

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE CIRÚRGICO POR AFECÇÕES GASTROINTESTINAIS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

NURSING ASSISTANCE TO THE SURGICAL PATIENT WITH GASTROINTESTINAL AFFECTS: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

JOSIANE MÁRCIA DE CASTRO¹, JULIA ALVES CARNEIRO², JOSE SOARES FERREIRA², PATRÍCIA COELHO FERREIRA³, FABRICIA GOMES⁴, FRANCIELLE SOUSA⁴, FRANCIELY LIMA⁴, GESSICA FÉLIX⁴, KASSIA OLIVEIRA⁴, POLIANE SOUSA⁴, RODRIGO NASCIMENTO ALVES⁵

1. Enfermeira. Mestre em Gestão Integrada do Território/ UNIVALE. Docente Disciplina Seminário Integrador da Saúde do Adulto. Faculdade Pitágoras Ipatinga; 2. Enfermeira. Docente da Disciplina Assistência Integral a Saúde do Adulto. Faculdade Pitágoras Ipatinga; 3. Fisioterapeuta. Mestre em Meio Ambiente e Sustentabilidade/UNEC. Docente Faculdade Pitágoras Ipatinga; 4. Discente das Disciplinas de Seminário Integrador da Saúde Adulto e Assistência Integral a Saúde do Adulto, ministradas ao 5º Período, do curso de graduação em enfermagem da Faculdade Pitágoras Ipatinga; 5. Mestre. Coordenador do curso de graduação em enfermagem da Faculdade Pitágoras Ipatinga.

*Av: Brasília, 641, Amaro Lanari, Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35171-346. josianem@pitagoras.com.br

Recebido em 16/05/2016. Aceito para publicação em 05/06/2017

RESUMO

A Cirurgia gastrointestinal é a parte do processo terapêutico em que o cirurgião realiza uma intervenção manual ou instrumental no estômago e/ou no intestino uma vez que gastrointestinal é relativo a estômago e ao intestino. As principais cirurgias são as gastrectomias, ostomias, hernioplastias, apendicectomias e hemorroidectomia. Geralmente pacientes em período pós-cirurgia gastrointestinal precisam de assistência, em UTI, devido às múltiplas complicações potenciais que possam ocorrer pela complexidade da cirurgia e dos fatores de risco inerentes ao paciente por isso a necessidade da presença do enfermeiro para que este fique atento às complicações imediatas como distensão abdominal, obstrução intestinal, hemorragias e outras. Além disto, avaliação quanto à ocorrência de complicações cirúrgicas gerais, tais como: choque, problemas pulmonares, trombose e outras intervenções as quais serão mais bem abordadas no decorrer do trabalho. Com a realização da assistência de enfermagem é possível observar uma mudança acentuada de comportamento na maioria dos pacientes, havendo diminuição marcante no nível de ansiedade e complicações nos pós-operatórios imediato a tardio. O objetivo deste trabalho é discutir sobre a assistência de enfermagem adequada a pacientes submetidos a cirurgias do sistema gastrointestinal.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência de enfermagem, afecções, cirurgias gastrointestinais.

ABSTRACT

Gastrointestinal surgery is the part of the therapeutic process in which the surgeon performs a manual or instrumental

intervention in the stomach and / or the intestine since the gastrointestinal is relative to the stomach and the intestine. The main surgeries are gastrectomies, ostomy, hernioplasties, appendectomies and hemorrhoidectomy. Generally patients in the post-gastrointestinal surgery need assistance in ICU due to the multiple potential complications that may occur due to the complexity of the surgery and the risk factors inherent to the patient, so the nurse needs to be present so that the patient is aware of the complications. Such as abdominal distension, intestinal obstruction, bleeding, and others. In addition, evaluation of the occurrence of general surgical complications, such as: shock, pulmonary problems, thrombosis and other interventions which will be better addressed during the course of the work. With nursing assistance, it is possible to observe a marked change in behavior in the majority of patients, with a marked decrease in the level of anxiety and complications in the immediate to late postoperative period. The objective of this study is to discuss nursing care appropriate to patients submitted to gastrointestinal system surgeries.

