

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Às 18h horas do dia 17 do mês de novembro do ano de dois mil e vinte e dois, na sala APG 05, compareceram para defesa do Trabalho

de Conclusão de Curso, requisito para a conclusão do curso de Medicina, os/as estudantes:

Ana Carolina Silva Inácio Caires

Gabriela Moreira Dias Farias

cujas pesquisas apresenta como título,

“Perfil Clínico-Epidemiológico dos pacientes submetidos a apendicectomia em um Hospital de Referência no Sudoeste de Bahia”.

Constituíram a Banca Examinadora: o/a orientador (a), Prof.

Alan Rodrigues de Azevedo

e avaliadores, Prof. Elionara Teixeira Boa Sorte Fernandes

Prof. Deão Aguiar Montenegro de Oliveira.

Após a apresentação e as observações dos membros da Banca Examinadora, ficou definido que o trabalho foi considerado APROVADO com conceito 94,2.

Eu, Alan Rodrigues de Azevedo, presidente da banca, lavrei a presente ata que segue assinada por mim e pelos demais membros.

Observações:

Assinatura da Banca Examinadora:

Alan Rodrigues de Azevedo
Professor (a) orientador (a)

Elionara T. Boa Sorte Fernandes
Professor (a) examinador (a)

Deão Aguiar Montenegro de Oliveira
Professor (a) examinador (a)

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

C135p Caires, Ana Carolina Silva Inácio
 Perfil Clínico-Epidemiológico de Pacientes submetidos a
 Apendicectomia em um Hospital de Referência no Sudoeste da
 Bahia/ Ana Carolina Silva Inácio Caires; Gabriela Moreira Dias
 Farias - Guanambi, BA, 2022.
 15 f.

 Orientador: Alan Rodrigues de Azevedo

 Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Medicina) —
 Faculdades Integradas Padrão- FIPGuanambi/Afya, 2023.

 1. Apendicite. 2. Complicações Intraoperatórias. 3.
 Apendicectomia. I. Farias, Gabriela Moreira Dias. II. Azevedo,
 Alan Rodrigues de, orient. III. Título.

 CDU
 616.346.2-002 (813.8)



FACULDADES INTEGRADAS PADRÃO - FIPGUANAMBI
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Ana Carolina Silva Inácio Caires

Gabriela Moreira Dias Farias

**Perfil Clínico-Epidemiológico de Pacientes submetidos a
Apendicectomia em um Hospital de Referência no Sudoeste da
Bahia**

Guanambi – BA

2022

Ana Carolina Silva Inácio Caires

Gabriela Moreira Dias Farias

**Perfil Clínico-Epidemiológico de Pacientes submetidos a
Apendicectomia em um Hospital de Referência no Sudoeste da
Bahia**

Projeto de Pesquisa apresentado à Banca Examinadora do Curso de Graduação em Medicina das Faculdades Integradas Padrão de Guanambi como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Professor orientador: Prof. Me. Alan Rodrigues de Azevedo.

RESUMO

Modelo do estudo: Corte transversal. **Objetivo:** Descrever o perfil de pacientes cirúrgicos nos casos de abdome agudo inflamatório por apendicite na Fundação Hospitalar Senhora Santana do município de Caetité-BA. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, com a amostra composta a partir da coleta de dados dos prontuários de 40 pacientes que foram admitidos na Fundação Hospitalar Senhora Santana, entre os anos de 2020 a 2022, submetidas a apendicectomia. **Resultados:** Dentre o número total de casos há prevalência do sexo masculino. A média de idade foi de 37,90 anos, com uma maior incidência na faixa etária de 34 a 40 anos. Em relação as manifestações clínicas, a dor em fossa ilíaca direita associada a náuseas e vômitos correspondeu a uma maior porcentagem. Quanto ao tempo de evolução, 37,5% dos pacientes apresentaram a clínica maior que 72 horas. Uma maior porcentagem dos pacientes apresentaram sinal de Blumberg no exame físico (45%). No que concerne aos exames laboratoriais, apenas cinco pacientes (12,5%) realizaram. Dentre os exames de imagem, a Tomografia Computadorizada foi o mais solicitado (17,5%). Todos os pacientes foram tratados cirurgicamente, sendo a laparotomia o tipo de cirurgia mais realizado, avaliado em 57,5%. A fase II, nos achados cirúrgicos macroscópicos, foi a mais incidente, correspondendo ao apêndice com exsudato fibrinoso. **Conclusões:** Os dados analisados permitiram concluir que há maior predominância da apendicite aguda em indivíduos do sexo masculino com média de idade de 37,90 anos. Corroborando com pesquisas realizadas, o achado clínico mais comum foi dor em fossa ilíaca direita, associada a náuseas e vômitos, acometendo 22,5% dos pacientes, em tempo de evolução maior ou igual a 72 horas. O tratamento de escolha é o cirúrgico e o método mais prevalente foi a laparotomia, correspondendo 57,5% dos pacientes. Logo, saber o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com essa patologia facilita o diagnóstico precoce e minimiza as complicações.

