

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE CRIANÇAS EM PÓS-OPERATÓRIO DE APENDICECTOMIA

CHILDREN'S NURSING DIAGNOSIS IN APPENDECTOMY POST SURGERY

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE NIÑOS EN POSTOPERATORIO DE APENDICECTOMÍA

Silvania Braga Ribeiro¹
Viviane Martins da Silva²
Edna Maria Dantas Guerra³
Mara Dalila de Araújo Lima⁴

RESUMO

Estudo exploratório-descritivo, cujos objetivos foram determinar o perfil dos diagnósticos de enfermagem, identificar as características definidoras, bem como os fatores relacionados e de risco de crianças no pós-operatório de apendicectomia. Participaram do estudo 17 crianças, internadas na Unidade de um Hospital da Rede Estadual do Ceará, de maio a junho de 2009. O instrumento de coleta de dados constituiu-se de um roteiro elaborado segundo domínios apresentados pela Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) e das informações dos prontuários do paciente. As informações levantadas determinaram as respostas humanas, as características definidoras e os fatores relacionados e de risco. Foram identificados 13 diagnósticos de enfermagem diferentes, 21 características definidoras e 16 fatores relacionados. Mediante a identificação dos diagnósticos de enfermagem nessa clientela, os enfermeiros podem propor intervenções fundamentadas e específicas, proporcionando a implementação de ações eficazes e imediatas para a resolução dos problemas identificados. Assim, este estudo fornece uma base para a sistematização do cuidado de enfermagem ao paciente em período pós-operatório de apendicectomia.

Palavras-chave: Diagnóstico de Enfermagem; Criança; Apendicectomia.

ABSTRACT

This is a descriptive-exploratory study whose goal was to determine the profile of nursing diagnosis and to identify the defining characteristics, related factors and risk factors in children during appendectomy post-surgery. Seventeen children admitted to a Public Hospital in Ceará were observed from May to June 2009. The instrument of data collection was the patient's medical reports and a guide elaborated according to the Taxonomy II from the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). The information obtained determined the human answers, the defining characteristics as well as the related and risk factors. 13 different nursing diagnosis, 21 defining characteristics and 16 related factors were identified. Through the nursing diagnosis identification in the patients, the nurses can recommend specific interventions and can provide the implementation of effective and immediate actions to solve the identified problems. This study offers thus a basis to nursing care systematization to patients in appendectomy post-surgery.

Key words: Nursing Diagnosis; Children; Appendectomy.

RESUMEN

Estudio exploratorio descriptivo realizado con el objetivo de determinar el perfil de los diagnósticos de enfermería e identificar las características de definición, los factores relacionados y de riesgo en niños en postoperatorio de apendicectomía. Participaron del estudio 17 niños internados en la unidad de un hospital estatal del Estado de Ceará/Brasil, de mayo a junio de 2009. Se utilizó como herramienta de recogida de datos un cuestionario estructurado en conformidad con las directrices de Taxonomía II, de la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) y la ficha médica del paciente. Las informaciones recogidas determinaron las respuestas humanas, las características de definición y los factores relacionados y de riesgo. Se identificó un total de 13 diagnósticos de enfermería, 21 características de definición y 16 factores relacionados. Mediante la identificación de los diagnósticos de enfermería de los pacientes, los enfermeros pueden proponer intervenciones fundamentadas y específicas que promuevan la puesta en práctica de acciones eficaces e inmediatas para resolver los problemas identificados. El presente estudio ofrece, entonces, base para sistematizar la atención de enfermería al paciente en el postoperatorio de apendicectomía.

Palabras clave: Diagnósticos de Enfermería; Niños; Apendicectomía.

¹ Enfermeira. Especialista em Centro de Terapia Intensiva (UECE). Enfermeira assistente do Pós-Operatório Cardíaco Pediátrico do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes /Serviço Pré-Hospitalar SAMU-Fortaleza.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (DENF/FFOE-UFC). E-mail: viviane.silva@ufc.br.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Coordenadora de Curso da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza. Professora adjunta da UECE.

⁴ Enfermeira graduada pela Faculdade Metropolitana de Fortaleza.

Endereço para correspondência – Rua Inácio Vasconcelos nº 221 Messejana, Fortaleza-CE, Brasil. CEP: 60830-100. E-mail: silbr@bol.com.br.

