



CENTRO UNIVERSITÁRIO “PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES”

JOSIANE APARECIDA DA SILVA

**APLICAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DE ENFERMAGEM AO PORTADOR
DE SÍNDROME DE FOURNIER**

SÃO JOÃO DEL REI

2017

JOSIANE APARECIDA DA SILVA

**APLICAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DE ENFERMAGEM AO PORTADOR
DE SÍNDROME DE FOURNIER**

Artigo científico apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN - como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof. Marcio Antonio Resende.

SÃO JOÃO DEL REI

2017

APLICAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE SÍNDROME DE FOURNIER

Silva, Josiane Aparecida da¹

¹Josiane Aparecida da Silva, graduando do curso de enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN.

RESUMO

A assistência ao cliente portador da Síndrome de Fournier exige do enfermeiro um conjunto de estratégias que possibilitem a identificação das intervenções necessárias para o alcance do objetivo terapêutico, para tal é necessário compreender quem é o cliente e suas particularidades, possibilitando a individualização da assistência prestada. O objetivo deste estudo foi discorrer sobre a Síndrome de Fournier, assim como a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - e a atuação da equipe de enfermagem são determinantes para esta patologia progressiva. A SAE é um instrumento de articulação teórico/prática, objetivando o atendimento do cliente com um olhar humanizado e integral. A doença produz uma sensação de debilidade e a equipe de enfermagem é a que está mais próxima desse cliente, sendo importante um bom acolhimento, fazendo assim toda a diferença no tratamento. Este trabalho consiste em um estudo exploratório descritivo de revisão bibliográfica com uma abordagem qualitativa. É importante ressaltar que todos os meios terapêuticos disponíveis devem ser ofertados, com o objetivo de controle do processo infeccioso, bem como a observação dos cuidados assistenciais que deverão ser prestados aos clientes obtendo resultado satisfatório deste processo.

PALAVRAS CHAVES: Síndrome; Fournier; Enfermeiro; Assistência de Enfermagem; Sistematização da Assistência de Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

A SF é uma patologia infecciosa grave, rara e de rápida progressão, que abrange principalmente a região perineal, genital e perianal e foi descrita por Jean Alfred Fournier em 1883, um francês que afirma que esta patologia é idiopática, comprometendo principalmente os homens. Seu quadro clínico pode se manifestar com desconfortos e sensações dolorosas, edema, eritema, febre elevada e calafrios¹.

Porém muitos autores associam esta patologia como diabetes mellitus, obesidade, alcoolismo, desnutrição grave e outros estados de imunodepressão. O tratamento é baseado em antibioticoterapia, desbridamento, enxertos e curativos

diários. O diagnóstico precoce, intervenções e tratamento adequado e agressivo são determinantes na recuperação desse cliente, tornando-se assim, o tratamento mais eficaz. O aporte nutricional é um fator primordial para que se tenha sucesso no tratamento².

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é uma importante ferramenta para o enfermeiro, permitindo a tomada de decisões mais acertadas na assistência ao cliente, portanto a peça chave para a detecção de complicações que possam acometer o indivíduo com síndrome de Fournier³.

Neste sentido, é necessário que os profissionais de enfermagem reflitam a respeito dos cuidados prestados ao cliente, com base não só em princípios científicos, mas também na lei do exercício de enfermagem, pois o profissional tem como dever cuidar e preservar a integridade de seus clientes⁴.

Faz-se necessário enfatizar que clientes acometidos com a SF, necessitam de tratamento especializado, havendo necessidade de um conhecimento de cuidados específicos na área e, portanto, a presença de profissionais capacitados para desenvolver esse tipo de cuidado. Clientes portadores da SF podem adquirir complicações, podendo ser ou não potencializado por fatores colaborativos, que foram desencadeados pela própria doença⁵.

Em seus estudos, Reis⁶, “conclui que a realização da SAE é uma exigência legal e privativa do enfermeiro, fazendo-se necessária a sua implantação em todas as fases, considerando a importância da SAE como melhoria das práticas assistenciais da enfermagem”.

Este estudo teve como objetivo discorrer sobre a Síndrome de Fournier, assim como a sistematização da assistência de enfermagem e a atuação da equipe de enfermagem são determinantes para esta patologia progressiva.

