UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM MEDICINA

FILIPE PALAURO RECLA

APENDICITE AGUDA PEDIÁTRICA: Uma Revisão Integrativa dos Protocolos Clínicos e Terapêuticos Mais Eficazes

PICOS - PI
2025

FILIPE PALAURO RECLA

APENDICITE AGUDA PEDIÁTRICA: Uma Revisão Integrativa dos Protocolos Clínicos e Terapêuticos Mais Eficazes

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina, da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Graduado em Medicina.

Orientador (a): Esp.Tércio Luz Barbosa

PICOS - PI

2025

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

R299a Recla, Filipe Palauro.
Apendicite aguda pediátrica: uma revisão integrativa dos protocolos clínicos e terapêuticos mais eficazes / Filipe Palauro Recla – 2025.
50 f.

1 Arquivo em PDF.
Indexado no catálogo *online* da biblioteca José Albano de Macêdo-CSHNB
Aberto a pesquisadores, com restrições da Biblioteca.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Piauí, Curso de Bacharelado em Medicina, Picos, 2025.
"Orientador (a): Esp. Tércio Luz Barbosa".

1. Apendicite aguda. 2. Medicina-pediatria. 3. Apendicite-protocolos clínicos. I. Recla, Filipe Palauro. II. Barbosa, Tércio Luz. III. Título.

CDD 618.92

Elaborada por Maria Letícia Cristina Alcântara Gomes
Bibliotecária CRB n° 03/1835

PICOS - PI
2025

FILIPE PALAURO RECLA

APENDICITE AGUDA PEDIÁTRICA: Uma Revisão Integrativa dos Protocolos Clínicos e Terapêuticos Mais Eficazes

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina, da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Graduado em Medicina.

Defendida e aprovada em 02 de julho de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Tércio Luz Barbosa

Professor Esp. Tércio Luz Barbosa

Orientador(a) — UFPI/CSHNB

Lais Portela Neiva Coelho

Professor

Dra. Lais Poertela Neiva Coelho — UFPI/CSHNB

Raquel Rufino Gomes Leal

Examinador

Dra. Raquel Rufino Gomes Leal — HRJL/Hospital Regional Justino Luz

PICOS - PI
2025

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Narciso e Penha, a base de tudo. Seu amor incondicional, seus sacrifícios silenciosos e seu apoio constante foram a força que me permitiu chegar até aqui. Aos meus irmãos, Stéphan e Amanda, pela compreensão e apoio mútuo em cada desafio. De forma muito especial, à Dra. Raquel Rufino, por sua influência e ensinamentos que me moldaram não apenas como profissional, mas como a pessoa que me esforço para ser. Que este feito seja um reflexo da gratidão e do carinho que sinto por todos vocês.

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo, a Deus e a Nossa Senhora, que, em sua infinita misericórdia, me concederam a força e a inabalável coragem para trilhar este caminho, superando cada sacrifício e dificuldade enfrentados longe de casa e do abraço familiar ao longo destes anos.

À **Universidade Federal do Piauí (UFPI)** e ao **Campus Senador Helvídio Nunes de Barros**, por serem o berço desta jornada, oferecendo a infraestrutura e o ambiente acadêmico que sustentaram o desenvolvimento deste projeto e moldaram minha formação.

Ao meu orientador, **Professor Esp. Tércio Luz Barbosa**, por sua orientação preciosa, paciência exemplar e sabedoria que, através de desafios construtivos, impulsionaram meu aprimoramento contínuo. Sua dedicação foi a viga-mestra para a concretização deste trabalho.

À estimada banca examinadora, **Dra. Lais Portela Neiva Coelho** e **Dra. Raquel Rufino Gomes Leal**, pela generosidade em dispor de seu tempo, pelas valiosas contribuições e pela arguição que enriqueceram sobremaneira este estudo.

Aos professores do curso de Medicina, que, com a luz de seus ensinamentos ao longo dos anos, transmitiram não apenas o conhecimento técnico, mas também os princípios éticos e humanos que são a essência da prática médica. De modo particular, ao **Professor Dr. Paulo Victor Amorim Marques**, cuja didática envolvente, gentileza singular e leveza cativante transformaram a medicina em um verdadeiro poema, reacendendo em nós o amor intrínseco por esta nobre profissão.

Ao dedicado corpo de funcionários do **Hospital Regional Justino Luz**, especialmente aos técnicos de enfermagem, enfermeiros, instrumentadores cirúrgicos, fisioterapeutas e médicos, que sempre me acolheram com afeto, como parte integrante da equipe, proporcionando um ambiente propício ao meu crescimento profissional e pessoal.

Aos valorosos médicos do Hospital Regional Justino Luz, que serviram como a porta de entrada para a construção dos meus primeiros passos na vida médica. Em um lugar de honra, os cirurgiões **Dr. Lázaro Macedo**, **Dr. Juarez Duarte**, **Dr. Éder Rocha** e **Dr. Eriberto Barros**, por todos os ensinamentos compartilhados e pela humildade em me tratar com a mesma consideração que dedicam a figuras que tanto admiro. E, em especial, à **Dra. Raquel Rufino**, que por quase três anos me acolheu, ensinando-me não apenas técnicas cirúrgicas e raciocínio clínico de maneira impecável, mas também, com seu apoio constante e sua presença inabalável

nas situações difíceis dos plantões, transmitiu valores morais profundos e a força e resiliência essenciais para me tornar um bom médico.

Aos meus queridos colegas de turma e amigos, com quem partilhei as angústias e as alegrias desta jornada acadêmica, pela camaradagem, pelas discussões construtivas e pelo apoio mútuo que nos fortaleceu. De coração, a **Luis Davi**, **Tarcísio**, **Júlio**, **Bruno**, **Cleio**, **Edla**, **Wirllane**, **Weslley, Naira, Eli, Rosana, Letícia, Maria Isabelly, Gabriel** e **Gabriela**.

Aos meus pais, **Narciso** e **Penha**, por sua incansável dedicação, pelo amor incondicional e pelo suporte emocional e financeiro que foram a força motriz para que eu jamais desistisse diante dos obstáculos, apoiando-me em cada instante. Sem a presença e o suporte de vocês, nada disso teria sido possível.

À minha avó, cujo apoio constante e a felicidade visível em me ver realizando um sonho são uma das minhas maiores e mais doces realizações. Aos tios e demais familiares, pelo carinho e pela compreensão nos momentos de ausência.

Aos amigos que, mesmo distantes do ambiente acadêmico, sempre me incentivaram e me ofereceram momentos de descontração e leveza, fundamentais para o equilíbrio da alma.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AA – Apendicite Aguda

AIR – Appendicitis Inflammatory Response (Escore de Resposta Inflamatória na Apendicite)

AppyCDS - Clinical Decision Support System for Appendicitis (Sistema de Suporte à Decisão Clínica para Apendicite)

cIAI – Complicated Intra-Abdominal Infection (Infecção Intra-Abdominal Complicada)

NOM – Non-Operative Management (Tratamento Não Operatório)

PCR – Proteína C Reativa

pARC – Pediatric Appendicitis Risk Calculator (Calculadora de Risco de Apendicite Pediátrica)

TC – Tomografia Computadorizada

US – Ultrassonografia

IC – Intervalo de Confiança

ROC – Receiver Operating Characteristic (Curva Característica de Operação do Receptor)

VPP – Valor Preditivo Positivo

VPN – Valor Preditivo Negativo

SUMÁRIO

ARTIGO **1**

ANEXOS **29**

Artigo de revisão

Apendicite Aguda Pediátrica: Uma Revisão Integrativa dos Protocolos Clínicos e Terapêuticos Mais Eficazes

Pediatric Acute Appendicitis: An Integrative Review of the Most Effective Clinical and Therapeutic Protocols

Apendicitis Aguda Pediátrica: Una Revisión Integradora de los Protocolos Clínicos y Terapéuticos Más Eficaces

Filipe Palauro Recla 1,[a]
autor@email.com | 0009-0008-5475-6387

Tércio Luz Barbosa1,[b] tercioluzbarbosa@gmail.com | 0009-0007-2234-1067

[1] Bacharelando em Medicina, Universidade Federal do Piauí/Campus Senador Helvídio Nunes de Barros/ Picos, Piauí, Brasil.

[2] Professor do curso de Bacharelado em Medicina, Universidade Federal do Piauí/Campus Senador Helvídio Nunes de Barros/ Picos, Piauí, Brasil.

Contribuição dos autores
Concepção ou desenho do estudo: Filipe Palauro Recla e Tércio Luz Barbosa.
Coleta de dados: Filipe Palauro Recla
Análise de dados: Filipe Palauro Recla
Interpretação dos dados: Filipe Palauro Recla
Todos os autores são responsáveis pela redação e revisão crítica do conteúdo intelectual do texto, pela versão final publicada e por todos os aspectos legais e científicos relacionados à exatidão e à integridade do estudo.

Declaração de conflito de interesses: Não há.

Fontes de financiamento: Não houve.

Considerações éticas: Não há.

Agradecimentos/Contribuições adicionais: Não há.

Histórico do artigo: Não há.

Licença CC BY-NC atribuição não comercial. Com essa licença é permitido acessar, baixar (download), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos de autoria e menção à Reciis. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

RESUMO

Este trabalho apresenta uma revisão integrativa da literatura sobre os protocolos clínicos e terapêuticos mais eficazes no manejo da apendicite aguda pediátrica. A partir da análise de estudos publicados entre 2020 e 2025, foram identificadas estratégias diagnósticas que integram avaliação clínica, exames laboratoriais e de imagem, como a ultrassonografia e a tomografia computadorizada. Em relação ao tratamento, a apendicectomia laparoscópica permanece como padrão-ouro, mas o uso de antibióticos como alternativa em casos não complicados tem se mostrado promissor, com taxas de sucesso consideráveis e menos dias de incapacidade. Além disso, ferramentas de apoio à decisão clínica e abordagens individualizadas foram destacadas como fundamentais para otimizar o cuidado. A revisão conclui que a escolha terapêutica deve considerar fatores clínicos, recursos disponíveis e preferências do paciente, visando à segurança, à eficácia e à redução de complicações associadas.

Palavras-chave: Apendicite; Pediatria; Diagnóstico;Terapêutica; Saúde.

ABSTRACT

This work presents an integrative literature review on the most effective clinical and therapeutic protocols in the management of pediatric acute appendicitis. Based on the analysis of studies published between 2020 and 2025, diagnostic strategies were identified that combine clinical assessment, laboratory tests, and imaging exams, such as ultrasound and computed tomography. Regarding treatment, laparoscopic appendectomy remains the gold standard, but the use of antibiotics as an alternative in uncomplicated cases has shown promise, with considerable success rates and fewer days of disability. Additionally, clinical decision support tools and individualized approaches were highlighted as essential for optimizing care. The review concludes that therapeutic choices should take into account clinical factors, available resources, and patient preferences, aiming for safety, efficacy, and a reduction in associated complications.

Keywords: Appendicitis; Pediatrics; Diagnosis; Therapeutics; Health.

RESUMEN

Este trabajo presenta una revisión integradora de la literatura sobre los protocolos clínicos y terapéuticos más eficaces en el manejo de la apendicitis aguda pediátrica. A partir del análisis de estudios publicados entre 2020 y 2025, se identificaron estrategias diagnósticas que combinan la evaluación clínica, pruebas de laboratorio y exámenes de imagen, como la ecografía y la tomografía computarizada. En cuanto al tratamiento, la apendicectomía laparoscópica sigue siendo el estándar

de oro, pero el uso de antibióticos como alternativa en casos no complicados ha mostrado ser prometedor, con tasas de éxito considerables y menos días de incapacidad. Además, se destacaron las herramientas de apoyo a la decisión clínica y los enfoques individualizados como fundamentales para optimizar la atención. La revisión concluye que las decisiones terapéuticas deben considerar factores clínicos, recursos disponibles y las preferencias del paciente, con el objetivo de garantizar la seguridad, la eficacia y la reducción de complicaciones asociadas.

Palabras clave: Apendicitis; Pediatría; Diagnóstico;Terapéutica; Salud.

INTRODUÇÃO

A apendicite aguda é a condição cirúrgica abdominal de emergência mais comum em crianças e adolescentes, especialmente na faixa etária de 10 a 20 anos, ocorrendo globalmente com elevada frequência. Caracteriza-se pela inflamação do apêndice cecal, uma pequena estrutura do intestino grosso situada na junção entre o intestino delgado e o grosso, possuindo uma etiologia que ainda gera controvérsias, podendo levar a complicações graves em casos não tratados adequadamente (Castro *et al*., 2019; Silva *et al*., 2024; Rodriguéz *et al*., 2020).

