



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PUÉRPERA COM FASCEÍTE NECROTIZANTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

NURSING CARE FOR PUERPERAL WOMAN WITH NECROTIZING FASCIITIS: EXPERIENCE REPORT

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA MUJER DESPUÉS DEL PARTO CON FASCITIS NECROTIZANTE: RELATO DE EXPERIENCIA

Amuzza Aylla Santos¹, Francisco Carlos Lins da Silva², Karla Romana Ferreira Souza³, Fabiani Tenório Xavier Póvoas⁴, Maria Lysete de Assis Bastos⁵, Ingrid Martins Leite Lúcio⁶

RESUMO

Objetivo: relatar a experiência sobre a assistência de enfermagem prestada a uma puérpera. **Método:** estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido pelos enfermeiros e alunos do curso de Enfermagem a uma puérpera que apresentou fasceíte necrotizante de mama após 18 dias de puerpério. A coleta de dados foi realizada no Alojamento Conjunto do Hospital das Clínicas de Pernambuco localizado no 5^o andar, no período de 8 a 21/7/2008. Foram utilizados o livro de Registro de Consulta de Enfermagem e um diário de campo. **Resultados:** do internamento até a alta foram traçados diagnósticos e intervenções baseadas na Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem-CIPE®. **Conclusão:** o reconhecimento precoce da doença e a realização do tratamento imediato são de suma importância para um prognóstico favorável, bem como a orientação prestada no pré-natal para que futuramente, casos como estes não voltem a acometer as puérperas. **Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem Obstétrica; Período Pós-Parto; Infecção.

ABSTRACT

Objective: to report the experience of the nursing care provided to a puerperal woman. **Method:** a descriptive study, experience report, developed by nurses and nursing students from a postpartum woman who had breast necrotizing fasciitis after 18 days postpartum. Data collection was performed at the rooming Hospital das Clínicas of Pernambuco located on the 5th floor, from 8 to 7/21/2008. We used the book Nursing Consultation Reports and field notes. **Results:** from the entry until hospital discharge diagnoses and interventions were drawn based on the International Classification of Nursing Practice-ICNP®. **Conclusion:** early recognition of the disease and prompt treatment are of paramount importance for a favorable prognosis, as well as the guidance provided at the prenatal so that future cases like these do not come to affect the mothers. **Descriptors:** Nursing Diagnosis; Obstetrical Nursing; Postpartum Period; Infection.

RESUMEN

Objetivo: presentar la experiencia de la asistencia de enfermería a una puérpera. **Método:** estudio descriptivo, tipo relato de experiencia, desarrollado por enfermeras y estudiantes de enfermería de una mujer después del parto que había Fascitis necrotizante del mama 18 días después del parto. La recolección de datos se llevó a cabo en el Hospital de Pernambuco ubicado en el piso 50, del 8 al 21/07/2008. Se utilizó el libro de registros de consulta de enfermería y un diario de campo. **Resultados:** los diagnósticos y las intervenciones fueron elaboradas sobre la base de la Clasificación Internacional de la Práctica de Enfermería CIPE ®-internación hasta el alta. **Conclusión:** el reconocimiento temprano de la enfermedad y el tratamiento oportuno son de suma importancia para un pronóstico favorable, así como la orientación prenatal proporcionada para que futuros casos como estos no vuelven a afectar a las madres. **Descriptores:** Diagnóstico de Enfermería; Enfermería Obstétrica; Periodo Postparto; Infección.

¹Enfermeira, Professora Mestre, Curso de Enfermagem, Faculdade Estácio de Alagoas/FAL. Maceió (AL), Brasil. E-mail: amuzzasantos@bol.com.br; ²Médico Especialista, Unidade Básica de Saúde PAM Salgadinho. Maceió (AL), Brasil. E-mail: Francisco.lins23@gmail.com; ³Enfermeira Mestre, Hospital das Clínicas/HC/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: karlaromana@ig.com.br; ⁴Acadêmica de Enfermagem, Faculdade Estácio de Alagoas. Maceió (AL), Brasil. E-mail: fabianipovoas@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Professora Doutora, Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem/PPGEnf/ESENFAR/UFAL. Maceió (AL), Brasil. E-mail: lysetebastos@gmail.com; ⁶Enfermeira, Professora Doutora, Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem/PPGEnf/ESENFAR/UFAL. Maceió (AL), Brasil. Maceió (AL), Brasil. E-mail: ingrid_lucio@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Fasceíte Necrotizante (FN) é uma síndrome clínica rara, grave, potencialmente fatal e definida como processo infeccioso grave representado por gangrena aguda com evolução progressiva para necrose da pele, tecido subcutâneo, fâscias superficiais e músculo.¹

