

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA POLITÉCNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM SAÚDE**

LARISSA SYDOR VICTOR

**PROTOCOLO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE
ONCOLÓGICA NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE RECONSTRUÇÃO DE
MAMA COM RETALHO MICROCIRÚRGICO**

CURITIBA

2024

LARISSA SYDOR VICTOR

**PROTOCOLO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE
ONCOLÓGICA NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE RECONSTRUÇÃO DE
MAMA COM RETALHO MICROCIRÚRGICO**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde da Escola Politécnica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Tecnologia em Saúde.

Área de concentração: Tecnologia em Saúde

Linha de pesquisa: Informática em Saúde
Orientadora: Profa. Dra. Marcia Regina Cubas

CURITIBA

2024

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Gisele Alves – CRB 9/1578

Victor, Larissa Sydor
V643p Protocolo de cuidado de enfermagem para paciente oncológica no pós-
2024 operatório imediato de reconstrução de mama com retalho microcirúrgico / Larissa
Sydor Victor ; orientadora : Marcia Regina Cubas. – 2024.
111 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba,
2024
Bibliografia: f. 76-84

1. Câncer – Cirurgia. 2. Mamoplastia. 3. Terminologia padronizada em
enfermagem. I. Cubas, Marcia Regina. II. Pontifícia Universidade Católica do
Paraná. Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde. III. Título.

CDD. 20. ed. – 610.28



Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Escola Politécnica
Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde

TERMO DE APROVAÇÃO DE DISSERTAÇÃO Nº 331

A Dissertação de Mestrado intitulada “**PROTOCOLO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE ONCOLÓGICA NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE RECONSTRUÇÃO DE MAMA COM RETALHO MICROCIRÚRGICO**”, defendida em sessão pública pelo(a) candidato(a) **Larissa Sydor Victor**, no dia **25 de novembro de 2024**, foi julgada para a obtenção do grau de Mestre em Tecnologia em Saúde, e aprovada em sua forma final, pelo Programa de PósGraduação em Tecnologia em Saúde.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Marcia Regina Cubas – Presidente – PUCPR
Profa. Dra. Maria Ribeiro Lacerda – UFPR
Prof. Dr. Sergio Ossamu Ioshii – PUCPR

A via original deste documento encontra-se arquivada na Secretaria do Programa, contendo a assinatura da Coordenação após a entrega da versão corrigida do trabalho.

Curitiba, 19 de fevereiro de 2025.

Prof. Dr. Percy Nohama
**Coordenador do Programa de
Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde
PUCPR**

Rua Imaculada Conceição, 1155, Prado Velho, CEP 80215-901, Curitiba – PR, Brasil
Telefone: +55 41 3271-1657
E-mail: ppgts@pucpr.br

DEDICATÓRIA

Às mulheres que tenho o privilégio de cuidar, que me ensinam força e resiliência
todos os dias.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me permite sentir Seu amor e cuidado todos os dias, de tantas maneiras.

Aos meus pais, Jacir e Licelia, pelo amor, cuidado, dedicação e apoio incondicionais. Palavras nunca serão suficientes para demonstrar o quanto sou grata pela confiança depositada em mim e por todo o investimento na minha trajetória profissional. Eu amo muito vocês, mesmo quando eu não digo!

Aos meus irmãos, Laís e Anderson por comemorarem as minhas vitórias e compartilharem as minhas angústias. Não há nada no mundo que eu não faria por vocês!

Aos meus padrinhos, Flavio e Gicelia, por cuidarem de mim como filha, me protegendo, apoiando e acolhendo. Sou muito grata por ter vocês como os meus “segundos pais”.

Aos meus familiares e amigos, pelo apoio, incentivo e compreensão durante esta trajetória. Vocês são essenciais na minha vida.

Aos meus colegas do grupo de pesquisa, por serem parte tão importante da minha construção como profissional e pessoa. As suas colaborações para este estudo foram preciosas. Em especial às minhas amigas Francine Mattei e Lia Campozana, que compartilharam das minhas dúvidas e incertezas, mas também das alegrias e conquistas durante este período, sendo minha rede de apoio, cuidado e amor. À minha amiga Thais Trybus, por me apresentar o grupo de pesquisa, e ser tão importante na minha vida pessoal, profissional e acadêmica. Que sorte a minha por ter vocês!

À minha orientadora, Marcia Regina Cubas, por ser uma inspiração como enfermeira, professora, mas especialmente, como ser humano ímpar, tão especial. Obrigada por acreditar na minha proposta de estudo, pela paciência e compreensão na construção do meu trabalho. É uma honra ser sua pupila!

À minha banca examinadora, por trazer tantas sugestões importantes para a realização deste estudo, desde a qualificação. A minha admiração por vocês é imensa!

Às minhas pacientes, inspiração para aperfeiçoar a cada dia o saber científico, o cuidado, e por me ensinarem tanto!

Sem vocês nada disso seria possível!

RESUMO

Introdução: A reconstrução com retalho microcirúrgico de mama em paciente oncológica proporciona cobertura estável da ferida, melhora a autoestima e ajuda na restauração de déficits funcionais. No cenário de cuidado, o enfermeiro responsável deve sustentar a sua prática em evidências, no Processo de Enfermagem e com registros compatíveis à sua atuação. Considerando que a reconstrução de mama é um período de transição, a Teoria das Transições de Afaf Meleis oferece elementos que subsidiam o cuidado de enfermagem a esse público. A construção de protocolo de enfermagem para o cuidado com o uso da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) permite que as necessidades específicas de um público sejam reconhecidas e serve como modelo para orientação da prática, sendo uma tecnologia do cuidado. **Objetivo:** Desenvolver um protocolo de enfermagem para o cuidado às pacientes submetidas à reconstrução microcirúrgica de mama. **Método:** Estudo metodológico, de abordagem qualitativa, que utilizou os passos da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) e os critérios do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) para a elaboração de um protocolo. Foram descritos os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem baseados na CIPE® e sustentados pela Teoria das Transições. Três enfermeiros analisaram 25 prontuários de pacientes submetidas à reconstrução microcirúrgica de mama, em um hospital oncológico de referência no Paraná e identificaram termos iniciais. Os DE/RE/IE elaborados foram avaliados em reuniões para discussão e consenso. **Resultados:** Do conjunto inicial de 44 diagnósticos, 44 resultados e 110 intervenções de enfermagem, foram validados para compor o protocolo 17 DE, 17 RE e 29 IE. Os DE “Risco de infecção”, “Integridade da Pele, comprometida”, “Integridade Tissular, prejudicada”, “Sangramento” e “Risco de queda”, o IE “Avaliar perfusão tissular” e os RE “Infecção, ausente”, “Integridade da Pele, melhorada”, “Sangramento, ausente” e “Queda, ausente” foram considerados aplicáveis em todos os casos de reconstruções microcirúrgicas. **Conclusão:** O protocolo desenvolvido é formado por um conjunto de 17 diagnósticos, 17 resultados e 29 intervenções de enfermagem relacionados aos conceitos centrais da Teoria das Transições, em especial à natureza saúde-doença, com padrão múltiplo, em propriedade de mudança e diferença. São relacionados, de forma predominante ao corpo físico.

