves pode haver necessidade de terapia coadjuvante (BARRETO, 2010). Para realização dessa investigação recorreu-se a uma abordagem qualitativa, tendo por objetivo geral *Descrever os cuidados de enfermagem a pacientes com Fascite necrotizante no sector da cirurgia do Hospital Central de Nampula no ano 2023*. Apresenta um carácter descritivo de cariz exploratório, sendo a população alvo 10 profissionais de saúde, dos quais enfermeiros, cirurgiões e médicos e 40 processos clínicos de pacientes com fascite necrotizante. Utilizou-se como instrumento de recolha de informações a entrevista estruturada, mediante o uso de um guião de entrevista com perguntas abertas relacionadas com o tema e guião de observação. Referente a assistência de enfermagem verificou-se a necessidade de formação de capacitação para os profissionais de saúde com o objectivo de actualizar os conhecimentos acerca de assistência de enfermagem em pacientes com fascite necrotizante. No estudo realizado com os profissionais de saúde do HCN, alguns profissionais mostraram ter um conhecimento deficiente sobre a assistência de enfermagem prestada em pacientes com fascite necrotizante e que na prática não existia nenhuma sistematização das assistências para pacientes com fascite necrotizante. Os resultados apontam para a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde sobre os cuidados prestados a um paciente com fascite necrotizante, com o objectivo de actualizar os conhecimentos sobre os cuidados a ter com um paciente com fascite necrotizante.

Palavras-chave: fascite necrotizante, assistência de enfermagem, sistematização da assistência.

Abstract

The present investigation whose theme is Nursing care for patients with Necrotizing Fasciitis in the Surgery sector of the Central Hospital of Nampula in the year 2023. Necrotizing fasciitis is a rare and serious disease, caused by toxin-producing bacteria. Its main characteristic is extensive necrosis of the subcutaneous tissue, fascia and nerves. As it is a disabling disease, it generates direct impacts on the individual's health, in addition to increasing costs due to the need for longer hospitalization and the use of extensive antibiotics (SANTOS, 2017). The recommended treatment is surgical debridement, systemic antibiotic therapy and the participation of an interdisciplinary team. In some more serious cases, there may be a need for adjuvant therapy (BARRETO, 2010). To carry out this investigation, a qualitative approach was used, with the general objective of describing nursing care for patients with necrotizing fasciitis in the surgery sector of the Central Hospital of Nampula in the year 2023. It presents a descriptive character of an exploratory nature, being the target population 10 health professionals, including nurses, surgeons and doctors and 40 clinical files of patients with necrotizing fasciitis. The structured interview was used as an instrument for collecting information, using an interview guide with open questions related to the topic and an observation guide. Regarding nursing care, there was a need for training for health professionals with the aim of updating knowledge about nursing care for patients with necrotizing fasciitis. In the study carried out with HCN health professionals, some professionals showed that they had poor knowledge about the nursing care provided to patients with necrotizing fasciitis and that in practice there was no systematization of care for patients with necrotizing fasciitis. The results point to the need to train healthcare professionals on the care provided to a patient with necrotizing fasciitis, with the aim of updating knowledge on the care to be given to a patient with necrotizing fasciitis.

Keywords: necrotizing fasciitis, nursing care, systematization of care.

CAPITULO I: Introdução

O presente projecto visa abordar sobre Cuidados de enfermagem a pacientes com Fascite Necrotizante no sector da Cirurgia do Hospital Central de Nampula no ano 2023.

A Fascite Necrotizante (FN) é uma infecção rara e grave, caracterizada por necrose extensa e rapidamente progressiva. Ela acomete o tecido celular subcutâneo e a fáscia muscular.^{1,2} Foi descrita em 1871 pelo cirurgião militar Dr. Joseph Jones, entretanto, o termo FN somente foi utilizado em 1952, por Wilson Ben, para descrever a principal característica desta infecção, que é a necrose do tecido celular subcutâneo com preservação relativa do músculo subjacente.

A mortalidade relatada varia de 13% a 76%, sendo influenciada pela precocidade do diagnóstico, abordagem cirúrgica e doenças associadas. Na maior parte dos casos, a extensão da lesão ocorre a partir de pequenos traumas, picadas de insetos ou incisões cirúrgicas. Contudo, em 20% das situações, nenhum trauma prévio pode ser identificado.

O processo inflamatório necrotizante agudo afeta, a princípio, o tecido subcutâneo profundo e a fáscia. Os tecidos mais superficiais e a pele são acometidos secundariamente, em decorrência da lesão vascular, trombose e isquemia – resultantes da ação das citocinas pró-inflamatórias, proteinases e endotelinas. A destruição de nervos subcutâneos ocorre em fases avançadas.

Estudos bacteriológicos detalhados levaram Giuliano Et al. a classificar a FN em Tipo I, que tem flora polimicrobiana representada por bactérias anaeróbias, anaeróbias facultativas e enterobactérias e Tipo II, monomicrobiana e causada pelo *Streptococcus pyogenes* ou, mais raramente, pelo *Staphylococcus* sp.

O diagnóstico é eminentemente clínico e corroborado pelos achados cirúrgicos, que incluem a pouca aderência do tecido subcutâneo, observada à manipulação cirúrgica, ausência de sangramento e liquefação da gordura subcutânea.

Dentre as alterações laboratoriais, observa-se: leucocitose com desvio para a esquerda, anemia, Velocidade de Hemossedimentação (VHS), Proteína C Reativa (PCR) elevadas, hiperglicemia, hipocalcemia e Creatinofosfoquinase (CPK) aumentada, o que sugere extensão da infecção para os músculos. Hemoculturas e cultura de material colhido, no procedimento cirúrgico, poderão auxiliar durante a identificação dos microorganismos envolvidos e a sensibilidade aos antibióticos.

Os métodos diagnósticos por imagem podem fornecer informações adicionais, úteis ao diagnóstico. Contudo, na maioria das vezes, os achados são pouco específicos e não são

imprescindíveis para a abordagem cirúrgica. A biópsia da fáscia é considerada padrão-ouro para o diagnóstico e deverá ser realizada em todos pacientes durante o desbridamento, mesmo naqueles em que seu aspecto macroscópico for normal. Estabelecido o diagnóstico, o tratamento deve ser instituído imediatamente e consiste em reposição volêmica; desbridamento cirúrgico amplo, com retirada de todo material necrótico, incluindo a fáscia; e a utilização de antibióticos de amplo espectro.

1.1. Tema

Para Lakatos & Marconi (2003, p.158) “tema é o assunto que se deseja estudar e pesquisar e, pode perdurar por toda a pesquisa, onde nesse caso, deverá ser frequentemente revisto”. O presente Projecto tem como tema: **Cuidados de enfermagem a pacientes com Fascite Necrotizante no sector da Cirurgia do Hospital Central de Nampula no ano 2023.**

1.2. Delimitação do Tema

Segundo Lakatos & Marconi (2003, p. 161) delimitar a pesquisa é estabelecer limites para a investigação. Partindo deste conceito este estudo será desenvolvido no Distrito de Nampula, Província de Nampula, no Hospital Central de Nampula no ano 2023 que visa compreender quais são os Cuidados de enfermagem a pacientes com Fascite Necrotizante no sector da Cirurgia do Hospital Central de Nampula. A preferência deste local é de trata-se do local de realização do estágio integral rural e por se tratar da unidade sanitária de referência regional (região norte do país).

1.3. Problematização

Fascite necrotizante (FN) é infecção bacteriana destrutiva e rapidamente progressiva do tecido subcutâneo e fáscia superficial, associada a altos índices de morbimortalidade. A FN também tem sido referida como gangrena estreptocócica hemolítica, úlcera de Melaney, gangrena dérmica aguda, gangrena hospitalar, fascite supurativa e celulite necrotizante sinérgica.

Em seu estágio inicial, a FN pode apresentar-se como uma infecção mais superficial de partes moles, como celulite ou erisipela, e com outras semelhanças quanto à etiologia e aos factores predisponentes. E devido à alta frequência, à relativa facilidade no diagnóstico e à boa resposta ao tratamento dessas infecções mais superficiais, pode-se incorrer em falhas terapêuticas nos casos que evoluem com comprometimento da fáscia superficial e tecido subcutâneo, com elevado potencial para complicações graves. Após invasão do microrganismo, a infecção se dissemina aceleradamente de forma que, no decorrer de 24 a 72 horas, o tecido já altera sua tonalidade e ocorre a formação de lesões bolhosas.

Desse modo, torna-se imprescindível um alto índice de suspeição clínica para realização precoce do diagnóstico e tratamento da FN, reduzindo-se as taxas de morbimortalidade.

Durante o estágio rural e integral verificou-se a existência de dificuldade no diagnóstico precoce da fascite necrotizante, do seu tratamento e prestação de cuidados. Em alguns momentos quando o diagnóstico é tardio e o tratamento não se inicia em tempo hábil, o processo evolui rapidamente, podendo estender-se por todo o corpo levando a complicações como septicemia, falência de múltiplos órgãos e morte.