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de revisão bibliográfica com abordagem qualitativa. A pesquisa bibliográfica foi fundamentada na consulta de fontes relativas ao tema escolhido tais como artigos, teses e monografias. O levantamento bibliográfico foi por meio de pesquisas embasadas no Ministério da Saúde (MS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que foi realizado em duas bases de dados: LILACS, Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Síndrome de Fournier (SF) é uma infecção aguda e rara que acomete tecidos moles causando infecção bacteriana, que afeta a região genital e provoca morte das células. Ocorre em tecido aparentemente normal, diagnosticada frequentemente por clientes debilitados, podendo levar os clientes à morte caso não tenham diagnóstico rápido e cuidados imediatos. Acomete geralmente homens de todas as idades, podendo ocorrer também em mulheres e crianças com menos frequência⁷.

A síndrome foi relatada pela primeira vez em 1764 por Baurienne, que descreveu a infecção necrotizante do períneo. Mas foi Jean Alfred Fournier, um urologista francês que a descreveu com detalhes em seus trabalhos que foram publicados em 1863, 1864 e 1883. Por isso recebeu o nome de gangrena de Fournier em sua homenagem, na qual ele descreve casos de gangrena escrotal em jovens clientes aparentemente saudáveis⁸.

A SF é uma infecção aguda dos tecidos moles, caracterizada por uma intensa destruição tissular, com presença de hiperemia, crepitações subcutâneas, formação de bolhas, hipersensibilidade na genitália, cursando ainda com dor intensa e progressiva, edema e posteriormente ferida pela necrose do tecido⁹.

Para Dornelas¹⁰, essa condição é definida como “fasciite necrosante sinérgica do períneo e parede abdominal, com origem no escroto e no pênis, em homens, e na vulva e na virilha, em mulheres”.

A SF é pouco comum, mas deve ser tratada de maneira adequada, inicialmente descrita como uma doença de causa desconhecida e hoje é identificável em quase 100% dos casos. Portanto, uma investigação cuidadosa e o diagnóstico precoce, diminuem muito as taxas de mortalidades¹¹.

Morais¹² relata que a “fisiopatologia da SF é caracterizada por endarterite obliterante que leva à isquemia e trombose dos vasos subcutâneos e adjacentes, facilitando a entrada de bactérias que constituem a flora normal da pele.” À medida que aumenta a concentração de bactérias ocorre uma redução maior da concentração de oxigênio, provocando uma disseminação maior de organismos anaeróbios produtores de gases, os quais são responsáveis pela crepitação característica demonstrada nas primeiras quarenta e oito horas a setenta e duas horas de infecção.

São observados como fatores predisponentes para o desenvolvimento da doença o diabetes mellitus, alcoolismo, infecções do trato urinário, desnutrição, hipertensão arterial, tabagismo, imunodepressão, além de idade avançada, trauma mecânico e hospitalização prolongada⁹.

Além dos fatores predisponentes citados, a gangrena de Fournier pode surgir após procedimentos cirúrgicos como a implantação de prótese peniana, procedimentos anais e ginecológicos em caso de orquite, hidrocele, vasectomia e sondagem vesical, além de câncer de bexiga, epididimite, balanite, retenção urinária, entre outras¹³.

Conforme Mello¹⁴. “A SF geralmente cursa com um quadro clínico típico: dois a sete dias de febre, com hiperemia, necrose cutânea e crepitação, por vezes, dor e calafrios e prostração em poucas horas.”

Uma variedade de microrganismos tem sido encontrada em culturas de secreção da ferida e tecidos necróticos, apresentando flora mista na maioria dos casos, na qual podemos encontrar bactérias Gram negativas (*Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella* sp, *Pseudomonas*, *Bacteroides*, *Acinetobacter* sp), bactérias Gram positivas (*Estafilococos*, *Streptococos*, *Enterococos*, *Clostridium*) e fungos¹⁰.

Estudos realizados por meio de cultura indicam a presença de pelo menos quatro microrganismos por cliente. Os microrganismos com maior prevalência entre os Gram negativos aeróbios são *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Proteus mirabilis*, levando à trombose de vasos sanguíneos subcutâneos e consequente necrose das camadas abaixo da pele¹⁵.