Palavras-chave: terminologia padronizada em Enfermagem; teoria de Enfermagem; oncologia cirúrgica; reconstrução da mama.

ABSTRACT

Introduction: Reconstruction with a microsurgical breast flap in cancer patients provides stable wound coverage, improves self-esteem and helps restore functional deficits. In the care setting, the nurse in charge must base their practice on evidence, the Nursing Process and records compatible with their work. Considering that breast reconstruction is a period of transition, Afaf Meleis' Theory of Transitions offers elements that support nursing care for this public. The construction of a nursing care protocol using the International Classification of Nursing Practice (ICNP) allows the specific needs of an audience to be recognized and serves as a model for guiding practice, being a technology of care. **Objective:** To develop a nursing protocol for the care of patients undergoing microsurgical breast reconstruction. **Method:** This is a methodological study with a qualitative approach, which used the steps of the Convergent Care Research and the criteria of the Federal Nursing Council to draw up a protocol. Nursing diagnoses, interventions and outcomes based on the ICNP and supported by the Transitions Theory were described. Three nurses analyzed 25 medical records of patients undergoing microsurgical breast reconstruction in a reference cancer hospital in Paraná and identified initial terms. The ND/NR/NI were evaluated in meetings for discussion and consensus. **Results:** Of the initial set of 44 nursing diagnoses, 44 nursing outcomes and 110 nursing interventions, 17 ND, 17 NR and 29 NI were validated to make up the protocol. The ND "Risk for infection", "Impaired Skin integrity", "Impaired Tissue integrity", "Bleeding" and "Risk for fall", the NI "Evaluating tissue perfusion after operation" and the NO "No Infection", "Improved Skin integrity", "No Bleeding" and "No Fall" were considered applicable in all cases of microsurgical reconstructions. **Conclusion:** The protocol developed is made up of a set of 17 nursing diagnoses, 17 nursing outcomes 29 nursing interventions and related to the central concepts of Transitions Theory, particularly the health-disease nature, with a multiple pattern, in the property of change and difference. They are predominantly related to the physical body.

Keywords: standardized terminology in Nursing; Nursing theory; surgical oncology; breast reconstruction.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Reconstrução com <i>Muscle Sparing Transverse Rectus Abdominis Muscle</i> (MS TRAM)	21
Figura 2 - Representação da estrutura da Teoria das Transições	25
Figura 3 - Percurso metodológico do estudo. Curitiba, 2024	36

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Avaliação física para avaliação diferencial de oclusão arterial venosa e congestão venosa	22
Quadro 2 - Exemplos de resultados das regras do MappICNP. Curitiba, 2024.....	41
Quadro 3 - Mapeamento de termos para construção de diagnósticos de enfermagem sugeridos pelos enfermeiros, através do MappICNP. Curitiba, 2024	44
Quadro 4 - Diagnósticos de Enfermagem validados pelos enfermeiros. Curitiba, 2024	47
Quadro 5 - Mapeamento de termos para construção de resultados de enfermagem sugeridos pelos enfermeiros, através do MappICNP. Curitiba, 2024	48
Quadro 6 - Resultados de enfermagem da CIPE® referentes aos diagnósticos de enfermagem sugeridos para o protocolo. Curitiba, 2024.....	52
Quadro 7 - Mapeamento de IE sugeridos pelos enfermeiros, através do MappICNP	53
Quadro 8 - Intervenções de Enfermagem baseadas na CIPE® para composição do protocolo. Curitiba, 2024.	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIE	Conselho Internacional dos Enfermeiros
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
LPCC	Liga Paranaense de Combate ao Câncer
NANDA-I®	<i>NANDA-International</i>
NIC	<i>Nursing Intervention Classification</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PE	Processo de Enfermagem
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PPGTS	Pós-graduação em Tecnologia em Saúde
PUCPR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SNOMED-CT	<i>Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TVP	Trombose Venosa Profunda
UNICENTRO	Universidade Estadual do Centro-Oeste
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	OBJETIVOS	18
1.1.1	Geral	18
1.1.2	Específico.....	18
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1	RETALHOS MICROCIRÚRGICOS: DEFINIÇÃO, DESCRIÇÃO DA TÉCNICA, INDICAÇÕES, COMPLICAÇÕES E PRÁTICA DE ENFERMAGEM	19
2.2	TEORIA DAS TRANSIÇÕES.....	23
2.3	PROCESSO DE ENFERMAGEM E CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE®)	26
2.4	CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLOS – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM	29
2.5	PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL	32
2.5.1	Fase de concepção.....	32
2.5.2	Fase de instrumentação.....	33
2.5.3	Fase de perscrutação	34
2.5.4	Fase de análise	34
3	MÉTODO	36
3.1	TIPO DE ESTUDO	36
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	37
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	37
3.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	39
3.5	COLETA E ANÁLISE DE DADOS	39
3.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	41
4	RESULTADOS	43
4.1	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM.....	44
4.2	RESULTADOS DE ENFERMAGEM.....	48
4.3	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....	53
5	DISCUSSÃO	68
5.1	CARACTERIZAÇÃO.....	68
5.2	O USO DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES PARA COMPOSIÇÃO DO PROTOCOLO.....	69

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
	REFERÊNCIAS.....	77
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	86
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO–	
	ENFERMEIROS	89
	APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS	93
	APÊNDICE D – PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	94
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	103

APRESENTAÇÃO

Este capítulo é referente à minha trajetória profissional e acadêmica, desde a graduação até o momento atual, como enfermeira de Navegação no Serviço de Cirurgia Plástica Reparadora em um hospital oncológico, fato que me instigou na realização deste estudo.