Palavras-chaves: Apendicite; Complicações Intraoperatórias; Apendicectomia.

ABSTRACT

Study model: Cross-sectional. **Objective:** To describe the profile of surgical patients with acute inflammatory abdomen due to appendicitis at the Fundação Hospitalar Senhora Santan in the municipality of Caetité-BA. **Methodology:** This is a descriptive study, with the sample composed from data collected from the medical records of 40 patients who underwent appendectomy at the Senhora Santana Hospital Foundation between 2020 and 2022. **Results:** Among the total number of cases, there is a predominance of male patients. The average age was 37.90 years, with a higher incidence in the age group of 34 to 40 years. Regarding clinical manifestations, right iliac fossa pain associated with nausea and vomiting accounted for the highest percentage. As for the duration of symptoms, 37.5% of patients had symptoms for more than 72 hours. A higher percentage of patients had a positive Blumberg sign on physical examination (45%). Regarding laboratory tests, only five patients (12.5%) underwent them. Among imaging tests, Computed Tomography was the most requested (17.5%). All patients underwent surgical treatment, with laparotomy being the most common type of surgery performed, accounting for 57.5%. Phase II, in macroscopic surgical findings, was the most common, corresponding to the appendix with fibrinous exudate. **Conclusions:** The analyzed data allowed us to conclude that there is a greater predominance of acute appendicitis in male individuals with an average age of 37.90 years. Consistent with previous research, the most common clinical finding was right iliac fossa pain associated with nausea and vomiting, affecting 22.5% of patients, with symptom duration equal to or greater than 72 hours. Surgical treatment is the preferred choice, with laparotomy being the most prevalent method, corresponding to 57.5% of patients. Therefore, understanding the clinical and epidemiological profile of patients with this pathology facilitates early diagnosis and minimizes complications.

Keywords: Appendicitis; Intraoperative Complications; Appendectomy.

1. INTRODUÇÃO

Abdome agudo refere-se a presença de sinais e sintomas de dor e sensibilidade abdominal¹, ocorre de maneira súbita com pelo menos 8 horas de evolução², não traumática, com duração máxima de 5 dias³. Necessita de uma avaliação completa capaz de determinar a terapia mais adequada. Além disso, essa avaliação pormenorizada identifica a necessidade de intervenção cirúrgica. Geralmente, o quadro clínico requer terapia cirúrgica de emergência¹.

Sendo assim, as etiologias de abdome agudo podem ser divididas em: não cirúrgicas e cirúrgicas. O abdome agudo não cirúrgico pode ser dividido em três categorias, a saber: endócrinas/metabólicas, hematológicas e toxinas ou drogas. Já o abdome agudo cirúrgico é dividido em quatro categorias: inflamatório/infeccioso, vascular, obstrutivo e perfurativo¹.

Dentre os tipos de abdome agudo cirúrgico, o abdome agudo inflamatório é o mais comum e decorre de um processo inflamatório e/ou infeccioso localizado na cavidade abdominal, ou em órgãos e estruturas adjacentes, geralmente desencadeado por bactérias. Entre as causas, a apendicite é uma das mais frequentes e mais comuns em pacientes jovens^{1,2}.

A Apendicite Aguda (AA) é a emergência cirúrgica abdominal mais comum no mundo e resulta de uma inflamação aguda do apêndice vermiforme, atribuída em sua maioria à obstrução mecânica (fecalito, fezes normais, hiperplasia linfóide ou agentes infecciosos)^{4,5}.

Esse tipo de apendicite apresenta uma incidência de 48 casos, por dez mil habitantes por ano e a faixa etária mais acometida está entre 10 e 30 anos de idade, com a maior prevalência entre crianças e adolescentes e uma leve predominância dos homens em relação as mulheres^{4,5,6}.