O diagnóstico baseia-se na realização da história clínica completa, incluindo fatores predisponentes, condição de imunossupressão, exame físico, identificando as manifestações clínicas e exames laboratoriais e de imagem para a confirmação do diagnóstico¹⁶.

Após a instalação do processo infeccioso há uma rápida evolução para necrose das estruturas envolvidas, que se estende até o plano fascial, resultando numa grande quantidade de tecidos desvitalizados¹⁷.

O processo infeccioso pode se potencializar e estender por outras regiões corpóreas caso o tratamento não seja feito corretamente. Parede do abdômen, membros inferiores, membros superiores e retroperitônio são algumas das possíveis regiões de irradiação. Além disso, pode ocasionar uma septicemia, falência múltipla dos órgãos e, inclusive, a morte¹¹.

A infecção, se não tratada, pode evoluir rapidamente para um quadro de septicemia, causando graves complicações como a pneumonia, insuficiência

cardíaca, insuficiência renal, coagulopatia e acidose e essas complicações, se não tratadas, podem resultar em falência dos órgãos e até a morte em alguns casos¹⁸.

A infecção é rara e afeta camadas e tecidos da pele e dos músculos. Podem surgir bolhas, edema e necrose na região. O desconforto é intenso e incomoda o cliente devido à dor constante. Também pode manifestar sintomas importantes como fadiga e fraqueza, náuseas e vômitos, febre seguido de calafrios e sudorese⁹.

O tratamento para SF é realizado com antibióticos e cirurgia para retirada do tecido necrosado. Dependendo da área atingida na intervenção cirúrgica, possivelmente será necessário criar desvios e reconstruir os órgãos responsáveis pelo trânsito urinário (citostomias) e intestinal (colostomias)¹⁷.

A relevância de um diagnóstico precoce, terapêutica adequada, e a assistência de enfermagem com intervenções precisas, favorecem o sucesso do tratamento, pois a realização dos curativos de forma eficaz contribui ao processo de cicatrização¹⁹.

A nutrição adequada é um dos importantes aspectos para o processo de cicatrização, pois a dinâmica da regeneração tecidual exige um bom estado nutricional do cliente que consome boa parte de suas reservas corporais. O processo de cicatrização exige nutrientes específicos e um bom estado nutricional geral do indivíduo⁷.

A consequência psicológica na SF resulta em uma avalanche de sentimentos e emoções. O diagnóstico implica em um novo estilo de vida e é muito importante que o portador da síndrome procure ajuda de um profissional, pois o suporte psicológico ajuda os portadores a superarem e a gerenciarem seus problemas de ansiedade, medo, estresse e depressão, trabalhando suas queixas, que invariavelmente geram incomodo à própria pessoa e as pessoas ao ser redor²⁰.

3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Apesar dos avanços conquistados no tratamento da SF, seus portadores ainda enfrentam muitos desafios decorrentes da convivência com a infecção, visto que o adoecimento em si gera um impacto psicológico que pode ameaçar seu equilíbrio interno²¹.

A imunidade comprometida aumenta o risco de desenvolvimento de processos infecciosos, além de promover a rápida propagação da doença. Vale ressaltar que o cliente com SF tem seu bem estar, qualidade de vida, aspectos físicos e psicológicos, sociais e econômicos alterados. Dessa forma, acredita-se que as

relações familiares são fundamentais durante esse processo, pois influenciam de maneira significativa nas atitudes tomadas pelo indivíduo em sua reabilitação²².

É de fundamental importância que a equipe de enfermagem esteja ciente sobre os cuidados e assistência que deverão ser prestados aos clientes com essa enfermidade, procurando adaptar o ambiente ao indivíduo²³.

Vale salientar que “a enfermagem utiliza de um modelo de processo de trabalho que sistematiza a assistência e direciona o cuidado, permitindo segurança do usuário do sistema de saúde e dos profissionais”²⁴.