Minha trajetória iniciou em 2008, ao iniciar o curso de enfermagem em minha cidade natal, Guarapuava-PR, na Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO). No ano de 2009, comecei a participar de um projeto de extensão, que focava na assistência de pacientes oncológicos, no qual realizávamos visitas domiciliares para cuidados de enfermagem e educação em saúde desse público. Permaneci neste projeto de extensão até o término da graduação.

Após o término da graduação, fiz parte da primeira turma de Residência em Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente das Faculdades Pequeno Príncipe. Na pediatria, tive contato com as mais diversas áreas, e a partir disso, comecei a me interessar ainda mais pelas Teorias de Enfermagem e pelo uso de terminologias padronizadas nos diferentes contextos do Hospital Pequeno Príncipe.

Esse interesse me permitiu desenvolver o uso da Teoria Humanística no cuidado à criança portadora de cardiopatia cianogênica em uma unidade de terapia intensiva cardiológica pediátrica, através da Pesquisa Cuidado, que veio a ser o tema do meu Trabalho de Conclusão de Residência, e mais tarde, através de um convite das professoras Maria Ribeiro Lacerda e Regina Gema Santini Costenaro, tornou-se um capítulo do livro organizado por ambas, denominado “Metodologias da Pesquisa para Enfermagem em Saúde”.

Ao concluir a residência, fui contratada no hospital em que realizei a residência, inicialmente em uma unidade de terapia intensiva. Porém dois meses após, fui convidada a iniciar minhas atividades profissionais no ambulatório de oncologia e hematologia pediátrica da instituição. Novamente, meu interesse pela oncologia foi responsável pela vontade de buscar maior aperfeiçoamento na área. Então, em 2015, iniciei a pós-graduação multiprofissional em Oncologia pelo Instituto Israelita Albert Einstein. Durante a realização da pós-graduação, na cidade de São Paulo, pude

conhecer hospitais que são grandes referências em Oncologia, e diferentes cenários de assistência.

Em 2017, concluí a pós-graduação em Oncologia no mês de agosto, e no mês de setembro do mesmo ano iniciei outra pós-graduação, em Enfermagem Dermatológica, pela Faculdade Estácio, em Curitiba. Fui impelida a buscar mais conhecimento nesta área devido à mudança de setor no hospital, onde passei a atender a ala de internação da oncologia/hematologia, e também, passei a realizar plantões no setor de transplante de medula óssea do hospital. Neste setor, deparei-me com algumas complicações, especialmente dermatológicas, relacionadas ao transplante.

Durante a realização desta última pós-graduação, no ano de 2018, fui convidada a realizar uma entrevista no Hospital Erasto Gaertner para trabalhar com navegação de pacientes oncológicos, nos Serviços de Pele e Melanoma e Cirurgia Plástica Reparadora. Como a navegação era algo totalmente novo para mim, passei a estudar o assunto e topei o desafio de iniciar essa nova jornada. Portanto, saí do hospital pediátrico onde havia iniciado minha vida profissional e comecei a trabalhar neste hospital oncológico, onde permaneço até hoje.

Através da navegação de pacientes, passei a ter contato com um público totalmente diferente daquele que estava habituada. Passei a estudar com afinco, visando melhorar a qualidade da jornada destes pacientes, e novamente me deparei com a necessidade de conhecer com maior profundidade teorias de enfermagem que se aplicassem no contexto em que estava inserida, e também, sobre a necessidade de registros adequados sobre os pacientes sob esses cuidados.

Em 2019, através do convite da enfermeira Thais Trybus, comecei a participar do Grupo de Pesquisa do Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde, coordenado pela professora Marcia Regina Cubas. Iniciei como ouvinte, e desde então, passei a me interessar ainda mais por terminologias padronizadas, em especial a Classificação Internacional para a Prática em Enfermagem (CIPÉ®). Dei continuidade na participação no grupo de pesquisa, até que no ano de 2022 ingressei como mestranda no programa. Através disso, foi possível produzir este conteúdo que traz maior visibilidade das pacientes submetidas a reconstruções complexas de mama e do profissional enfermeiro, através do aperfeiçoamento de sua prática.

1 INTRODUÇÃO

O enfermeiro assistencial pode oferecer ao paciente e a sua família uma assistência de qualidade a partir de ações planejadas e fundamentadas em todo o período de internação em diferentes contextos, incluindo o período pós-operatório (Fengler; Medeiros, 2020). A cirurgia plástica é uma das especialidades que necessita de cuidados específicos para cada procedimento realizado, portanto, essa assistência do enfermeiro é imprescindível para uma recuperação adequada do paciente, prevenção de complicações e reinternações.

Com o surgimento do microscópio no século passado, houve avanço na área de cirurgia plástica. Nos casos em que os pacientes apresentam grandes perdas teciduais, o tratamento de escolha passou a ser a reconstrução microcirúrgica ou transplante autólogo microvascularizado (Marcondes; Pessoa; Pessoa, 2015; Portinho *et al.*, 2013).

A técnica de reconstrução microcirúrgica consiste na transferência de um retalho livre ou microcirúrgico – que é o uso do tecido do próprio paciente, porém de uma área distante da área lesada –, com a interrupção temporária na circulação da área doadora, implantação do tecido no sítio receptor e restabelecimento da circulação pela anastomose dos vasos desse retalho em uma artéria e veia da área receptora (Kathri; Zhang; Kale, 2017).

