

APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE COLECISTECTOMIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

NURSING PROCESS FOR APPLICATION OF POST OPERATIVE IMMEDIATE CHOLECYSTECTOMY: AN EXPERIENCE REPORT

MARISA GOMES DOS SANTOS¹, JULIA VALERIA DE OLIVEIRA VARGAS BITENCOURT^{2*}, TARCÍSIO VITOR AUGUSTO LORDANI³, TÁLITA DOS SANTOS⁴, KELLY ZANELLA⁵, CAMILA DERVANOSKI⁶

1. Acadêmica da 10ª fase do curso de bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS; 2. Professora Mestre da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS. Chapecó, Santa Catarina, Brasil. Doutoranda do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, do Núcleo de Pesquisa Educação em Saúde e Enfermagem: EDEN; 3. Enfermeiro, Mestre em Promoção da Saúde, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS; 4. Acadêmica da 10ª fase do curso de bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS; 5. Acadêmica da 10ª fase do curso de bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS; 6. Acadêmica da 10ª fase do curso de bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS.

* Rua das Hortências, 221, Bairro: Di Fiori, Guatambu, Santa Catarina, Brasil. julia.bitencourt@uffs.edu.br

Recebido em 20/09/2015. Aceito para publicação em 14/06/2016

RESUMO

Campo de estudo: Unidade de clínica médico cirúrgica do Hospital Regional do Oeste catarinense. **Objetivo:** Aplicar o Processo de Enfermagem para um paciente no pós-operatório imediato de colecistectomia. **Método:** Relato de experiência, realizado durante a Atividade Teórico Prática da 5ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). **Resultados:** O processo de enfermagem foi elaborado a partir das considerações clínicas e necessidades pontuais do paciente e descrito de acordo com as etapas propostas pela resolução COFEN nº 358/2009. **Conclusão:** A experiência vivenciada no ambiente hospitalar em especial com a implementação do PE, além de crescimento pessoal e acadêmico, serve de estímulo para profissionais atuantes, pois sinaliza a eficácia desse método, já que todo o plano de cuidados é baseado em diagnósticos identificados na aplicação das primeiras etapas do PE, tornando-os pontuais, resolutivos e eficientes.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência, cuidados, diagnósticos, enfermagem.

ABSTRACT

Field of study: Clinical Surgical Physician Regional Hospital of Western Santa Catarina unit. Objective: Apply the nursing process for a patient in laparoscopic immediate postoperative period. Method: Experience report, performed during Theoretical Practice Activity of the 5th stage of the Undergraduate Course in Nursing at the Federal University of South Border (UFFS). Results: The nursing process was developed based on clinical considerations and specific needs of the patient and described according to the steps proposed by Resolution No. 358/2009 COFEN. Conclusion: The experience lived in the hospital environment particularly with the implementation of the EP, as well

as personal and academic growth, a stimulus for working professionals as it signals the effectiveness of this method, since all the care plan is based on identified diagnoses in implementation of the first stages of PE, making them punctual, resolute and efficient.

KEYWORDS: Assistance, care, diagnostics, nursing.

1. INTRODUÇÃO

Litíase biliar é a presença de cálculos nas vias biliares. Geralmente o cálculo se forma no interior da vesícula biliar, chamado de colelitíase. Uma vez que a vesícula se contraí fisiologicamente, o cálculo presente neste órgão pode se deslocar e obstruir as demais vias biliares. Assim sendo, se houver deslocamento com oclusão na saída ou no ducto cístico, pode causar um processo inflamatório da vesícula biliar, denominado de colecistite, doença em questão. Contudo, este cálculo pode avançar até o ducto colédoco, provocando assim uma coledocolitíase, que pode evoluir para um processo infeccioso ou inflamatório chamado de colangite aguda. E por fim, se o cálculo avançar até o ducto biliar ocluindo-o, poderá causar pancreatite aguda^{1,2}.

Colecistite é a inflamação da vesícula biliar, aguda ou crônica. Em média, 80% são causadas pela presença de cálculos, formados por colesterol ou bilirrubina, que ocluem os canais biliares dando início ao quadro clínico, caracterizado por dor ou sensação dolorosa, acompanhada de rigidez da região do hipocôndrio direito. Esta pode ou não irradiar-se para a região medioesternal, além de náuseas e vômitos^{2,3,4}.