No Brasil, conforme dados do DATASUS, no período compreendido entre 2016 a 2020, a predominância do sexo masculino é significativa uma vez que, diante dos casos de internação por apendicite aguda, essa prevalência foi de 362.122 hospitalizações em comparação a 247.322 do sexo feminino. Em relação ao fator idade, a maior incidência ocorreu na faixa etária entre 20-29 anos com 138.136 internações⁷.

A história clínica e o exame físico compõem a abordagem inicial na avaliação do paciente com suspeita de apendicite aguda. A dor abdominal é a principal queixa,

tendo duração de 24 horas, que geralmente se inicia na região abdominal periumbilical e, posteriormente, migra para o quadrante inferior direito, caracterizada por ser constante, com cólicas abdominais intermitentes e piora com manobras de Valsalva. O local da dor pode variar, dependendo da posição do apêndice. Outros sintomas importantes são a anorexia, náuseas e vômitos^{8,9,10}.

O tempo de evolução da doença está diretamente associada ao aparecimento de abscessos, flegmão e peritonite generalizada¹¹. Devido a proliferação de bactérias gram negativas e diminuição arterial por isquemia e necrose, há possibilidade de agravamento do quadro com perfuração do órgão após 48 horas¹⁰.

Em referência ao exame físico, o paciente pode apresentar-se com febre baixa, taquicardia e sinais clássicos como dor à palpação no quadrante inferior direito, sinal de McBurney, e dor no quadrante inferior direito após a compressão do quadrante inferior esquerdo, sinal de Rovsing¹².

Adjunto a história clínica e exame físico, exames laboratoriais e de imagem corroboram com o diagnóstico, dentre os laboratoriais o mais importante inicialmente é o hemograma, que em associação a clínica determina o Escore de Alvarado, utilizado para medir a probabilidade do paciente possuir apendicite aguda^{13,14}. A falta de precisão diagnóstica aumenta as chances de evolução para a forma complicada da doença, como abscesso intra-abdominal, perfuração e fístula⁵.

O tratamento da apendicite aguda baseia-se no método cirúrgico, convencional ou laparoscópico¹³. Os achados cirúrgicos inflamatórios macroscópicos, também chamado de fase evolutiva, foi classificada de 0 a IV, sendo que a fase 0 corresponde ao apêndice normal, fase I ao apêndice com hiperemia e edema, fase II apêndice com exsudato fibrinoso, fase III apêndice com necrose e abscesso, enquanto a fase IV apêndice perfurado¹⁵.

Apesar do progresso tecnológico no diagnóstico e na terapêutica, a apendicite aguda continua sendo importante causa de morbidade e mortalidade⁶.

Objetiva-se assim, descrever o perfil clinico-epidemiológico dos pacientes cirúrgicos com apendicite aguda atendidos na Fundação Hospitalar Senhora Santana no município de Caetité-BA, contribuindo para o estabelecimento de um manejo cada vez mais preciso a fim de evitar complicações.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com a amostra composta por 40 pacientes, através da coleta de dados dos prontuários arquivados no SAME (Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico), que foram admitidos no serviço de pronto atendimento da Fundação Hospitalar Senhora Santana com o diagnóstico de apendicite aguda e que realizaram apendicectomia no período de 2020 a 2022. O cálculo amostral foi realizado através do programa Winpep, utilizando-se a prevalência do Brasil (48/10000) e os valores de erro alfa de 5% e beta de 20%.

As variáveis pesquisadas foram sexo, idade, manifestações clínicas, tempo de evolução, exame físico (sinais semiológicos), achados laboratoriais e de imagem, tipo de cirurgia, achados inflamatórios cirúrgicos macroscópicos. Foram excluídos da pesquisa pacientes com idade inferior a 18 anos, gestantes, perda de seguimento, dificuldade de acesso ao prontuário.

Os dados coletados foram reunidos, armazenados em planilhas Software Excel versão 2013 e avaliados estatisticamente no Software IBM® SPSS® Statistics versão 24.0. A análise descritiva foi realizada conforme cálculos de média, teste do qui-quadrado, frequência absoluta e relativa.

Este estudo segue as normas e diretrizes definidas pelas Resoluções do Conselho de Saúde que regulamentam a realização de pesquisa envolvendo seres humanos nº 466/2012 e nº 510/2016, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa das UNIFIPMOC, conforme aprovação número 5.236.720.