Nos casos de grandes traumas, queimaduras extensas, cirurgias mutiladoras decorrentes de neoplasias e/ou infecções, esse tipo de retalho é a principal escolha, pois visa a restaurar a forma e função do tecido do paciente (Portinho *et al.*, 2013). Nos casos de reconstrução mamária, relaciona-se a reconstrução microcirúrgica com uma maior satisfação da paciente e redução de riscos relativos ao uso de implantes, como a contratura capsular e a assimetria (Ono *et al.*, 2013; Salibian; Patel, 2023). Além disso, em longo prazo, a satisfação das mulheres com o retalho é maior do que as que realizaram implantes (Yueh *et al.*, 2010) e há resultados na melhora do bem-estar físico e psicossocial, na autoestima e sexualidade das mulheres que se submeteram a reconstrução com retalho (Brandão *et al.*, 2021).

Embora sejam citados aspectos positivos da reconstrução com retalho microcirúrgico, eles podem apresentar complicações, divididas em duas categorias:

(i) complicações do retalho; (ii) complicações da área doadora. No tocante às primeiras, pode haver inviabilização total ou parcial, esteatonecrose, infecção e deiscência, enquanto as segundas podem resultar em fraqueza da parede abdominal, herniações, deiscência de sutura, seromas e hematomas (Paredes *et al.*, 2012).

Monitorar as características do retalho, principalmente nas primeiras 24 a 72 horas de pós-operatório, pode ser a ação que definirá perda ou salvamento dele. Após esse período, o risco de trombose venosa diminui de modo considerável; entretanto, a trombose arterial pode ocorrer em até uma semana após o procedimento, inviabilizando a reabordagem cirúrgica (Portinho *et al.*, 2015). Os componentes essenciais para a avaliação do retalho são: temperatura, turgor, refluxo capilar, tamanho, coloração e sangramento (Kathri; Zhang; Kale, 2017). Quando alguma alteração desses itens é encontrada, é necessário que a equipe cirúrgica assistente seja informada rapidamente, devendo a reabordagem cirúrgica ser realizada em até seis horas após o início da trombose (Portinho *et al.*, 2015).

Para haver sucesso nessas reconstruções, é necessária uma equipe multiprofissional capacitada com cirurgiões habilitados, uma equipe anestésica que mantenha o equilíbrio hemodinâmico visando a um fluxo adequado para a anastomose do retalho, além de “monitorização, prevenção e manejo de situações que levem ao insucesso, e agilidade na reintervenção, quando assim for necessário” (Portinho *et al.*, 2013, p. 435), que podem ser realizados pelo enfermeiro e a sua equipe de enfermagem, visto que eles assistem o paciente durante todo o período perioperatório.

Para isso, é indicado que as Teorias de Enfermagem sustentem a sua prática. As Teorias são conjuntos de conceitos menos amplos que os modelos conceituais, mas que são capazes de oferecer resultados mais específicos (Leandro *et al.*, 2020), e são classificadas como metateorias, grandes teorias, teorias de médio alcance e teorias de práticas ou situação específica (Brandão *et al.*, 2017).

As teorias de médio alcance são consideradas altamente aplicáveis tanto na prática clínica quanto na pesquisa. No contexto do pós-operatório imediato de reconstrução de mama com retalho microcirúrgico, uma teoria considera apropriada para o cuidado é a Teoria das Transições, de Afaf Ibrahim Meleis.

As transições têm sido conceito central de pesquisas por enfermeiros, em especial nas últimas décadas, uma vez que é definida como a “passagem de uma fase, condição ou status de vida para outro”. A partir disso, a Teoria das Transições apresenta quatro tipologias de transição, sendo elas: desenvolvimental, situacional, saúde-doença e organizacional. O uso desta teoria permite explorar as várias mudanças enfrentadas pelo (s) indivíduo (s), foco do cuidado, oferecendo ampla perspectiva na pesquisa em saúde (Lindmark *et al.*, 2019), como a mulher que passou por um tratamento oncológico, uma cirurgia mutiladora, e na sequência, uma cirurgia reconstrutora da mama.

Ademais, a indicação da construção de protocolos de enfermagem confere o cuidado adequado à paciente, bem como o respaldo legal do ponto de vista deontológico ao profissional que executa esse cuidado. Para a criação de protocolos, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) publicou um guia no ano de 2015, no qual são apresentados critérios para a elaboração e avaliação de protocolos assistenciais, a saber: origem, objetivo, grupo de desenvolvimento, conflito de interesse, evidências, revisão, indicador de resultado, validação pelos profissionais, validação pelos usuários e limitações (Pimenta *et al.*, 2015).

Sendo o protocolo uma das ferramentas utilizadas para a prática assistencial de enfermagem, é importante que a linguagem utilizada para a documentação seja padronizada e universal. Isso é possível com o uso de sistemas de linguagens padronizadas, dentre os quais podemos citar a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), que possui relevância internacional, e é utilizada para “compor e representar diagnósticos, intervenções e resultados em uma polihierarquia”, sendo que “vários subconjuntos estão disponíveis para fornecer conceitos pré-coordenados para prioridades de saúde selecionadas” (*World Health Organization*, 2023).

Visando diminuir ou evitar as complicações decorrentes das cirurgias com uso de retalhos microcirúrgicos, surgiu a seguinte questão de pesquisa: Como elaborar um protocolo de cuidados de enfermagem para a paciente submetida à reconstrução microcirúrgica de mama?

O protocolo tem como finalidade oferecer segurança da paciente durante o período pós-operatório imediato, além de prevenir complicações e possibilitar que a

reabordagem cirúrgica em tempo hábil, quando necessário. Reitera-se a afirmação que o enfermeiro com conhecimento técnico e científico sobre o assunto pode garantir a viabilidade de um retalho recém-transplantado, por meio do cuidado integral à paciente e em conjunto com a sua equipe (Kathri; Zhang; Kale, 2017).

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral

Desenvolver um protocolo de cuidados de enfermagem para as pacientes submetidos à reconstrução microcirúrgica de mama.

1.1.2 Específico

Identificar diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem no período pós-operatório imediato de reconstrução microcirúrgica de mama, embasados na CIPE®.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo destina-se ao conceito de retalhos microcirúrgicos, definição e descrição da técnica utilizada, indicações e assistência de enfermagem às pacientes submetidas a esse tipo de cirurgia. Em seguida, é realizada uma abordagem sobre a Teoria das Transições, o Processo de Enfermagem (PE) e a CIPE®.