A FN é um dos sinônimos da Síndrome de Fournier (denominação somente utilizada quando o processo infeccioso acomete a região genital, perineal e/ou perianal). Esta síndrome foi descrita pelo médico urologista francês Jean Alfred Fournier, em trabalhos publicados no século XIX, como gangrena idiopática fulminante que destrói rapidamente a genitália, recebendo o nome de gangrena de Fournier, sendo posteriormente considerada uma síndrome. Outras denominações para a síndrome são fascite necrosante do períneo, gangrena escrotal, celulite necrosante sinérgica, gangrena sinérgica, gangrena idiopática, gangrena fulminante.²⁻³

Descrita como FN pela primeira vez por Wilson, em 1952 e relatada na área de Ginecologia e Obstetrícia Em 1972.⁴ A origem desta síndrome decorre do sinergismo de microrganismos aeróbios e anaeróbios muito virulentos disseminando-se rapidamente pelas fâscias, envolvendo pele e vasos da região acometida, o que ocasiona altas taxas de mortalidade em razão da liberação de toxinas pelos patógenos na corrente sanguínea, resultando em septicemia e choque séptico, que podem levar à morte dentro de 24 à 96 horas de andamento da doença.⁵ A mortalidade varia de 13% a 26%, sendo influenciada pela precocidade do diagnóstico, abordagem cirúrgica e doenças associadas.⁶

Inicialmente achava-se que a doença era limitada ao sexo masculino, de causa desconhecida e fulminante, contudo, apesar de sua alta incidência no sexo masculino, sabe-se hoje que esta doença acomete ambos os sexos, e que em 20 a 30% dos casos a causa não possa ser determinada.^{2,7}

Indivíduos imunodeprimidos com infecção pelo HIV ou realizando quimioterapias, terapia com esteroides, diabéticos, etilistas crônicos ou com alguma doença imunossupressora são susceptíveis a apresentarem mais comumente a FN.⁸

As portas de entrada mais comuns são problemas no trato urogenital, cirurgias e afecções dermatológicas (hemorroidas, hérnias, cateterismo uretral, biópsia prostática, entre outros) pode estender-se à

parede abdominal e axilas, porém é menos comum nas regiões cefálica e cervical.^{2,5,8}

O coito também já fora relatado na literatura como causa menos comum, contudo Fournier considerava improvável o coito como condicionantes para o desenvolvimento da doença.⁷ Os sintomas e sinais clínicos da FN, geralmente começam no sétimo dia após o início do processo infeccioso, apresentando no estágio inicial infecção localizada na fâscia superficial, em seguida ocorre trombose de pequenos e médios vasos sanguíneos no qual, a pele apresenta-se edemaciada e eritematosa desenvolvendo vesículas devido a perfusão inadequada.^{2,5} Posteriormente, a pele torna-se isquêmica e necrótica, geralmente precedida por dor local muito intensa acompanhada de toxemia sistêmica.⁵

O exame anatomopatológico é o método de diagnóstico mais preciso para identificação precoce da doença e a tomografia computadorizada com contraste é importante para verificar a extensão da doença, a relação com estruturas anatômicas e localização do sítio primário da infecção.¹

O desbridamento cirúrgico precoce, agregado a antibioticoterapia de amplo espectro e suporte hemodinâmico são essenciais para o tratamento. O desbridamento cirúrgico realizado antes de 48 horas a partir do diagnóstico a taxa de sobrevivência é superior a 75%. Este procedimento é a parte mais importante do tratamento devendo ser realizadas múltiplas incisões escalonadas e em número suficiente para promover a drenagem e o desbridamento eficaz da região acometida, o que se indica novos desbridamentos no início do tratamento, conforme a evolução clínica do paciente.⁹