KEYWORDS: Nursing care, diseases, gastrointestinal surgeries

1. INTRODUÇÃO

A Cirurgia gastrointestinal é a parte do processo terapêutico em que o cirurgião realiza uma intervenção manual ou instrumental no estômago e/ou no intestino uma vez que gastrointestinal é relativo a estômago e ao intestino. As principais cirurgias são as gastrectomias, ostomia, hernioplastias, apendicectomias e hemorroidectomia. Geralmente pacientes em período pós-cirurgia gastrointestinal precisam de assistência, em

UTI, devido às múltiplas complicações potenciais que possam ocorrer pela complexidade da cirurgia e dos fatores de risco inerentes ao paciente por isso a necessidade da presença do enfermeiro para que este fique atento às complicações imediatas como distensão abdominal, obstrução intestinal, hemorragias e outras. Além disto, avaliação quanto à ocorrência de complicações cirúrgicas gerais, tais como: choque, problemas pulmonares, trombose e outras intervenções as quais serão mais bem abordadas no decorrer do trabalho¹.

Dentre as afecções mais comuns destaca-se o câncer gástrico, os tumores do estômago aparecem em terceiro lugar na incidência entre homens e em quinto entre as mulheres. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA) são diagnosticados mais de 20 mil novos casos de câncer gástrico por ano².

A infecção pela bactéria *H. pilory*, o consumo de alimentos em conserva ou conservados em sal e a má conservação de alimentos têm sido apontados por muitos especialistas como uma das causas mais prováveis de câncer de estômago. Mas como o número de equipamentos de refrigeração, usados principalmente para a conservação de alimentos, tem aumentado em todo o mundo, as taxas deste tipo câncer caíram consideravelmente, principalmente em países desenvolvidos, como os Estados Unidos e a Inglaterra. O Japão, apesar de ser a terceira maior economia do mundo, é o que registra o maior número de casos da doença em todo o planeta. São aproximadamente 780 casos para cada 100 mil habitantes. A maior taxa de mortalidade em decorrência deste tipo de câncer, no entanto, está na América Latina, principalmente em países como Costa Rica, Chile e Colômbia³.

As opções de tratamento disponíveis para o câncer de estômago dependem do estágio da doença. A cirurgia é, geralmente, o meio mais utilizado para curar o paciente. Se o paciente estiver com diagnóstico positivo para câncer de estômago, o médico deverá informá-lo sobre a melhor opção de procedimento cirúrgico. Sessões de quimioterapia e radioterapia também podem ajudar. Elas podem ser feitas também após ou antes da cirurgia, aumentando as possibilidades de cura do paciente. A realização dessa assistência constitui-se em uma responsabilidade do enfermeiro, conforme consta no decreto que regulamenta a lei do exercício profissional da enfermagem, na qual, no artigo décimo primeiro determina que “a consulta e a prescrição da assistência de enfermagem é parte integrante do programa de enfermagem” e consiste, dentre outras atribuições, em incumbência privativa do enfermeiro⁴.

Com a realização da assistência de enfermagem é possível observar uma mudança acentuada de comportamento na maioria dos pacientes, havendo diminuição marcante no nível de ansiedade e

complicações nos pós-operatórios imediato a tardio. O objetivo deste trabalho é discutir sobre a assistência de enfermagem adequada a pacientes submetidos a cirurgias do sistema gastrointestinal.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho consistiu em pesquisa exploratória, do tipo revisão sistemática de literatura com base em artigos científicos datados de 2015 a 2017. Os dados foram extraídos de várias fontes científicas nacionais. Para o levantamento dos artigos, foram consultadas fontes de dados do Google acadêmico, no período de fevereiro a maio de 2017 tendo como descritores: enfermagem, cirurgia gastrointestinais, assistência. Foi realizado um levantamento bibliográfico onde o critério de inclusão do estudo foi centralizado na combinação desses descritores, no idioma português. Depois da análise das fontes os artigos e livros que correspondiam aos critérios de inclusão foram selecionados. O arsenal gerado pelas pesquisas foram avaliados de acordo com o tema escolhido e selecionados para fazerem parte da pesquisa.