O enfermeiro é o coordenador da assistência e do cuidado prestado ao cliente, subsidiando ações de enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, além de desempenhar também um papel fundamental na prestação de cuidados primários e secundários. A equipe de enfermagem é indispensável nesse cuidado com o portador desta síndrome²⁵.

Para Lemos²¹ “o cuidar conquista uma dimensão maior e mais abrangente, enfatizando não só as necessidades biológicas, mas também as necessidades emocionais, psicológicas, sociais e espirituais. Esse paradigma emergente é também chamado de holístico”.

Para prestar uma assistência de enfermagem com qualidade é necessário um instrumento para auxiliar o enfermeiro no processo de cuidar. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma ferramenta privativa do enfermeiro que possibilita, por meio do Processo de enfermagem (PE), realizar os cuidados com eficiência desde o primeiro contato até a sua alta²⁶.

O enfermeiro vivencia um desafio na construção e compilação do conhecimento sobre o qual se fundamenta sua prática gerencial e assistencial. Faz parte desse desafio o desenvolvimento do processo de trabalho da enfermagem, para concretizar a proposta de promover, manter ou restaurar o nível de saúde do cliente²⁷.

“A competência da liderança do enfermeiro é fundamental nesse processo, pois o sucesso das organizações relaciona-se com a capacidade do líder em influenciar e atuar de modo ético-profissional, o que exige a construção de laços de confiança na equipe de enfermagem possibilitando o trabalho de maneira coletiva, no intuito de alcançar a implementação da SAE”²⁸.

A SAE é um instrumento que auxilia o enfermeiro no processo de cuidar do cliente em suas condições clínicas ao iniciar intervenções de enfermagem de forma

sistematizada. Contribui para o crescimento dos profissionais de enfermagem, proporcionando oportunidade de refletir sobre a assistência do cuidado aos clientes sob um olhar mais humanizado²⁹.

Além disso, a SAE organiza e executa o PE e é o caminho onde os enfermeiros procuram formas de envolver e educar suas equipes no intuito de assegurar uma prática assistencial que promova um cuidado de enfermagem individual e integral, fundamentado no conhecimento científico⁸.

O PE possibilita ao enfermeiro planejar, organizar e estruturar a direção do cuidado, sendo um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem. É sistemático, pois segue cinco passos que ocorrem de forma concomitante e inter-relacionada, sendo eles: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação e é humanizado na medida em que a prestação dos cuidados é baseada nas necessidades do cliente⁵.

A proposta do PE é desenvolver o trabalho da equipe de enfermagem, pela qual o enfermeiro é gestor, direcionando os cuidados a serem prestados. As intervenções são realizadas desde o momento do diagnóstico até adesão ao tratamento, possibilitando identificar situações problemáticas, afim de que se possam desenvolver estratégias de promoção e prevenção da saúde no que implica em sua melhora na qualidade de vida³⁰.

O profissional de enfermagem deve planejar e programar a assistência adequada ao cliente a partir da SAE, contribuindo significativamente para a evolução do quadro clínico. Os profissionais enfrentam adversidades para sua implementação, dificuldades em realizar seu trabalho devido à falta de materiais, que são importantíssimos para o cuidado, além de educação continuada para os profissionais envolvidos no processo e ética profissional³¹.

A SAE é um instrumento facilitador do processo de avaliação da qualidade e seu processo de implantação não é fácil de ser executado, pois tem como objetivo garantir a completa satisfação das necessidades dos clientes e propor mudanças naquilo que precisa ser melhorado ou solucionado. São várias as dificuldades encontradas, relacionando-se não apenas ao escasso conhecimento, mas também a falta de interesse, a parca capacitação profissional, ausência de sensibilidade ou atitude adequada à necessidade do caso. Não haverá assistência eficaz no

processo de condução da SAE se não houver um comprometimento dos profissionais envolvidos³².

Ao realizar um cuidado sistematizado o enfermeiro promove a individualização do cuidado e favorece a comunicação entre a equipe. O PE é sustentado por um referencial próprio, que possibilita a união entre teoria e prática. O uso de referenciais teóricos modifica a estrutura da assistência, promove a ação crítica e participativa e exige maior conhecimento da enfermagem³³.