Apesar de ser uma condição inflamatória recorrente, o diagnóstico de apendicite apresenta desafios consideráveis, devido à sua apresentação clínica variável, que muitas vezes se manifesta de forma sutil e com sintomas menos evidentes (Gouveia *et al*., 2023).

O diagnóstico da apendicite aguda em crianças demanda uma avaliação clínica detalhada, que inclui o exame físico do abdômen e a análise cuidadosa do histórico clínico do paciente. Entre os sintomas mais comuns dessa condição estão dor abdominal na região inferior direita, febre, náuseas, vômitos e perda de apetite. No entanto, em alguns casos, os sinais podem ser atípicos, como dor abdominal difusa, diarreia, constipação, além de dor no peito ou pélvica (Aneiros *et al*., 2022).

A utilização de uma classificação de risco clínico, que leva em consideração tanto os achados clínicos quanto os laboratoriais, tem se mostrado uma estratégia eficaz no processo de tomada de decisão sobre o tratamento da apendicite aguda em crianças. Assim, pacientes com risco baixo podem ser monitorados com observação contínua, enquanto aqueles com risco moderado ou alto geralmente necessitam de exames de imagem ou avaliação cirúrgica imediata (Iftikhar *et al*., 2021; Marcinkevics *et al*., 2021).

Portanto, integrar os achados clínicos com os dados laboratoriais e de imagem é fundamental para evitar atrasos no tratamento e prevenir complicações, especialmente em crianças mais jovens, nas quais o quadro clínico pode ser mais difícil de ser identificado (Hazan *et al*., 2023).

Na avaliação da apendicite aguda, diversas ferramentas são utilizadas para aprimorar a triagem e estimar a probabilidade de diagnóstico da doença, sendo os scores de Alvarado e RIPASA os mais comuns, pois atribuem pontos a critérios clínicos específicos, facilitando a estimativa da probabilidade de apendicite (Cunha *et al*., 2018). Quando os achados clínicos não são conclusivos, exames complementares, como ultrassonografia, tomografia computadorizada, laparoscopia e dosagem de proteína C reativa (PCR), podem ser necessários (Gouveia *et al*., 2023).

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo identificar, por meio da literatura científica recente, os protocolos clínicos de diagnóstico e tratamento mais eficazes adotados em âmbito hospitalar após a admissão de pacientes pediátricos com apendicite aguda.

METODOLOGIA

A presente pesquisa caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa, tendo como questão norteadora: “Quais são os protocolos clínicos de diagnóstico e tratamento mais eficazes após a admissão hospitalar de pacientes com apendicite pediátrica aguda?”. A formulação da pergunta de pesquisa foi orientada pela estratégia PICo, na qual o componente "P" refere-se à população de pacientes pediátricos diagnosticados com apendicite aguda; o "I" corresponde ao fenômeno de interesse, representado pelos protocolos empregados para o diagnóstico e tratamento dessa condição; e o "Co" diz respeito ao contexto hospitalar, especificamente após a admissão do paciente.

O objetivo do estudo consistiu em identificar, na literatura científica, os procedimentos clínicos mais eficazes adotados no ambiente hospitalar para o manejo da apendicite aguda em crianças. O desenvolvimento da revisão ocorreu em etapas sistemáticas, iniciando-se pela delimitação do problema de pesquisa, com base na necessidade de sintetizar as evidências disponíveis acerca dos protocolos clínicos utilizados após a admissão hospitalar. Em seguida, formulou-se a hipótese de que existem protocolos mais eficazes que outros, tanto no que se refere ao diagnóstico quanto ao tratamento. Após essa etapa, procedeu-se à busca teórica minuciosa, com a finalidade de identificar e reunir os estudos científicos pertinentes ao tema.

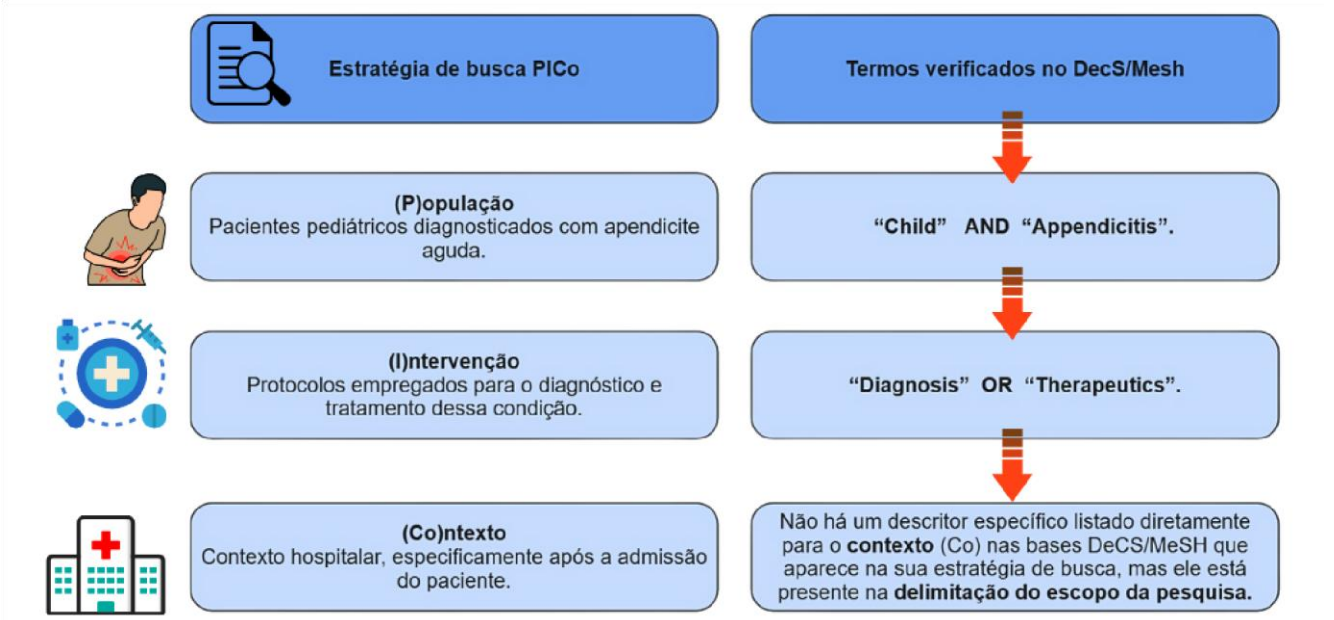
Por fim, realizou-se a análise crítica e comparativa das abordagens diagnósticas e terapêuticas descritas na literatura, com especial atenção aos desfechos relacionados à eficácia diagnóstica, taxa de sucesso terapêutico, ocorrência de complicações, tempo de internação hospitalar e necessidade de reintervenção.

A coleta dos estudos foi realizada por meio de buscas nas bases de dados PubMed e Cochrane Library, utilizando-se a ferramenta Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH). Para tanto, foram selecionados os seguintes descritores, no idioma inglês: “Appendicitis”, “Child”, “Diagnosis” e “Therapeutics”, os quais foram combinados pelos operadores booleanos AND e OR, de modo a ampliar a sensibilidade da estratégia de busca e assegurar a abrangência da revisão (“Appendicitis” AND “Child” AND “Diagnosis” OR “Therapeutics”).

Como critérios de inclusão, foram considerados elegíveis estudos originais, publicados entre os anos de 2020 e 2025, sem restrição quanto ao idioma. Os artigos incluídos foram organizados em tabelas distintas, (estudos comparativos entre procedimento cirúrgico e tratamento não cirúrgico, estudos referentes ao tratamento medicamentoso da apendicite pediátrica aguda, estudos referentes aos fatores clínicos do tratamento e estudo referente ao pós operatório da apendicite pediátrica aguda). Foram excluídos da amostra artigos duplicados, estudos que não apresentavam relação direta com a temática, aqueles que evidenciaram baixa qualidade metodológica (como artigos de opinião), além de outras tipologias de estudo não condizentes com os critérios estabelecidos, tais como revisões sistemáticas, com ou sem metanálise, opiniões de especialistas, estudos de prevalência, entre outros.

A estratégia de busca detalhada encontra-se descrita na Figura 1, de acordo com os parâmetros adotados para esta revisão.

Figura 1. Estratégia de busca.



Fonte: Elaborada pelo autor (2025).

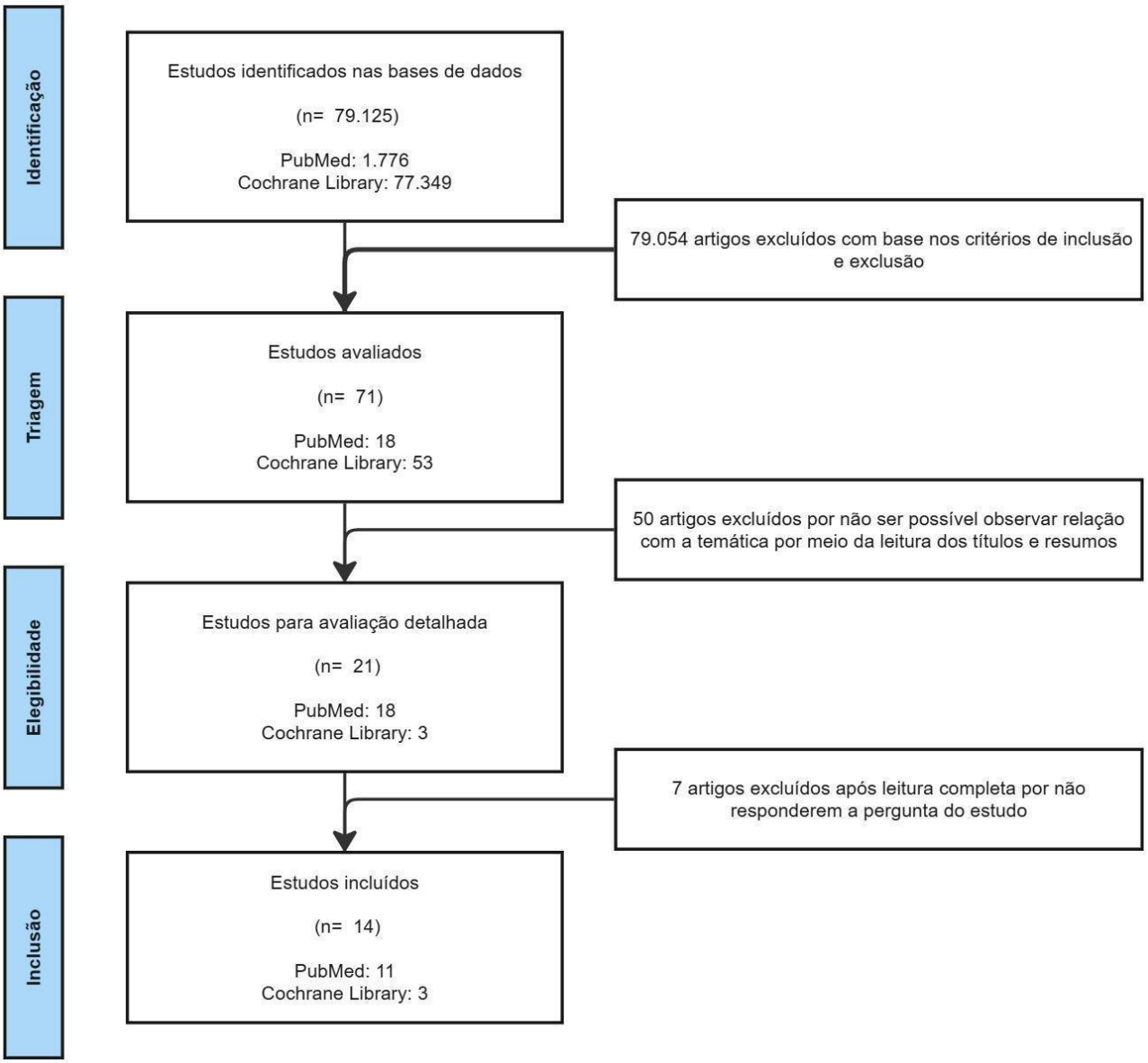
A partir da estratégia de busca, foram selecionados os estudos para compor essa revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a os critérios de busca pré-estabelecidos, a pesquisa bibliográfica resultou inicialmente em 79.125 artigos (1.776 da PubMed e 77.349 da Cochrane Library).