Enfermagem desempenha um papel importante no que se refere à prestação de cuidados integrais visando o atendimento das necessidades humanas básicas, nos diversos níveis de atenção à saúde, necessitando, para tal, um método que lhe permita dispensar assistência qualificada por meio de acções organizadas. Esse método é a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), por meio do Processo de Enfermagem (PE) processo que orienta o cuidado da enfermagem, que se apoia nos passos do método científico compreendido em cinco fases, sendo elas: Investigação, Diagnósticos de Enfermagem, Planejamento e resultados esperados, Implementação e Avaliação.

1.3.1 Pergunta de partida

Conforme descrito acima, a presente pesquisa será guiada pela seguinte pergunta de partida: *Quais foram os cuidados de enfermagem a pacientes com Fascite necrotizante no sector da cirurgia do Hospital Central de Nampula no ano 2023?*

1.4. Justificativa

A realização desta pesquisa visa melhorar a assistência a pacientes com Fascite *necrotizante no sector da cirurgia do Hospital Central de Nampula*. A pesquisa torna-se relevante na medida que ajudará os profissionais de saúde na sistematização da assistência de Enfermagem prestada em casos de Fascite necrotizante, fazendo com que, deste modo, haja redução das taxas de incidência e mortalidade por fascite necrotizante.

A preocupação em estudar esta problemática surge mediante a ocorrência de altas incidências de casos de fascite necrotizante no HCN que na maioria das vezes resultaram em complicações (septicemia, falência de múltiplos órgãos e morte) e pela dificultada por parte dos prestadores da assistência ao paciente com diagnóstico fascite necrotizante.

Para a Universidade a pesquisa facultará aos outros estudantes que pretenderam abordar sobre a fascite necrotizante servindo de base para a realização de diversas pessoas relacionadas com a assistência a fascite necrotizante para além do prestígio que tratará. Para a sociedade a realização desta pesquisa será de grande valia porque haverá melhoria na assistência a casos de fascite necrotizante e deste modo serão prevenidas as complicações fatais que vêm abalando a nossa sociedade que é a perda dos nossos entes queridos. Para mim realizando esta pesquisa adquiro mais conhecimento que servirá como bagagem para utilizar na minha vida profissional e estarei ajudando na resolução deste problema.

1.5 Objectivo

Piletti (2004, p.80), diz que "o termo objectivo diz respeito a um fim que se pretende atingir; é uma descrição clara dos resultados que desejamos alcançar numa certa actividade".

De acordo com Marconi & Lakatos (2002) "toda pesquisa deve ter um objectivo determinado para saber o que se vai procurar e o que se pretende alcançar. "

Para o autor objectivo é o que se almeja alcançar ou atingir.

1.5.1 Geral

De acordo com Marconi e Lakatos (2003) o objectivo geral "está ligado a uma visão global e abrangente do tema. " Esta visão permite ao pesquisador compreender o todo da pesquisa. Neste contexto para esta pesquisa o objectivo geral é: *Descrever os cuidados de enfermagem a pacientes com Fascite necrotizante no sector da cirurgia do Hospital Central de Nampula no ano 2023.*

1.5.2 Específicos

Os objectivos específicos traçados para esta pesquisa são:

- ✓ Mencionar os cuidados de enfermagem a pacientes com Fascite necrotizante no sector da cirurgia do Hospital Central de Nampula;
- ✓ Identificar as formas de prevenção das complicações em pacientes com fascite necrotizante no sector da cirurgia do Hospital Central de Nampula;
- ✓ Identificar as limitações da actuação do enfermeiro na prevenção da fascite necrotizante no HCN.

1.6 Perguntas de Partida

As perguntas de partida para o presente estudo são:

- ✓ Quais são os cuidados de enfermagem a pacientes com Fascite necrotizante no sector da cirurgia do Hospital Central de Nampula?
- ✓ Quais são as formas de prevenção das complicações em pacientes com fascite necrotizante no sector da cirurgia do Hospital Central de Nampula?
- ✓ Quais são as limitações da actuação do enfermeiro na prevenção da fascite necrotizante no HCN?

CAPÍTULO II: Referencial teórico

2.1 Conceito

A Fascite Necrotizante (FN) é uma infecção rara e grave, caracterizada por necrose extensa e rapidamente progressiva. Ela acomete o tecido celular subcutâneo e a fáscia muscular. É uma patologia dos tecidos moles, infrequente e de evolução rápida que pode afetar diversas partes do corpo, como genitália, parede torácica, membros, cabeça e pescoço, estando associada a altos índices de morbidade e mortalidade (FERNANDES, et al., 2011; RAMPELOTTO, et al., 2014).

A mortalidade da FN varia de 13% a 26%, sendo influenciada pela precocidade do diagnóstico, abordagem cirúrgica e presença de doenças associadas. Na maior parte dos casos, o início de lesão ocorre a partir de pequenos traumas, picada de insectos ou incisões cirúrgicas. Contudo, em 20% das situações, nenhuma lesão prévia pode ser identificada. (SOARES, et al., 2008; STEVENS, et al., 2017).

A evolução da FN inicia como área eritematosa, dolorosa e localizada, que aumenta em horas ou dias, associada a edema tecidual importante. Em seguida, ocorre cianose local e formação de bolhas de conteúdo amarelado ou avermelhado escuro. A área envolvida torna-se rapidamente demarcada, circundada por borda eritematosa e recoberta por tecido necrótico. Nesse momento, desenvolve-se anestesia da pele que recobre a lesão devido à destruição do tecido subcutâneo subjacente e trombose dos vasos nutrientes, causando necrose das fibras nervosas. A pele é inicialmente poupada, mas, com a extensão do processo necrótico, torna-se comprometida (COSTA, et al., 2004).

Comumente, o edema pode ser observado antes de outros sinais cutâneos aparecerem. A dor muito intensa e desproporcional, mesmo após o início do tratamento é um indício importante de FN. A necrose da fáscia é tipicamente mais extensa do que sugere o aspecto clínico.

O processo inflamatório necrotizante agudo afecta, a princípio, o tecido subcutâneo profundo e a fáscia. Os tecidos mais superficiais e a pele são acometidos secundariamente, em decorrência da lesão vascular, trombose e isquemia - resultantes da ação das citocinas pró-inflamatórias, proteinases e endotelinas. A destruição de nervos subcutâneos ocorre em fases avançadas (SCHNEIDER, 2004).

A primeira descrição de uma Fascite Necrotizante (FN) foi realizada no século 5 por Hipócrates em um relato de caso, sendo definida posteriormente como uma infecção polimicrobiana severa, às vezes fatal, que se espalha de maneira característica ao longo dos

planos faciais para envolver os tecidos subcutâneos, fáscias, pele e os músculos, caracterizada pela produção intensa de pus com odores característicos. O sangue venoso da região afetada se torna trombolizado, proporcionando a morte tecidual. (MYERS *et. al*, 2000). As regiões mais acometidas são extremidades e abdômen. Em cabeça e pescoço sua frequência é rara e sua causa geralmente é de origem odontogênica, sendo associada a um alto índice de morbidade e mortalidade. (LATEEF *et. al*, 2016).

Pacientes com FN podem evoluir ao óbito de forma súbita e a taxa global de mortalidade atinge entre 25 a 73%, segundo a literatura atual (TAVILOGLU, YANAR, 2007).

Portanto, a FN é rara, difícil de ser diagnosticada e de progressão rápida. O diagnóstico precoce e intervenção imediata torna-se importante para o sucesso do controle e disseminação da doença (SANDNER *et. al*, 2011 e SANDNER *et. al*, 2015).

2.2. Etiologia da FN

O *Streptococcus* hemolítico do grupo A e o *Staphylococcus aureus*, isoladamente ou em sinergismo, são com frequência os agentes iniciadores da FN (COSTA, et al., 2004).

Já não é tão comum quanto antes a FN causada por *Clostridium perfringens*, que, num estudo de 1990, só foi isolado em percentual que variou de 5 a 15% dos pacientes.

No entanto, outros patógenos aeróbios e anaeróbios podem estar presentes, incluindo *Bacteroides*, *Clostridium*, *Peptostreptococcus*, *Enterobacteriaceae*, coliformes, *Proteus*, *Pseudomonas* e *Klebsiella*. O *Bacteroides fragilis* é geralmente encontrado fazendo parte da flora mista, em combinação com *Escherichia coli*. Eles não causam a infecção diretamente, mas podem contribuir na redução da produção de interferon e da capacidade fagocitária de macrófagos e polimorfonucleares (COSTA, et al., 2004).

2.3 Classificação da FN

Esta rara doença pode ser causada por mais de um tipo de bactéria, sendo classificada em duas categorias baseadas na microbiologia e na localização da infecção. Tipo 1 é polimicrobiana envolvendo pelo menos um anaeróbio com ou sem anaeróbios facultativos localizados principalmente no tronco, abdômen e períneo. Tipo 2 é monomicrobiana principalmente pelo grupo A estreptococcus beta hemolítico e ou outros estreptococcus ou estafilococcus e ocorre primordialmente nas extremidades (LATEEF *et. al*, 2016).

A FN é classificada em Tipo I e Tipo II. A do tipo I ou celulite necrosante é caracterizada pelo isolamento de pelo menos uma espécie de anaeróbio obrigatório, como o *Bacterioides* e *Peptostreptococcus*, em combinação com um ou mais organismos anaeróbios facultativos, como o *Enterobacter* e os estreptococos não pertencentes ao grupo A. O tipo I é

mais comum após cirurgias e em pacientes com diabetes e doença vascular periférica (COSTA, et al., 2004).