Os passos para a construção de protocolos assistenciais conforme orientações do COFEN e o respaldo que oferecem à equipe de enfermagem também são abordados. Por fim, é descrita a base metodológica que associa a pesquisa e a prática.

2.1 RETALHOS MICROCIRÚRGICOS: DEFINIÇÃO, DESCRIÇÃO DA TÉCNICA, INDICAÇÕES, COMPLICAÇÕES E PRÁTICA DE ENFERMAGEM

O microscópio foi inventado no ano de 1590, mas foi introduzido na prática clínica séculos depois, mais precisamente no ano de 1921, por um otorrinolaringologista sueco. Por volta de 1960, os cirurgiões Jacobson e Suarez, utilizando os princípios de suturas vasculares que haviam sido definidos em 1902, demonstraram as vantagens do uso do microscópio em cirurgias vasculares, realizando anastomoses em vasos com diâmetro de 1,5 a 3,2 mm. Em 1965, o uso do microscópio foi introduzido em cirurgia plástica, a princípio de maneira experimental, e, em 1972, foi realizada a primeira transferência microcirúrgica para cobertura de um defeito em região do couro cabeludo (Cunha *et al.*, 2005).

Com o passar dos anos, as reconstruções mamárias para essas pacientes passaram a se tornar menos agressivas, e os tratamentos modernos com tecidos autólogos marcou o século XIX. Porém, somente a partir da segunda metade do século XX, os retalhos pediculados microcirúrgicos passaram a ser mais utilizados e descritos como alternativas para reconstruir as mamas após tratamento oncológico (Daher *et al.*, 2022).

No Brasil, a microcirurgia vascular ocorreu de forma experimental em 1971, no laboratório de microcirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

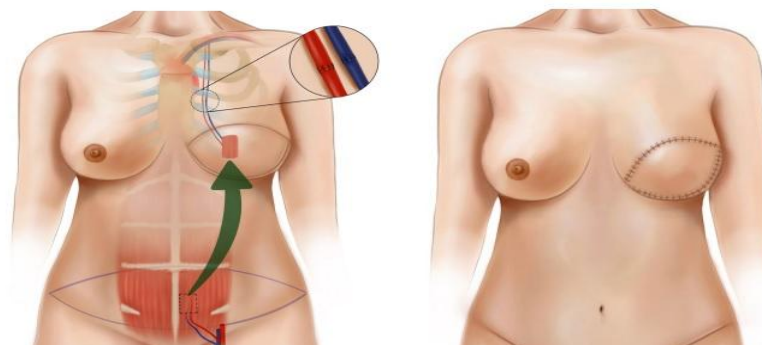
O que proporcionou o início da microcirurgia na prática clínica brasileira foi o sucesso de um reimplante de mão realizado em 1972 (Cunha *et al.*, 2005).

Recentemente, a transferência de retalhos livres ou microcirúrgicos continua sendo utilizada em pacientes com necessidades de reconstrução complicadas. Esses retalhos são capazes de proporcionar uma cobertura estável da ferida, melhorar esteticamente a aparência e auxiliar na restauração de déficits funcionais (Kathri; Zhang; Kale, 2017). As principais indicações são em casos de infecções graves, grandes traumas, queimaduras e cirurgias mutiladoras decorrentes de ressecção de tumores (Portinho *et al.*, 2013).

Quando se trata de reconstrução mamária, o retalho microcirúrgico possibilita maior satisfação da paciente e redução de riscos relacionados ao uso de implantes, como a contratura capsular e a assimetria (Ono *et al.*, 2013; Salibian; Patel, 2023), bem como a taxa de complicações significativamente menor após a radioterapia. Os estudos de Yueh *et al.* (2010) e Fischer *et al.* (2021) relatam que, em longo prazo, as mulheres que foram submetidas a reconstruções autólogas permanecem mais satisfeitas que aquelas que tiveram reconstrução com implantes, e apresentaram benefícios relacionados à qualidade de vida e à sexualidade. Essas reconstruções podem ser realizadas de maneira imediata ou tardia (Goldoni *et al.*, 2014; Portinho *et al.*, 2013).

A técnica de reconstrução microcirúrgica consiste na interrupção temporária da circulação da área doadora, com a transferência desse retalho para um local distante. Sequencialmente, há o restabelecimento da circulação pela anastomose dos vasos do retalho (perfurantes) com uma artéria e veia no local receptor, como pode-se observar na Figura 1.

Figura 1 - Reconstrução com *Muscle Sparing Transverse Rectus Abdominis Muscle* (MS TRAM)



Fonte: Hospital Erasto Gaertner, 2023.

Para que as reconstruções ocorram da melhor maneira possível e os pacientes tenham uma recuperação de sucesso, vários fatores devem ser avaliados (Portinho *et al.*, 2013) num período considerado crítico, a cada 30 a 60 minutos, entre 24 e 72 horas após a realização da cirurgia. Essa avaliação se deve ao fato de que, nos três primeiros dias do pós-operatório os eventos isquêmicos podem potencialmente levar ao desenvolvimento de necrose gordurosa, necrose parcial ou total do retalho (Jeong; Lee; Kim, 2018), e sua realização em períodos menores pode minimizar o tempo entre a oclusão vascular e a reabordagem cirúrgica, que deverá ser feita com o intuito do seu salvamento (Kathri; Zhang; Kale, 2017). Quanto à área doadora, algumas complicações que podem acontecer são hematoma, seroma e deiscência de sutura e, quando a reconstrução de mama utiliza a musculatura abdominal, pode haver fraqueza da parede do abdome e herniações locais (Jeong; Lee; Kim, 2018; Paredes *et al.*, 2012).

A maneira tradicional de avaliação dos retalhos é a avaliação clínica, que pode ser realizada pela equipe médica e pela equipe de enfermagem. No entanto, condutas inadequadas provenientes da inexperiência e falta de capacitação podem atrasar o diagnóstico de inviabilidade do retalho. Devem-se avaliar a temperatura, a coloração, o turgor e o tamanho do retalho, assim como o enchimento capilar e a presença de sangramento. A temperatura pode ser avaliada por meio do toque ou por diferentes tipos de termômetro; sua alteração pode sugerir oclusão vascular, que precisa ser associada a outros achados para ser conclusiva (Kathri; Zhang; Kale, 2017).