3. DESENVOLVIMENTO

Entre 60% a 70% dos casos de câncer de intestino delgado são: Tumores carcinoides. Sarcomas, incluindo tumores estromais gastrointestinais. Linfomas. Os adenocarcinomas constituem de 30% a 40% dos cânceres de câncer de intestino delgado. Este tipo de câncer se inicia nas células que revestem o intestino. Pesquisadores acreditam que o câncer de intestino delgado se desenvolve de modo similar ao câncer colorretal. Ele primeiro começa como uma consequência de um crescimento benigno denominado pólipos, que ao longo do tempo pode se transformar em um câncer. Entretanto, a maioria dos cânceres de intestino delgado se desenvolve no duodeno, e com menor frequência no jejuno e no íleo⁵.

O nome "câncer colorretal" engloba os tumores malignos que se originam no intestino grosso ou no reto. O Instituto Nacional do Câncer estimou cerca de 30.000 novos casos desta doença em 2012 no Brasil. Apresenta altas taxas de cura quando diagnosticado em estágios iniciais, sendo muito importantes as estratégias para diagnóstico precoce. Geralmente, esses tumores se iniciam a partir de pólipos (lesões benignas que se projetam na parede interna do intestino), e com o passar do tempo estas lesões podem se transformar em tumores malignos⁶. A detecção e remoção desses pólipos pela colonoscopia reduz o risco de desenvolvimento da doença. Atinge a virilha (zona de junção entre a coxa e a parte inferior do abdome) e corresponde a 80% dos registros da doença. Os homens são mais vulneráveis a esse tipo de hérnia e ainda sofrem o risco de terem a doença expandida para os testículos, desenvolvendo,

assim, a hérnia inguinoescrotal. Em geral, somente o procedimento cirúrgico é eficaz para tratar a hérnia⁷.

A gastrectomia é uma das cirurgias mais comuns. Consiste na retirada total ou parcial do estômago resultando em consequências nutricionais, agudas ou crônicas, perfeitamente prognosticáveis, mas nem sempre ponderadas na terapia pós-operatória.

O objetivo é rever as participações mecânicas e químicas do estômago no aproveitamento do nutriente dietético, e as consequências nutricionais da gastrectomia⁸.

A deficiência energética, com consequente perda de peso, acompanha inversamente o volume gástrico remanescente e o tempo pós-operatório; tem a anorexia e diarreia (má absorção) como principais causas, sendo a primeira decorrente de fatores emocionais ou de mediadores químicos de ação hipotalâmica⁹.

A ostomia é obtida por meio de uma intervenção cirúrgica que permite criar uma comunicação entre um órgão interno e o exterior com a finalidade de eliminar os dejetos do organismo por impossibilidade de fazê-lo pelas vias normais. A nova abertura que se cria com o exterior através da ostomia chama-se "ostoma", que significa boca. Comumente, se conhece pelo nome de "ânus; contrário à natureza"⁶.

As ostomias que afetam o aparelho digestivo chamam-se ostomias digestivas e o conteúdo ou produto eliminado para o exterior são as fezes. A ileostomia é um tipo de ostomia intestinal que faz a comunicação do íleo, que é a parte final e mais larga do intestino delgado, com o exterior. As ileostomias podem ser também permanentes ou temporárias, obedecendo ao mesmo critério que as colostomias. As ileostomias localizam-se sempre no lado inferior direito do abdômen (Figura 1).