O tipo II ou gangrena estreptocócica é caracterizado pelo isolamento do *Streptococcus* do grupo A isolado ou associado ao *Staphylococcus aureus*. Ocorre tipicamente após ferimentos penetrantes, procedimentos cirúrgicos, queimaduras e traumas, os mínimos incluídos. No entanto, a história de trauma prévio pode não estar presente em todos os casos (COSTA, et al., 2004).

Em 70% dos casos observa-se o perfil polimicrobiano e metade deles contém microorganismos aeróbios e anaeróbios. O grupo A *estreptococcus* tem sido mais presente em pacientes com quadros de FN (KALKAT *et al*, 2003 e ZHANG *et. al*, 2010).

Quadro Clínico	FN Tipo I	FN Tipo II
Dor /	Presente	Presente
Gás Tecidual	Presente	Ausente
Odor do Exsudato	Forte	Raco
Alterações Cutâneas	Eritema, áreas necróticas, anestesia	Fáscia necrótica
Alterações Sistêmicas	Proeminentes	Proeminentes
Progressão	Rápida	Rápida
Factores Predisponentes	Após cirurgia abdominal ou perineal	Espontânea/traumas mínimos

Tabela 1: Tipos de Fascite Necrosante

Fonte: An bras Dermatol

2.4. Factores predisponentes

Os factores predisponentes incluem as seguintes condições: doenças crônicas (doenças cardíacas, doença vascular periférica, doenças pulmonares, insuficiência renal e diabetes mellitus), abuso de álcool, condições imunossupressoras (uso de corticosteroides sistêmicos, doenças do colágeno, infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), transplantes de órgãos sólidos e doenças malignas em tratamento), uso de drogas endovenosas, cirurgias, varicela em crianças, úlceras isquêmicas e de decúbito, psoríase, contato com pessoas infectadas por *Streptococcus* e traumas cutâneos penetrantes e fechados ou até mínimos (COSTA, et al., 2004; FERRAZ, et al., 2007).

BALI *et. al*, (2012) e JAIN *et. al*, (2008) afirmam que alterações sistêmicas tais como Diabetes Mellitus não controlado, doença renal, doença cardiovascular, doença vascular periférica, cirrose, obesidade e imunossupressão por medicamentos ou pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) são fatores predisponentes à FN .

2.5. Diagnostico

O diagnóstico é eminentemente clínico e corroborado pelos achados cirúrgicos, que incluem a pouca aderência do tecido subcutâneo, observada à manipulação cirúrgica, ausência de sangramento e liquefação da gordura subcutânea. A biópsia da fáscia é considerada padrão-ouro para o diagnóstico e deverá ser realizada em todos pacientes durante o desbridamento, mesmo naqueles em que seu aspecto macroscópico for normal (SOARES, et al., 2008).

Nos estágios iniciais a FN e a celulite são dificilmente distinguíveis. Vários estudos indicam que a FN, frequentemente, começa com celulite e bolhas. Além disso, a FN e a celulite bolho-hemorrágica apresentam muitos outros factores em comum. Ambas são condições dolorosas, com potencial de evoluir rapidamente para necrose e gangrena, possuem os mesmos factores predisponentes e podem ter os mesmos agentes etiológicos (*Streptococcus pyogenes*).

Como na FN, as hemoculturas na celulite bolho-hemorrágica são positivas em mais de 60% dos casos. Em contraste, são invariavelmente negativas em celulites típicas. Indícios para o diagnóstico da FN incluem edema inelástico, cianose, palidez e hipoestesia cutâneas, crepitação, fraqueza muscular, odor fétido de exsudatos, ausência de linfangite, rápida progressão da infecção e falta de resposta à antibioticoterapia convencional. Manifestações sistêmicas de sepse estão usualmente presentes, incluindo alteração do estado mental, taquicardia, taquipnéia, leucocitose ($>12000\text{mm}^3$), febre (38.9- 40.5°C), acidose metabólica e hipocalcemia (SOARES, et al., 2008).

LIMA (2003), diz que aparência relativamente benigna é enganadora e com frequência resulta em retardo no diagnóstico e aumento da morbimortalidade. O diagnóstico precoce é difícil e incerto. Na história clínica, deve-se atentar para os factores predisponentes, presentes na maioria dos casos (71%). Relato de trauma prévio pode ocorrer em grande parte dos casos (lesão de pele, 47% e trauma fechado, 27%).

Testes bacteriológicos (diretos e culturas), a partir do exsudato da ferida, fluido da bolha, tecido excisado, material aspirado do subcutâneo e sangue, são essenciais para o diagnóstico apropriado. Exames radiológicos também são úteis para o estabelecimento do diagnóstico, auxiliando no diagnóstico diferencial, proporcionando intervenção cirúrgica mais precoce e facilitando o plano operatório (COSTA, et al., 2004).

O diagnóstico definitivo é feito à exploração cirúrgica, pela presença de necrose da fáscia. A reação de cadeia polimerase (PCR) só é utilizada para a detecção de exotoxinas pirogênicas estreptocócicas nos tecidos.

Existe dificuldade do diagnóstico precoce desta síndrome e do seu tratamento, dificuldade esta que está presente também nos casos de fascite necrotizante em outras áreas. Quando o diagnóstico é tardio e o tratamento não se inicia em tempo hábil, o processo evolui rapidamente, podendo estender-se por todo o corpo levando a complicações como septicemia, falência de múltiplos órgãos e morte (BARREDA, et al., 2010).

2.6. Tratamento

Estabelecido o diagnóstico, o tratamento deve ser instituído imediatamente e consiste em reposição volêmica; desbridamento cirúrgico amplo, com retirada de todo material necrótico, incluindo a fáscia; e a utilização de antibióticos de amplo espectro. A Oxigenoterapia Hiperbárica (OH) tem sido indicada para o tratamento de FN. A OH não é uma modalidade de tratamento isolada, mas sim um tratamento auxiliar ao tratamento clássico de desbridamento cirúrgico e antibioticoterapia (LIMA, 2003).

A FN é uma emergência cirúrgica e necessita de intervenção imediata. Evidências demonstram que quando o tratamento se baseia em apenas na terapêutica antimicrobiana e apoio, a mortalidade aproxima-se de 100 %. A cirurgia é um meio vital de controle da origem da infecção. O objetivo da intervenção cirúrgica é desbridamento agressivo de todos os tecidos necróticos, até encontrar tecido viável e sangramento saudável.

A enfermagem desempenha um papel importante no que se refere à prestação de cuidados integrais visando o atendimento das necessidades humanas básicas, nos diversos níveis de atenção à saúde, necessitando, para tal, um método que lhe permita dispensar assistência qualificada por meio de ações organizadas. Esse método é a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), por meio do Processo de Enfermagem (PE) processo que orienta o cuidado da enfermagem, que se apoia nos passos do método científico compreendido em cinco fases, sendo elas: Investigação, Diagnósticos de Enfermagem, Planejamento e resultados esperados, Implementação e Avaliação (SILVA, GARANHANI, PERES, 2015).

O tratamento bem-sucedido envolve o diagnóstico precoce, desbridamento cirúrgico radical de todo o tecido necrótico, antibioticoterapia parenteral de amplo espectro e medidas gerais de suporte agressivas. As duas falhas mais comuns no manejo desses casos são o retardo no diagnóstico e o desbridamento cirúrgico inadequado. A realização de apenas incisão e drenagem, é uma estratégia cirúrgica inadequada para essas infecções. O desbridamento cirúrgico imediato (poucas horas após o início da antibioticoterapia) é imprescindível se o eritema não regredir, com incisões longitudinais estendendo-se até a fáscia profunda e além

da área necrótica. Em geral, fazem-se necessários vários desbridamento, e o enxerto de pele é quase sempre necessário (LIMA, 2003).

As medidas gerais de suporte são importantes. A ressuscitação inicial inclui o controle da hipotensão e da disfunção de órgãos decorrentes da sepse severa. Deve-se atentar para a prevenção das complicações associadas ao tratamento intensivo prolongado, incluindo o suporte nutricional e as doenças tromboembólicas.

A antibioticoterapia isolada não é efetiva, devido ao comprometimento da concentração da droga no local da infecção, prejudicada pela necrose e trombose de vasos sanguíneos. A penicilina é o antibiótico de escolha para o tratamento das infecções estreptocócicas e possui amplo espectro de ação: enterobactérias, estreptococos, enterococos e anaeróbios, incluindo *bacteroides spp.* No entanto, a clindamicina pode ser teoricamente superior. Esta última, em experimentos animais, tem demonstrado redução da mortalidade em comparação ao tratamento com penicilina. Um possível mecanismo seria o efeito da clindamicina na síntese protéica, o que poderia diminuir a produção de superantígenos (SOARES, et al., 2008).

COSTA, et al., (2004), afirma que, frequentemente, essas duas drogas são utilizadas em associação para o tratamento das infecções severas por *Streptococcus pyogenes*. Estudos *in vitro* sugerem que não há antagonismo no emprego das duas drogas; entretanto, não há nenhum aumento do efeito bactericida com relação ao uso isolado de uma delas. Um estudo retrospectivo em crianças sugere que a clindamicina, em combinação com beta-lactâmico e cirurgia quando indicada, é o mais efetivo tratamento para infecções invasivas por *S. pyogenes*.