3. RESULTADOS

As variáveis estudadas encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1- Caracterização da amostra.

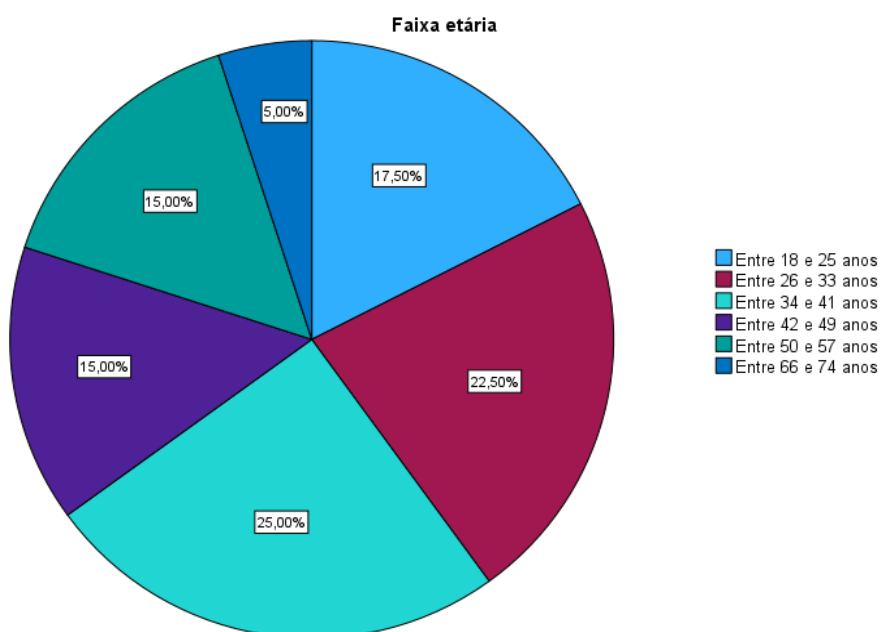
Variáveis	Frequência	Porcentagem	Média
Sexo		m	
Feminino	15	37,5	
Masculino	25	62,5	
Idade			
			37,90
Clínica			
Dor abdominal	40	100,0	
Náuseas e vômitos	15	37,5	
Febre	13	32,5	
Outros sintomas	5	12,5	
Tempo de evolução (h)			
≥72	15	37,5	
<72	4	10,0	
Exame físico			
Sinal de Blumberg	18	45,0	
Sinal de peritonite	7	17,5	
Exames laboratoriais			
Presente	5	12,5	
Exames de imagem			
Ultrassonografia de abdome total	6	15,0	
Tomografia computadorizada de abdome	7	17,5	
Tipo de cirurgia			
Laparotomia	23	57,5	
Videolaparoscopia	3	7,5	
Incisão McBurney	8	20,0	
Fase da apendicite			
Fase I	8	20,0	
Fase II	14	35,0	
Fase III	8	20,0	
Fase IV	1	2,5	

Fonte: Dados da pesquisa 2022

Do número total de casos, 62,5% (n=25) foram do sexo masculino e 37,5% (n=15) foram do sexo feminino. A média de idade dos pacientes inclusos na amostra foi de 37,90 anos (Tabela 1).

Quando analisados por faixa etária, obteve-se uma maior incidência dos 34 a 40 anos (25,0%), seguido de 26 a 33 anos (22,5%), como demonstrado na Figura 1.

Figura 1– Distribuição da porcentagem dos pacientes atendidos na Fundação Senhora Santana, segundo faixa etária.



Fonte: Dados da pesquisa 2022

Quanto as manifestações clínicas, a dor abdominal teve destaque representando a 100% dos casos (n=40), seguido de náuseas e vômitos com 37,5% (n=15) e febre com 32,5% (n=13). Outros sintomas como anorexia, por exemplo, corresponderam a 12,5% (n=5), demonstrado na tabela 1.

Enfatiza-se que, em relação ao tempo de evolução, 37,5% dos pacientes (n=15) apresentaram uma clínica maior que 72 horas até procurarem um serviço de emergência. Em 52,5% (n=21) não constava essa informação nos prontuários (Tabela 1).

No que concerne aos achados do exame físico, os mais comuns foram o sinal de Blumberg, presente em 45% dos pacientes (n=18), seguido de sinais de peritonite com 17,5% (n=7). Nesta análise, chama a atenção o fato de não constar informações sobre exame físico de 15 pacientes (37,5%), dos respectivos prontuários analisados.