A mudança da coloração varia quando ocorre a oclusão venosa ou arterial; no caso da oclusão venosa, o retalho assume uma coloração arroxeada ou vermelho-escura e, no caso de oclusão arterial, uma aparência pálida. Mudanças no turgor e tamanho do retalho, na oclusão arterial, tendem a diminuir e, na oclusão venosa, aumentar. Segundo Kathri, Zang e Kale (2017), quando necessário, um “teste de raspagem” ou “escarificação” pode ser realizado com uma agulha 18G, que no Brasil é mais conhecida como 40 x 1,2 mm; se houver oclusão arterial, o sangramento do retalho será ausente ou lentificado e, se houver oclusão venosa, será rápido e de coloração mais escurecida.

Em alguns países, a avaliação clínica é realizada, quando disponível, com auxílio do uso de doppler externo, doppler implantável, oxímetro de tecido por espectroscopia ou acoplador de fluxo anastomótico com doppler. Essas técnicas permitem um monitoramento confiável, que auxiliam no diagnóstico de oclusão vascular, seja ela venosa ou arterial (Kathri; Zhang; Kale, 2017).

Através dessa avaliação, é possível suspeitar e diferenciar as características da trombose venosa e arterial, descritas no Quadro 1:

Quadro 1 - Avaliação física para avaliação diferencial de oclusão arterial venosa e congestão venosa

Característica	Oclusão arterial	Oclusão venosa
Coloração do retalho	Pálido, manchado	Escuro, arroxeado, cianótico
Temperatura	Frio (3°C de mudança da temperatura basal)	Frio (1º-2°C de mudança da temperatura basal)
Refluxo capilar	Lento ou nenhum	Muito rápido
Turgor do tecido	Macio e plano	Tenso e endurecido
Pinprick test – escarificação do tecido	Sangue escuro e escasso ou seroma	Sangue escuro e rápido
Sinal de doppler	Ausência de sinal arterial de doppler	Ausência de sinal venoso de doppler, “sinal de aríete” de sinais arteriais

Fonte: traduzido de Kathri, Zang e Kale, 2017.

Com o avanço dos tratamentos oncológicos e das cirurgias de reconstrução, é necessário que o enfermeiro embase o seu conhecimento para atender as demandas específicas da população submetida a esses procedimentos. Em uma revisão integrativa, Oliveira *et al.* (2022) afirmam que há poucas produções científicas relacionadas aos cuidados de enfermagem nas mulheres submetidas à reconstrução mamária após mastectomia.

Embora tenha sido feita a busca em bases de dados nacionais, não foram identificadas até o momento da finalização desta dissertação, publicações no assunto por enfermeiros brasileiros, mesmo que a prática de reconstruções mamárias tenha se tornada mais comum, visto que a legislação brasileira garante à paciente a reconstrução mamária pelo SUS, através das leis nº 12.802, de 24 de abril de 2013 e nº 13.770, de 19 de dezembro de 2018.

A seguir, é discorrida a teoria de enfermagem que foi utilizada no desenvolvimento deste estudo.

2.2 TEORIA DAS TRANSIÇÕES

As teorias de enfermagem servem como referencial para a profissão. Elas podem expressar de diversas formas as práticas e ações do enfermeiro por meio dos seus metaparadigmas, e fortalecem a Enfermagem como “ciência e arte na área da saúde”. Existem diferentes tipos de teorias, sendo que são considerados seu propósito e subjetividade; conforme o grau de abstração, as teorias são classificadas em ordem decrescente: metateoria, grandes teorias, teorias de médio alcance, teorias práticas ou de situação específica (Brandão *et al.*, 2017, p. 3).

As metateorias podem ser consideradas o nível mais abstrato das teorias, visto que definem relação entre as variáveis de enfermagem, proporcionam foco, e são uma forma de pensar centrada no enfermeiro. As grandes teorias são abrangentes, e de natureza abstrata, podendo orientar questões de natureza complexa que preocupam a enfermagem de maneira global (Florczak; Poradzisz; Hampson, 2015). Em se tratando das teorias práticas ou de situação específica, são consideradas menos abstratas, e as teorias de médio alcance são aquelas que podem atender as questões de saúde por operar entre o nível empírico, através da construção de hipóteses na prática, e o nível abstrato das grandes teorias de enfermagem (Brandão *et al.*, 2017).

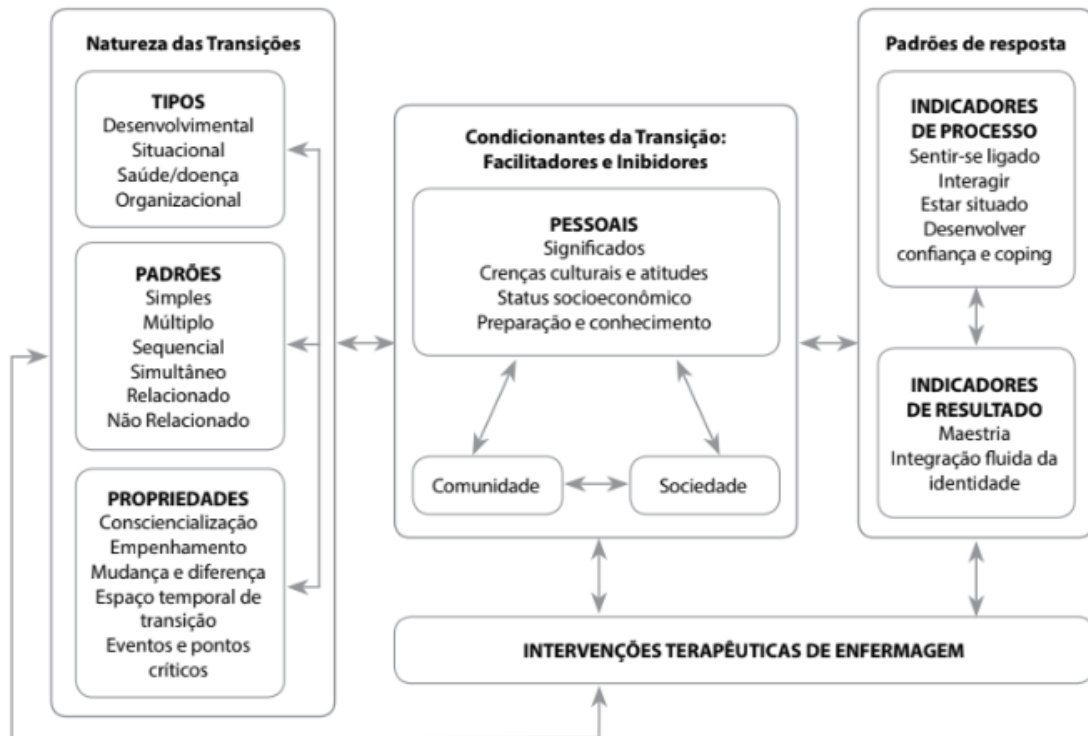
O termo transição passou a ser associado ao cuidado desde a década de 1960 pela teoria de médio alcance de Afaf Ibahim Meleis, a Teoria das Transições, sendo definido como a mudança que requer da pessoa a disposição e conhecimento para adaptar-se, seja de maneira externa ou interna, e pode ocorrer entre condições, ambientes e estados (Silva *et al.*, 2021).