ALVIM (2013), diz que a dose de clindamicina recomendada varia de dois a quatro gramas por dia, iniciada o mais precocemente possível. Quanto à penicilina, recomenda-se utilizar a penicilina G na dose de três a quatro milhões de unidades a cada quatro horas. Quando se suspeita de infecção mista ou por anaeróbios, acrescenta-se um aminoglicosídeo mais clindamicina ou metronidazol. Ainda quando há suspeita de flora polimicrobiana, a monoterapia pode ser usada incluindo imipenem/cilastatina ou ticarcilina/clavulanato ou piperacilina/tazobactam.

Em pacientes alérgicos à penicilina e com alto risco de desenvolver nefrotoxicidade com aminoglicosídeos, terapêutica combinada com cefalosporina de terceira geração antipseudomonas, como a ceftazidima, associada ao metronidazol ou clindamicina, pode ser da mesma forma efetiva.

Outra terapia utilizada é o oxigênio hiperbárico. Existem duas razões para seu uso: o polimorfismo da flora bacteriana com predomínio de anaeróbios e a necrose tissular devida à obstrução microvascular extensa dentro da área infectada. Clark e Moon (2012), acreditam que, apesar de não haver estudos randomizados e controlados que comprovem a eficácia do uso do oxigênio hiperbárico em infecções de partes moles severas, estudos *in vitro* e metaanálises de casos clínicos suportam o emprego dessa terapêutica.

Mathieu (2010), afirma que, a associação de oxigenioterapia hiperbárica com antibioticoterapia e cirurgia é baseada em achados fisiopatológicos consistentes, assim como em evidências de estudos animais. O uso do oxigênio hiperbárico para o tratamento da FN permanece controverso mais pela dificuldade da disponibilidade de equipamento hiperbárico que permita o manejo do paciente em estado crítico do que pelas dúvidas quanto a sua real eficácia.

Actualmente, a amputação só é realizada excepcionalmente, quando o membro acometido já se tornou absolutamente inviável.

2.7. Prognóstico

O prognóstico da FN depende da idade, das co-morbidades e da severidade da síndrome séptica. O mais forte preditor de mortalidade associado com FN é a idade. Em pacientes com menos de 35 anos de idade, a taxa de mortalidade é significativamente mais baixa (0%) quando comparada com a mortalidade em pacientes acima de 70 anos (65%) (COSTA, et al., 2004).

Outros fatores significativamente associados com aumento do risco de mortalidade são a TS-LS, a hipotensão sem outros comensurativos da TS-LS e a bacteremia. No entanto, esta última só pode ser detectada em prazo que varia de 24 a 48 horas depois da apresentação, não servindo como marcador clínico à admissão.

A mortalidade pode chegar a 100% nos casos não tratados cirurgicamente e quando há miosite. Algumas modalidades terapêuticas têm sido associadas com melhora do prognóstico. A administração de clindamicina, isoladamente ou em combinação com a penicilina, tem sido associada com diminuição da mortalidade quando comparada com outros antibióticos.

A despeito do conhecimento e dos avanços no tratamento, a FN permanece com taxas de mortalidade que variam de 35 a 40%. Antes de 1980, pacientes jovens e saudáveis com envolvimento isolado de uma extremidade apresentavam mortalidade menor do que 5%, enquanto naqueles com mais de 50 anos ou com envolvimento de tronco ou períneo, a mortalidade chegava a ser maior do que 60%. A mortalidade é também alta em pacientes com

doenças crónicas, como *diabetes mellitus* ou doenças cardiovasculares. Desde 1990, a taxa de mortalidade global tem sido em torno de 30% (COSTA, et al., 2004).

O diagnóstico precoce e a intervenção cirúrgica rápida e agressiva são a chave para a redução da morbidade e mortalidade. Nos casos diagnosticados e tratados nos quatro dias imediatamente posteriores ao início dos sintomas, a taxa de mortalidade cai para 12%.

2.8 Cuidados de Enfermagem

Os cuidados de enfermagem, que tenha por base o julgamento clínico e o conhecimento, que o enfermeiro executa para melhorar os resultados do paciente, segundo a definição da Nursing Interventions Classification – NIC (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2011).

Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, resolve que o Processo de Enfermagem deve ser realizado de modo deliberado e sistemático, sendo registrado formalmente.

Porém, segundo Cunha e Barros (2005) na prática o PE (Plano de Enfermagem) não vem sendo usado pelas enfermeiras, devido sua falta de decisão com base no raciocínio clínico e ainda por não se preocuparem com a qualidade dos registros referentes à precisão do planeamento do cuidado e, além disso, as fases diagnósticas e de planeamento não são realizadas.

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas se apoia e engloba leis gerais que regem os fenômenos universais. A teoria é baseada na teoria da motivação humana, de Maslow, o qual afirma que Necessidades Humanas Básicas (NHB) são como estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais. Quando a pessoa está em equilíbrio as NHBs não se manifestam, entretanto são latentes, surgindo com menor ou maior intensidade, quando um desequilíbrio se instala. As NHBs são comuns a todas as pessoas, variando apenas o modo como se manifestam e são satisfeitas. Porém, há vários factores que interferem, tais como: individualidade, idade, sexo, cultura, ciclo saúde/enfermidade, ambiente físico, escolaridade, factores socioeconómicos (Andrade e Vieira, 2005),

Proposta de Intervenções de Enfermagem segundo NIC (Nursing Interventions Classification) (2011): na presença dos diagnósticos de Enfermagem reais e de risco e do grande número de intervenções propostas pela NIC – 2011 (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2011). Foi proposto intervenções de Enfermagem para a maioria dos problemas dos pacientes com fascite necrotizante, contextualizado para realidade do campo de estudo. Assim, são propostas para os pacientes com o diagnóstico de dor aguda dezasseis actividades; mobilidade

física prejudicada onze; deficit no autocuidado nove; integridade da pele prejudicada dez; constipação dezassete actividades de intervenção de Enfermagem e para os diagnósticos de risco são propostas dezoito para risco de infecção; para risco de queda dezassete e para risco de sangramento quinze, as actividades de intervenções para risco de constipação são trabalhadas juntamente com as do diagnóstico de constipação.

2.8.1 Défice no autocuidado

- ❖ Dar assistência no banho;
- ❖ Manter cuidados com higiene e conforto;
- ❖ Promover saúde oral;
- ❖ Promover a mecânica corporal;
- ❖ Melhorar a imagem corporal do paciente;
- ❖ Melhorar a auto-estima do paciente;
- ❖ Estimular o exercício de vestir-se.

2.8.2 Integridade da pele prejudicada

- ❖ Observar sinais e sintomas de infecção;
- ❖ Observar e manter cuidados com áreas de pressão;
- ❖ Hidratar a pele, quando necessário;
- ❖ Fazer limpeza diária da incisão operatória;
- ❖ Realizar curativo na área da amputação;
- ❖ Observar e registar possíveis alterações nas extremidades inferiores;
- ❖ Orientar ou posicionar o paciente para um melhor fluxo circulatório;
- ❖ Manter cuidados com artigos de látex, quando necessário;
- ❖ Observar sinais e sintomas de infecção em punção venosa;
- ❖ Observar alterações na pele.

2.8.3 Constipação e Risco de constipação

- ❖ Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de constipação;
- ❖ Anotar data do último movimento intestinal;
- ❖ Monitorar os movimentos intestinais, inclusive a frequência, a consistência, a forma, o volume e a cor das fezes, se apropriado;
- ❖ Monitorar ruídos hidroaéreos;
- ❖ Comunicar médico sobre redução/aumento de frequência de ruídos intestinais;
- ❖ Registar problemas intestinais preexistentes e o uso de laxantes;

- ❖ Encorajar o aumento da ingestão de líquidos, a menos que seja contra-indicando;
- ❖ Avaliar o perfil dos medicamentos quanto a efeitos colaterais gastrointestinais;
- ❖ Orientar o paciente sobre os alimentos específicos que auxiliam na promoção da regularidade intestinais;
- ❖ Orientar o paciente sobre alimentos ricos em fibras, se apropriado;
- ❖ Oferecer líquidos quentes após as refeições, se apropriado;
- ❖ Realizar ênema ou irrigação, conforme prescrição médica;
- ❖ Pesar o paciente regularmente;
- ❖ Ensinar o paciente/família os processos digestivos normais;

2.8.4 Risco de Infecção

- ❖ Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção;
- ❖ Monitorar vulnerabilidade a infecção;
- ❖ Monitorar a contagem absoluta de granulócitos, de glóbulos brancos e os resultados diferenciais;
- ❖ Seguir as precauções para neutropenia, quando apropriado;
- ❖ Limitar o número de visitas, quando apropriado;
- ❖ Manter assepsia do paciente;
- ❖ Providenciar cuidados adequados a pele em áreas edemaciadas;
- ❖ Examinar pele e as mucosas em busca de hiperemia, calor extremo ou drenagem; 9)
Examinar a condição de qualquer incisão cirúrgica/ferida;
- ❖ Promover ingestão nutricional adequada;
- ❖ Encorajar a ingestão de líquidos, quando adequada;
- ❖ Encorajar o repouso;
- ❖ Monitorar as mudanças no nível de energia/mal-estar;
- ❖ Encorajar o aumento da mobilidade e do exercício, quando adequada;
- ❖ Encorajar a respiração e a tosse profundas, quando adequadas;
- ❖ Estimular o paciente a tomar os antibióticos conforme prescrição médica;
- ❖ Orientar o paciente e a família sobre como evitar infecções.