Inicialmente, foram aplicados os filtros com base nos critérios de inclusão e exclusão, resultando em 71 artigos (18 da PubMed e 53 da Cochrane Library). Após a realização da leitura dos títulos e resumos foram selecionados 21 artigos (18 da PubMed e 3 da Cochrane Library). E, mediante a leitura completa dos artigos, 14 artigos integraram ao final (11 da PubMed e 3 da Cochrane Library), como demonstrado na Figura 2.

Figura 2. Diagrama de fluxo.



Fonte: Autor (2025).

Após a seleção dos artigos, foram elaboradas as tabelas de resultados, como consta a seguir nas tabelas 1, 2 e 3.

Tabela 1. Estudos comparativos entre procedimento cirúrgico e tratamento não cirúrgico.

Autor/ano	Tipo de estudo	Objetivo	População estudada
Minneci *et al.* (2020).	Ensaio clínico controlado, não randomizado.	Determinar a taxa de sucesso do tratamento não operatório e comparar as diferenças na incapacidade relacionada ao tratamento, satisfação, qualidade de vida relacionada à saúde e complicações entre o tratamento não operatório e a cirurgia em crianças com apendicite não complicada.	370 crianças de 7 a 17 anos foram tratadas em 10 hospitais infantis dos EUA.
Minneci *et al.* (2021).	Ensaio clínico controlado, não randomizado.	Investigar diferenças nos resultados de 1 ano por fatores clínicos e socioeconômicos entre crianças dos EUA com apendicite não complicada que foram tratadas com antibióticos em vez de cirurgia.	1068 crianças de 7 a 17 anos tratadas em 10 hospitais infantis dos EUA.
Pérez Otero *et al.* (2022).	Ensaio clínico randomizado.	Avaliar a eficácia do tratamento com antibióticos isoladamente para apendicite pediátrica não complicada em comparação com a apendicectomia, identificando fatores que influenciam o sucesso ou falha desse protocolo.	39 pacientes com idades entre 6 e 17 anos com apendicite não complicada.
ST Peter *et al.* (2025).	Ensaio clínico randomizado.	Avaliar se o tratamento da apendicite aguda não complicada com antibióticos em crianças é inferior à apendicectomia, comparando as taxas de falha de ambos os tratamentos.	936 ndivíduos de 5 a 16 anos com suspeita de apendicite não perfurada (com base no diagnóstico clínico com ou sem diagnóstico radiológico).
Hall *et al.* (2021).	Ensaio clínico randomizado.	Comparar a eficácia e a relação custo-efetividade do tratamento não operatório versus a	Crianças (de 4 a 15 anos) com diagnóstico clínico de apendicite aguda não complicada.

		apendicectomia em crianças com apendicite aguda não complicada.	
Apfeld *et al.* (2022)	Ensaio clínico randomizado.	Comparar valores em relação aos riscos e benefícios de cada opção de tratamento entre díades paciente-cuidador que escolheram cirurgia versus tratamento não operatório (NOM) para a apendicite da criança.	96 participantes com idades entre 7 e 17 anos.

Fonte: Autor (2025).

O diagnóstico da apendicite aguda fundamenta-se na análise integrada de dados clínicos, laboratoriais e de imagem. Do ponto de vista clínico, a manifestação mais característica envolve dor abdominal que se inicia na região periumbilical e, progressivamente, se desloca para a fossa ilíaca direita. Essa dor costuma vir acompanhada de sintomas como náuseas, vômitos e febre. Além disso, a avaliação física é um componente decisivo, especialmente por meio de sinais como o de Blumberg, que indica a presença de peritonite localizada e é altamente sugestivo da condição (Oliveira *et al.*, 2024).

A apendicectomia tem sido a base da intervenção para apendicite aguda, com o objetivo de prevenir perfuração, peritonite, formação de abscesso e recorrência. Com uma melhor compreensão do processo da doença, o manejo conservador não cirúrgico, apenas com antibióticos, provou ser um tratamento viável para a apendicite não complicada (Pulla, 2021).

Os resultados do estudo realizado por Minneci *et al*. (2020) mostraram que a taxa de sucesso do tratamento não operatório foi de 67,1% em 1 ano. Além disso, o tratamento não operatório foi associado à significativamente menos dias de incapacidade em 1 ano, com uma média de 6,6 dias, em comparação com 10,9 dias para a cirurgia, resultando em uma diferença média de -4,3 dias. No entanto, é importante notar que houve uma perda substancial no acompanhamento dos pacientes e que a comparação com o limite pré-especificado para uma taxa de sucesso aceitável de tratamento não operatório não foi estatisticamente significativa.

Minneci *et al.* (2021) incluíram 1068 pacientes no seu trabalho, sendo 370 tratados com tratamento não operatório e 698 com cirurgia. Os resultados mostraram que o tratamento não operatório foi bem-sucedido em 1 ano para 63,8% dos pacientes com 10 anos ou menos e 68,1% dos pacientes com mais de 10 anos. Além disso, não houve diferenças significativas nos dias de incapacidade em 1 ano entre os grupos de tratamento não operatório e cirurgia, independentemente de fatores como idade, renda familiar, status de transferência, sexo, raça e etnia, status de seguro, nível de educação do cuidador primário ou idioma principal falado em casa. Esses resultados

sugerem que o tratamento não operatório pode ser uma opção eficaz para pacientes com apendicite aguda, sem diferenças significativas em termos de incapacidade em comparação com a cirurgia.

No estudo de Pérez Otero *et al.* (2022), entre as 39 crianças incluídas, 20 foram tratadas apenas com antibióticos e 19 foram submetidas à apendicectomia. No grupo não operatório, 6 crianças acabaram sendo operadas dentro de 1 ano, resultando em uma taxa de sucesso de 70%. Entretanto, 4 dessas falhas foram atribuídas a dificuldades práticas na implementação do protocolo, e apenas 2 casos foram devido à recorrência ou refratariedade da apendicite. Ajustando esses fatores, a taxa de sucesso real foi estimada em 90%. As crianças tratadas com antibióticos retornaram às atividades em média 2 dias após a alta, enquanto aquelas operadas levaram 12 dias (P = 0,001). Além disso, os pais das crianças tratadas apenas com antibióticos não perderam dias de trabalho, enquanto os pais das crianças submetidas à cirurgia perderam, em média, 2,5 dias (P = 0,03). As medidas de qualidade de vida foram semelhantes entre os grupos. Desse modo, os resultados reforçam que o tratamento não operatório pode ser eficaz para a maioria dos casos e que falhas são mais frequentemente relacionadas a barreiras práticas do que à ineficácia dos antibióticos.

Outro ensaio clínico randomizado, conduzido por ST Peter *et al.* (2025) incluiu 936 crianças de 5 a 16 anos com apendicite não complicada, recrutadas de 11 hospitais em cinco países. Os pacientes foram randomizados (1:1) para antibióticos (n=477) ou apendicectomia (n=459). O desfecho primário foi a falha do tratamento dentro de 1 ano, definida como a necessidade de cirurgia no grupo dos antibióticos ou a presença de um apêndice normal na histopatologia no grupo cirúrgico. Após 12 meses, os dados estavam disponíveis para 846 pacientes. A falha ocorreu em 34% dos pacientes tratados com antibióticos e em 7% dos operados (diferença de 26,7%, IC 90%: 22,4-30,9). Não houve mortes ou eventos adversos graves, mas o grupo de antibióticos apresentou um risco relativo 4,3 vezes maior de eventos adversos leves a moderados (IC 95%: 2,1-8,7; p<0,0001). Os resultados indicam que o tratamento não operatório foi inferior à cirurgia, reforçando a apendicectomia como o padrão de cuidado para apendicite não perfurada.

Hall *et al.* (2021) tomaram a frente de um estudo que estudo foi realizado em três centros cirúrgicos pediátricos no Reino Unido e incluiu crianças de 4 a 15 anos com apendicite não complicada, randomizadas para apendicectomia ou tratamento conservador (antibióticos de amplo espectro e observação ativa). A taxa de recrutamento aumentou de 38% para 72% com treinamento contínuo dos recrutadores. No total, 50% dos pacientes elegíveis aceitaram participar do ensaio (IC 95%: 40-59%). A adesão ao protocolo foi alta e a coleta de dados durante o acompanhamento foi satisfatória. Apesar de mais casos de apendicite perfurada do que o previsto, os tratamentos foram considerados seguros e os eventos adversos foram aceitáveis. Os achados indicam que um estudo definitivo sobre a eficácia e a custo-efetividade do tratamento não operatório em comparação à cirurgia é viável.

Já no que diz respeito à escolha do tratamento, no estudo de Apfeld *et al.* (2022) dos 96 participantes, 66 (69%) optaram pela cirurgia e 30 (31%) pelo tratamento não operatório (NOM). A

idade média foi de 12 anos, com 60% do sexo masculino. Não houve diferenças significativas entre os grupos quanto à escolaridade, renda ou estado civil, mas aqueles que escolheram cirurgia eram mais propensos a terem sido transferidos de outra instituição (43,9% vs. 23,3%; *P* = 0,03) e a falarem inglês em casa (91,8% vs. 76,7%; *P* = 0,04). As principais prioridades no grupo cirúrgico foram evitar a recorrência da apendicite, os riscos de sangramento e infecção, e os efeitos adversos dos antibióticos, enquanto no grupo do tratamento não operatório (NOM), além dessas, a terceira maior prioridade foi evitar a cirurgia. As menores prioridades incluíram faltar menos à escola e não precisar tomar antibióticos em casa. Pacientes e cuidadores no grupo do tratamento não operatório (NOM) demonstraram maior preocupação com os riscos da cirurgia, incluindo sangramento, infecção e anestesia geral (*P* < 0,001), além da possibilidade de evitar a apendicectomia. Já os do grupo cirúrgico valorizaram mais não precisar tomar antibióticos em casa (*P* = 0,003) e apresentaram uma diferença não significativa em relação à preocupação com a ausência escolar (*P* = 0,05).

Tabela 2. Estudos referentes ao tratamento medicamentoso da apendicite pediátrica aguda.

Autor/ano	Tipo de estudo	Objetivo	População estudada
Minacci *et al.* (2021).	Ensaio clínico randomizado.	Investigar diferenças nos resultados de 1 ano por fatores clínicos e socioeconômicos entre crianças dos EUA com apendicite não complicada que foram tratadas com antibióticos em vez de cirurgia.	1068 pacientes, 370 tiveram tratamento não operatório e 698 tiveram apendicectomia.
Jackson *et al.* (2023).	Ensaio clínico randomizado.	Avaliar a segurança e eficácia do ceftolozano/tazobactam associado ao metronidazol em comparação com o meropenem no tratamento de infecções intra-abdominais complicadas (cIAI) em pacientes pediátricos.	91 participantes pediátricos (<18 anos).

Fonte: Autor (2025).

No estudo de Minneci *et al.* (2021), que incluiu 1068 pacientes, 370 optaram pelo tratamento não operatório, enquanto 698 passaram por apendicectomia. O acompanhamento de 1 ano foi realizado para 77% dos pacientes no grupo de tratamento não operatório e 75% no grupo de cirurgia. O tratamento não operatório foi bem-sucedido em 63,8% dos pacientes com 10 anos ou menos e 68,1% dos pacientes com mais de 10 anos, sem diferenças significativas por idade, renda ou status de transferência. Além disso, não foram observadas diferenças significativas no número de dias de incapacidade entre os grupos de tratamento não operatório e cirurgia,

independentemente de fatores como idade, renda ou status de transferência. Não houve também diferenças significativas entre os grupos com base em sexo, raça, etnia, status de seguro ou nível de educação do cuidador, sugerindo que esses fatores não influenciaram o sucesso do tratamento ou a recuperação dos pacientes.

Em outro estudo, Jackson *et al.* (2023) avaliaram a segurança e eficácia do ceftolozano/tazobactam associado ao metronidazol, em comparação com o meropenem, no tratamento de infecções intra-abdominais complicadas (cIAI) em pacientes pediátricos. O estudo incluiu 91 participantes, sendo 70 no grupo de ceftolozano/tazobactam+metronidazol e 21 no grupo de meropenem, com apendicite complicada sendo o diagnóstico mais comum (93,4%) e Escherichia coli como o principal patógeno isolado (65,9%). Embora os eventos adversos tenham sido mais frequentes no grupo ceftolozano/tazobactam+metronidazol (80,0%) do que no grupo meropenem (61,9%), os eventos adversos graves ocorreram apenas no primeiro grupo (11,4%), mas sem relação direta com o medicamento. As taxas de cura clínica no final do tratamento foram de 80,0% para o grupo ceftolozano/tazobactam+metronidazol e 95,2% para o grupo meropenem. No teste de cura, as taxas foram de 80,0% e 100,0%, respectivamente, sugerindo que o meropenem apresentou maior eficácia clínica no tratamento de infecções intra-abdominais complicadas (cIAI) pediátricas, com menor incidência de eventos adversos. Além das opções tradicionais de tratamento cirúrgico e da terapia conservadora com antibióticos, é fundamental que a escolha terapêutica leve em consideração as características individuais do paciente, bem como a presença ou não de complicações. Nesse sentido, uma abordagem multidisciplinar, que envolva cirurgiões, radiologistas e, quando necessário, especialistas em terapia intensiva, torna-se essencial para garantir um manejo mais eficaz e uma recuperação segura. Ademais, o acompanhamento no período pós-operatório assume papel relevante, pois permite a identificação precoce e o tratamento adequado de possíveis complicações, como infecções, obstruções intestinais ou hérnias, as quais podem interferir negativamente na recuperação e na qualidade de vida do paciente (Oliveira *et al*., 2024).