Meleis defende que a transição é um conceito central para a enfermagem, uma vez que o bem-estar e a saúde resultam das intervenções do enfermeiro (Oliveira *et al.*, 2018). Ela refere razões pelas quais as transições são o “negócio” da enfermagem:

- a) primeiramente, grande parte do tempo, o enfermeiro se dispõe a cuidar de indivíduos passando por uma ou mais mudanças de vida que afetam sua saúde;
- b) através de uma revisão de literatura de publicações entre os anos de 1986 e 1992, o termo “transições” surgiu por várias vezes, demonstrando que o tema é de interesse dos enfermeiros;
- c) devido ao uso de tecnologias, a alta hospitalar dos pacientes tem sido realizada mais precocemente, portanto, os pacientes continuam a recuperação e reabilitação em casa, podendo ter uma transição mais prolongada. se não cuidados e orientados adequadamente, podem passar por complicações, e até mesmo, readmissões hospitalares;
- d) existem eventos mundiais que podem afetar o bem-estar das pessoas, visto que ocasionam um período de transição;
- e) o aumento da expectativa de vida traz desafios que pleiteiam diferentes padrões de cuidado por parte do enfermeiro, uma vez que se espera que este profissional ajude a família e o idoso em todas as mudanças causadas pelo avanço da idade;
- f) o avanço da ciência permite que bebês prematuros tenham melhor desenvolvimento e taxa de sobrevivência; os portadores de doenças crônicas estão vivendo mais, e isso requer intervenções do enfermeiro durante diferentes períodos e momentos considerados críticos.

Meleis (2010) apresenta uma estrutura expandida do conteúdo teórico, que se traduz em: (i) tipos e padrões de transição; (ii) propriedades da experiência de transição; (iii) condições de transição (inibidores e facilitadores); (iv) indicadores de processo; (v) indicadores de resultado; (vi) terapêutica de enfermagem, representados na Figura 2.

Figura 2 - Representação da estrutura da Teoria das Transições



Fonte: adaptado de Meleis, 2010.

Por se tratar da natureza das transições, a teoria está relacionada à maneira como são classificadas, suas propriedades e padrões de ocorrência (Silva *et al.*, 2021). A transição pode ser desenvolvimental, situacional, saúde-doença, organizacional. Quando se trata da natureza desenvolvimental, há relação com as situações relacionadas à vida e seus ciclos. Se houver alguma mudança relacionada à mudança de papel de um indivíduo, seja ela em caráter social ou familiar, considera-se a natureza situacional. Em casos em que há alterações que causam o adoecimento do paciente, considera-se a natureza de saúde-doença; e quando o indivíduo é afetado pelas mudanças financeiras, econômicas e sociais, considera-se a natureza organizacional (Santos; Janini; Oliveira, 2019).

Meleis (2010) define as condições de transição como facilitadoras e inibidoras de resposta, que podem ser pessoais, sociais e comunitárias. As condições pessoais se referem a maneira como o indivíduo percebe a própria transição, e o significado que atribui àquilo que desencadeia a transição. As condições sociais referem-se à definição de papéis na sociedade, e como exemplo de fatores inibidores, cita-se a

marginalização e estigma social. As condições comunitárias apontam a maneira como a comunidade assegura a transição, auxiliando-os a identificar o início, persistência e o término de períodos prejudiciais (Reisinho; Gomes, 2021), e de condições inibidoras como a insuficiência de recursos.

Através dessa estrutura e da percepção das mudanças enfrentadas pelos indivíduos, o papel do profissional enfermeiro nas transições é imprescindível para garantir a qualidade do cuidado (Cuzco *et al.*, 2022), através do Processo de Enfermagem, e do registro adequado das suas etapas, através do uso de terminologias padronizadas, que serão abordados no item a seguir.

2.3 PROCESSO DE ENFERMAGEM E CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE®)

A prática da enfermagem visa a atender à pessoa, família e comunidade, tendo uma base científica capaz de suprir as reais necessidades de saúde desse ecossistema. Para embasar legalmente a profissão, existe a Lei nº 7.498/1986, que regulamenta o exercício da enfermagem, bem como as resoluções do COFEN, incluindo a Resolução nº 544/2017, que discorre sobre a obrigatoriedade da consulta de enfermagem (COFEN, 2017), e a Resolução nº 736/2024, que dispõe sobre a implementação do PE em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem, descrevendo as etapas que o constituem, a saber: avaliação de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e evolução de enfermagem (COFEN, 2024). Esta resolução traz também, no artigo 2º, a necessidade de que o PE esteja fundamentado em suporte teórico, como Teorias de Enfermagem, Sistemas de Linguagem Padronizada, Protocolos baseados em evidências e em outros tipos de conhecimento análogos que sirvam de embasamento, e outros instrumentos de avaliação, sendo que pode haver associação entre eles. A Resolução nº 736/2024 também traz, no artigo 3º, que o PE e seus indicadores podem ser apoiados nos Sistemas de Linguagem Padronizada em protocolos institucionais, baseado em evidências científicas (COFEN, 2024).