INTRODUÇÃO

A enfermagem vem elaborando métodos, como o processo de enfermagem para uma prática clínica eficaz, que representam uma tentativa de mudança da postura de atividade caritativa, eminentemente intuitiva e empírica para a adoção de uma assistência respaldada em conhecimentos científicos.¹

A discussão sobre o processo de enfermagem não é recente. Adquiriu resistência em meados da década de 1950, nos Estados Unidos, com a finalidade de desenvolver e organizar os conhecimentos de enfermagem. Várias teorias, descritas por diversos autores, surgiram para orientar a assistência de enfermagem no atendimento às necessidades humanas e constituíram processo de enfermagem próprio.²

Com a aprovação da lei do exercício profissional de enfermagem, que determina que a prescrição de enfermagem é privativa do enfermeiro, o processo de enfermagem tornou-se fundamental para as atividades assistenciais, implicando melhoria da qualidade da assistência, como também na área de ensino, incentivando a pesquisa e demonstrando a importância desta para o futuro profissional.²

O uso do diagnóstico na prática de enfermagem pode refletir em melhor assistência aos clientes que recebem constantemente os cuidados de enfermagem, pois exige do enfermeiro um pensar crítico e um agir reflexivo e sistematizado. O desafio da enfermagem tem sido, então, a construção do conhecimento dos diagnósticos de enfermagem em populações específicas, como aquelas constituídas por crianças em pós-operatório de apendicectomia.³

Vale destacar que a apendicite é uma doença frequente com alta incidência em países como Estados Unidos, Dinamarca e Inglaterra. Estima-se que cerca de 7% da população desenvolverá apendicite em algum momento da vida. Sua maior ocorrência encontra-se no sexo masculino, na razão de 3:2, especialmente em crianças de 4 a 15 anos, sendo rara nos dois primeiros anos de vida.⁴

É a doença que mais comumente requer cirurgia abdominal de emergência na criança, constituindo a principal causa de abdômen agudo cirúrgico na criança maior de 2 anos de idade, e responsável por cerca de 10% de todas as admissões em salas de emergências pediátricas.⁵

A etiopatogenia da doença pode ser atribuída a fatores como obstrução mecânica, dieta inadequada de fibras, suscetibilidade familiar, estrutura populacional e patógenos diversos.⁴

O tratamento da apendicite é a retirada do *apêndice*, podendo ou não ser seguido de antibioticoterapia, dependendo do aspecto do apêndice no intraoperatório. Atualmente, o método indicado para a realização da *apendicectomia* é a *cirurgia videolaparoscópica*, realizada mediante três pequenas *incisões*, com o auxílio de um monitor. Esse tipo de cirurgia permite uma recuperação

mais rápida, dado o pequeno tamanho das incisões, além de melhor efeito estético. Além disso, a cirurgia videolaparoscópica permite a inspeção de toda a *cavidade abdominal*, excluindo-se, assim, outras causas de dor abdominal que não a apendicite.⁶

O tempo de internação varia de 24 a 72 horas em média, dependendo da recuperação do paciente e do grau de contaminação da cavidade abdominal.⁵ A principal complicação da apendicite é a perfuração do apêndice, o que pode acarretar a peritonite ou o abscesso. A incidência de perfuração é de 10% a 32%. É mais elevada em crianças jovens e nos idosos. Em geral, a perfuração ocorre 24 horas depois do início da dor. Os sintomas incluem febre de 37,7° C ou mais, aspecto tóxico e hipersensibilidade ou dor abdominal continuada.⁷

A identificação de condições clínicas apresentadas no período pré-operatório de crianças com apendicite, como graus variados de desidratação, toxemia, complicações respiratórias e anorexia, contribuirão para inferência diagnóstica e determinação do cuidado pós-operatório. Vale ressaltar que a determinação de diagnósticos de enfermagem acurados é essencial para a elaboração de intervenções eficazes, bem como sua avaliação constante para investigação e prevenção de complicações ou efeitos indesejáveis provenientes do procedimento cirúrgico propriamente dito. Cabe ao enfermeiro avaliar suas intervenções de maneira precisa para uma prestação da assistência de qualidade, minimizando intercorrências.

Destaque-se que, apesar do progresso tecnológico, a apendicite continua sendo uma importante causa de mortalidade e morbidade, na qual o êxito do tratamento depende de cuidados de enfermagem específicos.

Os objetivos com este estudo de determinar o perfil dos diagnósticos de enfermagem e identificar as características definidoras, bem como os fatores relacionados e de risco de crianças no pós-operatório de apendicectomia, se justificam, uma vez que são escassos os estudos nesse sentido, e eles podem contribuir para a acurácia dos diagnósticos de enfermagem nesse grupo.