2.8.5 Risco de sangramento

- ❖ Monitorar atentamente o paciente quanto ao sangramento;
- ❖ Observar os níveis de hemoglobina/hematócrito antes e depois de perda de sangue, conforme indicado;

- ❖ Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de sangramento persistente;
- ❖ Monitorar os testes de coagulação, inclusive tempo de protrombina (TP), tempo parcial de tromboplastina (TTP), fibronogênio, degradação da fibrina/ produtos fragmentados da divisão e contagens plaquetárias, conforme apropriado;
- ❖ Monitorar os sinais vitais ortostáticos, inclusive a pressão sanguínea;
- ❖ Manter repouso no leito durante sangramento activo;
- ❖ Administrar derivados do sangue, conforme prescrição médica;
- ❖ Orientar o paciente que deambula a usar sapatos;
- ❖ Proteger o paciente contra o trauma, que possa causar sangramento;
- ❖ Orientar quanto a utilização de escova de dentes macia ou escovinha de limpeza para cuidado oral;
- ❖ Manter cuidados ao usar lâmina de barbear;
- ❖ Orientar o paciente a aumentar a ingestão de alimentos ricos em vitamina K;
- ❖ Evitar constipação;
- ❖ Orientar o paciente e/ou familiares sobre sinais de sangramento e acções apropriadas.

Acredita-se que se cada uma das intervenções de enfermagem apresentadas for utilizada, para definir as actividades a serem executadas, com seus respectivos aprazamentos, resultará não apenas para a uniformidade da linguagem da enfermagem, mas também contribuirá para a individualidade do cuidado prestado aos pacientes em pós-operatório imediato.

Por fim recomenda-se que para implementar os protocolos de intervenções (NIC 2011), faz-se necessário o estabelecimento do que é competência da enfermeira ou actividade independente e do que é dependente de outro profissional por exemplo o médico, ou actividades dependentes, para garantir cuidados de qualidade e visibilidade das actividades da enfermeira e da sua equipe de trabalho.

2.8.6 Dor aguda

A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ao dano tecidual real ou potencial (Merskey & Bogduk, 1994, pag. 430). O tratamento da dor é considerado como uma parte importante do cuidado, sendo a dor referida como o “quinto sinal vital” para enfatizar seu significado e para aumentar a consciência entre os profissionais de saúde sobre a importância do tratamento efectivo da dor.

2.8.6.1 Complicações da dor

Segundo Brunner e Suddarth (2010, pag. 439), a dor aguda não aliviada pode afectar o sistema pulmonar, cardiovascular, gastrointestinal, endócrino e imune.

A resposta ao estresse (“resposta neuroendócrina ao estresse”) que acontece com o trauma também ocorre com outras causas de dor intensa. As alterações endócrinas, imunológicas e inflamatórias disseminadas que acompanham o estresse podem ter efeitos negativos significativos.

Isso é particularmente perigoso nos pacientes cuja saúde já está comprometida por idade, doença ou lesão. Em geral, a resposta ao estresse consiste em taxa metabólica e débito cardíaco aumentados, resposta à insulina comprometida, produção aumentada de cortisol e maior retenção de líquidos. Os pacientes com dor intensa e estresse associado podem ser incapazes de realizar respirações profundas e podem experimentar fadiga aumentada e mobilidade diminuída.

Embora esses efeitos possam ser tolerados pelas pessoas jovens saudáveis, eles podem comprometer a recuperação nos idosos, nas pessoas debilitadas ou cronicamente doentes. O alívio efetivo da dor pode resultar em recuperação mais rápida e resultados melhorados. (Brunner & Suddarth 2010, pag. 439).

3. Metodologia

3.1 Tipo de estudo e Abordagem

A presente pesquisa usará a abordagem qualitativa, através de processos clínicos. A pesquisa qualitativa preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Aplicada inicialmente em estudos de Antropologia e Sociologia, como contraponto à pesquisa quantitativa dominante, tem alargado seu campo de actuação a áreas como a Psicologia e a Educação. A pesquisa qualitativa é criticada por seu empirismo, pela subjectividade e pelo envolvimento emocional do pesquisador. Minayo (2001, p. 14).

3.2. Do ponto de visto da natureza

A pesquisa será básica. Lakatos e Marconi (2002) afirmam que a pesquisa básica visa a construção de conhecimentos uteis para o avanço da ciência sem aplicação pratica prevista.

3.3. Do ponto de vista dos objectivos

A pesquisa será descritiva, a pesquisa descritiva objectiva caracterizar certo fenómeno, como, por exemplo descrever as características de certa população (Gil, 2007).

3.4. Do ponto de vista dos procedimentos

Utilizar-se-ia a pesquisa bibliográfico que segundo Gil (2007) pesquisa bibliográfica é elaborada a partir de material já publicado, como livros, artigos, periódicos, Internet, etc. Pode dizer que essa categoria de pesquisa é um tipo de revisão bibliográfica, ou levantamento bibliográfico.

3.5. Quanto ao método

Utilizar-se-ia método indutivo, que segundo o autor supracitado, o método indutivo parte do particular e coloca a generalização como um produto posterior do trabalho de coleta de dados particulares.

3.6 População

O universo ou a população-alvo é o conjunto dos seres animados e inanimados que apresenta pelo menos uma característica em comum, sendo N o número total de elementos do universo ou da população (Lakatos; e Marconi, 2003). O universo do presente estudo serão os processos clínico arquivado de pacientes com fascite necrotizante, que esteja dentro do período em estudo (2023) e todos os profissionais de saúde do Hospital Central de Nampula.

3.7 Amostra da pesquisa

A amostra é uma parcela convenientemente seleccionada do universo (população); é um subconjunto do universo (Lakatos; e Marconi, 2003, pag. 162). A amostra será constituída por 40 processos clínicos e 10 profissionais de saúde que trabalham no sector de cirurgia.

A amostra foi aleatória simples. O que quer dizer que, a selecção se faz de forma que cada membro da população tinha a mesma probabilidade de ser escolhido. Esta maneira permitiu a utilização de tratamento estatístico que possibilita compensar erros amostra e outros aspectos relevantes para a representatividade e significância da amostra (Lakatos e Marconi, 2003, pag. 163).

3.8 Técnicas e Instrumento de Recolha de Dados

Será realizada a observação directa nos Processos de Internamento dos 40 Pacientes internados por fascite necrotizante, observando as assistências que foram neles prestados.

A observação directa também conhecida como observação passiva. O pesquisador não se integra ao grupo observado, permanecendo de fora. Presencia o facto, mas não participa dele, não se deixa envolver pelas situações, faz mais o papel de espectador. O procedimento tem carácter sistemático. Esse tipo de observação é usado em pesquisas que requerem uma descrição mais detalhada e precisa dos fenómenos ou em testes de hipóteses. Na técnica de colecta de dados, presume-se que o pesquisador saiba exactamente que informações são relevantes para atingir os objectivos propostos. Nesse sentido, antes de executar a observação directa, há necessidade de se elaborar um plano para sua execução.

Também será aplicada a técnica de entrevista semi-estruturada com 10 profissionais de saúde. A entrevista é a técnica em que o entrevistador está presente junto ao informante e formula questões relativas ao seu problema.

O pesquisador organiza um conjunto de questões (roteiro) sobre o tema que está sendo estudado, mas permite, e às vezes até incentiva, que o entrevistado fale livremente sobre assuntos que vão surgindo como desdobramentos do tema principal.

3.9 Variáveis de estudo

Variável é um conceito que contém ou apresenta valores, tais como: quantidades, qualidades, características, magnitudes, traços etc., sendo o conceito um objecto, processo, agente, fenómeno, problema etc. (Lakatos e Marconi, 2003, pag. 244).

- ❖ Idade; Sexo; Raça;
- ❖ Tratamento instituído;
- ❖ Cuidados prestados.

3.10 Procedimentos Éticos e Legais

A realização da investigação foi necessária respeitar os procedimentos éticos recomendados num trabalho deste género. Pois, para investigar e conseguir os dados estatísticos foi preciso elaborar um pedido de autorização que foi entregue no Hospital Central de Nampula.

Após a autorização concedida os participantes serão avisados do dia e da hora em que a entrevista seria realizada. As entrevistas foram realizadas no HCN, nos serviços de Cirurgia, após o horário de trabalho dos participantes permitindo deste modo, que os participantes se sentissem confortáveis e confiantes, revelando assim facilmente as informações para a realização deste estudo. Não será necessário a elaboração de um termo de consentimento livre e informado. É de realçar ainda que em todos os casos os participantes serão informados que a participação será voluntária, que havia a garantia do anonimato e ainda que poderiam decidir em avançar ou recuar durante a investigação.

4. Apresentação dos resultados

Neste capítulo serão apresentados e analisados os resultados obtidos através das entrevistas que foram realizadas onde permitem o entrevistado responder livremente cada pergunta que foi proposto no guião de entrevista, conduzindo a uma descrição sistemática e fiel dos propósitos do participante. Será composta pela análise do conteúdo das entrevistas realizadas com os Profissionais de saúde dos serviços de Urgência e Reanimação no Hospital Central de Nampula.