O tratamento de suporte inclui reposição de volume hídrico, analgesia, aporte nutricional com dieta hiperprotéica e hipercalórica, além do apoio psicológico. Após o tratamento cirúrgico e definição da integridade dos planos teciduais, deve-se programar reconstrução e enxertos de pele.¹⁰

Existe dificuldade do diagnóstico precoce desta síndrome e do seu tratamento, dificuldade esta que está presente também nos casos de fasceíte 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.⁷

Diante do exposto este estudo objetiva relatar a experiência sobre a assistência de enfermagem prestada a uma puérpera.

MÉTODO

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, com uma puérpera que apresentou fasceíte necrotizante de mama após 18 dias de puerpério, desenvolvido pelos enfermeiros e alunos do curso de Enfermagem no Alojamento Conjunto do Hospital das Clínicas de Pernambuco, o qual presta atendimento as gestantes de alto risco. A coleta de dados foi realizada no quinto andar, no período de 08 à 21/07/08.

Para realização da coleta de dados foi utilizado o livro de Registro de Consulta de Enfermagem e diários campos, além da análise do prontuário para levantamento documental, bem como a observação direta da evolução clínica da doença pela assistência de enfermagem prestada. A análise dos dados foi baseada nas etapas do Processo de enfermagem: observação, anamnese, diagnóstico e intervenções de enfermagem, consultas aos exames e ao prontuário.

• Descrição do caso

SMF, 19 anos, sexo feminino, natural e residente na cidade do Recife/PE/Nordeste do Brasil. Em 07/07/08 foi admitida no Alojamento Conjunto do Hospital das Clínicas de Pernambuco, no 18º dia de puerpério (pós-parto normal), apresentando aumento do volume da mama esquerda com presença de calor e rubor há 05 dias. Relata termoterapia nesta mama no mesmo dia. Quanto aos antecedentes: Gesta I Para I Aborto 0.

Ao exame físico apresentava-se com EGB, consciente, orientada, hipocorada (+/4+), acianótica, anictérica, afebril (temp. 36,2°C), eupneica, normotensa (PA: 100 X 60 mmHg), pulsos periféricos (+), cheios, fortes, regulares. Mamas aquecidas, presença de rubor e dor intensa à palpação de mama esquerda. Foi realizada ultrassonografia no momento da admissão, no qual, não foi evidenciado coleção no parênquima mamário. Apresentando diagnóstico médico de Fasceíte Necrotizante na mama esquerda, sendo submetida à mastectomia da mesma.

• Elaboração da Assistência de Enfermagem

Durante o internamento da puérpera foram realizados procedimentos e dentre eles a mastectomia simples da mama esquerda, a enfermagem foi acionada para realização dos curativos. Durante todo tempo os enfermeiros e alunos de enfermagem prestaram assistência baseada no processo de enfermagem,

construindo diagnósticos e intervenções para estabelecimento da puérpera.

Com os dados obtidos na primeira etapa do processo de enfermagem foi possível estabelecer diagnósticos de enfermagem, com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)¹¹ e as respectivas intervenções de enfermagem, conforme apresentado a seguir: a) Na admissão - Diagnósticos: Ingurgitamento mamário em nível aumentado; Integridade tissular comprometida; Dor cutânea com potencial para aumento em mama esquerda ocasionada por almofada para compressa quente; Inflamação presente; Risco para infecção. Intervenções realizadas: alívio da dor, alívio da mama, proteção contra infecção; b) Após resultado dos exames - Diagnóstico: Infecção presente. Intervenções realizadas: controle da infecção, administração de medicamentos; c) Após o Desbridamento cirúrgico - Diagnósticos: Ferida com potencial para aumento; Susceptibilidade para infecção com potencial para aumento; Recuperação cirúrgica comprometida; Resposta psicossocial no gerenciamento da dor melhorado. Intervenções realizadas: realização de curativo, controle da infecção, administração de medicamentos, apoio psicológico; d) Mastectomia simples - Diagnósticos: Recuperação cirúrgica de julgamento positivo; Atitude sobre a cirurgia de julgamento negativo; Autoimagem comprometida; Autoestima baixa; Risco para depressão; Recuperação emocional dependente de terapia. Intervenções realizadas: realização de curativo, administração de medicamentos, apoio psicológico.