METODOLOGIA

A abordagem exploratória e descritiva foi adotada para este estudo, uma vez que ela possibilita que o pesquisador observe, descreva e classifique características de populações ou fenômenos específicos ou até mesmo estabeleça relações entre variáveis.⁸

O estudo foi realizado em um hospital infantil da rede pública do Ceará, considerado de referência no atendimento a crianças. Ao longo dos anos, o hospital foi credenciado pelo Ministério da Saúde para realizar procedimentos de alta complexidade em oncologia, neurocirurgia, cirurgia cardíaca e cirurgia craniofacial. Possui 287 leitos credenciados ao Sistema Único de

Saúde (SUS), sendo 237 hospitalares e 50 domiciliares. O corpo clínico é composto por quase 300 médicos, 133 enfermeiros e 483, entre técnicos e auxiliares, entre servidores do Estado e terceirizados.

A unidade clínica, local da coleta de dados, é uma seção que recebe crianças provenientes de todo o Estado que precisam se submeter a um procedimento cirúrgico. Essa unidade é constituída por 44 leitos, dos quais 8 são destinados a pacientes com apendicite. Em 2010, a unidade recebeu 793 internamentos, dos quais 178 foram pacientes com apendicite, que apresentaram média de internação de 6,3 dias.

A população do estudo foi constituída por crianças com idade entre 5 e 10 anos, submetidas a apendicectomia. Estabeleceu-se que crianças hemodinamicamente instáveis no período da coleta não faziam parte do estudo. A amostra do estudo foi delimitada pelo tempo para coleta de dados e composta por 17 crianças no pós-operatório de apendicectomia internadas no período de maio a junho de 2009.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado segundo os domínios apresentados pela Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) permitindo, assim, a coleta de dados subjetivos e objetivos da criança. Foi incluído um roteiro de exame físico da criança e entrevista pertinente à problemática com o responsável. Utilizou-se, também, o prontuário do paciente para complementar as informações. As crianças foram avaliadas somente quando se encontravam hemodinamicamente estáveis, sem dor e no próprio leito.

As informações recolhidas determinaram as respostas humanas, as características definidoras e os fatores relacionados e de risco, inferidos segundo o processo de raciocínio diagnóstico⁹ com base na taxonomia II da NANDA.¹⁰ Essas informações foram compiladas em um banco de dados no programa Excel. Os dados foram apresentados em tabelas e analisados com base nas frequências absolutas, percentuais e medidas de tendência central e dispersão.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da rede Estadual do Ceará sobre o registro nº 002/09, buscando atender aos aspectos contidos na Resolução nº 196/96, sobre pesquisa com seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Os responsáveis pelas crianças participantes do estudo foram esclarecidos sobre seus objetivos, bem como conscientizados do sigilo conferido às informações e identidades. A coleta foi realizada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.¹¹

RESULTADOS

Para explorar o contexto do estudo, buscou-se caracterizar as crianças quanto ao sexo, à idade e à procedência, conforme demonstrado na TAB. 1:

TABELA 1 – Distribuição das crianças avaliadas, segundo sexo, idade e procedência. Fortaleza-CE Brasil – 2009

Variáveis	Nº	%	Estatística
Sexo			
Masculino	14	82,4	
Feminino	03	17,6	
Total	17	100,0	
Idade			
5-7	09	52,9	KS (valor p) 0,71 (0,68)
8-10	08	47,1	Média 7,65
Total	17	100,0	DP 1,53
Procedência			
Interior	06	35,3	
Capital	11	64,7	
Total	17	100,0	

Legenda: KS – Kolmogorov-Smirnov; DP – desvio-padrão

Verificou-se que 14 crianças eram do sexo masculino (82,4%), com idade média de 7,65 anos ($\pm 1,53$ anos), e 52,9% tinham idade entre 5 e 7 anos. Em relação à procedência, observou-se que 06 (35,3%) pacientes eram do interior e 11 (64,7%) da capital.

Com dados obtidos na entrevista e no exame físico, foi possível inferir os diagnósticos de enfermagem em crianças no pós-operatório de apendicectomia, dentre s quais identificou-se um total de 13 diagnósticos de enfermagem diferentes, 21 características definidoras e 16 fatores relacionados (Tabela 2).