No que se refere aos exames complementares é pertinente mencionar que obteve-se uma menor porcentagem de exames laboratoriais realizados, com o valor de 12,5% (n=5), conforme descrito na tabela 1. Dentre os exames de imagem, a Tomografia Computadorizada de Abdome foi o mais solicitado, correspondendo a 17,5% dos pacientes (n=7), enquanto a Ultrassonografia do Abdome Total 15% (n=6),

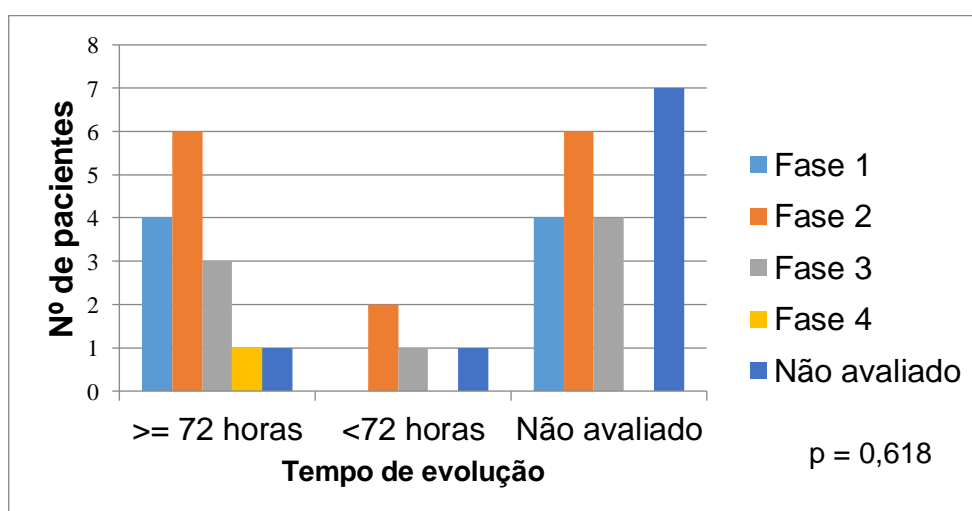
totalizando 32,5%. Ressalta-se, ainda, que em 67,5% (n=27) dos casos não há registros nos prontuários, sobre referidos exames (Tabela 1).

Salienta-se que, a laparotomia foi o tipo de cirurgia mais executado, dentre os procedimentos cirúrgicos pesquisados, com um percentual de 57,5% (n=23) dos pacientes, seguida da incisão de McBurney realizada em 20% (n=8) e a videolaparoscopia em 7,5% (n=3). Verificou-se, também, que em seis pacientes, cerca de 15%, não há quaisquer registros das cirurgias realizadas. Esses dados estão descritos na tabela 1.

Neste estudo, averiguou-se que o achado cirúrgico macroscópico (fases) mais prevalente foi o apêndice com exsudato fibrinoso, correspondendo a fase II, que acometeu 35% dos pacientes (n=14), seguida da fase um e três, ambas com o percentual de 20% (n=8). Outras complicações relatadas se enquadram na fase quatro, apêndice necrosado e mucocoele, na devida ordem (Tabela 1).

Outra condição analisada foi a relação entre o tempo de evolução da doença com a fase apresentada na cirurgia através do cruzamento de dados e, pelo teste do qui-quadrado, não houve associação entre elas ($p=0,618$), o que implica em diferenças não significativas visto que o valor encontra-se $p<0,05$ (Figura 2).

Figura 2 – Relação entre o tempo de evolução da doença e os achados macroscópicos cirúrgicos.



Fonte: Dados da pesquisa 2022

4. DISCUSSÃO

Este estudo identificou predominância do sexo masculino, em 62,5% dos casos analisados, confirmando o que abordam outros trabalhos^{4,5}, todavia a maior incidência ocorreu na faixa etária de 34 a 40 anos (25,0%), o que contradiz a literatura^{4,5}, que descreve a predominância de idade entre 10 e 30 anos. Este resultado é explicado pelo fato de terem sido incluídos na pesquisa, apenas pacientes com idade acima de 18 anos, uma vez que os pacientes menores de idade necessitam de consentimento do responsável para utilização dos dados.