Tabela 3. Estudos referentes aos fatores clínicos do tratamento e ao pós operatório da apendicite pediátrica aguda.

Autor/ano	Tipo de estudo	Objetivo	População estudada
Kharbanda *et al.* (2021).	Ensaio clínico randomizado.	Avaliar a eficácia de uma intervenção de suporte à decisão clínica vinculada a registros eletrônicos de saúde, AppyCDS, em diagnóstico por imagem, custos de assistência médica e resultados de segurança para pacientes com suspeita de apendicite.	5940 pacientes entre 5 e 20 anos.
Suljendic *et al.* (2024).	Ensaio clínico randomizado.	Fornecer dados para otimizar os instrumentos cirúrgicos e melhorar a interpretação de estudos de imagem.	108 pacientes com apendicite aguda pediátrica.
Lindestam *et al.* (2020).	Estudo de coorte.	Avaliar a relação entre a concentração plasmática de sódio na admissão hospitalar e a presença de apendicite aguda (AA) perfurada em crianças.	80 crianças previamente saudáveis, de 1 a 14 anos, com diagnóstico histopatológico confirmado de apendicite aguda.
Andersson *et al.* (2021).	Ensaio clínico randomizado.	Validar prospectivamente a pontuação Appendicitis Inflammatory Response (AIR) como ferramenta de estratificação de risco em pacientes com suspeita de apendicite, visando otimizar o manejo clínico.	3.878 pacientes com mais de cinco anos de idade, atendidos em 25 departamentos de emergência hospitalares.
Minneci *et al*. (2022).	Ensaio clínico não randomizado.	Investigar os fatores associados ao fracasso do tratamento não operatório da apendicite e comparar os resultados relatados pelos pacientes entre os pacientes cujo tratamento foi bem-sucedido e aqueles cujo tratamento falhou.	370 crianças de 7 a 17 anos com apendicite não complicada.

Human; Tshifularo e Mabitsela (2022).	Ensaio clínico randomizado.	Avaliar as complicações pós-operatórias em pacientes pediátricos submetidos à apendicectomia laparoscópica com e sem dreno peritoneal.	34 pacientes foram incluídos neste estudo, 17 em cada grupo.

Fonte: Autor (2025).

Kharbanda *et al.* (2021) investigaram a eficácia do AppyCDS (Clinical Decision Support System for Appendicitis), um sistema de suporte à decisão clínica integrado aos Registros Eletrônicos de Saúde (RES), no auxílio ao diagnóstico por imagem da Apendicite Aguda (AA) pediátrica, em 17 departamentos de emergência comunitários. O estudo incluiu 5.940 pacientes, com idades entre 5 e 20 anos, comparando a utilização do AppyCDS com o cuidado habitual. Os desfechos primários, relacionados ao uso de exames de imagem – como Tomografia Computadorizada (TC), Ultrassonografia (US) e qualquer método de imagem –, não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (Razão de Odds Relativa – ROR – para TC: 0,94; Intervalo de Confiança – IC – 95%: 0,75–1,19; para US: ROR 0,98; IC 95%: 0,84–1,14; e para qualquer imagem: ROR 0,96; IC 95%: 0,86–1,07). No entanto, uma análise exploratória conduzida em um único sistema de saúde revelou que o AppyCDS foi capaz de reduzir significativamente o uso de exames de imagem em pacientes com baixo risco de AA, segundo a Calculadora de Risco de Apendicite Pediátrica (pediatric Appendicitis Risk Calculator – pARC), com pARC ≤15% (ROR: 0,82; IC 95%: 0,73–0,93), além de reduzir o uso de TC em pacientes com risco moderado (pARC entre 16% e 50%; ROR: 0,58; IC 95%: 0,45–0,74). Apesar desses achados promissores, não foram observadas diferenças significativas entre os grupos quanto à incidência de apendicite perfurada, Apendicectomia Negativa (AN) ou casos de apendicite não diagnosticada, e os custos hospitalares permaneceram inalterados.

O tratamento padrão é a apendicectomia, que pode ser realizada por abordagem aberta ou laparoscópica (Flores-Marín *et al*., 2021). A técnica laparoscópica envolve a realização de pequenas incisões na parede abdominal, através das quais são introduzidos um laparoscópio e instrumentos cirúrgicos especializados, permitindo a remoção do apêndice sob visualização direta (Bastos *et al*., 2021). A abordagem laparoscópica é associada a uma recuperação mais rápida e a menores níveis de dor no pós-operatório. Contudo, aspectos financeiros e possíveis complicações relacionadas à técnica ainda influenciam na decisão sobre qual método cirúrgico adotar (Rodrigues; Sangurima, 2022).

Em um estudo realizado por Suljendic *et al.* (2024), foi avaliada a base do apêndice em crianças submetidas à apendicectomia laparoscópica, com o objetivo de otimizar os instrumentos cirúrgicos e melhorar a interpretação de estudos de imagem. Foram incluídos 108 pacientes com apendicite aguda, divididos em dois grupos etários (2-10 anos e >10 anos). As medições mostraram que o diâmetro médio da base do apêndice variou entre 5,68 mm e 9,31 mm, dependendo da idade e do tipo de inflamação. Portanto, os resultados sugerem que, enquanto a maioria dos apêndices

pode ser removida com métodos padrão, em alguns casos, o uso de grampeadores cirúrgicos pode ser necessário, já que os endoloops e clipes convencionais podem não ser adequados para apêndices maiores. Esse achado tem implicações diretas na escolha dos dispositivos utilizados durante a apendicectomia laparoscópica pediátrica.

Entre as opções de imagem, a ultrassonografia abdominal costuma ser a primeira escolha, principalmente por ser amplamente disponível, não expor o paciente à radiação e ser segura para populações mais sensíveis, como crianças e gestantes (Drake *et al*., 2022).

A tomografia computadorizada (TC) apresenta diversas vantagens no diagnóstico da apendicite aguda, entre elas a capacidade de excluir com precisão a presença de um apêndice normal, visualizar claramente as estruturas periapendiculares e, assim, avaliar a extensão do processo inflamatório. Além disso, permite identificar com nitidez complicações importantes como abscessos, perfuração do órgão, peritonite, necrose apendicular e obstrução intestinal. Trata-se ainda de um exame não invasivo e de rápida execução. No entanto, a tomografia computadorizada (TC) também possui desvantagens relevantes, como a exposição à radiação ionizante, que é elevada, e o alto custo do procedimento. Vale ressaltar que a exposição frequente à radiação oriunda da tomografia está associada ao aumento do risco de desenvolvimento de câncer, especialmente em populações mais sensíveis, como crianças.

Anderson *et al*. (2022) realizaram um estudo com 3.878 pacientes, dos quais 821 apresentaram apendicite não complicada, 724 apresentaram apendicite complicada, 1.986 tiveram dor abdominal inespecífica e 347 apresentaram outros diagnósticos. O escore de Pontuação de Resposta Inflamatória da Apendicite (AIR) demonstrou excelente desempenho na detecção de apendicite complicada, com área sob a curva ROC (ferramenta gráfica usada para avaliar a precisão diagnóstica de um teste ou método de diagnóstico) de 0,89, sendo mais eficaz em pacientes com menos de 15 anos e sintomas com mais de 47 horas (ROC 0,93). Quando o escore de Pontuação de Resposta Inflamatória da Apendicite (AIR) foi inferior a 4, a apendicite complicada foi considerada improvável, com uma taxa de valor preditivo negativo (VPN) de 99%. Por outro lado, uma pontuação superior a 8 indicou alta probabilidade de apendicite, especialmente em pacientes jovens (Valor Preditivo Positivo (VPP) 96%) e homens (Valor Preditivo Negativo (VPN) 89%). Esses achados confirmam a eficácia do escore AIR como uma ferramenta de apoio à decisão clínica. Nesse sentido, os Escores utilizados no manejo da apendicite pediátrica listados nesta revisão encontram-se listados nas tabelas a seguir.

Tabela 4. Escores utilizados no manejo da apendicite.

Nome do Escore	Sigla	Finalidade	Critérios principais	Comentários
Escore de Alvarado	EA	Avaliar probabilidade de apendicite aguda	Dor em FID, náuseas, anorexia, febre, leucocitose, desvio à esquerda, dor à descompressão	Amplamente utilizado, mas com menor sensibilidade em crianças pequenas.
Escore de Resposta Inflamatória da Apendicite	AIR	Estratificar risco e auxiliar na conduta clínica	Dor FID, febre, náuseas/vômitos, leucócitos, neutrófilos, PCR, sensibilidade à palpação	Bom desempenho para diferenciar apendicite complicada, sendo útil em emergências.
Calculadora de Risco de Apendicite Pediátrica	pARC	Estimar risco percentual de apendicite em crianças	Idade, sexo, sintomas clínicos, sinais físicos, PCR, leucócitos	Fornece estratificação de risco em três categorias: baixo, moderado e alto.
Pontuação RIPASA *(Raja Isteri Pengiran Anak Saleha)*	RIPASA	Alternativa ao Alvarado, com mais critérios clínicos e laboratoriais	Idade, sexo, dor migratória, anorexia, náuseas/vômitos, leucocitose, sinais clínicos e urinários	Mais utilizada em adultos e populações asiáticas, mas citada em literatura como complementar.

Fonte: Cunha *et al*. (2018); Andersson; Kolodziej; Andersson (2021); Kharbanda *et al*. (2021); Iftikhar *et al*. (2021).

O Escore de Alvarado é uma ferramenta clínica utilizada para auxiliar no diagnóstico da apendicite aguda, baseada na soma de oito parâmetros clínicos e laboratoriais. A pontuação máxima é de 10, e os pacientes são estratificados em três grupos de risco: pontuações de 1 a 4 indicam baixa probabilidade de apendicite, de 5 a 6 sugerem risco intermediário, sendo necessária avaliação complementar e pontuações entre 7 e 10 representam alta probabilidade da doença, sendo geralmente indicativas de intervenção cirúrgica (Adedeji *et al.*, 2021) .

Tabela 5. Escore de Alvarado e Seus Critérios, Pontuação e Interpretação Clínica.

Critério	Pontuação	Categoria	Interpretação da Pontuação Total	Conduta Sugerida
Dor migratória para o deixar o paciente em direito	1	Sintoma	1 – 4 pontos	Baixa probabilidade, quadrante inferior observação.
Anorexia (perda de apetite)	1	Sintoma	5 – 6 pontos	Probabilidade moderada, realizar exames de imagem.
Náuseas e/ou vômitos	1	Sintoma	7 – 8 pontos	Alta probabilidade, realizar avaliação cirúrgica.

Dor à descompressão brusca no QID (sinal de Blumberg)	1	Sinal clínico	9 – 10 pontos	Muito alta probabilidade, com cirurgia imediata.
Defesa muscular localizada (rigidez)	1	Sinal clínico	-	-
Leucocitose (>10.000/mm³)	2	Achado laboratorial	-	-
Desvio à esquerda (neutrofilia segmentada)	1	Achado laboratorial	-	-
Total máximo	10	-	-	-

Fonte: Adaptada de Alvarado (1986).

O Escore de Resposta Inflamatória da Apendicite (AIR – Appendicitis Inflammatory Response Score) é uma ferramenta clínica utilizada para estratificar a probabilidade de apendicite aguda com base em sintomas, sinais clínicos e achados laboratoriais. A interpretação do escore é dividida em três faixas: pontuações entre 0 e 4 indicam baixa probabilidade de apendicite, sugerindo alta ou observação, entre 5 e 8 pontos refletem uma probabilidade intermediária, recomendando a realização de exames de imagem (como ultrassonografia ou tomografia) e escores entre 9 e 12 representam alta probabilidade, sendo indicada a avaliação cirúrgica imediata (Andersson M*;* Kolodziej; Andersson R, 2021).