TABELA 2 – Distribuição dos diagnósticos de enfermagem, características definidoras e fatores relacionados identificados em crianças no pós-operatório de apendicectomia. Fortaleza-CE, Brasil – 2009

Variáveis	Mediana	Média	DP	KS (p)
Diagnósticos de enfermagem	6,00	6,41	1,41	0,83 (0,48)
Características definidoras	8,00	7,88	1,40	0,74 (0,63)
Fatores Relacionados	4,00	4,65	1,69	1,22 (0,10)

A média de diagnósticos de enfermagem identificada nas crianças em pós-operatório de apendicectomia foi de 6,41,

com desvio-padrão de 1,41. A média das características definidoras foi de 7,88 por paciente, sendo o desvio-padrão de 1,409. E os fatores relacionados tiveram uma média de 4,00, com desvio-padrão de 1,69.

Os diagnósticos de enfermagem, as características definidoras e os fatores relacionados de acordo foram organizados com os percentis 25, 50 e 75. Na discussão dos achados, destacaram-se os diagnósticos de enfermagem que se apresentaram acima do percentil 75.

TABELA 3 – Distribuição dos diagnósticos de enfermagem presentes em crianças no pós-operatório de apendicectomia. Fortaleza-CE, Brasil – 2009

Diagnósticos de enfermagem	Nº	%
1. Integridade da pele prejudicada	17	100,0
2. Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	17	100,0
3. Risco de volume de líquidos deficiente	17	100,0
4. Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	13	76,5
P75		
5. Dor aguda	11	64,7
6. Deambulação prejudicada	08	47,1
7. Risco de infecção	07	41,2
8. Insônia	06	35,5
9. Hipertermia	04	23,5
10. Medo	03	17,6
P50		
11. Constipação	03	17,6
12. Náusea	02	11,8
13. Padrão respiratório ineficaz	01	5,9
P25		

Legenda: P25 – percentil 25, P50 – percentil 50, P75 – percentil 75

Entre os diagnósticos de enfermagem identificados, risco de volume de líquidos deficiente (100%), risco de desequilíbrio na temperatura corporal (100%), integridade da pele prejudicada (100%) e nutrição desequilibrada – menos do que as necessidades corporais (76,5) apresentaram maior número de ocorrências. Náusea (11,8%) e padrão respiratório ineficaz (5,9%) ocorreram em menor frequência.

TABELA 4 – Distribuição das características definidoras presentes em crianças no pós-operatório de apendicectomia. Fortaleza-CE, Brasil – 2009

Características definidoras	Nº	%
1. Falta de interesse na comida	13	61,9
2. Peso corporal 20% abaixo do esperado	13	61,9
3. Relato verbal de dor	10	47,6
4. Expressão facial	09	42,8
5. Capacidade prejudicada de percorrer distâncias necessárias	08	38,0
6. Dor abdominal	07	33,3
P75		
7. Posição para evitar dor	07	33,3
8. Relato de dificuldade para adormecer	06	28,5
9. Relato de dificuldade para permanecer dormindo	06	28,5
10. Mucosas pálidas	05	23,8
11. Aumento na temperatura corpora acima dos parâmetros normais	04	19,0
12. Calor ao toque	04	19,0
13. Dispneia	03	14,2
14. Mudança no padrão intestinal	02	9,5
15. Estado de alerta aumentado	02	9,5
16. Dilatação pupilar	02	9,5
P50		
17. Relato de náuseas	02	9,5
18. Sensação de tentar vomitar	02	9,5
19. Abdome distendido	01	4,7
20. Volume de fezes diminuído	01	4,7
21. Uso de musculatura acessória	01	4,7
P25		

Legenda: P25 – percentil 25, P50 – percentil 50, P75 – percentil 75

Das 21 características definidoras identificadas, falta de interesse na comida (61,9%), peso corporal 20% abaixo do esperado (61,9%), relato verbal de dor (47,6%), expressão facial (42,8%), capacidade prejudicada de percorrer distâncias necessárias (38,0%) e dor abdominal (33,0%) apareceram com maior frequência. Enquanto abdome distendido (4,7%), volume de fezes diminuído (4,7%) e uso de musculatura acessória (4,7%) obtiveram menores frequências.