A colecistectomia é o procedimento cirúrgico, com baixo índice de mortalidade, que consiste na remoção da vesícula biliar, é o tratamento indicado para colecistite. Este procedimento pode ser realizado tanto pela via tradicional, cirurgia aberta, como por videolaparotomia^{5,6}.

Diante disso, é necessário pensar na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a fim de garantir cuidado integral e humanizado ao indivíduo que foi submetido a tal procedimento, de forma dinâmica e resolutiva.

Neste contexto, Chaves afirma que “a SAE é a metodologia usada para planejar, executar e avaliar o cuidado, tratando-se de ferramenta fundamental do trabalho do enfermeiro”⁷. Também chamada de Processo de Enfermagem (PE) em algumas literaturas, é uma dinâmica de ações sistematizadas e inter-relacionadas, que objetivam a organização da assistência de enfermagem, de modo a resolver problemas e atender as necessidades de cuidados de saúde e de enfermagem de um indivíduo⁸.

Em contrapartida, houve uma evolução no que tange o conceito da SAE, atualmente é a sistematização de toda a assistência de enfermagem em um âmbito amplo o suficiente para demandar sobre questões relativas inclusive a recursos humanos, materiais e outros. Enquanto que o PE é direcionado ao cuidado de enfermagem ao usuário pautado em um método científico. Dessa forma, o PE é parte integrante da SAE, pois corresponde a uma das instâncias da SAE.

Assim sendo a RESOLUÇÃO COFEN-358/2009 dispõe que “a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem”⁹.

O processo de Enfermagem segundo Pereira “é estruturado por cinco etapas interrelacionadas e co-dependentes entre si: histórico, diagnóstico, prescrição, implementação e evolução”¹⁰, o que vem de encontro com a RESOLUÇÃO COFEN nº 358/2009, a qual resolve no Art. 2º que “O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: Coleta de dados de Enfermagem ou histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem”⁹.

Assim sendo, o presente estudo teve como objetivo aplicar o Processo de Enfermagem para um paciente no pós-operatório imediato de colecistectomia.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência, realizado durante a Atividade Teórico Prática da 5ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) – campus Chapecó. Para este relato de experiência focou-se nas vivências realizadas pelos (as)

estudantes no período de maio a junho de 2014, junto a um paciente em pós-operatório imediato de colecistectomia, internado na clínica médico cirúrgica de um hospital regional do oeste catarinense.

Assim sendo, o Processo de Enfermagem teve seu “start” a partir do momento que se teve conhecimento do nome do paciente em questão, o que permitiu identificar o prontuário alvo, para a busca por informações, com o objetivo de evitar perguntas desnecessárias. Após, lançando mãos do Histórico de enfermagem, realizado um questionamento com perguntas abertas e fechadas, na impossibilidade do indivíduo responder, estas foram direcionadas ao familiar presente no momento da coleta de dados, a fim de elencar déficits relacionados ao desvio de saúde, ainda nesta etapa, realizou-se o exame físico, o qual revela as condições clínicas e físicas do indivíduo.

Na sequência, foram analisadas as informações colhidas e realizado o diagnóstico de enfermagem, para tal, utilizou-se o referencial teórico *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), conforme as condições clínicas e necessidades pontuais do paciente, respeitando-o como ser único, da mesma forma que o planejamento de enfermagem foi pensado e definido exclusivamente para o caso em questão, utilizando como referência a Classificação das intervenções de Enfermagem (NIC). Diante do exposto, as intervenções de enfermagem foram implementadas e avaliadas concomitantemente, completando assim o Processo de enfermagem (PE).

O presente estudo faz parte dos objetivos de um grande projeto, intitulado como “A percepção dos Acadêmicos do curso de graduação de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, quanto a metodologia de ensino do processo de enfermagem”, com aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFFS, cujo protocolo é: 36390414.0.0000.5564, e Parecer Número: 826.140

Todas as atividades realizadas foram acompanhadas por um professor supervisor, além da presença de familiares, os quais foram orientados quanto a disponibilidades a questionamentos, a possibilidade de recusa em responder alguma das perguntas ou à realização de algum procedimento, para garantir o anonimato foi usada as iniciais do nome do usuário.

A experiência relatada poderá estimular os enfermeiros para a implantação completa da Sistematização de enfermagem, uma vez que os resultados comprovam as viabilidades dessa implementação/implantação o que proporciona um cuidado integral, resolutivo e individual.