Tabela 6. Escore de Resposta Inflamatória da Apendicite (AIR – Appendicitis Inflammatory Response Score).

Critério	Pontuação	Categoria	Interpretação da Pontuação Total	Conduta Sugerida
Dor no quadrante inferior direito	1	Sintoma clínico	0 – 4 pontos	Baixa probabilidade, alta do paciente ou observação.
Vômitos	1	Sintoma clínico	5 – 8 pontos	Probabilidade intermediária, solicitar exames complementares (USG/TC).
Rechaço à palpação (defesa local)	1	Sinal clínico	9 – 12 pontos	Alta probabilidade, realizar avaliação cirúrgica.
Dor à descompressão brusca	1	Sinal clínico	-	-

Temperatura ≥ 38,5 °C	1	Dado clínico	-	-
Leucócitos: 10.0–14.9 x10³/mm³	1	Achado laboratorial	-	-
Leucócitos ≥ 15.0 x10³/mm³	2	Achado laboratorial	-	-
Neutrófilos segmentados 70–84%	1	Achado laboratorial	-	-
Neutrófilos ≥ 85%	2	Achado laboratorial	-	-
Total máximo	12	-	-	-

Fonte: Adaptada de Andersson, M.; Andersson, R.E. (2008).

A Calculadora de Risco de Apendicite Pediátrica (pARC) é um modelo clínico desenvolvido para estimar o risco individual de apendicite em crianças e adolescentes, utilizando múltiplos critérios ajustados por regressão logística. Cada um dos critérios contribui para o aumento do risco estimado, que é classificado em quatro faixas: risco muito baixo (< 5%), que sugere alta ou observação ambulatorial; risco baixo (5%–14%), que recomenda observação acompanhada de ultrassonografia quando disponível; risco intermediário (15%–84%), que demanda exames de imagem (ultrassonografia ou tomografia computadorizada) e avaliação clínica e risco alto (≥ 85%), em que a avaliação cirúrgica imediata é indicada (Kharbanda *et al.*, 2018).

Tabela 7. Calculadora de Risco de Apendicite Pediátrica (pARC – pediatric Appendicitis Risk Calculator).

Critério	Categorias	Pontuação atribuída	Interpretação do Risco Estimado	Conduta Sugerida
Idade	3–5 anos / 5–14 anos	Idade é usada no modelo contínuo	< 5% → Risco muito baixo	Alta ou observação ambulatorial.
Sexo	Feminino / Masculino	Sexo é fator moderador	5%–14% → Risco baixo	Observação + USG (se disponível).
Dor no quadrante direito	Sim / Não	Presente = aumenta risco	15%–84% → Risco intermediário	Imagem (USG ou TC) + avaliação clínica.

Dor com a marcha ou tosse	Sim / Não	Presente = aumenta risco	≥ 85% → Risco alto	Avaliação cirúrgica imediata.
Rigidez abdominal	Sim / Não	Presente = aumenta risco	-	-
Contagem de leucócitos (WBC)	Nível contínuo (ajustado ao modelo)	>11.000/mm³ = aumenta risco	-	-
Desvio à esquerda (neutrófilos imaturos)	Sim / Não	Presente =	-	- aumenta risco
História de vômitos	Sim / Não	Presente =	-	- aumenta risco
Duração da dor abdominal	Horas desde início dos sintomas	> 24h = aumenta	-	- risco

Fonte: Adaptado de Kharbanda *et al.* (2018).

O Escore RIPASA (Raja Isteri Pengiran Anak Saleha) é um sistema de pontuação desenvolvido para melhorar o diagnóstico da apendicite aguda, especialmente em populações asiáticas. Nele, são atribuídas pontuações específicas a critérios demográficos, como idade inferior a 39 anos e sexo masculino, cada um valendo 1 ponto. Nesse Escore, a pontuação total pode variar até 17,5 pontos, sendo que valores inferiores a 7 indicam baixa probabilidade de apendicite, com recomendação de observação ou alta, valores entre 7 e 11,5 sugerem probabilidade intermediária, para a qual são indicados exames de imagem e valores iguais ou superiores a 12 indicam alta probabilidade, demandando avaliação cirúrgica (Chong *et al.*, 2010).

Tabela 8. Escore RIPASA (Raja Isteri Pengiran Anak Saleha).

Critério	Pontuação	Categoria	Interpretação da Pontuação Total	Conduta Sugerida
Idade < 39 anos	1	Dado demográfico	< 7 pontos	Baixa probabilidade, observação / alta.
Sexo masculino	1	Dado demográfico	7–11,5 pontos	Probabilidade intermediária, exames de imagem.
Dor migratória para o quadrante inferior direito (QID)	0,5	Sintoma clínico	≥ 12 pontos	Alta probabilidade, avaliação cirúrgica.
Anorexia	1	Sintoma clínico	-	-
Náuseas e/ou vômitos	1	Sintoma clínico	-	-
Dor no quadrante inferior direito	0,5	Sinal clínico	-	-

Rebound tenderness (sinal de descompressão brusca)	1	Sinal clínico	-	-
Rigidez muscular	2	Sinal clínico	-	-
Febre > 37°C e < 39°C	1	Sinal clínico	-	-
Leucocitose	1	Achado	-	- laboratorial
Desvio à esquerda (neutrofilia)	1	Achado	-	- laboratorial
EAS com piúria	1	Achado	-	- complementar
Duração da dor < 48h	1	Evolução clínica	-	-
Início da dor < 8h	1	Evolução clínica	-	-
Total máximo possível	17,5	-	-	-

Fonte: Adaptado de Chong *et al*. (2010).

Diversas ferramentas clínicas têm sido desenvolvidas para auxiliar no diagnóstico da apendicite aguda, especialmente diante de apresentações clínicas variadas. O Score de Alvarado é um dos mais antigos e amplamente utilizados, baseado em sinais, sintomas e dados laboratoriais simples, com pontuação máxima de 10, sendo mais eficaz em adultos do sexo masculino (Alvarado, 1986). Em contrapartida, o Escore AIR (Appendicitis Inflammatory Response) incorpora parâmetros inflamatórios mais específicos, como porcentagem de neutrófilos segmentados e níveis de leucócitos, apresentando melhor acurácia diagnóstica em relação ao Alvarado (Andersson; Andersson, 2008). Para o público pediátrico, destaca-se o pARC (Pediatric Appendicitis Risk Calculator), que utiliza um modelo de regressão logística com múltiplas variáveis clínicas e laboratoriais, oferecendo uma estimativa contínua e personalizada de risco, com maior sensibilidade e especificidade em crianças e adolescentes (Kharbanda *et al.*, 2018).

Lindestam *et al.* (2020) conduziram um estudo prospectivo para avaliar a relação entre a concentração plasmática de sódio na admissão hospitalar e a presença de apendicite aguda perfurada em crianças. O estudo incluiu 80 crianças previamente saudáveis, com idades entre 1 e 14 anos, com diagnóstico histopatológico confirmado de apendicite. Os resultados mostraram que

a concentração de sódio foi significativamente menor em pacientes com apendicite perfurada (134 mmol/L) em comparação com aqueles com apendicite não perfurada (139 mmol/L). Além disso, a curva ROC indicou uma excelente acurácia (0,93) na identificação de perfuração, com sensibilidade de 82% e especificidade de 87%. Adicionalmente, concentrações de sódio ≤136 mmol/L aumentaram significativamente a razão de chances para perfuração (OR: 31,9). Esses achados sugerem que a hiponatremia pode ser um marcador diagnóstico útil para diferenciar apendicite perfurada de não perfurada em crianças.

No estudo de Minneci *et al.* (2022), 1068 pacientes foram inscritos, dos quais 370 escolheram o tratamento não operatório e 698 passaram por apendicectomia. Durante a hospitalização inicial, 53 pacientes (14,3%) apresentaram falha no tratamento e precisaram de apendicectomia. Além disso, 72 pacientes (19,5%) tiveram falha tardia e necessitaram de cirurgia dentro de um ano, resultando em uma taxa global de falha de 33,8%. A maior intensidade de dor na admissão (pontuação entre 7-10) foi associada a um risco mais elevado de falha inicial do tratamento, mas não influenciou a falha tardia ou a falha geral após 1 ano. Por outro lado, a dor com duração superior a 24 horas foi associada a um menor risco de falha tardia. Outros fatores, como idade, sexo e contagem de leucócitos, não tiveram impacto significativo na falha do tratamento. Quanto aos resultados relatados pelos pacientes, a satisfação com os cuidados de saúde e a qualidade de vida não apresentaram diferenças significativas entre os grupos de sucesso e falha do tratamento. Contudo, a satisfação com a decisão foi maior entre os pacientes que tiveram sucesso com o tratamento não operatório, tanto aos 30 dias quanto após 1 ano.

O estudo realizado por Human, Tshifularo e Mabitsela (2022) avaliou as complicações pós-operatórias em pacientes pediátricos submetidos à apendicectomia laparoscópica, com e sem dreno peritoneal. Foram incluídos 34 pacientes, que foram randomizados em uma proporção de 1:1 nos grupos "dreno" (D) e "sem dreno" (ND). Os resultados mostraram que a taxa de complicações no grupo dreno foi de 18%, enquanto no grupo sem dreno foi de 35%. Além disso, as taxas de complicação foram mais altas (38%) em pacientes com pus generalizado, quando comparados aos pacientes com pus localizado (7%). Em relação ao tempo médio de cirurgia, à internação hospitalar e à duração do uso de antibióticos, não houve diferenças significativas entre os dois grupos. Portanto, os achados sugerem que, embora o uso de dreno tenha sido associado a uma menor taxa de complicações, a diferença em termos de tempo de cirurgia, internação e antibióticos não foi relevante, indicando que o uso de dreno pode não ser determinante para essas variáveis no contexto da apendicectomia laparoscópica pediátrica.

O uso de drenos intra-abdominais durante o transoperatório em casos de apendicite aguda complicada, com formação de coleção purulenta periapendicular, ainda não tem uma indicação clara. Embora a inserção de drenos possa teoricamente permitir o esvaziamento de possíveis coleções intra-abdominais, estudos sugerem que sua utilização não contribui para a melhoria dos resultados pós-operatórios. Além disso, o uso de drenos pode estar associado a um aumento no

tempo de internação e nas complicações pós-operatórias, o que leva a questionamentos sobre sua real eficácia (Freitas, 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão integrativa permitiu sintetizar evidências atualizadas sobre os protocolos clínicos e terapêuticos mais eficazes no manejo da apendicite aguda pediátrica, enfatizando tanto o diagnóstico quanto o tratamento. Desse modo, observou-se que o diagnóstico precoce e preciso continua sendo um desafio clínico, devido à apresentação variável dos sintomas em crianças. No entanto, o uso combinado de critérios clínicos, laboratoriais e de imagem, especialmente a ultrassonografia e, em casos mais complexos, a tomografia computadorizada, tem se mostrado fundamental para o direcionamento adequado da conduta médica.

Quanto ao tratamento, a apendicectomia, principalmente por via laparoscópica, ainda se mantém como o padrão ouro para casos confirmados, oferecendo recuperação mais rápida e menor incidência de dor pós-operatória. Por outro lado, a abordagem não cirúrgica com antibióticos tem ganhado espaço, apresentando bons índices de sucesso, sobretudo em casos não complicados, sendo considerada segura e eficaz em determinados perfis de pacientes.

Contudo, fatores como recorrência, adesão ao protocolo e acesso aos serviços ainda representam barreiras à sua aplicação ampla.

Adicionalmente, a análise dos estudos evidenciou a importância de considerar as características individuais do paciente e a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, especialmente nos casos mais complexos. Nesse sentido, a introdução de ferramentas de suporte à decisão clínica, como o escore AIR e sistemas eletrônicos, também mostrou potencial para otimizar o diagnóstico e reduzir exames desnecessários.

Embora não haja uma abordagem única e definitiva, a escolha do melhor protocolo clínico deve estar pautada na individualização do cuidado, na avaliação cuidadosa do risco-benefício e na integração entre diagnóstico precoce e tratamento assertivo, visando à redução de complicações, melhoria da recuperação e preservação da qualidade de vida da população pediátrica acometida.

REFERÊNCIAS

ADEDEJI, T. A.; SOWANDE, O. A.; ADEJUYIGBE, O. Valores preditivos do escore de Alvarado, proteína C reativa sérica e contagem de leucócitos no diagnóstico de apendicite aguda: um estudo prospectivo. **Annals of Pediatric Surgery**, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 1–6, 2021. Disponível em: https://aops.springeropen.com/articles/10.1186/s43159-021-00074-y. Acesso em: 17 jun. 2025.

