

**ANA PAULA DE BARROS BRAVO
BRUNO GONÇALVES CALIXTO**

SÍNDROME DE FOURNIER

**Rio de Janeiro
2024**

**ANA PAULA DE BARROS BRAVO
BRUNO GONÇALVES CALIXTO**

SÍNDROME DE FOURNIER

Trabalho de Conclusão de Curso 2 apresentado
à UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO como
requisito parcial para a obtenção do título de
graduado em MEDICINA.

Orientador: Profº. Bruno Eduardo M. Nunes

**RIO DE JANEIRO
2024**

**ANA PAULA DE BARROS BRAVO
BRUNO GONÇALVES CALIXTO**

SÍNDROME DE FOURNIER

Trabalho de Conclusão de Curso 2 apresentado à UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO, como requisito parcial para a obtenção do título de graduado em Medicina.

BANCA EXAMINADORA

RIO DE JANEIRO, 17 de Junho de 2024.

RESUMO

A Gangrena de Fournier é uma infecção polimicrobiana ocasionada por microrganismos aeróbios e anaeróbios, que determinam uma fascíte necrosante rápida e progressiva, comprometendo principalmente a região do períneo e a região genital. Embora qualquer um possa ser acometido pela doença, são afetadas com mais frequência pessoas com algum déficit de imunidade, observa-se também maior prevalência no sexo masculino. Caracteriza-se por ser uma doença de rápida podendo evoluir para Seps e, se não tratada em tempo hábil poderá progredir para falência múltipla orgânica e até mesmo óbito. O diagnóstico precoce facilita um tratamento eficaz. São medidas de tratamento o desbridamento químico e cirúrgico, antibioticoterapia de amplo espectro e a oxigenoterapia hiperbárica

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Fournier; Gangrena de Fournier; Fournier; Fasciite necrosante

ABSTRACT

Fournier's gangrene is an infection caused by microorganism aerobics and anaerobic whose determinates a necrotizing fasciitis fast and progressive with mainly involvement the regions of perineum and genitalia. Although anyone can be affected by disease those who are most affected are immunosuppressed patients and it usually affects males. Its disease has a fast course and can turn into a sepsis, multiple organ failures and death. The early diagnosis it is essential for an effective treatment. The treatment resources are debridement, broad-spectrum antibiotic therapy and oxygen therapy hyperbaric.

KEY-WORDS: Fournier's gangrene; Fournier's; Fasciitis

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1: Representação gráfica da prevalência da Gangrena de Fournier conforme o gênero pg.11

FIGURA 2: Representação gráfica dos fatores de risco para a Gangrena de Fournier pg.12

FIGURA 3:Necrose de pênis e escroto.....pg.16

LISTA DE TABELAS

Tabela 2 – Prevalência de comorbidades informadas na admissão de pacientes diagnosticados com Síndrome de Fournier, admitidos entre agosto de 2016 a agosto de 2017.....pg.16

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SF	Síndrome de Fournier
TNP	Terapia de pressão negativa

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS.....	13
2.1. OBJETIVO GERAL	13
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3. JUSTIFICATIVA	13
4. METODOLOGIA.....	13
5. REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
5.1. A SÍNDROME DE FOURNIER.....	14
5.1.1 EPIDEMIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA	14
5.1.2 FATOR DE RISCO	15
5.1.3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS.....	15
5.2.1 DIAGNÓSTICO.....	16
5.2.2 TRATAMENTO.....	16
RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	16
CONCLUSÃO.....	18
REFERÊNCIAS.....	19

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome de Fournier (SF), ou também conhecida como Gangrena de Fournier, é um tipo de infecção polimicrobiana ocasionada por microrganismos aeróbicos e anaeróbicos, que atuam em conjunto e determinam uma fascíte necrosante rápida e progressiva que acomete principalmente a região do períneo e a região genital. Essa infecção leva à trombose vascular cutânea e subcutânea, tendo como consequência a necrose da pele na região acometida. A infecção pode desenvolver-se sobre pele aparentemente normal, dissecando o tecido com necrose (FÉRES, 2007).

O processo infeccioso pode se potencializar e pode disseminar por outras regiões do corpo, caso o tratamento não seja feito corretamente. Como parede abdominal, 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 morte. Relatada pela primeira vez em 1764 por Baurienne e recebeu o nome de Gangrena de Fournier em homenagem ao urologista francês Jean Alfred Fournier que a descreveu com detalhes em dois trabalhos publicados em 1863 e 1864 (HORTA et al, 2009).