3. RESULTADOS

Coleta de Dados realizada no dia 09/06/14

Segundo informações da filha e dados oriundos do prontuário a história prévia do paciente consiste do seguinte histórico: gênero masculino, 78 anos, pele branca, católico, casado, tem cinco filhos. Reside em casa própria

com água encanada, luz, coleta seletiva de lixo e o esgoto é desprezado em fossa. O principal meio de distração é a televisão e os campeonatos de dominó que participa em sua comunidade, antes da internação praticava caminhadas todos os dias. Foi fumante por muitos anos, contudo há 20 anos deixou o vício, nega o consumo de bebidas alcoólicas, drogas e doenças transmissíveis atuais ou pregressas. É hipertenso e tem hipotireoidismo, faz uso de medicação contínua; não tem histórico de alergias a medicamentos, alimentos ou outros.

Quanto ao esquema vacinal, a familiar não soube informar se está completo. Tem o ensino médio, encontra-se aposentado, a sustentabilidade familiar é proveniente de sua aposentadoria e trabalhos manuais desenvolvidos pela sua esposa. Antes da internação sua acuidade visual e auditiva eram preservadas, seguia uma alimentação equilibrada e diversificada com ingestão de quatro refeições/ copos de água ao dia. Dormia em torno de 7 a 8 horas por noite, realizava seu próprio cuidado sem auxílio, sendo higiene de couro cabeludo e banho todos os dias intercalando os períodos segundo sua disponibilidade, e tricotomia facial conforme a necessidade. Diurese de aspecto característico e volume de acordo com a ingestão de líquidos, evacuações diárias sem alteração na característica, contudo não evacua desde a internação, a cinco dias. O paciente referia há algum tempo dores abdominais que se intensificaram nas últimas duas semanas. Internou dia 04/06/14 com diagnóstico de dor abdominal, chegou ao Pronto Socorro do referido hospital trazido pelo Corpo de Bombeiros. Realizou procedimento cirúrgico de colicistectomia no dia 08/06/14, após este, foi identificado uma fistula duodenal e abscesso hepático. Durante o procedimento os sinais vitais se mantiveram na média de: PA 101/64 a 150/90 mmHg; FC 68 a 77; SPO2 87% a 92%, enquanto que a temperatura manteve se em 33,3°C. Ao exame físico, inconsciente, Glasgow de 8 (Abertura Ocular-AO 2, Melhor Resposta Verbal-MRV 2, Melhor Resposta Motora-MRM 4), couro cabeludo íntegro, alopecia na região parieto-frontal, face hipocorada pele íntegra, presença de pelos faciais, movimento palpebral e ocular preservados, esclerótica anictérica, mucosa conjuntival hidratada, hipocorada, apresentando leve edema, pupilas mióticas com 1mm, fotoreativas. Recebe oxigenioterapia em máscara de venturi 50% à 8 l/min, cavidade nasal sem alterações. Lábios corados, mucosa oral hidratada apresentando pequena lesão no lado esquerdo, dentes superiores nas laterais e inferiores com presença de carie e tártaro, prótese dentária parcial superior na região anterior, língua com presença de saburra. Orelhas e conduto auditivo íntegros. Região cervical com pele livre de lesões, sem presença de nódulos palpáveis, mobilidade da traqueia preservada. Tórax simétrico, pele íntegra, com acesso venoso central duplo lúmen em subclávia direita, sem sinais flogísticos na inserção, curativo com cobertura

estéril transparente com aspecto e validade adequados, recebendo na via distal NPT 40ml/h e na via proximal recebendo fluidoterapia 35 gts/min e medicamentos, respiração torácica, taquipneica 23 irpm, ritmo regular e amplitude profunda, murmúrios vesiculares presentes, com presença de roncos em Ápices e bases na inspiração e expiração, com som submáscia a percussão, expectorando secreção purulenta espessa, volume de aproximadamente 50ml. Bulhas normofonéticas em 2 tempos sem sopro, normocardico 74 bpm, ritmo regular e pulso cheio, normotenso 100/65 mmHg. Abdome distendido, com curativo em ferida operatória na região do hipocôndrio direito com aproximadamente 10 cm de comprimento e cicatrização por primeira intenção, dreno tubular na região do flanco direito com drenagem biliar em bolsa de Karaya, ruídos hidroaéreos presentes hipoativos 5 mpm, timpânico à percussão, hepatimetria de 11cm, sem alterações à palpação. Membros superiores com pele íntegra, apresentando pontos de hemorragias subcutâneas em braço e antebraço bilateral, turgor cutâneo e força diminuídos classificação 2, com hipoalgesia e hipoestesia, mobilidade prejudicada por movimentos descoordenados em ambos os membros, temperatura axilar de 36,2°C, enchimento capilar de 3 segundos, mantém oximetria de pulso com monitorização de sinais vitais contínua. Membros inferiores com integridade da pele preservada, apresentando cefalo 3+, turgor cutâneo e força diminuídos, mobilidade restrita, hipoestesia e hipoalgesia, enchimento capilar de 4 segundos. Apresenta edema de prepúcio e escroto, pele íntegra, sonda vesical de demora com diurese de cor laranja, volume de 400 ml, sem sedimentos, região anal sem lesões, faz uso de fralda descartável.