Em relação ao motivo das internações, o sintoma prevalente foi dor abdominal manifestada em 100% dos pacientes, seguido de náuseas e vômitos em 37,5% dos casos, corroborando com os estudos de Snyder *et al.* (2018)⁸ e Brown *et al.* (2009)⁹, nos quais são citados estes sintomas como os mais importantes.

Em segundo lugar, o presente estudo aponta a associação de febre ao quadro clínico. E, no exame físico, uma maior porcentagem do sinal de Blumberg positivo, correspondendo a 45% dos pacientes, similar a outros estudos^{1,6,12}.

Quanto ao tempo de evolução da clínica, nota-se uma precariedade no preenchimento das fichas médicas, visto que em 52,5% (n=21) dos prontuários pesquisados não constava essa informação, nos casos em que há descrição, 37,5% dos pacientes apresentaram uma dor maior que 72 horas de ascensão, contradizendo os estudos^{8,9,10}, nos quais se referem à evolução da dor em 24 horas.

Apesar do resultado dessa pesquisa evidenciar que não houve associação entre o tempo de evolução da doença com os achados macroscópicos cirúrgicos, pois o teste qui-quadrado evidenciou um valor $p=0,618$, Bastos *et al.* (2021)¹¹ afirma que o tempo de evolução da doença está diretamente associada ao aparecimento de abscessos, fleigmão e peritonite generalizada.

De acordo com SQUIRES; POSTIER (2015)¹ e IAMARINO *et al.* (2017)⁶ o exame laboratorial é uma importante ferramenta para compor o diagnóstico da apendicite aguda, já que em 90% dos pacientes há uma leucocitose e isso constitui um critério para o Escore de Alvarado. Entretanto, neste estudo verificou-se que os exames laboratoriais não foram imprescindíveis para o diagnóstico porque somente em 12,5% dos pacientes os referidos exames foram solicitado.

Outro aspecto a ser analisado para estabelecer o diagnóstico é o exame de imagem. E, os principais métodos solicitados foram a Ultrassonografia de abdome total e a Tomografia Computadorizada (TC) de abdome. Observou-se durante este estudo que dentre esses exames, a TC teve uma maior incidência com cerca de 17,5% das solicitações, prevalência confirmada na literatura¹.

Ressalta-se que de acordo com Freitas (2019)¹³, a laparotomia é o tratamento mais eficiente e de custos mais reduzidos para os casos de apendicite aguda. Dado também comprovado em nosso estudo, visto que em 57,5% dos prontuários analisados, esse foi o procedimento cirúrgico realizado.

5. CONCLUSÃO

Nesse estudo, os dados analisados permitiram concluir que há maior predominância da apendicite aguda em indivíduos do sexo masculino, com média de idade de 37,90 anos. Corroborando com pesquisas realizadas, o achado clínico mais comum foi dor em fossa ilíaca direita, associada a náuseas e vômitos, acometendo 22,5% dos pacientes, em tempo de evolução maior ou igual a 72 horas.

No que diz respeito aos exames, constatou-se que Ultrassonografia Abdominal e Tomografia Computadorizada do Abdome e os laboratoriais, apesar de auxiliarem no diagnóstico não são imprescindíveis para a conclusão do mesmo.

Como uma terapêutica para a apendicite aguda, o estudo nos confirma que o tratamento de escolha é o cirúrgico e o método mais prevalente foi a lapatoromia, correspondendo 57,5% dos pacientes.

Cabe ressaltar a falha no preenchimento da maioria dos prontuários analisados, nos quais foram apurados a ausência de dados que contribuiria para uma melhor análise de dados deste estudo.

O conhecimento do perfil epidemiológico de indivíduos com apendicite aguda, submetidos a apendicectomia, se revela de grande importância, tendo em vista a alta prevalência na população brasileira, se constituindo um importante indicador de saúde pública. Portanto, identificar precocemente a clínica do paciente pode ser um dos caminhos para o controle das complicações e a consequente redução da mortalidade.

Assim, com a finalidade de proporcionar o diagnóstico precoce dos pacientes com apendicite aguda, espera-se que este estudo contribua para que os médicos identifiquem a clínica e tenham uma abordagem eficiente, diminuindo os níveis de complicações.

Salienta-se, ainda, a importância de uma anamnese e exame físico detalhado, bem como a anotação completa de todos os dados obtidos do paciente.