A gangrena de Fournier afeta predominantemente o sexo masculino, com a proporção de aproximadamente 10 casos no sexo masculino por 1 no sexo feminino (Figura 1). Inicialmente era considerada uma doença limitada ao sexo masculino, hoje já se sabe que não é por esse caminho. Mais além, a mortalidade persiste com índices variáveis, porém elevados, de mortalidade, oscilando de 40% a 67%. A doença ocorre em qualquer faixa etária, sendo que entre os casos já descritos na literatura, a prevalência de idade dos indivíduos acometidos pela síndrome foi de 30 a 50 anos de idade.

Em alguns estudos de caso, indivíduos que passaram pela experiência de terem sido portadores de SF, deixam claro que é um quadro dramático de início insidioso, cuja dor é insuportável, com presença de febre, edema e ferida caracterizada por necrose tecidual, além de possuírem alta taxa de mortalidade, caso não seja diagnosticado precocemente.



Figura 1: Representação gráfica da prevalência da Gangrena de Fournier conforme o gênero. (CARDOSO, FÉRES, 2007).

Alguns fatores de risco são predisponentes para o desenvolvimento da gangrena de Fournier. A diabetes *mellitus* foi encontrado em aproximadamente 45% dos indivíduos com a síndrome, de acordo com trabalhos já publicados. Além disso, apesar de tratamento cirúrgico imediato a mortalidade permanece elevada, variando de 30% a 50%, aumentando para até 80% quando associados aos fatores de risco, como em diabéticos e idosos. Outros fatores também estão associados à Síndrome de Fournier, como: alcoolismo, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, obesidade, condições de baixa imunidade associadas à radioterapia, quimioterapia, leucemia e HIV (CARDOSO; FÉRES, 2007; HOFFMANN; IGLESIAS; ROTHBARTH; DIAS; POPOV, 2009)

Antigamente estabelecida como uma doença de causa desconhecida sabe-se hoje a causa da Gangrena de Fournier é identificável em quase 100% dos casos, embora ainda haja pacientes com a enfermidade de causa desconhecida. Portanto, uma investigação cuidadosa possibilita a descoberta da forma de infecção precoce, sobretudo, no trato urogenital, no trato digestivo ou em afecções cutâneas.

Focos no trato urogenital, descritos na literatura, incluem causas variadas: estenoses uretrais, sondagem vesical de demora, abscesso escrotal, orquites, epididimite, abscesso renal, cateterização uretral traumática, cálculos uretrais, cálculos vesicais, câncer vesical, câncer de pênis, massagem prostática e biópsia prostática. No trato digestório foram relatados focos originários em abscessos perianais, carcinomas do cólon e do reto, apendicites e diverticulites agudas, Doença de Crohn, hérnias encarceradas, e perfuração do reto por corpo estranho, sendo, dentre elas, a infecção

anorretal a mais frequente associada à causa (GARCIA, et al. 2010; MORUA, et al. 2009; GOMEZ, et al. 2006).

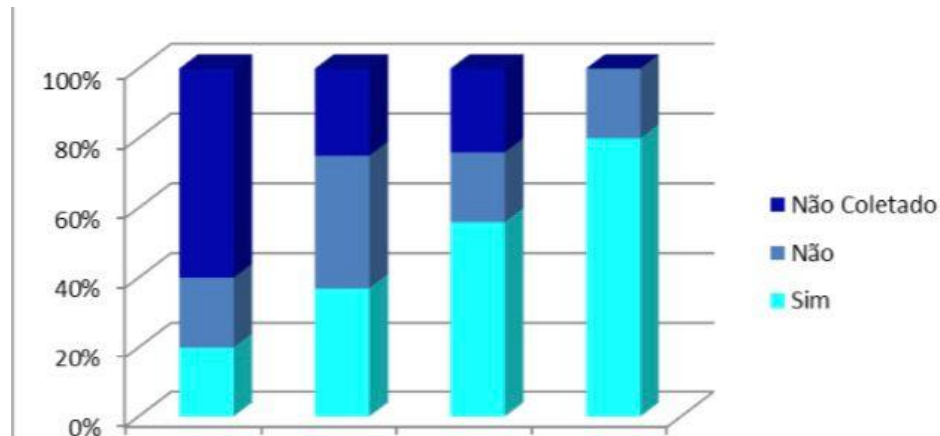


Figura 2: Representação gráfica dos fatores de risco para a Gangrena de Fournier (AZOLAS, 2011; BATISTA, et al 2010).