A seguir mostramos a tabela na qual se evidenciam os diagnósticos e intervenções identificados a partir dos dados expressos no exame físico e sequenciais ao seu surgimento, respeitando as prioridades de cuidados, durante esta etapa do processo, sendo que para cada diagnóstico se elencaram intervenções.

Tabela 1. Diagnósticos e Planejamento/ Intervenções de enfermagem.

Diagnósticos de enfermagem	Planejamento/ Intervenções de enfermagem
Capacidade adaptativa intracraniana diminuída, relacionada a alteração metabólica evidenciado pelo Glasgow 8 e pupila miótica.	Monitorizar nível de consciência utilizando escala de Glasgow de 2/2h e avisar alterações ao enfermeiro do setor. Manter cabeceira elevada a 30°.
Risco de aspiração, relacionada ao nível de consciência diminuído.	Realizar aspiração das vias aéreas (nasal após oral), com auxílio de um colega, na presença de secreção sempre que necessário.
Risco de quedas relacionada a Alteração do nível de consciência (glasgow 8)	Manter grades do leito elevadas, contenção mecânica se necessário, e observar comportamentos.

Padrão respiratório ineficaz relacionado a síndrome da hipoventilação, evidenciada pela presença de secreção, taquipnéia, instabilidade da saturação.	Manter aporte de oxigenioterapia e oximetria de pulso, observando alterações ventilatórias.
Risco de infecção, relacionado ao procedimento cirúrgico, dreno tubular, procedimentos invasivos de cateter venoso central, cateter vesical de demora e ambiente hospitalar.	Atentar para sinais flogísticos nas inserções do dispositivo venoso central, cateter vesical de demora e incisão da ferida operatória. Realizar curativo do dispositivo venoso central com clorexidina alcoólica, usar cobertura estéril transparente a cada 72h e SN. Realizar curativo em ferida operatória com solução fisiológica 0,9%, usando técnica asséptica 1x/dia e SN. Anotar déficit e característica do conteúdo drenado no dreno tubular de 6/6h.
Risco de integridade da pele prejudicada, relacionada a fragilidade cutânea, circulação prejudicada, edemas em membros superiores e inferiores, idade de 78 anos e mobilidade diminuída	Realizar hidratação cutânea com creme a base de aloe vera de 6/6h. Aplicar Cavilon creme barreiras após o banho conforme escala de banho. Avaliar cor, turgor cutâneo, umidade e textura da pele de 6/6h. Manter membros superiores e inferiores elevados para facilitar o retorno venoso.
Mobilidade física prejudicada, relacionada ao nível de consciência diminuído, evidenciada pela movimentação no leito reduzida.	Alternar decúbito, acomodar o paciente de forma confortável usando coxins de 2/2h e quando necessário.
Risco de glicemia instável, relacionado a alteração do estado mental e ingestão alimentar insuficiente pela incapacidade de receber alimentação pela via digestiva.	Monitorar glicemia conforme protocolo da instituição e avaliar estado nutricional com o uso da NPT.
Mucosa oral prejudicada relacionada a aspiração da cavidade oral, evidenciada por lesão traumática na lateral esquerda da cavidade oral.	Realizar higiene oral com antisséptico oral de 6/6h. Manter cânula orofaríngea (Guedel) a fim de evitar lesões de mordida na mucosa oral.
Perfusão tissular periférica ineficaz relacionada ao lesão abdominal e imobilidade evidenciada pelo tempo de enchimento capilar > que 3 seg.	Monitorar perfusão periférica.
Eliminação urinária prejudicada, relacionada ao dano sensorio-motor evidenciada pela incontinência urinária.	Manter fixação da sonda vesical de forma segura e confortável. Manter SVD abaixo do nível do corpo, não encostar a saída da bolsa coletora no chão. Realizar higiene íntima e de meato urinário, tracionar o prepúcio e retrair-lo após cada higiene íntima de 6/6h e a cada troca de fralda.
Constipação, relacionada ao procedimento cirúrgico, evidenciada	Solicitar avaliação nutricional Realizar massagem abdominal no sentido horário 4x/dia.