REFERÊNCIAS

1. SQUIRES, RA; POSTIER, RG. **Abdome agudo**. Townsend Jr. CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, editores. Sabiston tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 19ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
2. TORREZ, Franz R. Apodaca; TRIVIÑO, Tarcisio. **Abdome agudo inflamatório**. LOPES, AC; REIBSCHEID, S.; SZEJNFELD, J. Abdome agudo: clínica e imagem. São Paulo: Atheneu, p. 51-77, 2004. Acesso em: 26 mar. 2022.
3. GANS, Sarah L. *et al.* **Guideline for the diagnostic pathway in patients with acute abdominal pain**. Digestive surgery, v. 32, n. 1, p. 23-31, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25659265/>. Acesso em: 04 mar. 2022.
4. PETROIANU, A. **Diagnosis of Acute Appendicitis**. International Journal of Surgery, Elsevier, v. 10, p. 115-9, 2012. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1743919112000246?token=B0256DDC9C53C813B258F05425F52D71F05A223749E8620913C0FEAC0A0FF2ED53F7CDB01A9518D79D0BC68F317C7B65&originRegion=us-east-1&originCreation=20220327134313>. Acesso em: 25 mar. 2022.
5. GORTER, Ramon R. *et al.* **Diagnosis and management of acute appendicitis. EAES consensus development conference 2015**. Surgical endoscopy, v. 30, n. 11, p. 4668-4690, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27660247/>. Acesso em: 26 mar. 2022.
6. IAMARINO, Ana Paula Marconi *et al.* **Fatores de risco associados às complicações de apendicite aguda**. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões [online], v.44, n.06, p. 560-566, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/dWbDG9NvHRZhLysD4VMJRTD/?lang=pt#>. Acesso em: 18 mar. 2022.
7. GONÇALVES, C. H. L. *et al.* **Epidemiologia da apendicite no brasil**. Revista Multidisciplinar em Saúde, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 41, 2021. Disponível em: <https://editoraime.com.br/revistas/index.php/remas/article/view/1443>. Acesso em: 18 mar. 2022.
8. SNYDER, Matthew J. *et al.* **Acute appendicitis: efficient diagnosis and management**. American Family Physician, v. 98, n. 1, p. 25-33, 2018. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2018/0701/p25.html>. Acesso em: 26 mar. 2022.
9. BROWN, J. J. S. *et al.* **Appendicitis in pregnancy: an ongoing diagnostic dilemma**. Colorectal disease, v. 11, n. 2, p. 116-122, 2009. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1463-1318.2008.01594.x>. Acesso em: 18 mar. 2022.
10. FRANCINO, Raíssa P.; FIGUEIREDO, Luís Filipe S.; NUNES, Carlos P. **Complicações de um diagnóstico tardio de apendicite**. Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis, v. 3, n. 1, p. 18-35, 2019. Disponível em:

<https://www.unifeso.edu.br/revista/index.php/faculdademedicinadeteresopolis/article/view/1018>. Acesso em: 26 mar. 2022.

11. BASTOS, Ítalo de Deus Rios *et al.* **Apendicite aguda e suas complicações cirúrgicas**. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 1, p. 2142-2152, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/download/23931/19> 202. Acesso em: 26 mar. 2022.
12. HUMES DJ, Simpson J. **Acute appendicitis**. BMJ, v. 333, p. 530-534, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1562475>. Acesso em: 18 mar. 2022.
13. FREITAS, R.G. *et al.* **Apendicite Aguda**. Brazilian Journal of Health and Biomedical Sciences. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 39, 2009. Disponível em: <http://bjhbs.hupe.uerj.br/?handler=artigo&id=168>. Acesso em: 19 mar. 2022.
14. CUNHA, Carlos Magno Queiroz da *et al.* **Correlation of clinical data and the Alvarado's Score as predictors of acute appendicitis**. Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro), v. 38, p. 95-98, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jcol/a/Lbn9QHfPpn4QNc8s7sN37jS/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 18 mar. 2022.
15. LIMA, Amanda Pereira *et al.* **Perfil clínico-epidemiológico da apendicite aguda: análise retrospectiva de 638 casos**. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias, v. 43, n. 4, p. 248-253, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/jfbY4HGHq4vMLqqR3MTtQFC/?format=pdf&lang=pt#:~:text=A%20fase%20evolutiva%20foi%20classificada,abcesso%20e%20IV%20apendicite%20perfurada>. Acesso em: 01 mai. 2022.