O investigador, até atingir a fase empírica, atravessa um processo de descoberta e de clarificação. Este capítulo procura reflectir esse processo. O estudo foi realizado no Hospital Central de Nampula, foram entrevistados 15 profissionais de saúde dos Serviços de Cirurgia do Hospital Central de Nampula e foram observados 40 processos clínicos.

4.1 Caracterização da Amostra

Foram entrevistados 10 profissionais de saúde dos Serviços de Cirurgia do Hospital Central de Nampula, que exerciam funções nos Serviços de Cirurgia. Caracterizou-se a amostra de acordo com categoria profissional e anos de experiência profissional e no nos Cirurgia.

4.2 Categoria profissional

Dos 10 profissionais de saúde dos Serviços de Cirurgia do Hospital Central de Nampula, 1 Cirurgião, 2 Médicos e 7 enfermeiros, sendo que dos 6 enfermeiros, 4 são Licenciados em Enfermagem geral e 3 são técnicos de Enfermagem geral.

4.3 Anos de experiência profissional e nos serviços de Urgência e Reanimação

Dos 10 profissionais de saúde dos Serviços de Cirurgia do Hospital Central de Nampula, que constituem a amostra, 1 têm 7 anos de exercício profissional, 2 têm 10 anos de exercício profissional, 4 têm 02 anos de exercício profissional e apenas 3 tem 1 ano de exercício profissional.

4.4 Dados do questionário dirigido aos profissionais de saúde

4.4.1. O que entende por Fascite necrotizante?

Nesta questão pretende-se expor o conhecimento dos profissionais de saúde do Hospital Central de Nampula sobre o que entende por fascite necrotizante.

A Fascite Necrotizante (FN) é uma infecção rara e grave, caracterizada por necrose extensa e rapidamente progressiva. Ela acomete o tecido celular subcutâneo e a fáscia

muscular. É uma patologia dos tecidos moles, infrequente e de evolução rápida que pode afetar diversas partes do corpo, como genitália, parede torácica, membros, cabeça e pescoço, estando associada a altos índices de morbidade e mortalidade (FERNANDES, et al., 2011; RAMPELOTTO, et al.,2014).

Dos entrevistados foi possível verificar que, 3 profissionais que apresentam 30 % da amostra conceituam a fascite necrotizante como sendo uma infecção bacteriana rara e grave que se caracteriza por morte celular da fáscia muscular, enquanto que 2 profissionais representando 20% da amostra define a fascite como sendo infecção que acomete a estrutura da pele e do musculo e os restantes 5 profissionais equivalentes a 50% da amostra demonstram que é uma condição clinica caracterizada por necrose extrema do tecido subcutâneo e da fáscia muscular que evolui rapidamente. Vide o gráfico a baixo:

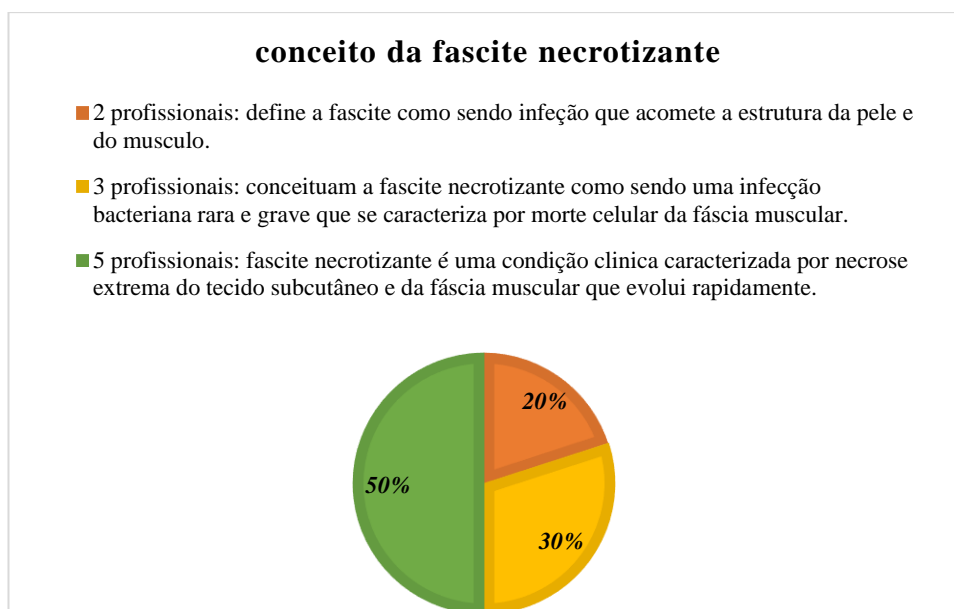


Gráfico 1: conceito da fascite necrotizante
Fonte: Autora, 2024

4.4.2. Quais são as causas e os tipos da fascite necrotizante?

Feita a pergunta com objectivo de se saber quais são as causas e os tipos da fascite necrotizante. Os profissionais de saúde afirmaram de forma categórica para as causas da fascite como sendo: bactérias anaeróbicas e aeróbicas, aeróbicas facultativo, estreptococos hemolíticos do grupo A, estreptococos áureos. E em relação aos tipos apontaram para o FN1 e FN2. Corroboram com COSTA, et al., (2004) que afirma que O Streptococcus hemolítico do grupo A e o Staphylococcus aureus, isoladamente ou em sinergismo, são com frequência os agentes iniciadores da FN.

No entanto, outros patógenos aeróbios e anaeróbios podem estar presentes, incluindo Bacteroides, Clostridium, Peptostreptococcus, Enterobacteriaceae, coliformes, Proteus, Pseudomonas e Klebsiella. O Bacteroides fragilis é geralmente encontrado fazendo parte da flora mista, em combinação com Escherichia coli. Eles não causam a infecção diretamente, mas podem contribuir na redução da produção de interferon e da capacidade fagocitária de macrófagos e polimorfonucleares (COSTA, et al., 2004).

A FN é classificada em Tipo I e Tipo II. A do tipo I ou celulite necrosante é caracterizada pelo isolamento de pelo menos uma espécie de anaeróbio obrigatório, como o Bacterioides e Peptostreptococcus, em combinação com um ou mais organismos anaeróbios facultativos, como o Enterobacter e os estreptococos não pertencentes ao grupo A. O tipo I é mais comum após cirurgias e em pacientes com diabetes e doença vascular periférica (COSTA, et al., 2004).

4.4.3. Quais são factores predisponentes para fascite necrotizante?

Com esta pergunta pretendia-se apurar os factores predisponentes para fascite necrotizante. O gráfico abaixo demonstra que, 6 profissionais de saúde equivalente a 60% apontam para os factores predisponentes os seguintes: doenças crônicas (HIV, diabetes, doenças cardíacas, doença vascular periférica, doenças pulmonares, insuficiência renal), uso de drogas, úlceras isquêmicas e desnutrição, enquanto 4 profissionais que perfaz 40 % da amostra demonstram os seguintes factores: imunodepressão, neoplasias, corpo estranho, transplante de órgãos e isquemia. Porém COSTA, et al. (2004), FERRAZ, et al. (2007) afirmam que os factores predisponentes incluem as seguintes condições: doenças crônicas (doenças cardíacas, doença vascular periférica, doenças pulmonares, insuficiência renal e diabetes mellitus), abuso de álcool, condições imunossupressoras (uso de corticosteroides sistêmicos, doenças do colágeno, infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), transplantes de órgãos sólidos e doenças malignas em tratamento), uso de drogas endovenosas, cirurgias, varicela em crianças, úlceras isquêmicas e de decúbito, psoríase, contato com pessoas infectadas por Streptococcus e traumas cutâneos penetrantes e fechados ou até mínimos

Factores predisponentes para fascite necrotizante

- 6 profissionais de saúde: apontam para os factores predisponentes os seguintes: doenças crônicas (HIV, diabetes, doenças cardíacas, doença vascular periférica, doenças pulmonares, insuficiência renal), uso de drogas, úlceras isquêmicas e desnutrição.
- 4 profissionais demonstram os seguintes factores: imunodepressão, neoplasias, corpo estranho, transplante de órgãos e isquemia.

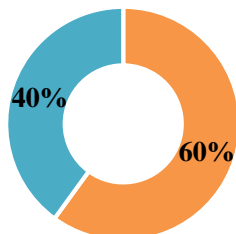


Gráfico 2: factores predisponentes para fascite necrotizante, Fonte: Autora, 2024

4.4.4. Qual é a assistência prestada a pacientes com Fascite necrotizante?

A enfermagem desempenha um papel importante no que se refere à prestação de cuidados integrais visando o atendimento das necessidades humanas básicas, nos diversos níveis de atenção à saúde, necessitando, para tal, um método que lhe permita dispensar assistência qualificada por meio de ações organizadas. Esse método é a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), por meio do Processo de Enfermagem (PE) processo que orienta o cuidado da enfermagem, que se apoia nos passos do método científico compreendido em cinco fases, sendo elas: Investigação, Diagnósticos de Enfermagem, Planejamento e resultados esperados, Implementação e Avaliação (SILVA, GARANHANI, PERES, 2015).