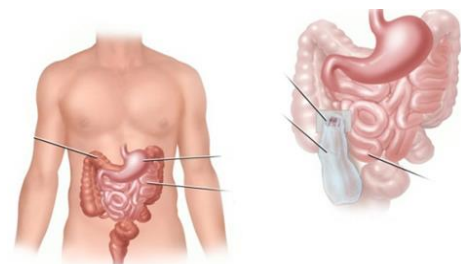


Figura 1. Ileostomia.

A colostomia é um tipo de ostomia intestinal que faz a comunicação do cólon com o exterior. Uma colostomia é feita quando a parte inferior do intestino grosso, o reto ou o ânus está impossibilitada de funcionar normalmente ou quando necessita de um período de repouso para as suas funções normais¹⁰ (Figura 2).

Os ostomizados são pessoas como qualquer outra. A ostomia serve para solucionar algum tipo de alteração ou problemas oriundos de causas diversas. Os ostomizados utilizam um dispositivo, geralmente uma bolsa, que permite recolher o conteúdo a ser eliminado para o

exterior através do ostoma. O fato de ser portador de um "ostoma" faz com que os ostomizados tenham que se adaptar a esta nova situação, porém uma vez superada a etapa inicial, podem levar uma vida normal no seu trabalho, junto aos seus amigos, com a família, etc¹⁰.



Figura 2. Colostomia.

4. DISCUSSÃO

O paciente submetido a estas cirurgias pode desenvolver quaisquer das complicações de um procedimento cirúrgico. Além dos cuidados pós-operatórios gerais, o enfermeiro permanecerá atento às complicações imediatas que incluem: distensão abdominal, obstrução intestinal, hemorragias e deiscência da linha de sutura. Além disto, avaliará se ocorrem complicações cirúrgicas gerais, tais como: choque, problemas pulmonares, trombose, evisceração, íleo paralítico e infecção^{6,7}.

Geralmente durante o período pós-operatório o paciente precisará de uma sonda nasogástrica para prevenir a retenção de secreções gástricas. Estas sondas serão mantidas na mesma posição, abertas em drenagem por gravidade. Se a sonda nasogástrica estiver permeável (desobstruída), náuseas e vômitos não ocorrerão. Os ruídos hidroaéreos serão auscultados pelo menos a cada 8 horas, para avaliar o retorno da atividade intestinal normal¹¹.

O Período **Pré-operatório** - "um período de detecção das necessidades físicas e psicológicas do paciente que será submetido a um procedimento cirúrgico", a enfermeira deve assistir o paciente em toda sua complexidade e para tanto necessita de informações e anotações completas e objetivas acerca deste paciente, de tal modo que o embasamento científico seja garantido, tendo em vista a promoção da saúde e a sua recuperação. A enfermeira avalia as condições do paciente no período pré-operatório, identificando seus problemas e fornecendo-lhe informações que certamente contribuirão

para diminuir seus medos e, também, suas angústias, ansiedade e inseguranças. Este processo de avaliação tem por objetivos servir de subsídio para o planejamento de uma assistência de enfermagem individualizada de qualidade nas fases seguintes^{11,12}.

O Transoperatório se inicia no momento da entrada do paciente no centro cirúrgico até sua saída da Sala de Operações. O paciente necessita de uma assistência de enfermagem individualizada e sistematizada. Planejada de acordo com as necessidades identificadas na fase pré-operatória. Neste momento damos informações e o necessário acolhimento aos familiares do paciente que também fazem parte de nosso planejamento de ações da assistência de enfermagem^{11,12}.

E por último **o Pós-operatório** - inicia-se com a saída do paciente do Centro Cirúrgico até sua alta hospitalar. As primeiras horas do pós-operatório são de vital importância para avaliação e detecção de eventuais complicações cirúrgicas. A enfermeira acompanha o paciente do centro cirúrgico até as suas acomodações e permanece até que o quadro do pós-operatório imediato se estabilize. Nesta fase são prestados cuidados de enfermagem, que fazem parte do plano de cuidados a serem prestados nesta fase do procedimento cirúrgico^{11,12}.