A taxonomia da CIPE é uma proposta positiva para a enfermagem, sugerindo a inclusão de vocábulos em um sistema computadorizado, para que seja utilizado universalmente pelos profissionais de enfermagem. Entretanto, há necessidade de se incluir diversos termos que aumentem o leque de possibilidades e o aprofundamento na construção da SAE, onde na própria CIPE¹¹ é inferido que “[...] a CIPE não está completa; ela é dinâmica.”

Tomando a CIPE como referência o enfermeiro desempenha com mais propriedade a assistência prestada aos pacientes e, aqui em particular, àqueles que necessitam de tratamento de feridas, pois acompanha a evolução da lesão, orienta e executa o curativo, bem como detém maior domínio desta técnica, em virtude de ter em sua formação esta prática como uma de suas atribuições.¹²

É de inteira responsabilidade do enfermeiro, observar a evolução do processo cicatricial e avaliar os possíveis eventos que interfiram nesse processo de recuperação da lesão.¹³ Realizar um histórico de avaliação do cliente abrangente contribui incontestavelmente para avaliar todos os atuais e possíveis fatores que determinem ou condicionem a boa ou má evolução cicatricial da ferida.¹⁴⁻¹⁵

A existência de um protocolo institucional no tratamento de feridas contribui sobremodo na prestação dos cuidados, sendo que sua ausência não caracteriza um entrave para a avaliação da ferida e consequentemente os cuidados direcionados, como, por exemplo, a escolha dos agentes tópicos e das coberturas a serem utilizadas.¹⁰⁻¹¹

Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) - composta por cinco pilares: anamnese, diagnóstico de enfermagem, intervenções de enfermagem, resultados esperados e avaliação dos resultados - possibilita montar um plano de ação direcionado e eficaz, sendo o diagnóstico o norteador da prestação dos cuidados.¹⁶

A falha nesse processo desencadeia funestas consequências, promovendo sequelas irreversíveis, sejam elas físicas e/ou emocionais, além do desconforto de um internamento prolongado e maior onerosidade (seja para o cliente ou para as contas públicas) decorrente do maior tempo de internamento e da necessidade da utilização de medicamentos mais caros e por vezes mais agressivos ao organismo, que seriam desnecessários se o cuidar tivesse sido eficiente.¹⁷

A aplicação da metodologia da SAE é o elemento utilizado pelo enfermeiro para pôr em prática seu embasamento científico em benefício do cliente, caracterizando sua prática profissional e definindo assim o seu papel.¹²

A literatura descreve que se deve considerar a utilização de recursos para o cuidado de feridas de modo a acelerar sua cicatrização e reparação tecidual, bem como, que esses recursos estejam associados a um processo multifatorial e de caráter multidisciplinar.¹⁴

A integração da equipe multiprofissional, principalmente em casos complexos como o da FN, é fundamental, visto que inúmeros fatores contribuem consideravelmente para melhora ou piora do prognóstico. Trabalhar adequadamente a nutrição, as doenças pré-existentes e dar suporte psicológico são pequenos pontos de importantes resultados na

construção do processo de cura e reabilitação. Não obstante, as seqüelas são inevitáveis e a qualidade de vida desses pacientes fica prejudicada em menor ou maior grau.^{12,14-15}

O processo que envolve o cuidar de feridas sofreu uma evolução histórica e que ainda se encontra em transformações, característico do desenvolvimento científico e tecnológico do qual estamos vivenciando, não findando modos de avaliação, técnicas e coberturas diferentes ou diferentes formas de correlacioná-las.¹⁴

Estudo indica que o enfermeiro deve estar em constante processo de atualização, para se apropriar de conhecimentos relacionados à assistência de enfermagem, adequar-se às suas finalidades essenciais e motivar-se na busca da melhoria da qualidade.¹²

Outra questão a ser averiguada é a deficiência existente na educação em saúde na assistência pré-natal realizada pelos enfermeiros na atenção primária. A assistência pré-natal abarca educação em saúde sem foco exclusivo às alterações gravídicas, pois prepara a mulher para gestar, para partear e para o puerpério.¹⁸