Alguns fatores de risco foram observados como predisponentes para a gangrena de Fournier, entre esses fatores, os principais, e frequentemente, observados: tabagismo, alcoolismo, obesidade e diabetes mellitus (Figura 1). Além desses, abscesso anorretal, cirrose, desnutrição, doença vascular periférica, cirurgias orificiais, vasectomia, trauma perineal, estenose uretral, neoplasia colorretal avançada, neoplasias hematológicas, radioterapia, HIV, apendicite, diverticulite aguda, úlcera duodenal perfurada e doença inflamatória intestinal (BATISTA, et al. 2010).

Um estudo sobre etiologia e prognóstico em 41 pacientes a respeito da gangrena de Fournier conduzido por Silvio Altarac, revelou os principais fatores predisponentes da gangrena de Fournier resultaram em: mediana de idade 58 anos (47.66%) dos pacientes que sobreviveram, nos quais 23.1% sofriam de doenças cardíacas, 23.1% sofriam de doenças pulmonares, 19.2% sofriam de doença hepática, 7.7% sofriam de doença renal, 23.1% sofriam de doença arterial periférica, 26.9% sofriam de diabetes e 61.5% sofriam de hipertensão, já a mediana de idade dos paciente que não sobreviveram e de 69 anos (45,78%) dentre os quais 33.3% sofriam de doença cardíaca, 40% sofriam de doença pulmonar, 40% sofriam de doença hepática, 53.3% sofriam de doença renal, 53.3% sofriam de doença arterial periférica, 40% sofriam de diabetes e 66.6% sofriam de hipertensão (ALTARAC, et al 2012).

2.1.OBJETIVO GERAL

O objetivo desse trabalho visa revisar a fisiopatologia e terapêutica da síndrome de Fournier, com foco na identificação dos fatores de risco para desenvolvimento e para um prognóstico desfavorável na síndrome de Fournier ;

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar as principais características da Síndrome de Fournier;
Compreender a importância do diagnóstico precoce;
Avaliar as manifestações e terapêutica desta síndrome;

3. JUSTIFICATIVA

A escolha desse tema foi feita com base na raridade da infecção e na escassez de literaturas que abordam este tema, visto que, muitas vezes, a enfermidade é agravada por falta de conhecimento de seus portadores. Sendo este um artigo de revisão, tem-se por objetivo abordar os aspectos gerais da doença, assim como algumas de suas minúcias. Dessa maneira, revisaram-se desde fatores predisponentes e casuísticos da enfermidade, mencionando sintomas, diagnósticos, consequências e, por fim, suas formas de tratamento.

4. METODOLOGIA

O estudo tem um propósito descritivo e bibliográfico, com abordagem qualitativa dos dados. Os artigos foram pesquisados em quatro bancos de dados LILACS Medline(PubMed), SciELO, entre 2016 e 2023, utilizando os descritores: "Síndrome de Fournier", "Gangrena de Fournier", "Fournier" e "Fasciite necrosante". Foram utilizados 10 artigos para redação da introdução e do referencial teórico, para construção desta revisão bibliográfica.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1. A SÍNDROME DE FOURNIER

A síndrome de Fournier foi primeiramente descrito por Jean Alfred Fournier em 1883, o qual relatou 5 casos de gangrena em região escrotal em pacientes jovens sem causa definida. Ele descreveu três aspectos fundamentais na síndrome: início abrupto, rápida progressão e ausência de agente causador específico (LEE, 1975). Também definida como uma patologia infecciosa grave de caráter degenerativo que afeta rápida e progressivamente a pele, tecido subcutâneo e fáscia superficial da região genital e áreas adjacentes, podendo estender-se também por toda a parede abdominal anterior. (Tian et al., 2018)

Essa doença inicia-se com uma endarterite obliterante que gera um alto comprometimento dos vasos sanguíneos da região devido hipóxia, isquemia e trombose vascular, o que consequentemente leva à necrose tecidual e múltiplas disfunções metabólicas capazes de gerar efeitos locais e sistêmicos (Cardoso & Féres, 2007). Sendo assim, a partir desse estado de fragilidade e vulnerabilidade do indivíduo, a maioria das complicações dessa síndrome surgem devido às infecções secundárias por bactérias como *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus sp.*, *Enterococcus sp.*, *Bacteroides fragilis*, *Staphylococcus aureus* e *Pseudomonas aeruginosa* que desencadeiam uma intensa reação inflamatória e dificultam a cicatrização das lesões por conta da liberação e interação de toxinas no organismo, o que pode evoluir para um quadro de sepse, amputações e falência múltipla de órgãos (Lima et al., 2019)