ALVARADO, A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. **Annals of Emergency Medicine**, v. 15, n. 5, p. 557–564, 1986. Disponível em: DOI: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3963537/. Acesso em: 17 jun. 2025.

ANDERSSON, M., ANDERSSON, R.E. (2008). The Appendicitis Inflammatory Response Score: A tool for the diagnosis of acute appendicitis that outperforms the Alvarado score. **World Journal of Surgery,** 32(8), 1843–1849. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00268-008-9649-y. Acesso em: 17 jun. 2025.

ANDERSSON, M.; KOLODZIEJ, B.; ANDERSSON, R. E. Validation of the Appendicitis Inflammatory Response (AIR) Score. **World Journal of Surgery**, v. 45, n. 7, p. 2081–2091, jul. 2021. DOI: 10.1007/s00268-021-06042-2. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/s00268-021-06042-2 . Acesso em: 22 mar. 2025.

ANEIROS, B.; CANO, I.; GARCÍA, A.i; YUSTE, P.; FERRERO, E.; GÓMEZ, A.. Pediatric appendicitis: age does make a difference. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 37, n. 3, p. 318–324, 2019. DOI: 10.1590/1984-0462/;2019;37;3;00019. Disponível em:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31241690/ . Acesso em: 22 mar. 2025.

APFELD, J. C.; COOPER, J. N.; MINNECI, P. C.; DEANS, K. J. Pediatric patient and caregiver values in treatment decision-making for uncomplicated appendicitis. **JAMA Pediatrics**, v. 175, n. 1, p. 94–96, 2021. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2020.2289. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32744636/ . Acesso em: 22 mar. 2025.

BASTOS, Í. de D. R.; MOTA, H. M.; FERNANDES, A. N. G.; GURGEL, T. P.; NETO, J. S. S. B.; SOUZA, T. B. de; OSORIO, R. D. C. P.; ROLIM, J. R. Apendicite aguda e suas complicações cirúrgicas/Acute apencitis and its surgical complications. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 2142–2152, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n1-174. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/23931. Acesso em: 22 mar. 2025.

CASTRO, B. A.; NOVILLO, I. C.; VÁZQUEZ, A. G.; GARCIA, P. Y.; HERRERO, E. F.; FRAILE, A. G. Impact of the appendiceal position on the diagnosis and treatment of pediatric appendicitis. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 37, n. 2, p. 161–165, abr./jun. 2019. DOI: 10.1590/1984-0462/;2019;37;2;00012. Disponível em:https://www.scielo.br/j/rpp/a/64ngch4dqsZr4fKm6CvLdPb/?lang=pt . Acesso em: 17 abr. 2025.

CHONG, C. F.; ADI, M. I. B.; MAHMOOD, M.; ZANIAL, A. B.; ADI, M. A. B.; TAN, K. H.; SREEKUMARAN NAIR, R.; MANNIL, S. Development of the RIPASA score: a new appendicitis scoring system for the diagnosis of acute appendicitis. **Singapore Medical Journal**, v. 51, n. 3, p. 220–225, 2010. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20428744/. Acesso em: 17 jun. 2025.

COUTO, I. M. R. *et al.* Tratamento conservador da apendicite aguda: uma revisão na literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 9, p. 1681–1689, 6 set. 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n9p1681-1689. Disponível em:https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/2865 . Acesso em: 17 abr. 2025.

CUNHA, C. M Q. da; TROIANI NETO, G.; BRASIL, A. C.; MENEZES, F. J. C. de; BRILHANTE, A. V. M; REINALDO, R. R. P. Correlation of clinical data and the Alvarado's Score as predictors of acute appendicitis. **Jornal de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 95–98, abr./jun. 2018. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-954583. Acesso em: 22 mar. 2025.

DRAKE, F. T.; MOTTEY, N. E.; FARROKHI, E. T.; FLORENCE, M. G.; JOHNSON, M. G.; MOCK, C.; STEELE, Scott R.; THIRLBY, Richard C.; FLUM, David R. Time to appendectomy and risk of perforation in acute appendicitis. **JAMA Surgery**, v. 149, n. 8, p. 837–844, ago. 2014. DOI: 10.1001/jamasurg.2014.77. Disponível em:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24990687/ . Acesso em: 22 mar. 2025.

ERGÜN, E.; GURBANOV, A.; GOLLU, G.; ATES, U.; BİNGÖL-KOLOĞLU, M.; ÇAKMAK, A.t; CAN, Ö. Si. Effects of intraperitoneal bupivacaine injection in laparoscopic appendectomy in children on post-operative pain: A controlled randomized double-blinded study. **Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi**, v. 28, n. 7, p. 974–978, jul. 2022. DOI: 10.14744/tjtes.2021.68927. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35775676/ . Acesso em: 17 abr. 2025.

FLORES-MARÍN, K.; RODRÍGUEZ-PARRA, A.; TREJO-ÁVILA, M.; CÁRDENAS-LAILSON, E.; DELANO-ALONSO, R.; VALENZUELA-SALAZAR, C.; HERRERA-ESQUIVEL, J; MORENO-PORTILLO, M. Laparoscopic appendectomy in complicated appendicitis with compromised appendix base: a retrospective cohort study. **Cirugía y Cirujanos**, v. 89, n. 5, p.

651–656, 2021. DOI: 10.24875/CIRU.200009051. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34665171/ . Acesso em: 17 abr. 2025.

FREITAS, G. **Drenagem transoperatória na apendicite aguda complicada**. 2023. 21 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, 2023. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/256040 . Acesso em: Acesso em: 22 mar. 2025.

GOUVEIA, A. D. M.; BRAGA, A. S. M.; ALVES, Amanda P. F.; OLIVEIRA FILHO, J. E. O. L. de; TENÓRIO, D. M. C; CANSANÇÃO, V. I. M. T.; CARNAUBA, A. T. L. Apendicite aguda: perfil epidemiológico no Brasil, de 2017 a 2021. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 9, n. 3, p. 12182–12194, 2023. DOI: 10.34117/bjdv9n3-212. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/58457 . Acesso em: 17 abr. 2025.

HALL, N. J.; EATON, S.; SHERRATT, F. C.; READING, I.; WALKER, E.; CHOROZOGLOU, M; BEASANT, L.; WOOD, W.; STANTON, M.; CORBETT, H.; REX, D.; HUTCHINGS, N.; DIXON, E. GRIST, S.; CRAWLEY, E.r M.; YOUNG, B.; BLAZEBY, J. M. CONservative TReatment of Appendicitis in Children: a randomised controlled feasibility trial (CONTRACT). **Archives of Disease in Childhood**, v. 106, n. 8, p. 764–773, jul. 2021. DOI: 10.1136/archdischild-2020-320746. Disponível em:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33630732/ . Acesso em: 17 abr. 2025.

HAZAN, D.; GOLDSTEIN, A. L.; KEIDAR, S.; DAYAN, K.; SHIMONOV, M. Keep it simple, laboratory parameters to predict complicated acute appendicitis in children younger than five years. **American Surgeon**, v. 89, n. 5, p. 1851–1856, mai. 2023. DOI: 10.1177/00031348221078963. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35317666/ . Acesso em: 22 mar. 2025.

HUMAN, M. J.; TSHIFULARO, N.; MABITSELA, M. Laparoscopic appendectomy for complicated appendicitis in children: does the post-operative peritoneal drain make any difference? A pilot prospective randomised controlled trial. **Pediatric Surgery International**, v. 38, n. 9, p. 1291–1296, set. 2022. DOI: 10.1007/s00383-022-05155-6. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35771234/ . Acesso em: 22 mar. 2025.

IFTIKHAR, M. A.; DAR, S. H.; RAHMAN, U. A.;; BUTT, M. J.; SAJJAD, M.; HAYAT, U.; SULTAN, N. Comparison of Alvarado score and pediatric appendicitis score for clinical diagnosis of acute appendicitis in children—a prospective study. **Annals of Pediatric Surgery**, v. 17, n. 1, art. 10, 2021. Disponível em: https://aops.springeropen.com/articles/10.1186/s43159-021-00026-1 . Acesso em: 22 mar. 2025.

KHARBANDA, A. B. *et al*. Validation of the pediatric Appendicitis Risk Calculator (pARC) in a

Community Emergency Department Setting. Annals of Emergency Medicine, 71(5), 642–651.e10, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.09.007. Acesso em 17 jun. 2025.

KHARBANDA, A. B.; VAZQUEZ-BENITEZ, G. ; BALLARD, D. W.; VINSON, D. R.; CHETTIPALLY, U. K.; DEHMER, S. P.; EKSTROM, H.; RAUCHWERGER, A. S.; McMICHAEL, B.; COTTON, D. M.; KENE, M. V.; SIMON, L. E.; ZHU, J.; WARTON, E. M.; O'CONNOR, P. J.; KHARBANDA, E. O. Effect of Clinical Decision Support on Diagnostic Imaging for Pediatric Appendicitis: A Cluster Randomized Trial. **JAMA Network Open**, v. 4, n. 2, e2036344, 2021. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.36344. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2776303 . Acesso em: 17 abr. 2025.

LINDESTAM, Ulf; ALMSTRÖM, M.; JACKS, J.; MALMQUIST, P.; LÖNNQVIST, P.; JENSEN, B. L.; CARLSTRÖM, M.; KRMAR, R. T.; SVENSSON, J. F.; NORBERG, Å.; FLÄRING, U. Low Plasma Sodium Concentration Predicts Perforated Acute Appendicitis in Children: A Prospective Diagnostic Accuracy Study. European **Journal of Pediatric Surgery**, v. 30, n. 4, p. 350–356, ago. 2020. DOI: 10.1055/s-0039-1687870. Disponível em: https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0039-1687870 . Acesso em: 17 abr. 2025.

MARCINKEVICS, R.; WOLFERTSTETTER, P. R.; WELLMANN, S.; KNORR, C.; VOGT, J. E. Using machine learning to predict the diagnosis, management and severity of pediatric appendicitis. **Frontiers in Pediatrics**, v. 9, p. 662183, 29 abr. 2021. DOI: 10.3389/fped.2021.662183. Disponível em: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2021.662183/full . Acesso em: 17 abr. 2025.

OLIVEIRA, T. C.. de; HERDY, C. S.; FERNANDES, C. C.; SOUZA, D. L. de; MARCOLINO, G. J.; MUSSI, H. G.; OLMOS, J. G. P.; GONÇALVES, L. G.; BIANCHI, L.; VIEIRA, L. D. M.; LISBOA, M. G.; GOMES, M. P.; PEREIRA, M. C. Q; TUPPER, Natsue Tani; ANTUNES, Victória Lucas Camara. Apendicite aguda – uma revisão de literatura abrangente sobre o manejo terapêutico. **Brazilian Journal of Health and Biological Science**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. e5, 2024. Disponível em: https://bjhbs.com.br/index.php/bjhbs/article/view/5 . Acesso em: 17 abr. 2025.

MINNECI, P. C.; HADE, E. M.; GIL, L. A.; METZGER, G. A.; SAITO, J. M.; MAK, G. Z.; HIRSCHL, R. B.; GADEPALLI, S.; HELMRATH, M. A.; LEYS, C. M.; SATO, T. T.; LAL, D. R.; LANDMAN, M. P.; KABRE, R.; FALLAT, M. E.; COOPER, J. N.; DEANS, K. J. Demographic and clinical characteristics associated with the failure of nonoperative management of uncomplicated appendicitis in children: secondary analysis of a nonrandomized clinical trial. **JAMA Network Open**, Chicago, v. 5, n. 5, e229712, 2 maio 2022. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.9712 . Disponível em:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35499827/ . Acesso em: 22 mar. 2025.

MINNECI, P. C.; HADE, E. M.; LAWRENCE, A. E.; SEBASTIÃO, Y. V.; SAITO, J. M.; MAK, G. Z.;

FOX, C.; HIRSCHL, R. B.; GADEPALLI, S.; HELMRATH, M. A.; KOHLER, J. E.; LEYS, C. M.; SATO, T. T.; LAL, D. R.; LANDMAN, M. P.; KABRE, R.; FALLAT, M. E.; COOPER, J. N.; DEANS, K. J. Association of nonoperative management using antibiotic therapy vs laparoscopic appendectomy with treatment success and disability days in children with uncomplicated appendicitis. **JAMA**, Chicago, v. 324, n. 6, p. 581–593, 11 ago. 2020. DOI: 10.1001/jama.2020.10888. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32730561/ . Acesso em: 22 mar. 2025.