Sabendo que a proposta do modelo assistencial atual é pautada na promoção da saúde e preocupado em se fazer cumprir esse processo o Ministério da Saúde lançou o Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério - Atenção qualificada e humanizada, que norteia as condutas que devem ser adotadas pelo enfermeiro na assistência de pré-natal e puerpério, entre elas educação em saúde sobre vários aspectos, dentre eles, o aleitamento materno.¹⁹

Desta forma, promover conscientização sobre o aleitamento materno e informar a mulher sobre as possíveis complicações nesse processo e de que maneira ela irá poder contorná-las é obrigação do enfermeiro. O desfecho desta história poderia, provavelmente, ter sido modificado caso a puérpera estivesse munida das informações necessárias sobre as condutas adequadas acerca do ingurgitamento mamário.¹⁸⁻¹⁹

Perceber esse contexto de diagnóstico preciso da ferida, de sistematizar a assistência, de construir protocolos, de estarem disponíveis recursos materiais e realizar educação permanente e continuada é importante e evitaria consequências negativas como a do relato da paciente supracitada, tendo a FN evoluindo tragicamente, considerando que a doença foi descoberta no início, tendo todas as características e possibilidades apenas para sequela estética.^{12,14,18}

CONCLUSÃO

Constatou-se que a Fascíte Necrotizante é uma ameaça à vida do indivíduo, e o paciente necessita de avaliação e cuidados criteriosos com base na sintomatologia e agravos da doença. Diante da suspeita clínica, os procedimentos para diagnóstico e intervenções para tratamento da doença precisam de resolutividade e rapidez.

Integra o tratamento, a exploração cirúrgica com desbridamento amplo da região acometida, como melhor método, para confirmação do diagnóstico. Além deste, a associação à antibioticoterapia imediata proporciona melhora no prognóstico, diminuindo as taxas de morbimortalidade.

A análise do relato considerou que a puérpera promoveu inconscientemente uma porta de entrada para o desenvolvimento da patologia por meio da realização de termoterapia inadequada, e consequente queimadura da mama esquerda. A falta de conhecimento sobre o manejo do aleitamento materno pode prejudicar as puérperas, diante das dificuldades, nesta fase do ciclo gravídico-puerperal e o enfermeiro deve incluir as orientações voltadas à promoção da saúde no plano de cuidados neste período, além dos cuidados diretamente prestados como a realização de curativos, avaliação das feridas e medidas de prevenção e controle de infecções.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes C, Dâmaso C, Duarte R, Cardoso DS, Casella P. Necrotizing fasciitis post acute appendicitis. Acta Med Port [Internet]. 2011 [cited 2012 Nov 12];24(S3):621-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
2. Zhang WJ, Cai XY, Yang C, Zhou LN, Cai M, Lu XF, et al. Cervical necrotizing fasciitis due to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: a case report. Int J Oral Maxillofac Surg [Internet]. 2010 [cited 2012 Dec 3];39(8):830-4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20417058>
3. Hoffmann AL, Iglesias LF, Rothbarth WW. Síndrome de Fournier: Relato de Caso. ACM arq Catarin med [Internet]. 2009 [cited 2012 Oct 3];38(1):104-5. Available from: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/66.pdf>
4. Mordjikian E, Marques BEM, Carneiro MH, Passini AP, Bazz K. Reconstrução mamária com retalho miocutâneo expandido de grande dorsal em paciente vítima de fasciite

necrotizante em região torácica ocorrida no período neonatal. Rev Bras Cir Plást [Internet]. 2010 [cited 2012 Oct 20];25(2):408-11. Available from: http://www.rbc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=609

5. Schiavetto RR, Cancian LRL, Haber DM, Maniglia MP, Maniglia CP, Fernandes AM. Fascíte necrotizante cervical em lactente: relato de caso. Arq Int Otorrinolaringol. 2008 [cited 2012 Nov. 25];12 (4): 596-9. Available from:

http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/a_cervo_port.asp?id=580