Assistência Prestada a Pacientes Com Fascite Necrotizante

- 4 profissionais: a assistência a ser prestada nos casos de fascite necrotizante é: tratamento antibiótico de amplo espectro, necrotomia, tratar a dor, fazer pensos e medidas gerais.
- 6 profissionais: assistência prestada nos casos de fascite necrotizante: auxiliar e monitorar os sinais vitais do paciente, promover higiene e conforto ao paciente (realizando penso no membro afectado e dando banho o leito do paciente), observar possíveis

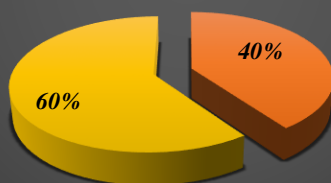


Gráfico 3: Assistência Prestada a Pacientes Com Fascite Necrotizante, Fonte: Autora,

2024

Feita a pergunta com intuito de entender qual é assistência de enfermagem prestada nos casos de fascite necrotizante. 4 profissionais que representa 40% da amostra demonstra que a assistência a ser prestada nos casos de fascite necrotizante é: tratamento antibiótico de amplo espectro, necrotomia, tratar a dor, fazer pensos e medidas gerais enquanto os 6 que perfaz 60% da amostra indica como sendo assistência prestada nos casos de fascite necrotizante: auxiliar e monitorar os sinais vitais do paciente, promover higiene e conforto ao paciente (realizando penso no membro afectado e dando banho o leito do paciente), observar possíveis sinais de dor e tratar lá, rubor, edema, realizar mudança de decúbito para prevenir úlceras de pressão, administrar a medicação prescrita, tratamento cirúrgico adequado (necrotomia).

4.4.5. Quais são as formas de prevenção das complicações da fascite necrotizante?

Com esta pergunta desejava-se apurar as formas de prevenção de complicações da fascite necrotizante. Foi possível apurar que 7 profissionais que equivalem a 70 % da amostra afirmam que as formas de prevenção das complicações são: diagnóstico precoce, tratamento precoce, Antibioterapia imediata e assistência rigorosa, enquanto os 3 profissionais que representam 30% da amostra afirmação que as formas de prevenção são: diagnóstico precoce, higiene pessoal, controlo rigoroso do paciente, tratamento adequando das doenças crônicas e tratamento do HIV, tratamento imediato com antibiótico de amplo espectro.

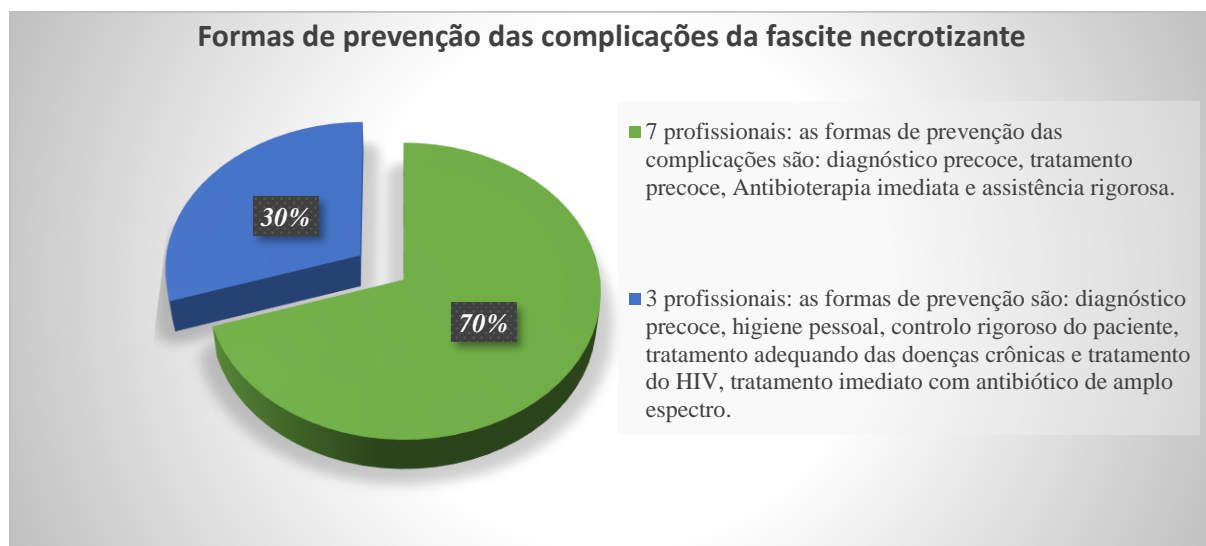


Gráfico 4: formas de prevenção das complicações da fascite necrotizante, **Fonte:** Autora,

2024

4.5 Dados da observação dos processos clínicos

4.5.1. Idade, Sexo e Raça

Dos 40 processos observados referente a pacientes com fascite necrotizante, foi possível verificar que os pacientes tinham a idade compreendida entre 13-80 anos, dos quais 24 do sexo masculino e 16 do sexo feminino, sendo todos da raça negra. Percebe-se que os indivíduos mais afectados são do sexo masculino e afecta diferentes faixas etárias.

"A fascite necrotizante, embora possa ocorrer em qualquer idade e sexo, apresenta uma ligeira predominância em homens. Estudos epidemiológicos indicam que os homens são mais propensos a desenvolver esta condição do que as mulheres, possivelmente devido a diferenças em factores de riscos subjacentes e exposição ao agente infeccioso." (CDC, 2021).

4.5.2. Tratamento clinico instituído

Referente ao tratamento clinico instituído para os casos de fascite necrotizante, verificou-se que tratamento clinico instituído foi:

1. Necrotomia;
2. Antibioterapia: penicilinas ou cefalosporina (para cobrir estreptococos e outros organismos gram-positivos), clindamicina (para inibir a produção de toxinas bacterianas e cobrir anaeróbios), aminoglicosídeo ou fluoroquinilonas (para cobertura de organismos gram-negativo).
3. Suporte hemodinâmicos e cuidados intensivos;
4. Monitoramento e tratamento de complicações.
5. Cuidados de ferida e reabilitação.

"O tratamento da fascite necrotizante requer uma abordagem imediata e agressiva, incluindo desbridamento cirúrgico intenso, administração de antibióticos de amplo espectro por via endovenosa e suporte hemodinâmico intensivo. Terapia adjuvantes como a oxigenopertaia hiperbáricas e a imunoglobulina intravenosa podem ser utilizadas em casos graves para melhorar os resultados." (Smith e Jones, 2022).

4.5.3. Cuidados prestados

Relativamente aos cuidados prestados nos casos de fascite necrotizante, foi possível verificar nos 40 processos clínicos os seguintes:

Avaliar os sinais vitais: nos processos clínicos observados, 20% dos processos os sinais vitais foram avaliados de forma irregular, enquanto 80 % tinham avaliação dos sinais vitais de forma regular de 8/8 horas.

Necrotomia: verificou-se que 100% dos processos clínicos observados, os pacientes foram realizados a necrotomia.

Penso: observou se que 75% dos casos o penso foi realizado de forma regular enquanto que 25% dos casos foram feitos de forma irregular e faltavam algumas informações no registo.

Administrar de soros: foi possível verificar que 15% dos processos não tinham a informação sobre a quantidade a ser administrada e o gotejamento por minutos dos soros, enquanto, 85% dos processos continha a informação sobre a quantidade a ser administrada e o seu devido gotejamento.

Administrar da terapêutica: verificou-se que 100% dos processos foram administrados a terapêutica prescrita, mas 5% dos processos clínicos não tinham informações sobre a via de administração.

Mudança de decúbitos: foi possível verificar que 10% dos processos não tinham a informação sobre o tempo de mudança de decúbito enquanto que 90% continham a informação sobre o tempo de mudança de decúbito.

Elevação do membro afectado: verificou-se que 100% dos casos foram elevados os membros afectados.

5. Considerações finais e propostas

A FN é uma infecção dos tecidos mais profundos, que resulta em destruição progressiva da fáscia muscular e gordura subcutânea subjacente. É uma infecção relativamente pouco frequente, mas altamente letal. O diagnóstico precoce é difícil e ainda mais é tratar efetivamente esta enfermidade. A suspeita e encaminhamento cirúrgico precoce continua a ser essencial, tanto para confirmação diagnóstica quanto para o efetivo tratamento.

A FN revela-se como uma doença destrutiva e de rápida progressão, que deve ser tratada o quanto antes. Nesse sentido, a rápida realização de exames diagnósticos, como por exemplo, a ressonância magnética, mostra-se essencial para o sucesso terapêutico. Outros exames, como os microbiológicos, normalmente apresentam resultados tardios, que podem propiciar agravo da doença. Dessa forma, a realização do desbridamento agressivo da lesão juntamente com antibioticoterapia de amplo espectro ainda é o tratamento mais eficaz para minimizar a evolução e agravamento dessa doença pouco conhecida mundialmente.

No estudo realizado com os profissionais de saúde do HCN, alguns profissionais mostraram ter um conhecimento deficiente sobre a assistência de enfermagem prestada nos casos de fascite necrotizante e que na prática não existiu nenhuma sistematização das assistências para os casos de fascite necrotizante.