A SAE, além de proporcionar maior qualidade à assistência, propicia também, na concepção dos enfermeiros, maior eficiência, autonomia e cientificidade à profissão, garantindo, dessa forma, maior valorização, reconhecimento, espaço para novas conquistas e uma mudança cultural no papel do enfermeiro¹³.

Segundo Barros & Lopes³⁴ “A aplicação de uma assistência de enfermagem sistematizada é a única possibilidade de o enfermeiro atingir sua autonomia profissional e constitui a essência de sua prática profissional”.

O trabalho do enfermeiro é complexo e intenso, devendo estar preparado a qualquer momento para atender clientes com alterações hemodinâmicas e metabólicas importantes, as quais requerem conhecimento específico e grande habilidade para tomar decisões e executá-las em tempo hábil. O Enfermeiro, mais do que mero coadjuvante, é agente ativo e indispensável no processo de cura, devendo estar sempre em constante atualização pelo importante papel que desempenha³⁵.

4 ATUAÇÃO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE SÍNDROME DE FOURNIER

A equipe de enfermagem contribui para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, por meio da identificação de riscos e problemas de saúde a serem solucionados. Sabe-se que a SF é uma doença grave que apesar dos esforços ainda mantém uma taxa alta de mortalidade³⁶.

Diante disso o enfermeiro é a peça-chave do cuidado, ele deve estar na linha de frente orientando toda a sua equipe para que juntos possam prestar uma assistência individual, humanizada e holística para com o cliente que necessita de cuidado e apoio. Neste sentido, a assistência de enfermagem não se compete somente à realização de curativos e administração de medicamentos, mas que possua um olhar mais humano, afetivo e integral³².

É fundamental que o enfermeiro tenha um conhecimento da síndrome, sua evolução, cuidados imediatos ao cliente e principalmente no planejamento da SAE. Cuidados estes que vão desde ao diagnóstico precoce da doença, seguida da evolução da mesma até a terapêutica adequada, visando uma técnica segura e eficaz. Desta forma conseguirá minimizar os riscos de disseminação da infecção e melhoria do prognóstico³².

A integridade do cuidado inclui o respeito e a dignidade humana, a privacidade, considerando suas crenças, limitações e temores. Portanto esse indivíduo em virtude de sua necessidade de tratamento para uma qualidade de vida melhor, vê-se na situação de despir-se e aprender a gerenciar a sua vergonha, privacidade, preconceitos e individualidades. Seus sentimentos e o resultado, positivo ou não, pode refletir em sua recuperação³⁷.

O plano de cuidados de enfermagem deve definir as intervenções a serem realizadas, objetivando aperfeiçoar os resultados e sua elaboração deve ser feita a partir da análise dos dados colhidos e da identificação das necessidades do cliente. É preciso cada vez mais persistir na busca de melhores condições de assistência e em medidas preventivas que auxiliam na melhora desse cliente³⁸.

Sabe-se que o exercício profissional é um ato que requer liberdade e autonomia nas tomadas de decisões, respeitando também a liberdade e autonomia do cliente, pois este sofre diretamente as influências na tomada de decisão. O tratamento da SF requer da enfermagem uma postura ética que seja condizente com a compreensão do ser humano como uma pessoa revestida de toda sua dignidade²⁴.

Invariavelmente proporcionar cuidados a fim de promover a prevenção ainda é o melhor caminho, sendo importante ressaltar que na SF o comprometimento cutâneo traz sérias consequências à vida do indivíduo acometido, afetando não somente seu bem estar físico, mas prejudicando suas relações sociais, afetivas e profissionais, problemas importantes que devem ser encarados durante a assistência³⁹.

O tratamento proposto e o seu resultado dependerão de variáveis que devem ser investigadas, como intervenções terapêuticas anteriores e seu resultado, colonização ou infecção presente no cliente, procedência, tempo e local da doença, gravidade do problema, presença de ferida, idade, condições clínicas, nutricionais, psicológicas, econômicas e sociais³.

Com relação à complexidade de um paciente, Medeiros³⁸, relata que, a assistência de enfermagem deve abranger aspectos biopsicossociais, tendo como alicerce conhecimentos técnicos e científicos, na clínica, na fisiopatologia e nos aspectos psicológicos.