6. Soares TH, Penna JTM, Penna LG, Machado JA, Andrade IF, Almeida RC, et al. Diagnóstico e tratamento da fasciite necrotizante (FN): relato de dois casos. RMMG [Internet]. 2008 [cited 2012 Nov 20];18(2): 136-40. Available from: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewFile/13/11>

7. Barreda JT, Scheiding MM, Fernández CS, Campaña JMC, Aguilera JR, Miranda EF, et al. Gangrena de Fournier: Estudio retrospectivo de 41 casos. Cir Esp [Internet]. 2010 [cited 2012 Dec 27];87(4):218-23. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0009739X10000138?via=sd>

8. Ferraz EM, Lira CHA, Martins JPC, Maricevich JP, Pradines SMS, Granja Filho LG. Uso do sistema VAC no tratamento da fascite necrosante da parede abdominal. Rev Col Bras Cir. [Internet]. 2007 [cited 2012 Oct 10];34(4):264-71. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912007000400012&lng=en

9. Goulart FJ, Boabaid GF. Pioderma gangrenoso in mastoplastia e abdominoplastia. Rev Bras Cir Plast [Internet]. 2010 [cited 2012 Oct 10];25(4):725-27. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752010000400030&lng=en

10. Moraes GFC, Oliveira SHS, Soares MJGO. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. Texto contexto-enferm [Internet]. 2008 [cited 2012 Oct 10];17(1):98-105. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000100011&script=sci_arttext

11. Conselho Internacional de Enfermeiros. CIPE® Versão 1.0. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Tradução da Ordem dos Enfermeiros, coordenação. Lisboa: Conselho Internacional de Enfermeiros; 2006.

12. Ferreira AM, Bogamil DDD, Tormena PC. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. Arq ciênc saúde [Internet]. 2008 [cited 2012 Nov 10];

15(3): 105-9. Available from:
<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racsol/vol-15-3/IDN269.pdf>

13. Rodrigues MM, Souza MS, Silva JL. Sistematização da assistência de enfermagem na prevenção da lesão tecidual por pressão. Cogitare enferm [Internet]. 2008 [cited 2012 Oct 17];13(4):566-76. Available from:
<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/13117/8875>

14. Júnior RM, Melo AR, Oliveira HFL, Cardoso SMO, Lago CAP. Fasceíte necrosante cérvico-facial torácica odontogênica. Braz j Otorhinolaryngol [Internet]. 2011 [cited 2012 Dec 27];77(6):805-5. Available from:
<http://www.scielo.br/scielo.php?>

15. Azevedo IC, Costa RKS, Holanda CSM de. Theoretical competence of nursing graduates in the care of patients with wounds. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 [cited 2012 Dec 27];5(spl):549-52. Available from:
<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1567/>

16. Mehl AA, Nogueira Filho DC, Mantovani LM, Grippa MM, Berger R, Krauss D, et al. Manejo da gangrena de Fournier: experiência de um hospital universitário de Curitiba. Rev Col Bras Cir [Internet]. 2010 [cited 2012 Oct 10];37(6):435-41. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912010000600010&script=sci_arttext

17. Barreto APCP, Araújo BC, Vieira JCM. Sociodemographic and clinical profile of patients with pressure ulcer. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 [cited 2012 Dec 20];5(9):2152-60. Available from:
<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1838/>

18. Ximenes Neto FRG, Leite JL, Fuly PSC, Cunha ICKO, Clemente AS, Dias MAS, et al. Quality of pre-natal care in Family Health Strategy in Sobral, CE, Brazil. Rev Bras Enferm [Internet]. 2008 [cited 2012 Dec 23];61(5):595-602. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000500011&lng=en

19. Schlüssel MM, Souza BS, Reichenheim ME, Kac G. Physical activity during pregnancy and maternal-child health outcomes: a systematic literature review. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [cited 2012 Dec 23];24(4):531-44. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18797729>

Submissão: 20/05/2012

Aceito: 14/02/2013

Publicado: 01/04/2013

Correspondência

Amuzza Aylla Pereira dos Santos
Edf. Évora Monte
Rua Durval Guimarães, 1354 / Ap. 201
Bairro Ponta Verde
CEP: 57035-270 – Maceió (AL), Brasil