TABELA 5 – Distribuição dos fatores relacionados ou de risco presentes nas crianças avaliadas. Fortaleza-CE, Brasil – 2009

Fatores relacionados / Risco	Nº	%
1. Procedimentos cirúrgicos	17	100,0
2. Desvios que afetam a ingestão de líquidos	17	100,0
3. Fatores que influenciam as necessidades de líquidos	17	100,0
4. Dor	16	94,1
P75		
5. Imobilização física	13	76,4
6. Estado nutricional desequilibrado	13	76,4
7. Agentes lesivos biológicos e físicos	11	64,7
8. Fatores biológicos	10	58,8
9. Defesas secundárias inadequadas	07	41,1
10. Hipertermia	04	23,5
11. Doença	04	23,5
12. Fatores psicológicos	03	17,6
P50		
13. Medo	03	17,6
14. Falta de familiaridade com experiência ambiental	03	17,6
15. Separação do sistema de apoio	03	17,6
16. Atividade física insuficiente	03	17,6
P25		

Legenda: P25 – percentil 25, P50 – percentil 50, P75 – percentil 75.

Procedimentos cirúrgicos (100,0%), desvios que afetam a ingestão de líquidos (100,0%), fatores que influenciam as necessidades de líquidos (100,0%) e dor (94,1%) foram os que apresentaram maior frequência entre os 16 fatores relacionados.

DISCUSSÃO

Neste estudo, houve o predomínio do sexo masculino, com idade média de 7,65 anos ($\pm 1,53$ ano). Estudo sobre a caracterização de 436 pacientes submetidos a apendicectomia, também, encontrou frequência maior do sexo masculino¹². Apesar de não se buscar uma relação de causa e efeito entre gênero e cirurgia,

vários estudos evidenciaram maior proporção do sexo masculino em grupos de pacientes submetidos a apendicectomia.⁵

Em face dos resultados mencionados, as crianças no pós-operatório imediato de apendicectomia ingressam na unidade de cuidados intensivos apresentando algumas peculiaridades provenientes da situação clínica, dentre as quais: a permanência do jejum iniciado no pré-operatório, alterações na temperatura corporal em decorrência de possíveis complicações por infecções e a presença da incisão cirúrgica, na qual comumente se observa a inclusão de drenos para evitar o risco de peritonite. Relacionados a esses problemas, nesta investigação, alguns diagnósticos de enfermagem foram observados, dentre os quais o risco de volume de líquidos deficiente, o risco de desequilíbrio na temperatura corporal, a integridade da pele prejudicada a nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais.

O diagnóstico de enfermagem “risco de volume de líquidos deficientes” é definido pelo risco de desidratação vascular, celular e intracelular.¹⁰ Frequentemente, nessa situação, a desidratação em crianças pode se instalar por uma combinação de duas causas: vômitos e perda de líquidos em excesso por meio da sudorese provocada pela febre¹³.

O vômito é um sinal clínico frequentemente encontrado em crianças em pós-operatório que determina a instalação aguda de distúrbios hidroeletrólíticos. Ele pode ser agravado quando a ingesta oral da criança compensa apenas parcialmente as perdas anormais. As crianças mais jovens apresentam maior necessidade de água e são mais vulneráveis às alterações do equilíbrio hidroeletrólítico.¹³

As perdas hídricas, associadas ao efeito dos medicamentos anestésicos e à ruptura, muitas vezes presente do apêndice no período pré-operatório, podem ocasionar um risco de desequilíbrio na temperatura corporal nas crianças. Esse fato é definido como o risco de não conseguir manter a temperatura corporal nos parâmetros normais.¹⁰ Na evolução habitual do estado de saúde da criança no período pós-operatório de apendicectomia ou mesmo no início precoce de uma infecção aguda, a febre pode persistir em decorrência das complicações geradas, possivelmente, por infecções cirúrgicas ou até mesmo por perfuração do apêndice. Até dois ou três dias, os episódios febris podem ser consequentes apenas de uma reação à agressão cirúrgica.¹⁴

Outro diagnóstico de enfermagem que apresentou predomínio entre as crianças foi a “integridade da pele prejudicada”, o qual pode ser definido como epiderme e/ou derme alterada.¹⁰ Neste estudo, esse diagnóstico se caracterizou pela invasão de estruturas do corpo, destruição das camadas da pele (derme) e rompimento da superfície pele (epiderme). Especificamente, a presença desse diagnóstico pode estar relacionada à descontinuidade da pele decorrente da incisão cirúrgica, a sondas, drenos e cateteres e à imobilização física¹⁵.

Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais é outro diagnóstico frequentemente encontrado em pacientes em pós-operatório. As crianças operadas de apendicectomia comumente são submetidas à dieta zero por um período que persiste desde o pré-operatório. Somam-se a isso os efeitos colaterais dos medicamentos anestésicos que contribuem para a instalação de náuseas e vômitos no período pós-operatório, adiando o início da primeira dieta.