5.1.1. EPIDEMIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

A síndrome de Fournier afeta predominantemente o sexo masculino, com a proporção de aproximadamente 10 casos no sexo masculino para 1 no sexo feminino. Inicialmente era considerada uma doença limitada ao sexo masculino, hoje não mais. Além disso, sua mortalidade persiste com índices variáveis, porém elevados, oscilando de 40% a 67%, ou seja, um índice bem alto. A doença ocorre em qualquer faixa etária, sendo que

entre os casos já descritos na literatura, a prevalência de idade dos indivíduos acometidos pela síndrome foi de 20 a 60 anos de idade. (GOMEZ, 2016)

Está relacionada à disseminação abrupta da infecção e alterações na microvascularização de forma a limitar o aporte vascular, ocasionando trombose e consequentemente hipóxia tissular. A patologia é agravada quando associada a uma enfermidade de base e a deterioração da imunidade celular, que provoca avanços alarmantes à infecção.(GOMEZ, 2016)

5.1.2. FATORES DE RISCO

Sabe-se que está comumente associada a imunossupressão, doenças crônicas (diabetes *mellitus*), alcoolismo, tabagismo, senilidade, obesidade, anormalidades no sistema urológico, doenças colorretais, trauma local, dentre outros. Esses fatores são capazes de influenciar diretamente no percurso do tratamento do indivíduo, fazendo com que seu tempo de permanência hospitalar se estenda.

Tabela 2: Prevalência de comorbidades informadas na admissão de pacientes diagnosticado com síndrome de Fournier, admitidos entre agosto de 2016 a agosto de 2017

Variável	%	n
Diabetes Mellitus	28,6	4
Hipertensão arterial	14,3	2
Tabagismo	14,3	2
Obesidade	14,3	2
Cirurgia urológica prévia	7,1	1
Infarto agudo do miocárdio	7,1	1

5.1.3. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Esta infecção é causada por flora bacteriana de aeróbios e anaeróbios, sendo os principais patógenos *Escherichia coli*, *Bacteroides fragilis*, *Enterococcus* sp. e *Clostridium perfringens*, levando a trombose de vasos sanguíneos subcutâneos e consequente necrose da camadas abaixo da pele.(BAKSHI, 2003)



FIGURA3: Necrose de pênis e escroto

5.2.1. DIAGNÓSTICO

A fasciite necrosante consiste em uma infecção grave, progressiva, de baixa incidência, porém, com alta letalidade podendo afetar qualquer área do corpo, manifesta-se frequentemente nos membros inferiores. A patologia tem como característica afetar a fáscia superficial, tecido subcutâneo e fáscia profunda, além de, em sua maioria, apresentar uma flora polimicrobiana(GONZALEZ, 2015). O diagnóstico e tratamento precoce são a melhor estratégia para otimizar o prognóstico dos pacientes acometidos por esta afecção(GAMAGAMI, 1998)

5.2.2. TRATAMENTO

Consiste em corrigir os distúrbios hidroeletrolíticos, ácidos-básicos e hemodinâmicos, administrar antibioticoterapia de largo espectro e realizar desbridamento cirúrgico de emergência visando remover todo o tecido necrótico, interrompendo a ação polibacteriana e minimizando os efeitos tóxicos sistêmicos (Souza et al., 2019).

Ainda que o tratamento clássico seja insubstituível e já esteja consolidado, algumas técnicas adjuvantes como a Oxigenoterapia Hiperbárica são capazes de potencializar os resultados terapêuticos, visto que além de estimular a síntese de colágeno, da angiogênese, da epitelização e da resistência bacteriana, essa técnica também promove o aumento e a disponibilidade de oxigênio plasmático para o tecido, favorecendo sua cicatrização e reduzindo inclusive a necessidade de sucessivos desbridamentos (Machado et al., 2021)