O papel do enfermeiro é parte integrante da equipe multidisciplinar. No tratamento dos portadores de SF ele consiste em desenvolver ações terapêuticas propriamente ditas através da SAE e dar suporte aos clientes e familiares no que diz respeito ao enfrentamento da doença, pois o tratamento da SF é prolongado e passível de efeitos adversos³⁵.

Os aspectos sociais, econômicos e psicológicos são pertinentes durante todo o processo da doença, desde o início até a sua possível solução, uma vez que os tratamentos propostos podem gerar mudanças nos hábitos de vida, eventualmente sendo necessário orientações e acompanhamento da equipe de enfermagem que devem ser individualizadas, para que o tratamento possa ter continuidade, considerando a incapacidade do indivíduo acometido em exercer qualquer função laborativa²⁹.

Sabe-se que a SAE é considerado um instrumento de grande relevância que auxilia o profissional enfermeiro no direcionamento da assistência prestada junto à sua equipe. Ambos promovem de forma cíclica uma junção de pensamentos e conhecimentos científicos que facilitam o desenvolvimento de suas habilidades, teorias e práticas através de planos de cuidados que se fazem necessários durante esse processo³².

Assim, faz-se necessário que o enfermeiro esteja em alerta na detecção dos sinais e sintomas aparentes e que no primeiro momento saiba agir passando as informações necessárias para a equipe que o assiste onde, juntos, poderão decidir qual a melhor linha de ação a ser tomada, planejando metas e cuidados específicos para a correção e prevenção de complicações futuras¹⁹.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Síndrome de Fournier, por ser uma doença infecciosa grave com evolução rapidamente progressiva e potencialmente fatal, deve ser considerada uma emergência. Nesse sentido pode-se afirmar que a implantação do processo de enfermagem faz se necessária, haja vista a gravidade desta síndrome, bem como o

aumento do índice de casos, o que torna imprescindível o diagnóstico precoce, tratamento imediato e agressivo. Para tanto, a assistência de enfermagem deve ser sistematizada e direcionada ao atendimento das necessidades afetadas de cada cliente.

É importante que a equipe de enfermagem pense acerca do bem-estar emocional da pessoa que está sob seus cuidados. Como as necessidades emocionais de cada pessoa são diferentes, não existe um enfoque aplicável a todos.

Quando colocam a teoria e prática juntas, consegue-se alcançar ações que favorece a prevenção das complicações com uma assistência humanizada e individualizada. Conclui-se que quando se trabalha em equipe, com profissionais comprometidos, é possível prestar um atendimento de boa qualidade ao cliente.

REFERÊNCIAS

1. Neto NT, Giacchetto E, Kamamoto F, Fereira MCF. Infecções graves de partes moles: relato de caso de fascíte necrotizante de face utilizando curativo a vácuo e revisão da literatura. Rev. Bras. Cir. Plást, São Paulo, v. 2, n. 26, p.353-353, 2011.
2. Pereira FMD, Souza JM. Síndrome de founier os cuidados de enfermagem. 2014, Goiânia, p. 1-35, 2014.
3. Araújo RM, Waianã AS, Azevedo JCS, Paes CJO, Botelho EP. Sistematização da assistência de enfermagem (SAE) a um paciente com síndrome de founier: um relato de experiência. Anais do Iii Congresso de Educação em Saúde da Amazônia (coesa), Pará, p.1-2, nov. 2014.
4. Parker A, Dervanoski C, Marolli C, Bitencourt JV, Zanella KA, Silva TG, et al. Importância da SAE na efetivação de uma assistência de enfermagem de qualidade. Anais do Sepe, Seminário de Ensino, Pesquisa e Extensão, Chapecó, v. 5, p.1-2, 2015.
5. Silva JP, Garanhani ML, Peres AM. Sistematização da Assistência de Enfermagem na graduação: um olhar sob o Pensamento Complexo. Rev. Latino-anal, São Paulo, v. 1, n. 23, p.59-66, 2015.
6. Reis GS, Reppetto MA, Santos LSC, Devezas AMLO. Sistematização da assistência de enfermagem: vantagens e dificuldades na implantação, Arq Med Hosp Fac Cienc Med, Santa Casa São Paulo, 61:128-32, 2016.