Dessa forma, o diagnóstico “nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais” esteve presente nessa clientela, definido como uma ingestão insuficiente de nutriente para satisfazer as necessidades metabólicas.¹⁰ A presença desse diagnóstico de enfermagem pode influenciar no aparecimento de outros diagnósticos, como a “integridade da pele prejudicada”, visto que este atua como um fator que fomenta cicatrização lenta da incisão cirúrgica.

Com base nos diagnósticos identificados, o enfermeiro poderá incluir como metas dos cuidados de enfermagem às crianças no pós-operatório de apendicectomia o alívio à dor, o impedimento do déficit de volume hídrico, a redução da ansiedade, a contribuição para eliminação da infecção causada pela ruptura, pelo potencial ou real do trato gastrointestinal, a manutenção da integridade cutânea e o alcance de uma nutrição ótima.¹³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, foram identificados 13 diferentes diagnósticos de enfermagem encontrados em crianças no pós-operatório em apendicectomia, sendo 11 do tipo real e 2 de risco.

Dentre os diagnósticos de enfermagem identificados, risco de volume de líquidos deficiente (100%), risco de desequilíbrio na temperatura corporal (100%), integridade da pele prejudicada (100%) e nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais (76,5%) apresentaram maior número de ocorrências. Esses diagnósticos foram analisados, considerando-se os fatores relacionados, as características definidoras ou fatores de risco (de acordo com o tipo de diagnóstico) e os fatores associados à cirurgia de apendicectomia.

Conhecer os diagnósticos de enfermagem dos pacientes no período pós-operatório de apendicectomia possibilita aos enfermeiros que atuam nos centros de recuperação pós-operatória planejar individualmente o cuidado prestado a essa clientela. Mediante a identificação dos diagnósticos de enfermagem nessa clientela, os enfermeiros podem propor intervenções fundamentadas e específicas, proporcionando a implementação de ações eficazes e imediatas para a resolução dos problemas identificados. Assim, neste estudo fornece-se uma base para a sistematização do do cuidado de enfermagem ao paciente em período pós-operatório de apendicectomia.

REFERÊNCIAS

1. Gentil AC, Passos CM, Campos MD, Costa RSM, Camargos AT. Implementação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) no Centro de Terapia Intensiva do Hospital João XXIII. São Paulo; 2004
2. Nóbrega G. Uniformização da linguagem dos diagnósticos de enfermagem da NANDA. João Pessoa: A União; 1994.
3. Carvalho J, Jesus CAC. Raciocínio clínico na formulação de diagnóstico de enfermagem para o indivíduo. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 1997.
4. Petroianu A, Oliveira-Neto JE, Alberti LR. Incidência comparativa da apendicite aguda em população miscigenada, de acordo com a cor da pele. *Arq Gastroenterol.* 2004; 41(1):24-6.
5. Vital Jr PF, Martins JL. Estado atual do diagnóstico e tratamento de apendicite aguda na criança: avaliação de 300 casos. *Rev Col Bras Cir.* 2005; 32(6):310-4.
6. Navarini D, Valiati AA, Rodrigues RR, Aita LN, Migliavaca A, Guimarães JC. Apendicectomia laparoscópica versus aberta: análise retrospectiva. *Rev HCPA* 2009; 29(2):115-9.
7. Cotran RS, Kumar V, Robbins SL, editores. Robbins: patologia estrutural e funcional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
8. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 1999.
9. Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. St. Louis (MG): Mosby; 1994.
10. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA. Porto Alegre: Artmed; 2008.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética.* 1996; 4(2 Supl):15-25.
12. Ross E, Ruiz ME. La patología del apéndice cecal en nuestro medio: un análisis de 436 especímenes quirúrgicos de apendicectomia. *GEN.* 1995; 49(2):40-4.
13. Wong S. Fundamentos de enfermagem pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.
14. Luvisotto MM, Carvalho R, Galdeano LE. Transplante renal: diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes no pós-operatório imediato. *Einstein.* 2007; 5(2):117-22.
15. Frota MA, Sousa RMV, Sousa Filho AO, Barroso MGT. Diagnóstico das necessidades humanas básica no contexto sócio econômico familiar de crianças desnutridas. *Cogitare Enferm.* 2007; 12(2):198-203.

Data de submissão: 23/8/2009

Data de aprovação: 17/12/2010