Além disso, outra técnica adjuvante indicada é a terapia de pressão negativa (TPN),

um tratamento não invasivo que proporciona uma cobertura temporária do ferimento prevenindo contaminação, reduzindo o edema, facilitando a drenagem do excesso de exsudato, promovendo a contração da ferida e formando rapidamente um tecido de granulação viável em áreas expostas, sendo considerada ideal principalmente para aqueles pacientes não considerados aptos para grandes cirurgias reconstrutivas (Caldas et al., 2019).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Embora não seja possível acelerar os eventos bioquímicos envolvidos nas etapas fisiológicas da cicatrização de feridas, consegue-se intervir para minimizar os efeitos que as afetam. Assim, ao se ter controle dos fatores que influenciam o período de cicatrização, obtém-se a capacidade de fazer com que o tempo envolvido nesse processo não se prolongue excessivamente (Punjataewakupt et al., 2018).

O tecido necrótico, contaminação bacteriana e a hipóxia vascular presentes no quadro clínico de um paciente com Síndrome de Fournier dificultam a cicatrização dos tecidos, uma vez que interferem no metabolismo e crescimento celular (Biranje et al., 2019). Dessa forma, a variação do tempo de cicatrização presente nos estudos pôde ser mensurada proporcionalmente aos atributos favoráveis que as técnicas agregaram ao processo cicatricial ao controlarem seus fatores de barreira, controle este possivelmente aprimorado diante da associação entre o VAC e OHB (Oliveira & Dias, 2012).

Algumas patologias pregressas são fatores de risco para o desenvolvimento da Síndrome de Fournier, tais como neoplasias e diabetes *mellitus* (promove condições debilitantes e imunossupressoras), doenças anorretais ou urogenitais (causam inflamação do períneo, tecidos moles ou adjacentes e alteram a funcionalidade das células) e doenças do aparelho circulatório como dislipidemias e hipertensão arterial sistêmica (alteram o calibre vascular e dificultam a passagem do fluxo sanguíneo causando hipóxia tecidual). (Correia et al., 2022)

Dessa forma, essas patologias podem comprometer o indivíduo, o deixando tanto mais vulnerável ao desenvolvimento da Síndrome de Fournier, quanto com maiores dificuldades de cicatrização por desencadearem fatores que prejudicam e retardam o fechamento das lesões (Guimarães et al., 2019).

O período de internação é geralmente maior devido à necessidade de se estender a assistência para além dos cuidados focados nas lesões e seus aspectos relacionados. O

indivíduo com Síndrome de Fournier requer avaliações e acompanhamentos contínuos por parte da equipe multidisciplinar, a qual atuará visando garantir que o paciente esteja estável clínica e hemodinamicamente em condições ideais. Além disso, é preciso uma monitorização rigorosa devido ao alto risco de evolução para sepse e outras complicações como acidose, insuficiência cardíaca, disfunção hepática e síndrome da angústia respiratória (Souza et al., 2019).

Ademais, alguns achados laboratoriais comuns à essa patologia como leucocitose, anemia, hipoalbuminemia, aumento da creatinina sérica, trombocitopenia e anormalidades eletrolíticas precisam estar regularizados para que o paciente possua condições mínimas de ser submetido aos desbridamentos cirúrgicos e de ofertar suporte para que o processo cicatricial se desenvolva (Souza et al., 2019). Outros cuidados quanto ao controle da dor, conforto, nutrição, repouso e amparo psicológico também fazem parte da assistência e podem demandar mais tempo para serem implantados com eficácia, podendo assim, afetar a duração intra-hospitalar (Silva et al., 2020).

Ao considerar alguns aspectos referentes à qualidade de vida do paciente, suas condições físicas, sociais, espirituais e psicológicas podem ser negativamente atingidas, uma vez que a Síndrome de Fournier gera desconfigurações físicas e muita ansiedade. Devido ao longo período de internação, o afastamento da família, trabalho e atividades cotidianas acabam contribuindo para uma queda na qualidade de vida, algo que influencia diretamente na forma com a qual o indivíduo lida com a doença (Ribeiro et al., 2018). De acordo com essa perspectiva, os pacientes que receberam o dispositivo portátil para a manutenção dos curativos à vácuo em ambiente domiciliar ou laboral se beneficiaram e tiveram maior satisfação diante dessa forma de manutenção do tratamento (Silberstein et al., 2008).