7. Neumann KRS, Bernardi LSA, Morais PB, Rodrigues CPF, Santana LI, Azevedo RR. Síndrome de fournier: OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM. Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro - Unipac-issn 2178-6925, Teófilo Otoni, p.317-326, nov. 2016.
8. Cruz RAO, Andrade LL, Arruda AJCG. Produção científica sobre gangrena de fournier e os cuidados de enfermagem: revisão integrativa. Rev Enferm Ufpe On Line, 10, Recife, v. 5, n. 10, p.4329-35, nov, 2016.
9. Brito RS, Rodrigues PASS, Coqueiro JM. Síndrome de Fournier: percepção dos sujeitos em relação à experiência com a doença. Rev Enferm Ufpe On Line, Recife, v. 4, n. 10, p.3601-7,set,2016.
10. Dornelas MT, Correa MPD, Barra FML, Corrêa LD, Silva EC, Dornelas GV, et al. Síndrome de Fournier: 10 anos de avaliação. Rev Bras Cir Plást, Juiz de Fora, v. 4, n. 27, p.600-4, 30 out. 2012.
11. Azevedo CCSF, Araújo APL, Marin CV, Baldi D, Alves JPF. Síndrome de fournier: um artigo de revisão. Revista Eletrônica do Univag, Mato Grosso, n. 15, p.70-80, 2016.
12. Morais TCC, Rodrigues AF, Matos WDC, Nade PEF. Síndrome de fournier como consequência de insuficiência hepática: relato de caso. Rev: Pato Tocantins, Tocantins, v. 3, n. 2, p.1-12, 2016.
13. Santos ÉI, Vale ALVV, Reis ICPM, Neves PB, Pontes CM, Camara SGC. Evidências científicas brasileiras sobre gangrena de Fournier. Rev Rene, Rio de Janeiro, v. 6, n. 15, p.1047-55, 2014.
14. Mello LS, Maluf MM, Nasralla AFS, Henry P. Síndrome de Fournier. Coorte - Revista Científica do Hospital Santa Rosa. 2014, Cuiabá, v. 4, p.63-66.
15. Batista RR, Filho PRR, Castro CAT, Fonseca MFM, Albuquerque IC, Formiga GJS. Síndrome de Fournier Secundária a Adenocarcinoma de Próstata Avançado: Relato de Caso. Rev Bras Coloproct, São Paulo, v. 2, n. 30, p.228-231, 2010.
16. Godoy CB, Cassitas MF. Síndrome de Fournier: relato de caso. Rev. Med. Res, Curitiba, v. 16, n. 1, p.49-50, Jan/Mar, 2014.

- 17.**Alves PJ, Alves SST. Reconstrução escrotal com retalho súpero-medial da coxa após síndrome de fournier. Rev. Bras. Cir. Plást., Ceará, v. 4, n. 28, p.656-661, 2013.
- 18.**Cordeiro TMSC, Freitas GB, Braga VS, Reis TS, Castro TVB. Síndrome de Fournier: diagnósticos de enfermagem segundo a NANDA. Revista de Epidemiologia: e controle de infecção. Bahia, v. 4, n. 4, p.262-263, 2014.
- 19.**Pereira FMD, Souza JM. Síndrome de fournier os cuidados de enfermagem. 2014, Goiânia, p. 1-35, 2014.
- 20.**Bernal ALR, Silva FAAS. A psicologia hospitalar e a síndrome de fournier, Itajubá, p.1-3, 2016.
- 21.**Lemos RCA, Jorge LLR, Almeida LS, Castro AC. Visão dos enfermeiros sobre a assistência holística ao cliente hospitalizado. Rev. Eletr. Enf., Uberaba, v. 2, n. 12, p.354-9, 2010.
- 22.**Cavalcante GA, Silva AS, Medeiros SMFRS, Santos TTM, Senna SM. Assistência de enfermagem perioperatória a um paciente com síndrome de fournier. Anais CIEH. Vol. 2, N.1, 2015.
- 23.**Soares RSA, Saul AR, Farão EMD, LIMA SBS, Silva FS, Finger A. Sistematização da assistência de enfermagem ao cliente com síndrome de fournier. II Jornada Internacional de Enfermagem Unifra, Santa Maria, p.1-6, 2011.
- 24.**Menezes SRT, Priel MR, Pereira LL. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Rev Esc Enferm, São Paulo, v. 4, n. 45, p.953-958, 2011.
- 25.**Eberhardt, TD, Kessler M, Soares RSA, Dias CFCD, Fonseca GGP, Muller LA. Assistência de enfermagem ao portador de síndrome de fournier: revisão da literatura. Rev. Saúde. Ajes, Rio Grande do Sul, v. 1, n. 1, p.57-68, 2014.
- 26.**Pereira, MAA, Nobre KM, Paiva ASS, Alves TPA, Paiva AMG. Sistematização da assistência de enfermagem: em um cliente com síndrome de fournier. 2317 pôsteres S A N A R e, Ceará, v. 4, n. 1, p.109-109, 2015.