O paciente submetido a uma gastrectomia é mais vulnerável à dor, que piora com a tosse e a respiração profunda, porque a incisão, localizada na porção superior do abdômen e a distensão também interferem na insuflação abdominal. No pós-operatório o paciente manterá jejum e uma sonda nasogástrica em drenagem. A permeabilidade desta será mantida para assegurar que o colo gástrico não seja distendido por um acúmulo de secreções, gases ou drenagem, que esticariam a sutura e romperiam o coto. O material drenado deve ser vermelho vivo num período de 8 a 10 horas, tornando-se esverdeado, devido à bile, após 24 horas. Na presença de gastrostomia, esta deve ser mantida em drenagem¹³.

As complicações decorrentes do pós-operatório de gastrectomia são: úlceras marginais, hemorragias, gastrite por refluxo alcalino, dilatação gástrica aguda, problemas nutricionais, Síndrome de Dumping, fístula gastrojejunocólica e obstrução pilórica. Destas complicações, a hemorragia é causada habitualmente por uma lesão esplênica ou pelo desligamento de uma ligadura; na dilatação gástrica ocorre uma sensação de plenitude, soluços ou vômitos que melhoram após desobstrução ou introdução de uma sonda nasogástrica; a obstrução pilórica se manifesta por vômitos e ocorre no piloro, sendo secundária à fibrose, edema, inflamação ou a uma combinação destes eventos; outra complicação é o íleo paralítico, que ocorre quando a atividade motora do trato gastrointestinal não volta ao normal devido ao trauma cirúrgico ou escoamento do conteúdo gástrico na linha de sutura, podendo ocorrer também na presença de hipocalcemia¹⁴.

Quanto a estomias, é uma especialidade exclusiva da prática da enfermagem, voltada para o cuidado de pessoas com ostomias, feridas agudas e crônicas, fístulas, drenos, cateteres e incontinências anal e urinária. No entanto é muito mais do que conjunto de conhecimentos técnicos são também princípios de relação de ajuda, que permitem ao ostomizado reencontrar a sua autonomia o mais rapidamente possível, após a cirurgia, para poder retomar a sua vida pessoal, profissional e social^{6,11}.

O enfermeiro deve estar atento e trabalhar no paciente quando este apresentar sentimentos de vergonha e repugnância, depressão, afastamento social, medo do odor ou ruídos e ressentimentos em relação ao cirurgião³.

E isso depende de um ajuste psicológico adequado, da correta localização do estoma, profissional disponível que o acompanhe na fase de adaptação a quem possa recorrer sempre que lhe surjam dúvidas ou problemas relacionados com a sua ostomia. É importante que o cliente tenha conhecimento que após a cirurgia será assistido por enfermeiros especialistas, ou pelo menos experientes. Irá receber informações sobre os cuidados com a ostomia, cuidados à pele, conselhos de vida, que lhe possibilitarão ter uma boa qualidade de vida, apesar das transformações de que o seu corpo será alvo¹⁴.

A atividade do autocuidado deve ser iniciada ainda na fase de internamento e continuada depois da alta. Os doentes devem ser incentivados ainda na fase de hospitalização, a olhar, tocar e cuidar de seus estomas, pois só assim conseguirão adquirir competência que lhes permitam cuidar de forma autônoma da sua ostomia. Resumidamente as intervenções de enfermagem nas afecções gastrintestinais incluem: evitar a infecção, aliviar a dor, reduzir a ansiedade, proporcionando cuidados adicionais de enfermagem e promover a orientação perceptiva e psicológica⁸.