A falta de uma sistematização permitiu a compreensão da utilização do Processo de Enfermagem de forma prática, bem como sua importância para uma assistência de enfermagem qualificada. Um plano de cuidados específico e individualizado para o paciente mostra de forma concreta a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem por meio do PE, para que os enfermeiros consigam intervir de forma objectiva sobre as respostas humanas que lhes são apresentadas, obtendo deste modo, melhoria na qualidade de vida e no bem-estar de seus pacientes.

Diante disso, é necessário que o profissional se utilize do conhecimento teórico, da experiência na prática clínica e raciocínio clínico, uma vez que o mesmo paciente pode ser portador de outras co-morbidades que possam estar afectando seu estado geral de saúde e agravando sua queixa principal. Observa-se que haverá melhoria na qualidade da assistência prestada, quando se utiliza o Processo de enfermagem a luz de uma teoria e de uma classificação de diagnóstico de enfermagem para construção do raciocínio clínico na ligação NANDA, NIC e NOC.

Referente aos factores predisponentes os profissionais de saúde apontam para os factores predisponentes os seguintes: doenças crônicas (HIV, diabetes, doenças cardíacas, doença vascular periférica, doenças pulmonares, insuficiência renal), uso de drogas, úlceras isquêmicas e desnutrição, neoplasias, corpo estranho, transplante de órgãos e isquemia. Porém COSTA, et al. (2004), FERRAZ, et al. (2007) afirmam que os factores predisponentes incluem as seguintes condições: doenças crônicas (doenças cardíacas, doença vascular periférica, doenças pulmonares, insuficiência renal e diabetes mellitus), abuso de álcool, condições imunossupressoras (uso de corticosteroides sistêmicos, doenças do colágeno, infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), transplantes de órgãos sólidos e doenças malignas em tratamento), uso de drogas endovenosas, cirurgias, varicela em crianças, úlceras isquêmicas e de decúbito, psoríase, contato com pessoas infectadas por Streptococcus e traumas cutâneos penetrantes e fechados ou até mínimos

Foi possível verificar que os pacientes tinham a idade compreendida entre 13-80 anos, dos quais 24 do sexo masculino e 16 do sexo feminino, sendo todos da raça negra. Percebe-se que os indivíduos mais afectados são do sexo masculino e afecta diferentes faixas etárias.

"A fascite necrotizante, embora possa ocorrer em qualquer idade e sexo, apresenta uma ligeira predominância em homens. Estudos epidemiológicos indicam que os homens são mais propensos a desenvolver esta condição do que as mulheres, possivelmente devido a diferenças em factores de riscos subjacentes e exposição ao agente infeccioso." (CDC, 2021).

O tratamento da fascite necrotizante requer uma abordagem multidisciplinar, envolvendo cirurgiões, especialistas em doenças infecciosas, intensivistas e equipa de enfermagem especializada, para melhorar o prognóstico reduzir a mortalidade associada a esta condução grave.

Este estudo permitiu evidenciar que realmente os profissionais de saúde da Cirurgia da HCN possuem capacidades de para atuarem numa situação de fascite necrotizante e que na prática apesar de não existir nenhuma sistematização das assistências para uma situação de fascite necrotizante, mas todos são capazes de perceber quais são as intervenções de enfermagem para principalmente garantir uma assistência adequada.

Conclui-se que mesmo sendo uma doença grave e que causa grandes danos, a fascite necrotizante pode sim ter bons resultados para o cliente acometido, para que isto ocorra é necessário está em dialogo interdisciplinar na assistência.

Com esta investigação tentou-se efetuar uma nova abordagem do tema, no sentido de obter novos conhecimentos relativamente a área de estudo. Os achados obtidos vêm de alguma forma clarificar as ideias e reforçar os conhecimentos acerca do tema.

De acordo com o tema desenvolvido foi elaborado as seguintes propostas:

- ✓ Criar uma equipa multidisciplinar onde integra cirurgiões, especialistas em doenças infecciosas, intensivistas e equipa de enfermagem especializada,
- ✓ Promover formação de capacitação para os enfermeiros com o fim de actualizar os conhecimentos acerca de assistência a fascite necrotizante;
- ✓ Criação e implementação de um protocolo para o serviço cirurgia do HCN para garantir uma assistência de enfermagem adequada nas situações de fascite necrotizante.

Referências Bibliográficas

1. ALVIM, A. L. S. O Processo de Enfermagem e suas Cinco Etapas. *Enfermagem em foco*, v.4, n.2, p. 140-141, 2013. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/531/214>>. Acesso em: 21 Out. 2023
2. BARREDA, J. T. et al. Gangrena de Fournier: Estudio retrospectivo de 41 casos. *Cirugía Española*, v.87, n.4, p.218-23, 2010. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S_0009739X10000138?via=sd>. Acesso em: 21 Out. 2023
3. BULECHEK, G. M. et al. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
4. COSTA, I. M. C. et al. Fasciíte necrosante: revisão com enfoque nos aspectos dermatológicos. *An Bras Dermatol*, v.79, n.2, p.211-24, 2004 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v79n2/en_20068.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2019.
5. FERNANDES, C. et al. Necrotizing fasciitis post acute appendicitis. *Acta Médica Portuguesa*, 24(S3): p. 621-626, 2011. Disponível em: <<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1554>>. Acesso em: 21 Out. 2023
6. FERRAZ, E. M. et al. Uso do sistema VAC no tratamento da fasciíte necrosante da parede abdominal. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. Rio de Janeiro, v.34, n.4, p.264-71, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912007000400012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21 Out. 2023
7. HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação*. 11ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.
8. HORTA, W. A. *Processo de enfermagem*. 16ª ed. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda, 2005.
9. LIMA, E.B. et al. O papel da oxigenoterapia hiperbárica no tratamento da gangrena gasosa clostridiana e da fasciíte necrotizante. *Jornal Vascular Brasileiro*, v.2, n.3, p.220-4,2003.Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:wCIIECAGVsJ:jvascbras.com.br/pdf/03-02-03/03-02-03-219/03-02-03-219.pdf+&cd=1&hl=ptBR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 21 Out. 2023
10. Lakatos e Marconi (2002), *Técnicas de Pesquisa*; editora atlas, (5ª Edição). São Paulo

11. Lakatos e Marconi (2003), *Fundamentos de Metodologia Científica*; Atlas Editora, (5ª Edição). São Paulo.
12. MOORHEAD, S. et al. *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
13. MINAYO, M. C. S. *O Desafio Do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa Em Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2007.
14. NANDA I. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação* –. 2009 -2011. Porto Alegre: ARTMED, 2010.
15. RAMPELOTTO, R. F. et al. Fasciite necrosante por *Streptococcus agalactiae* em paciente diabética – relato de caso. *Scientia Medica*, v.24, n.2, p.182-186, 2014. Disponível em: < file:///C:/Users/barra/Downloads/16417-70348-3-PB%20(1).pdf>. Acesso em: 21 Out. 2023
16. Sabiston DC, et al. (2010), *Sabiston tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna*. 18ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. 2 v.
17. Suddarth Brunner (1985), *Nova Prática De Enfermagem*, 3º edição, editora Lidel. Lisboa;
18. SCHNEIDJER, J. I. Rapid infectious killers. *Emergency Medicine Clinics of North America*. n.22, p.1099-1115, 2004. Disponível em: <[https://www.emed.theclinics.com/article/S0733-8627\(04\)00069-0/fulltext](https://www.emed.theclinics.com/article/S0733-8627(04)00069-0/fulltext)>. Acesso em: 21 Out. 2023
19. SILVA, J. P., GARANHANI, M. L., PERES, A. M. Sistematização da Assistência de Enfermagem na graduação: um olhar sob o Pensamento Complexo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 23, n. 1, p. 59-66, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00059.pdf>. Acesso em: 21 Out. 2023.
20. SOARES, T.H., et al. Diagnóstico e tratamento da Fasciíte necrotizante. *Revista médica de Minas Gerais*. V.18, n.2, p. 136-140, 2008. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/523>>. Acesso em: 21 Out. 2023. STEVENS, D.L; BRYANT, A.E. Necrotizing Soft-Tissue Infections. . *The New England Journal of Medicine*, p. 2253-2265, 2017. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/13f6/aa5dd88abe13ec366496fd5bb4d84a3c6894.pdf>>. Aces so em: 21 Out. 2023

Anexos (Anexo A: fotos, Anexo B: credencial)

Anexo A: fotos



Legenda: Lesões de uma fascite necrotizante, fonte: Autora, 2024



Legenda: o profissional de Enfermagem fazendo penso, fonte: Autora, 2024



Legenda: o membro depois de ser feito penso, fonte: Autora, 2024

Apêndice

APÊNDICE A

ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Parte I:

a) Área de formação: _____

b) Tempo de serviço: _____

Parte II: Questões relacionadas com o tema de pesquisa:

1. Que entende por Fascite necrotizante?

2. Quais são as causas e os tipos da fascite necrotizante?

3. Quais são factores predisponentes para fascite necrotizante?

4. Qual é a assistência prestada a pacientes com Fascite necrotizante?

6. Quais são as formas de prevenção das complicações da fascite necrotizante?

APÊNDICE B: Guião de Observação de Recolha de dados

N	Sexo, Raça, Idade	Tratamento Clínico instituído	Cuidados prestados
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			