- 27.** Soares MI, Resck ZMR, Terra FS, Camelo SHH. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.2-12, Jan/Mar, 2015.
- 28.** Cogo E, Gehlen MH, Ilha S, Zamberlan C, Freitas HMB, Backer DS. Sistematização da assistência de enfermagem no cenário hospitalar: percepção dos enfermeiros. Cogitare Enferm. Santa Maria, v. 8, n. 17, p.513-8, 2012.
- 29.** Queiroz JC, Silva LF, Cardoso TV, Silva KPM. Síndrome de fournier: conhecimento dos enfermeiros frente a esta patologia. guanambi, p. 1-18, 2014.
- 30.** Giehl CT, Costa AEK, Pissaia LF, Moreschi C. A equipe de enfermagem frente ao processo de implantação da sistematização da assistência de enfermagem. Rev Enferm Atenção Saúde, Rio Grande do Sul, v. 5, n. 2, p.87-95, Ago/Dez, 2016.
- 31.** Montargil G, Ribeiro SCBC. Assistência de Enfermagem ao paciente portador de síndrome de fournier: revisão de literatura. Faculdade Don Pedro LI: Salvador, Salvador, p.1-16, 2014.
- 32.** Marinelli NP, Silva ARA, Silva DNO. Sistematização da assistência de enfermagem: desafios para a implantação. Revista Enfermagem Contemporânea. Teresina, v. 4, n. 2, p.254-263, Jul/Dez, 2016.
- 33.** Mangueira SO, Lima JTS, Costa SLA, Nóbrega MML, Lopes MVO. Implantação da sistematização da assistência de enfermagem: opinião de uma equipe de enfermagem hospitalar. Enfermagem em Foco, Vitória, v. 3, n. 3, p.135-138, 2012.
- 34.** Barros ALBL, Lopes JL. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. Enfermagem em Foco. São Paulo, v. 1, n. 2, p.63-65, 2010.
- 35.** Santana JCB, Rocha VAM, Oliveira E, Afonso LN, Santos SLRS, Freitas VFF. Percepção dos enfermeiros acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção básica de Belo Horizonte. Rev. Enfermagem Revista, Belo Horizonte, v. 16, n. 01, p.4-17, 2013.

- 36.**Moreira DR, Gonçalves ALS, Aucelio RS, Silva KG. Terapêutica cirúrgica na síndrome de Fournier: relato de caso / *Surgical therapy in Fournier syndrome: case report*. Rev Med, São Paulo, 2017 abr - jun, 96(2): 116-20.
- 37.**Soares NV. A privacidade dos pacientes e as ações do enfermeiro: no contexto da internação hospitalar. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, p.1-103, 2010.
- 38.**Medeiros AL, Santos SR, Cabral RWL. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. Rev Gaúcha Enferm. 33(3): 174-181, 2012.
- 39.**Biagi, VM, Chociai ACAS, Tubone TQ, Kaimoto C, Jeziorowski A, Bittencourt R. Infecções necrosantes de tecidos moles: experiência do serviço de cirurgia plástica do hospital universitário cajuru. Arquivos Catarinenses de Medicina, Cajuru, v. 41, n. 1, p.133-135, 2012.