O enfermeiro deve monitorar o estoma (ileostomia), para certificar-se que não esteja sendo exercida pressão sobre o mesmo, que possa interferir na circulação. A cor será avaliada em intervalos frequentes. Caso torna-se pálida, pardacenta ou cianótica comunica-se ao médico imediatamente. As ileostomias raramente geram problemas no pós-operatório, porém, podem ocorrer complicações como hemorragia, hipóxia e desequilíbrio hidroeletrólítico. Considerando-se que uma ileostomia drena continuamente, será usado um kit para drenagem aberta de ostomia. Este deve ser moldado de forma a apresentar uma adaptação de aproximadamente 0,15 a 0,3 cm maior que o estoma, evitando-se, assim, irritação da pele, que pode variar de hiperemia, dermatite secretante até ulceração. A irritação pode resultar também de adesivos ou remoção frequente do dispositivo. A pele será lavada com água e sabão, enxaguada e seca, e o estoma, coberto com gaze entre as trocas¹⁰.

O enfermeiro permanecerá atento à ineficácia do padrão respiratório resultante da distensão abdominal,

ascite, dor na incisão ou complicação respiratória, avaliando a respiração quanto à frequência e esforço. A avaliação deve incluir: ausculta pulmonar, percussão torácica, inspeção do tipo respiratório, avaliação dos gases sanguíneos, secreção pulmonar e do Raios X⁵.

A sistematização da assistência de enfermagem, em cirurgias gastrointestinais, implica em principais diagnósticos de enfermagem¹²:

1. Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais, relacionado à incapacidade de ingerir uma maior quantidade de alimento, caracterizado pela saciedade imediata após a ingestão de alimentos.

2. Constipação, relacionado à Hemorroidas, caracterizado por fezes duras e formadas, incapacidade para defecar e sangue vivo nas fezes.

3. Risco de dignidade comprometida, relacionado à perda de controle sobre a função corporal (ostomia)

4. Dor Aguda, relacionada à procedimento cirúrgico apendicectomia, caracterizado por comportamento expressivo de dor: choro, agitação, vigilância.

Principais resultados esperados em cirurgias gastrointestinais

1. O paciente irá melhorar o seu estado de nutrição, cujo o indicador é a ingestão insuficiente de nutrientes, de 1 (não adequado), para 3 (moderadamente adequado), 1 mês após a cirurgia.

2. O paciente irá melhorar o seu estado de constipação, cujo indicador é padrão de eliminação das fezes, juntamente com a incapacidade para defecar e o sangue vivo nas fezes de 1 (gravemente comprometido) para 5 (não comprometido) em 4 semanas após a cirurgia de hemorroidectomia.

3. O paciente irá perder o risco de sua dignidade comprometida, cujo o indicador é a perda de controle sobre a sua função corporal, devido a um estoma, o mesmo obtém ajuda de um profissional da saúde e expressa aceitação da ostomia de 1 (nunca demonstrado) para 5 (consistentemente demonstrado).

4. O paciente irá melhorar o seu estado de dor aguda, cujo o indicador é a dor, de 1 (grave) para 5 (nenhum) em 4 semanas após a cirurgia de apendicectomia.

As intervenções de enfermagem em cirurgias gastrointestinais, podem ser elucidadas ^{12,13}:

1. Estimular o paciente a ingerir alimentos mais vezes durante o dia;

2. Encoraja-lo a ingerir alimentos sólidos, mastigando bem os mesmos;

3. Ingerir líquido abundantemente;

4. Verificar a possibilidade da ingestão de vitaminas prescritas pelo médico;

5. Estimular a ingestão de fibras;

6. Estimular o consumo de líquidos;

7. Explicar quanto ao risco de “prender” as fezes

8. Reeducar o intestino quanto a um horário para defecar

9. Explicar os riscos de usar medicamentos laxantes sem orientações médicas

10. Orientar quanto à mudança de atividades diárias, para facilitar o autocuidado)

11. Orientar quanto a ingestão adequada de líquidos

12. Orientar quanto aos cuidados da pele em torno da ostomia

13. Orientar quanto aos alimentos e bebidas que causam flatos

14. Verificar sinais flogísticos, como febre, rubor, edema

15. Orientar quanto aos curativos

16. Orientar quanto a dieta leve e ingestão de líquidos

17. Uso de analgésico, conforme orientações médicas

5. CONCLUSÃO

A assistência de enfermagem no pós-operatório imediato de cirurgias gastrointestinais é de fundamental importância dentro do contexto do atendimento multidisciplinar ao paciente grave. Evidentemente, além dos cuidados de enfermagem que visam promover o conforto e o bem-estar do paciente, o profissional nesta unidade deve ter amplo conhecimento das alterações fisiológicas induzidas pelo ato cirúrgico, estando apto a detectar precocemente alterações que possam comprometer a evolução deste, comunicando e discutindo o quadro clínico com a equipe multidisciplinar, para que ações imediatas possam ser tomadas.

A assistência de enfermagem concentra-se em intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações. Por menor que seja a cirurgia, o risco de complicações sempre estará presente. A prevenção destas, no pós-operatório promove rápida convalescença, poupa tempo, reduz gastos, preocupações, ameniza a dor e aumenta a sobrevida.

REFERÊNCIAS

- [01] Bortolazzi F, *et al.* Dificuldades na Assistência às pessoas com Fístulas Digestivas: Estudo com Enfermeiros não estomaterapeutas. Revista Estima, 2016; 5(2).
- [02] Boeira SF, *et al.* Cluster de Sintomas e Câncer na Pesquisa em Enfermagem: Revisão Sistemática. Rev. bras. cancerol, 2014; 60(4):351-361.
- [03] Nicolussi AC, *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em quimioterapia. Rev. RENE, 2014; 15(1):132-40.
- [04] Monteiro EL, *et al.* Cirurgias seguras: elaboração de um instrumento de enfermagem perioperatória. Rev. SOBECC, 2014; 19(2):99-109.

- [05] Goi CB, *et al.* SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PACIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA DE VIDEO COLECISTECTOMIA. Salão do Conhecimento, 2016; 2(2).
- [06] Santos L DE A, *et al.* Assistência De Enfermagem ao Paciente Colostomizado Submetido à Reconstrução De Trânsito Intestinal. Revista Universo & Extensão, 2015; 3(3).
- [07] Gomes NCRP, *et al.* Eficácia das intervenções de enfermagem na recuperação pós-operatória de pessoas com cancro gástrico: revisão sistemática literatura. Revista de Enfermagem Referência, 2016; 11: 111-119.
- [08] Tartuce¹ LMG, De Castro G¹V, Da Costa Neto², SB. Qualidade de vida de pacientes operados por câncer gastrointestinal: estudo comparativo das fases 30 e 60 dias pós cirurgia. QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES OPERADOS POR CÂNCER DO APARELHO GASTROINTESTINAL, p. 61.
- [09] Nascimento NG, Borges EL, Donoso MTV. Assistência de enfermagem a pacientes gastrostomizados baseada em evidências. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, 2016; 5(3).
- [10] Santos FDRP, *et al.* Dor em pacientes no pós-operatório de cirurgias torácicas e abdominais. Revista Ciência em Extensão, 2014; 10(3):99-107.
- [11] Vasconcelos AC, *et al.* Frequência de diagnósticos de enfermagem em uma clínica cirúrgica. Northeast Network Nursing Journal, 2015; 16(6).
- [12] Moorhead M, *et al.* NOC Classificação dos resultados de enfermagem. Elsevier Brasil, 2015.
- [13] Santana RF, *et al.* Ocorrência do diagnóstico de enfermagem de recuperação cirúrgica retardada entre adultos e idosos. Acta Paulista de Enfermagem [online]. 2014; 27(1):35-39.
- [14] Da Silva HVC, De Souza VP, Silva PCV. Sistematização da assistência em enfermagem perioperatória em uma unidade de recuperação pós-anestésica. Revista de enfermagem UFPE. 2016; 10(10):3760-3767.