MINNECI, P. C.; HADE, E. M.; METZGER, G. A.; SAITO, J. M.; MAK, G. Z.; DEANS, K. J. Association of initial treatment with antibiotics vs surgery with treatment success and disability in subgroups of children with uncomplicated appendicitis. **JAMA**, [s.l.], v. 325, n. 24, p. 2502-2504, 2021. DOI: 10.1001/jama.2021.6710. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34156416/ . Acesso em: 17 abr. 2025.

PEREZ OTERO, S.; METZGER, J. W.; CHOI, B. H.; RAMARAJ, A.; TASHIRO, J.; KUENZLER, K. A.; GINSBURG, H. B.; TOMITA, S. S.; FISHER, J. C.. It's time to deconstruct treatment-failure: A randomized controlled trial of nonoperative management of uncomplicated pediatric appendicitis with antibiotics alone. **Journal of Pediatric Surgery**, [s.l.], v. 57, n. 1, p. 56-62, jan. 2022. DOI: 10.1016/j.jpedsurg.2021.09.024. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34674843/ . Acesso em: 17 abr. 2025.

PULLA, J. A. S.. **Tratamento conservador VS tratamento cirúrgico na apendicite aguda não complicada em adultos**: uma revisão sistemática e metanálise. 2021. Tese (Doutorado) - São Paulo, [s.n.]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/index.php . Acesso em: 22 mar. 2025.

SILVA, G. K. F.; SILVA, S. M. F. da; CALDEIRA, E. A.; FERREIRA, L. A. A.; EDA JUNIOR, T; PEREIRA, S. M.; VIEIRA, Y. M. S.; OLIVEIRA, E. P. de. Apendicite aguda em pacientes pediátricos – revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 7, n. 3, p. e69676, 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n3-098. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/69676 . Acesso em: 22 mar. 2025.

SIQUEIRA, E. H.; QUEIROZ, A. T.; SANTOS, F. S.; AQUINO, J. V. R. N. M. de; WEKSLER, G. L.; FERNANDES, L. F. A. Ferramentas para diagnóstico de apendicite aguda na infância. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 24, p. e15565, 19 mar. 2024. DOI: https://doi.org/10.25248/reamed.e15565.2024. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/medico/article/view/15565 . Acesso em: 17 abr. 2025.

ST PETER, S. D.; NOEL-MACDONNELL, J. R.; HALL, N. J.; EATON, S.; SUOMINEN, J. S.; WESTER, T.; SVENSSON, J. F.; ALMSTRÖM, M.; MUENKS, E. P.; BEAUDIN, M.; PICHÉ, N.; BRINDLE, M.; MACROBIE, A.; KEIJZER, R.; ENGSTRAND LILJA, H.; KASSA, A.-M.;

JANCELEWICZ, T.; BUTTER, A.; DAVIDSON, J.; SKARSGARD, E.; TE-LU, Y.; NAH, S.; WILLAN, A. R.; PIERO, A.Agostino. Appendicectomy versus antibiotics for acute uncomplicated appendicitis in children: an open-label, international, multicentre, randomised, non-inferiority trial. **Lancet**, v. 405, n. 10474, p. 233-240, 18 Jan. 2025. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)02420-6. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39826968/ . Acesso em: 17 abr. 2025.

SULJENDIC, S.; HUSARIC, E.; HALILBASIC, A.; DELIBEGOVIC, S. In Vivo Measurements of Appendiceal Base - Implications on Pediatric Laparoscopic Appendectomy. **JSLS**, v. 28, n. 3, e2024.00033, Jul-Sep 2024. DOI: 10.4293/JSLS.2024.00033. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39826968/. Acesso em: 17 abr. 2025 .

TORO RODRÍGUEZ, M.; DORE REYES, M.; MARTÍNEZ CASTAÑO, I.; DELTELL COLOMER, P.; DE LA SEN MALDONADO, C.; DÍAZ DÍAZ, V.; ENCINAS GOENECHEA, A.; GONZÁLVEZ PIÑERA, J. Have acute appendicitis complications increased in children as a result of SARS-CoV-2? Cir Pediatr, 2022, v. 35, n. 3, p. 131-134. DOI: 10.54847/cp.2022.03.16. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/ibc-206102https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39826968/ . Acesso em: 17 abr. 2025.

ANEXO A - Normas de submissão da Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde (Reciis)

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- O texto deve ser inédito e não ter sido submetido, paralelamente, para qualquer outra publicação;
- O texto deve apresentar originalidade na sua composição, sendo rejeitadas formas de condutas identificadas como plágio e autoplágio, assim como descrito em Política de pré-publicação e nas Condutas éticas: https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/about;
- Todos os autores devem estar de acordo com a política de autoria da Reciis e responderão por todos os aspectos legais e científicos relacionados à exatidão ou à integridade do estudo;
- Deve haver uma justificativa no campo “comentários ao editor” caso haja mais de cinco autores no artigo;
- Todos os autores devem ter seus metadados preenchidos corretamente no ato de submissão;
- O autor correspondente deve ser indicado no sistema na lista de coautores da submissão como contato principal;
- A aprovação do comitê de ética, quando aplicável, deve ser anexada no ato de submissão;
- A Declaração de responsabilidade e cessão de direitos deve estar preenchida, assinada e anexada ao sistema no ato da submissão https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/libraryFiles/downloadPublic/208;
- A Folha de Rosto deve estar preenchida corretamente e anexada ao sistema;
- O manuscrito deve estar em formato aberto e sem identificação tanto no texto quanto nas propriedades do arquivo. (No Microsoft Office, a identificação do autor deve ser removida das propriedades do documento seguindo a sequência: Arquivo > Informações > Verificar se há problemas > Inspecionar documento > Inspecionar > Remover tudo > Salvar > Salvar como. (ou Opções no Mac) Ferramentas > Opções de segurança > Remover informações pessoais do arquivo ao salvar > OK > Salvar).
- As citações e referências devem seguir as normas 6023/2018 e 10520/2023 da ABNT.
- Tabelas, quadros e figuras devem ser anexadas, de acordo com suas especificidades, no ato da submissão e incluídas também ao longo do manuscrito conforme citadas;

Atualizado em 14/03/2025.

Diretrizes para Autores

Antes de submeter seu artigo, verifique as recomendações para autoavaliação de conteúdo.

Atualizado em 26/01/2023

Folha de rosto

A fim de assegurar a política de avaliação duplo cego, obrigatoriamente, os dados de identificação de todos os autores deverão constar somente na Folha de Rosto da revista e nos metadados da submissão, assim, separado do manuscrito do artigo conforme as seguintes diretrizes:

- Deverá ser baixada e preenchida.
- Deverá conter as informações de todos os autores.
- Deverá apresentar as informações do artigo, como contribuição dos autores, fontes de financiamento, conflito de interesse e considerações éticas.
- Deverá respeitar a formatação original do documento.
- Deverá ser salva em formato fechado para edição, como .pdf e .xps.
- Deverá ser anexada no ato da submissão.

Atualizado em 14/03/2025.

Declaração de responsabilidade e cessão de direito autoral

Todos os autores devem consentir com a Declaração de responsabilidade e cessão de direito autoral, conforme as seguintes diretrizes:

- Deverá ser baixada e preenchida;
- Deverá conter as informações de todos os autores;
- Deverá conter assinatura eletrônica ou digital de todos os autores; ● Deverá ser salva em documento fechado para edição como .pdf e .xps; ● Deverá ser anexada no ato da submissão.

Atualizado em 14/03/2025.

Metadados

Durante o ato de submissão, os metadados de todos os autores, bem como os dados do manuscrito como título, resumo e palavras-chaves, deverão ser corretamente preenchidos no sistema contendo as seguintes informações: **Autoria**

A ordem de autoria deve ser igual no sistema de submissão.

- Nome
- E-mail
- ORCID
- Link do currículo Lattes, preenchido no campo URL
- Instituição/afiliação
- País
- Resumo da biografia, preenchida com a maior titulação obtida, seguindo este formato: Doutorado em Cultura e Sociedade pela Universidade Federal da Bahia
- Redes sociais (único item opcional)

Afiliação institucional

- Os nomes das instituições devem ser apresentados por extenso e na língua original da instituição, seguidos da informação de cidade, estado e país.
- Não colocar titulações e funções junto às afiliações.
- A identificação das afiliações deve vir agrupada, logo abaixo dos nomes dos autores, em linhas distintas.
- Em caso de duplo vínculo institucional do autor, colocar somente o vínculo em que a pesquisa foi desenvolvida.
- Em casos de cooperação, podem ser incluídas as duas instituições. Ressalta-se que a primeira deverá ser a de maior vínculo.

Atualizado em 08/09/2020.

Preparação do manuscrito

O artigo poderá ser elaborado em português, inglês, espanhol ou francês e enviado nos seguintes formatos:

- Write do Libre Office ou Word do MS Office .doc, .docx, .rtf e .odt.
- Não recebemos artigos em formatos fechados para edição como .pdf e .xps.

O detalhamento da contribuição de cada autor deve ser informado no ato de submissão do texto e será publicado junto com o trabalho.

Atualizado em 11/01/2023.

Formatação

- Página A4 com margens de 2 cm de cada lado.
- Fonte Arial, tamanho 11.
- Espaçamento 1,5 entre linhas em todo o artigo, incluindo resumos e referências.
- As tabelas em espaçamento simples, tamanho 10. **Identificação**

Título

- Deve ser conciso, informativo e sem abreviações.
- Deve ser apresentado em português, inglês, espanhol e/ou francês.
- Não use caixa alta no título.

Resumo

- Deve conter até 150 palavras.
- Os resumos devem estar nos idiomas português, inglês, espanhol e/ou francês.
- Não use abreviações, não use citações

Atualizado em 10/08/2023.

Palavras-chave

- Utilize cinco (5) palavras-chave que representem o conteúdo do artigo e facilitem a recuperação da informação.
- As palavras-chave devem ser apresentadas em português, inglês, espanhol e/ou francês. Devem ser indicadas logo abaixo do resumo de cada idioma e devem ser separadas por ponto e vírgula.
- Sugerimos utilizar os descritores de vocabulários controlados – como Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Tesauro Brasileiro da Ciência da Informação – ou especificar o vocabulário utilizado.
- A consulta ao DeCS pode ser feita em: http://decs.bvs.br/ > Consulta ao DeCS > consulta por índice > Índice permutado > digite palavra chave ou raiz > mostrar ou hierárquico.
- As palavras-chave indicadas pelo autor serão analisadas.

Atualizado em 11/01/2023.

Estrutura do texto

- Sinalize numericamente a hierarquia dos subtítulos nas seções do texto.
- Utilize negrito nos títulos e subtítulos.
- Utilize maiúsculas apenas na primeira letra de títulos e subtítulos e em nomes próprios.

Citações

- A Reciis adota o sistema autor-data de citações, conforme a norma 10520/2023 da ABNT. Manuscritos submetidos a partir de 01/01/2021 devem usá-la para serem considerados aptos à avaliação por pares.
- Nas citações, as chamadas pelo sobrenome do autor, pela instituição responsável ou título incluído na sentença ou entre parênteses devem ser em letras maiúsculas e minúsculas.
- Nas citações diretas, é preciso especificar no texto a(s) página(s), volume(s), tomo(s) ou seção(ões) da fonte consultada. Esta(s) deve(m) seguir a data, separada(s) por vírgula e precedido(s) pelo termo, que o(s) caracteriza, de forma abreviada.

- Nas citações indiretas, a indicação da(s) página(s) consultada(s) é opcional.
- As citações diretas de até três linhas, devem estar indicadas no texto entre aspas duplas. As aspas simples são utilizadas para indicar citação no interior da citação.
- As citações diretas com mais de três linhas, devem ser destacadas com recuo de 4cm da margem esquerda, com letra em tamanho 10 e sem as aspas.
- Toda citação em idioma diferente do manuscrito deve ser traduzida pelo autor. A expressão "tradução própria", no caso de autoria única do manuscrito, ou "tradução nossa", em caso de mais de um autor, deve ser incluída como último elemento da chamada.

Atualizado em 10/08/2023 .

Entrevista/fala de sujeitos/depoimento

- Deve estar em itálico, tamanho 10, indentada 4 cm.
- A identificação da fala deve ser codificada, apresentada ao final de cada frase entre parênteses sem itálico.