por relatos da familiar de não evacuar a seis dias.	Estimular movimentos de membros inferiores.
Déficit no autocuidado para banho, relacionado a mobilidade prejudicada, ao prejuízo cognitivo, evidenciado pela incapacidade de banhar-se.	Realizar banho de leito com sabonete neutro 1x/dia conforme escala de banho. Realizar higiene do couro cabeludo a cada dois dias e SN.

Implementação

Todo o planejamento de enfermagem foi executado pela equipe conforme combinações de horários aprazados.

Avaliação

11/06/2014 às 14h, 3º dia de pós procedimento cirúrgico de colecistectomia. Glasgow de 4 (AO 2, MRV 1, MRM 1), recebendo oxigenioterapia em máscara de venturi 50% à 15 l/min, taquipneico 35 irpm, respiração de Biot, murmúrios vesiculares presentes, com presença de sons subcreptantes em Ápices e roncospas em bases na inspiração e expiração, com som submaciço a percussão, aspiração com secreção purulenta espessa, volume de aproximadamente 50ml. Piora clínica encaminhado paciente de maca para Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Na sequência desta avaliação seguindo a metodologia do processo de enfermagem, seriam identificados novos diagnósticos com novas intervenções de acordo com as alterações de saúde observadas, sendo esta série de ações desenvolvidas de forma contínua durante a internação do paciente.

4. DISCUSSÃO

A enfermagem a muito é reconhecida por ser uma profissão voltada ao cuidado, e ao longo da história, ato de cuidar vem sendo discutido e repensado, almejando cientificidade a profissão por meio de teorias de enfermagem e usando de ferramentas de trabalho para aplicá-las na prática de forma organizada e contínua. Assim o Processo de enfermagem (PE) é uma metodologia que organiza o trabalho do enfermeiro em etapas correlacionadas e fundamentadas cientificamente a fim de conferir uma assistência qualificada para atender as necessidades de saúde de cada paciente de maneira individualizada¹¹.

Tendo em vista que “o cuidado é imprescindível em diferentes situações da vida do ser humano, seja ele, na promoção da saúde, na prevenção de doenças, no transcorrer de enfermidades e seus agravos, nas incapacidades ou no processo de morrer”^{12:1573}.

“O Processo de Enfermagem desperta a enfermeira para desenvolver a sua criatividade e sensibilidade, de forma ativa, sistemática e contínua, buscando sempre uma relação com a essência do ser humano, ao identificar os

sinais enviados pelo corpo; observar o comportamento cotidiano das potencialidades e necessidades de ajuda de uma pessoa. Assim, identifica a quantidade e a qualidade de cuidado de Enfermagem que a situação requer para auxiliar na vivência do processo saúde-doença desta pessoa”^{13: 203}.

Tal afirmação é oportuna para o caso em questão, uma vez que o procedimento de colecistectomia, mesmo sendo um procedimento cirúrgico de baixo índice de mortalidade, teve uma evolução negativa, com agravantes que foram identificados a partir dos sinais e sintomas observados durante o desenvolvimento do PE, que exige um olhar integral ao paciente, raciocínio científico para um planejamento adequado dos cuidados necessários, uma eficaz implementação e posterior avaliação, etapas estas, que exigem conhecimento e reflexão crítica para sustentar essas ações, ao coletar dados, identificar as necessidades de cuidados, propor intervenções e avaliar os resultados dos cuidados que realiza.

“Essa capacidade de julgar criticamente os dados da prática clínica é o que confere autonomia ao enfermeiro durante a sua atuação, pois consiste em uma atividade individual, reflexiva e, embora exija a interação profissional-paciente, é baseada nos conhecimentos, valores e significados que o enfermeiro dá às informações que encontra”^{14:77}.