CONCLUSÃO

A Síndrome de Fournier é uma grave afecção que necessita de diagnóstico precoce para que uma abordagem rápida possa ser conduzida. As medidas terapêuticas como rápida intervenção, desbridamento precoce e antibioticoterapia de amplo espectro, juntamente com abordagem multidisciplinar são extremamente eficazes no controle da doença. Tais condutas integradas permitem a reconstrução cirúrgica das áreas atingidas e contribuem para a baixa mortalidade. Pacientes com Síndrome de Fournier vêm sendo assistidos de forma inadequada, o que ocasiona taxas de sepse e mortalidade alarmantes.

Carecendo assim de protocolos específicos para aprimoramento da assistência em saúde a tal população.

REFERÊNCIAS

ABREU, Rone Antônio Alves de; LEAL FILHO, Joaquim Maurício da Motta; PELEI, Nilza Teresa Rotter. **Síndrome de Fournier: estudo de 32 pacientes - do diagnóstico à reconstrução.** Disponível em: file:///C:/Users/anabe/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/4XD14397/edicao_2_artigo_2[1].pdf. Acesso em: 20 nov. 2023.

AZEVEDO, Cassius Clay S. F.; ARAËJO, Ana Paula L. de; MARIN, Caroline V.. **SÍNDROME DE FOURNIER: UM ARTIGO DE REVISÃO.** Disponível em: file:///C:/Users/anabe/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/O5Z4RB82/laleixo,+347-1241-1-CE[1].pdf. Acesso em: 20 nov. 2023.

BARBOSA SOBRINHO, Aloísio Gomes; GERALDELLI, Thainá Vergínio. **SÍNDROME DE FOURNIER EM IDOSO: UM RELATO DE CASO.** Disponível em: https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/view/12286/19248. Acesso em: 20 nov. 2023.

CAVALINI, Fernanda; MORIYA, Tokico Murakawa; PELEI, Nilza Teresa Rotter. **SÍNDROME DE FOURNIER: A PERCEPÇÃO DO SEU PORTADOR.** Disponível em: file:///C:/Users/anabe/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/S9AUR61B/download[1].pdf. Acesso em: 20 nov. 2023.

CIRINO, Geovana Aparecida dos Reis; PAIVA, Daniel Felipe Fernandes; AZEVEDO, André Herácleo de. **Oxigenoterapia hiperbárica ou terapia com pressão negativa: qual a melhor forma de tratamento para pacientes com Síndrome de Fournier? Uma revisão sistemática da literatura.** Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/34558. Acesso em: 20 nov. 2023.

CIRINO, Renata de Souza; SILVA, Letícia Dogakiuchi. **Perfil clínico de pacientes com Síndrome de Fournier atendidos em hospital terciário.** Disponível em: https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/1126. Acesso em: 20 nov. 2023.

CUSTODIO, Salua Alves Ally da Silva; BRUNO, Fernanda Nelli; GÓES, Fabiane Silva Reis. **Síndrome de Fournier: análise de um relato de caso.** Disponível em: file:///C:/Users/anabe/Downloads/admin,+BJHR+030+ok.pdf. Acesso em: 20 nov. 2023.

DORNELAS, Marilho Tadeu; CORREA, Marília de Pádua Dornelas; BARRA, Felipe Marcellos Lemos. **Síndrome de Fournier: 10 anos de avaliação.** Disponível em: file:///C:/Users/anabe/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/7LACPDCL/Jpwywc6YHkvWvtcJHW4YNhp[1].pdf. Acesso em: 20 nov. 2023.

DOS-SANTOS, Djoney Rafael; ROMAN, Ulisses Luiz Tasca; WESTPHALEN, André Pereira. **Perfil dos pacientes com gangrena de Fournier e sua evolução clínica.** Disponível em: file:///C:/Users/anabe/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/S9AUR61B/download%20(1)[1].pdf. Acesso em: 20 nov. 2023.

LIMA, Felicson Leonardo Oliveira; ALMEIDA, Fabiana Carneiro de; GÓES, Fabiane Silva

ANEXO A CRONOGRAMA DE CONFEÇÃO DO TCC2

ETAPAS DO TCC 2 / PRIMEIRO SEMESTRE DE 2024	MAR	ABR	MAI	JUN
PESQUISA BIBLIOGRÁFICA	X			
REDAÇÃO DOS ELEMENTOS PRÉ-TEXTUAIS	X			
REDAÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO, DOS RESULTADOS E DISCUSSÕES E DA CONCLUSÃO			X	
CORREÇÃO PARCIAL DO TCC2 PELO ORIENTADOR			X	
CORREÇÃO FINAL DO TCC 2			X	
ENTREGA DO TCC 2				X