Siglas

- As siglas devem ser descritas por extenso na primeira vez em que aparecem no texto.
- Nas tabelas e figuras, devem ser usadas o mínimo necessário, descritas por extenso em notas de rodapé utilizando número romano minúsculo. **Notas de rodapé**

- Devem ser exclusivamente explicativas.
- Devem contar em número mínimo indispensável.
- Devem ser indicadas no texto por números arábicos minúsculos. Exemplo1

Tabelas e quadros

- Devem ser elaborados com a ferramenta apropriada para construção de tabelas ou quadros no programa Word, OpenOffice ou Writer. Não podem ser enviados como imagens.
- O título deve ser apresentado acima do quadro ou da tabela.
- Devem ter título informativo e claro, indicando o que pretendem representar.
- Devem estar inseridos no texto assim que citados, e não no final do artigo.
- As tabelas devem estar abertas nas laterais esquerda e direita.
- Não devem conter linhas internas.
- Devem conter indicação de fonte. Caso sejam elaborados pelos autores, indicar. **Figuras**

---

1. **Gráficos, desenhos, fluxogramas, esquemas e diagramas devem ser identificados como figuras:**

- Devem possuir título abaixo das mesmas.
- Devem ter título informativo e claro, indicando o que pretendem representar.
- Devem estar inseridas no texto assim que citadas, e não no final do artigo.
- Devem conter indicação de fonte. Caso sejam elaborados pelos autores, indicar.
- Devem ser encaminhadas em formato editável.
- Além de estarem inseridas no corpo do texto, devem ser também anexadas no ato da submissão, como arquivos editáveis.

2. **Fotos devem ser identificadas como figuras:**

- Devem estar legíveis e nítidas, com resolução, no mínimo, de 100 dpi, preto e branco ou colorida.
- Devem possuir título abaixo das mesmas.
- Devem ter título informativo e claro, indicando o que pretendem representar.
- Devem estar inseridas no texto assim que citadas, e não no final do artigo.
- A autoria da foto deve ser indicada.
- Fotos com pessoas identificáveis devem ter autorização do uso de imagem.
- Devem ser anexadas, individualmente, no ato da submissão.

Atualizado em 14/03/2025.

Referências

- A Reciis adota a norma 6023/2018 da ABNT para elaboração de referências. Os prenomes devem estar indicados por extenso a fim de dar visibilidade a autoria por mulheres e homens.
- Todas as referências devem estar citadas no texto. Sempre que disponível, deve-se informar o DOI dos trabalhos consultados.
- Caso gerenciadores de referências (ex: Mendeley, Zotero, Endnote) tenham sido usados, é preciso remover a ligação com o *software* antes que o manuscrito seja submetido à revista.

Atualizado em 14/03/2025.

Exemplos de referências

Livro

MEADOWS, Arthur Jack. **A comunicação científica**. 2. ed. Brasília, DF: Briquet de Lemos, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance**. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240029200. Acesso em: 8 jun. 2023.

Livro em meio eletrônico

FERNANDES, Rita de Cássia Pereira; LIMA, Mônica Angelim Gomes de; ARAÚJO, Tânia Maria de. (org.). **Tópicos em saúde, ambiente e trabalho: um olhar ampliado**. Salvador: EDUFBA, 2014. E-book. Disponível em: http://books.scielo.org/id/9v294/pdf/fernandes-9786556300122.pdf. Acesso em: 13 out. 2020.

Capítulo de livro

CALDAS, Célia Pereira. Quarta idade: a nova fronteira da gerontologia. In: PAPALÉO NETTO, Matheus (org.). **Tratado de Gerontologia.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 163-73.

Artigo de periódico

WEITZEL, Simone da Rocha. As novas configurações do acesso aberto: desafios e propostas. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 65-75, jul.-set. 2014. DOI: https://doi.org/10.3395/reciis.v8i2.447. Disponível em: https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/447. Acesso em: 5 out. 2014.

Dissertação e tese

REBELLATO, Carolina. **Relações entre papéis ocupacionais e qualidade de vida em idosos independentes, residentes na comunidade: um estudo seccional**. 2012. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

Trabalho apresentado em congresso

PRADO, Afonso Henrique Miranda de. Interpolação de imagens médicas. In: WORKSHOP DE DISSERTAÇÕES EM ANDAMENTO, 1., 1995, São Paulo. **Anais** [...]. São Paulo: USP, 1995. p. 2.

Artigo ou matéria de jornal

TYNAN, Trudy. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. **The Washington Post**, Washington, DC, 12 ago 2002. Section A, p. 2.

PONTES, Felipe. Ministro do STF manda governo divulgar dados totais de Covid-19. **Agência Brasil**, Brasília, DF, 09 jun. 2020. Justiça. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/justica/noticia/2020-06/ministro-do-stf-manda-governo-divulgar-dados-totais-de-covid-19. Acesso em: 24 ago. 2020.

TEM cara de mau: o polêmico programa informático que prevê quem será um criminoso só pelo seu aspeto. **Diário de Notícias**, Porto, 29 jun. 2020. Disponível em:

https://www.dn.pt/vida-e-futuro/tem-cara-de-mau-o-polemico-programa-informatico-que-preve-quem-sera-um-criminoso-so-pelo-seu-aspeto-12364903.html. Acesso: em 10 fev. 2023 **Site**

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE (United States). **Profiles in Science:** exploring the stories of scientific discovery. Bethesda, MD, [c2020]. Disponível em: https://profiles.nlm.nih.gov/. Acesso em: 13 out. 2020.

Legislação

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em: 13 out. 2020.

Patente

CRUVINEL, Paulo Estevão. **Medidor digital multisensor de temperatura para solos.** Depositante: EMBRAPA. BR 8903105-9. Depósito: 26 jun. 1989. Concessão: 30 maio 1995.

Filmes e séries

CIDADE de Deus. Direção de Fernando Meirelles. Rio de Janeiro: Globo Filmes, 2002. 1 DVD (130 min.).

WHITE rabitt (Temporada 1, ep. 5). Lost [Seriado]. Direção: Kevin Hooks. Produção: J. J. Abrams, Damon Lindelof, Bryan Burk, Jack Bender e Carlton Cuse. Hawaii: Produtora ABC Network, 2004. 1 DVD (45 min.), son., color.

Redes sociais

Registros médicos e medicalização. [Rio de Janeiro]: Meta, 6 out. 2020. Facebook: ReciisIcictFiocruz. Disponível em: https://www.facebook.com/watch/?v=461127848194690. Acesso em 13 out. 2020.

Podcasts

ENGIMA SUBMARINO. [Locução de:] Bernard Esteves. [S. l.]: Rádio Novelo, 30 jun. 2020. Podcast. Disponível em: https://open.spotify.com/episode/70Nkk8d7cLETuY6bhs6DiU. Acesso em: 13 out. 2020.

Verbete

AMORA, Iara.; GOMES, Mariana. Marielle Franco. In: DICIONÁRIO DE FAVELAS MARIELLE FRANCO. [Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020] Disponível em: https://wikifavelas.com.br/index.php?title=Marielle_Franco. Acesso em: 10 dez. 2020.

Atualizado em 10/08/2023.

Editorial

Os editoriais são textos que, além de apresentar a edição, devem trazer conteúdo científico com potencial para receber citações e que justifique sua indexação e publicação.

Notas de conjuntura

São contribuições de caráter opinativo ou análise de questões da conjuntura que possam contribuir para o aprofundamento de temas relacionados aos campos da comunicação, informação e saúde. Em torno de 15 mil caracteres com espaços. Seção indexada. A convite dos editores.

Dossiês

Conjunto de artigos originais, relacionado a temas selecionados pelos editores e inserido em uma edição a fim de promover um debate, uma ideia ou um campo, em relação às temáticas de interesse da revista. Entre 40 e 60 mil caracteres com espaços. Seção aberta a submissões em períodos definidos em chamadas públicas. Seção indexada e avaliada pelos pares.

Dossiê Gestão da informação e da comunicação em saúde

Conjunto de artigos originais, relacionado a temas selecionados pelos editores e inserido em uma edição a fim de promover um debate, uma ideia ou um campo, em relação às temáticas de interesse da revista. Entre 40 e 60 mil caracteres com espaços. Seção aberta a submissões em períodos definidos em chamadas públicas. Seção indexada e avaliada pelos pares.

Artigos originais

São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original, com os seguintes elementos: objeto, objetivo, problema, fundamentação teórico-metodológica e resultados claramente descritos. Entre 40 e 60 mil caracteres com espaços. Seção aberta a submissões em fluxo contínuo, indexada e avaliada pelos pares.

Entrevistas

São contribuições derivadas de entrevistas com autoridades, especialistas ou pesquisadores cuja história de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para os campos da comunicação, informação e saúde. A convite dos editores.

Ensaios

São contribuições de caráter analítico ou propositivo com constructos teóricos levando ao questionamento de modelos existentes e possibilitando hipóteses para pesquisas futuras. Entre 40 e 60 mil caracteres com espaços. Seção aberta a submissões em fluxo contínuo, indexada e avaliada pelos pares.

Artigos de revisão

São contribuições destinadas a divulgar o estado da arte de temas específicos com base na revisão bibliográfica crítica de outras publicações. Entre 40 e 60 mil caracteres com espaços.

Seção aberta a submissões em fluxo contínuo, indexada e avaliada pelos pares.

Relatos de experiência

São contribuições que descrevem, de modo teórico e criticamente fundamentado, uma situação da prática de profissionais ou instituições, sobretudo no que diz respeito a produtos, processos, serviços e sistemas em informação e comunicação em saúde. Os textos devem apresentar, não necessariamente com estes nomes, introdução, apresentação da metodologia empreendida, discussão e considerações finais. Entre 30 e 50 mil caracteres com espaços. Seção aberta a submissões em fluxo contínuo, indexada e avaliada pelos pares.

Resenhas de livros e produções audiovisuais

São contribuições que apresentam análise crítica de livros ou produções audiovisuais. Entre 15 e 25 mil caracteres com espaços. Seção aberta a submissões em fluxo contínuo e indexada.

Declaração de Direito Autoral

Direitos de autor: Os autores cedem e transferem o direito de utilização da obra à Reciis e à Fiocruz, em caráter permanente, irrevogável, gratuito e com exclusividade para primeira publicação.

Direitos de reutilização: A Reciis adota a Licença Creative Commons, CC BY-NC. Com essa licença é permitido acessar, baixar *(download),* copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos de autoria e menção à Reciis. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

Direitos de depósito dos autores/autoarquivamento: Os autores são estimulados a realizarem o depósito em repositórios institucionais da versão publicada com o *link* do seu artigo na Reciis.

Atualizado em 14/03/2025.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAÇÃO ELETRONICA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO NA BASE DE DADOS DA BIBLIOTECA

1. Identificação do material bibliográfico:

[ ] Monografia [X] TCC Artigo

Outro:

2. Identificação do Trabalho Científico:

Curso de Graduação: Medicina

Centro: Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros

Autor(a): Filipe Palauro Recla

E-mail (opcional):

Orientador (a): Tércio Luz Barbosa

Instituição: Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, curso de graduação em Medicina

Membro da banca: Tércio Luz Barbosa

Instituição: UFPI/Universidade Federal do Piauí

Membro da banca: Lais Portela Neiva Coelho

Instituição: UFPI/Universidade Federal do Piauí

Membro da banca: Dra. Raquel Rufino Gomes Lea

Instituição: HRJL/Hospital Regional Justino Luz

Titulação obtida: Aprovado

Data da defesa: 02/07/2025

Título do trabalho: APENDICITE AGUDA PEDIÁTRICA: Uma Revisão Integrativa dos Protocolos Clínicos e Terapêuticos Mais Eficazes

3. Informações de acesso ao documento no formato eletrônico:

Liberação para publicação:

Total: [X]

Parcial: [ ]. Em caso de publicação parcial especifique a(s) parte(s) ou o(s) capítulos(s) a serem publicados:

_____

.....

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Considerando a portaria nº 360, de 18 de maio de 2022 que dispõe em seu Art. 1º sobre a conversão do acervo acadêmico das instituições de educação superior - IES, pertencentes ao sistema federal de ensino, para o meio digital, autorizo a Universidade Federal do Piauí - UFPI, a disponibilizar gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, o texto integral ou parcial da publicação supracitada, de minha autoria, em meio eletrônico, na base dados da biblioteca, no formato especificado* para fins de leitura, impressão e/ou *download* pela *internet*, a título de divulgação da produção científica gerada pela UFPI a partir desta data.

Local: Picos, Piauí. Data: 07/07/2025

Assinatura do(a) autor(a): gov.br Documento assinado digitalmente FILIPE PALAURO RECLA Data: 07/07/2025 20:36:23-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br

* **Texto** (PDF); **imagem** (JPG ou GIF); **som** (WAV, MPEG, MP3); **Vídeo** (AVI, QT).