E possibilita que o mesmo possa identificar intercorrências, necessidades básicas afetadas, observar o cuidado que é oferecido ao cliente e propor intervenções com o objetivo de recuperação e reabilitação. Neste contexto, o PE é uma ferramenta que é aplicável em diferentes situações de saúde-doença, e em diferentes ambientes, mas vale enfatizar que o profissional deve considerar que as intervenções deve ser dirigidas especificamente ao paciente em avaliação no momento e não ao diagnóstico clínico, visto que as necessidades mudam a medida que são influenciadas por multifatores, os quais também vão direcionar as condutas e seus resultados finais, que deverão ser alterados a medida que as condições de saúde exigem.

5. CONCLUSÃO

A aplicação dos fundamentos teóricos à prática, é oportunizado na vida acadêmica por meio das atividades teórico e práticas, as quais comprovam a viabilidade de aplicar um método científico que visa atender, resolver ou amenizar problemas observados e/ou referidos pelo paciente, de forma planejada e organizada, conforme a realidade local.

Considerando que cada paciente é ser único, este deve ser visto como tal e da mesma forma o planejamento de seus cuidados deve ser pensados individualmente. Para que isso seja viável a implementação/implantação do Processo de Enfermagem é de suma importância, visto

que se considera uma ferramenta fundamental e facilitadora do trabalho do profissional enfermeiro.

A experiência vivenciada no ambiente hospitalar além de proporcionar crescimento pessoal e acadêmico, serve de estímulo para profissionais já atuantes, pois sinaliza a eficácia desse método, já que todo o plano de cuidados é baseado em diagnósticos identificados na aplicação das primeiras etapas do PE, tornando-os pontuais, resolutivos e eficientes. Vale ressaltar que a não eficácia do planejamento é avaliada, e este substituído quando necessário, o que só é possível se o PE for implementado integralmente.

REFERÊNCIAS

- [01] Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia – spg. O que é litíase biliar? [base de dados na Internet] [acessado em 13/04/15] Disponível em: http://www.spg.pt/wp-content/uploads/2013/02/oquee_litiase_24.pdf.
- [02] Instituto de gastroenterologia e cirurgia IGC. Colecistite aguda – colecistectomia. [base de dados na Internet] [acessado em 10/01/14] Disponível em: <http://www.igcfz.com.br/site/colecistite.php>
- [03] Cabral IE. Histórico e cuidados aos pacientes com distúrbios biliares. In: Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009; 1132-56.
- [04] Porto C C, Porto A L. Valdemecum de clínica médica: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. P. 1107.
- [05] Salmiél RV, Pedrini A, Paulin E. Perfil dos pacientes submetidos à colecistectomia no Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes na grande Florianópolis-SC. Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR, Umuarama, 2011; 15(2):173-9.
- [06] Saturnino LR, Bécker TCA. Avaliação de fatores de risco associados à indicação de colecistectomia em um hospital da região noroeste do Paraná. SaBios: Rev. Saúde e Biol. 2013; 8(1):5-13.
- [07] Chaves LD. Sistematização da Assistência de Enfermagem: Considerações teóricas e aplicabilidade. Editora Martinari LTDA. 1ªed. São Paulo. 2009.
- [08] Castilho NC, Ribeiro PC, Chirelli MQ. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. Texto Contexto Enferm, Florianópolis 2009; 18(2):280-9.
- [09] Brasil. Resolução COFEN nº 358 de 15 de Outubro de 2009. Brasília - DF. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 24 jan. 2014.
- [10] Pereira JS, Costa MS, Eloi AC, Araújo BPL. Inserção do processo de enfermagem como tecnologia do cuidar na estratégia de saúde da família. R. pesq.: cuid. fundam. online 2012; 4(4):2980-86.
- [11] Pereira CDFD, Tourinho FSV, Miranda FAN de et al. Ensino do processo de enfermagem: análise contextual. J Nurs UFPE on line., Recife. 2014; 8(3):757-64.
- [12] Medeiros AL, Abrantes RM, Santos, SR, Nóbrega MML. Sistematização da assistência de enfermagem como um

processo de trabalho da enfermagem: uma reflexão crítica.
Rev enferm UFPE on line. 2010 jul./set.;4(3):1571-576

- [13] Amante LN, Anders JC, Meirelles BHS, Padilha MI, Kletemberg DF. A interface entre o ensino do processo de enfermagem e sua aplicação na prática assistencial. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(1):201-7. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a24.htm>.
- [14] Ribeiro JC, Ruoff AB, Baptista CLBM. Informatização da Sistematização da Assistência de Enfermagem: avanços na gestão do cuidado. J. Health Inform. 2014 Julho-Setembro; 6(3):75-80.