Para que a assistência de enfermagem seja contínua e sua qualidade seja assegurada, é necessário que o profissional realize o registro adequado no prontuário

do paciente ou em outros documentos próprios utilizados pela enfermagem, independentemente do meio de suporte, tradicional ou eletrônico (COFEN, 2024).

Com o objetivo de que os registros de enfermagem sejam realizados de acordo com as etapas do PE existem vocabulários desenvolvidos, visando a utilização de terminologias padronizadas, sendo as utilizadas, por exemplo, a NANDA- *International* (NANDA-I®), a *Nursing Intervention Classification* (NIC), a *Nursing Outcomes Classification* (NOC) e a CIPE® (Nogueira *et al.*, 2023).

Desde o início da criação das terminologias de enfermagem, havia a motivação de que os registros tivessem compatibilidade com o processamento computacional, de maneira que as pesquisas comparativas fossem viáveis e os resultados pudessem ser analisados, bem como houvesse a melhora na disseminação de conhecimento de enfermagem. Assim, no ano de 1999, o Conselho Internacional dos Enfermeiros (CIE), com o Grupo de Interesse Especial de Informática em Enfermagem da Associação Médica Internacional, iniciou o desenvolvimento de uma norma da *International Organization for Standardization* (ISO) que permitisse o mapeamento de dados e seu registro de enfermagem mediante diversas tecnologias de enfermagem (Barreto *et al.*, 2019).

Nesse contexto, a norma ISO 18.104 foi desenvolvida com o propósito de estabelecer uma terminologia de referência a partir das terminologias e classificações já utilizadas pelos enfermeiros, de maneira a oferecer um modelo mais unificado, tornando mais fácil a representação de diagnósticos e ações de enfermagem, e suas relações para o processamento computacional (Gomes *et al.*, 2021).

Segundo a norma ISO 18.104/2022, a prática de enfermagem é representada por sistemas terminológicos pertencentes a três categorias principais: 1) Diagnóstico de Enfermagem; 2) Ações de Enfermagem; e 3) Resultados Sensíveis ao Enfermeiro (*International Organization for Standardization*, 2022).

O diagnóstico de enfermagem é “um rótulo atribuído a um julgamento baseado em um achado de avaliação, evento, situação, ou outro problema de saúde para indicar que é considerado digno de nota pelo enfermeiro, e quando possível, objeto de cuidado” (*International Organization for Standardization*, 2022, p. 5). Servem como indicadores da demanda do serviço de enfermagem.

As ações de enfermagem são “atos realizados por ou sob a direção de um enfermeiro, com intenção de melhorar direta ou indiretamente ou manter a saúde do indivíduo, de um grupo ou da população” (*International Organization for Standardization*, 2022, p. 5). Essas ações representam os componentes da prestação dos serviços de enfermagem.

O resultado sensível ao enfermeiro pode ser definido como “rótulo atribuído ao status de um diagnóstico de enfermagem em determinados momentos, após uma ou mais ações/intervenções de enfermagem” (*International Organization for Standardization*, 2022, p. 5).

Essas estruturas são capazes de oferecer um formato de registro com compatibilidade com o processamento computacional, possibilitando a realização de pesquisas comparativas e análises de resultados que promovam a melhoria na assistência e disseminação do conhecimento à enfermagem (Marin; Peres; Dal Sasso, 2013).

Um exemplo de terminologia que proporciona essas características é a CIPE®, que foi idealizada durante o Congresso Quadrienal do CIE, realizado em Seul, na Coreia do Sul, no ano de 1989, após discussão sobre a necessidade de que um sistema classificatório internacional de linguagem unificada fosse criado. Apenas em 1991, após um levantamento bibliográfico e consulta às associações de membros, surgiu o projeto dessa terminologia. Inicialmente, o projeto trazia a proposta da linguagem unificada, que pudesse descrever a prática de enfermagem a partir de termos estruturados e definição de vocábulos (Cubas; Silva; Rosso, 2010).

A CIPE® é considerada uma tecnologia de informação, pois é capaz de favorecer tanto a coleta quanto o armazenamento e a análise dos dados, contribuindo para a eficácia da prática de enfermagem. Era composta, até a versão 2019/2022, por um modelo de sete eixos, sendo eles: foco, julgamento, meios, ação, tempo, localização e cliente (Garcia; Nóbrega; Cubas, 2020).

A partir de 2021, a CIPE® passou a ser representada pelo modelo hierárquico da *Systemized Nomenclature of Medicine International – Clinical Terms* (SNOMED-CT). A SNOMED *International* e o CIE determinaram a produção, gestão e distribuição da CIPE® por meio da SNOMED-CT. A inclusão dos conceitos da CIPE® na SNOMED-CT auxiliará na sua utilização nos países em que ela está assegurada, uma

vez que essa terminologia é considerada a maior do mundo dentre as terminologias clínicas.

Por sua vez, para estimular o uso da CIPE® em registros de prontuários eletrônicos, o CIE recomenda a construção de catálogos da CIPE®, incluindo subconjuntos terminológicos, protocolos clínicos, planos de cuidados, guias de prática clínica e dados mínimos de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

A utilização da CIPE® na prática assistencial de maneira contínua proporciona uma atuação reflexiva, ações aperfeiçoadas, e comunicação eficaz entre o enfermeiro e a equipe multiprofissional, de maneira que a prática deste profissional ganhe visibilidade e reconhecimento adequado (Clares; Guedes; Freitas, 2021).

A seguir será explanado o conteúdo trazido pelo COFEN para construção de protocolos.

2.4 CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLOS – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

Protocolo é definido como um documento ou normativa que estabelece a maneira adequada de atuação frente a procedimentos determinados. Com relação aos protocolos assistenciais de enfermagem, é necessário que sejam feitos detalhes operacionais, citando quem faz, o que faz e como faz, podendo abordar vários procedimentos (Pimenta *et al.*, 2015).

Para sua construção, é preciso a fundamentação na prática baseada em evidências (PBE), visto que é um documento legal, com função prioritária de oferecer melhores opções para o cuidado (Brum *et al.*, 2015). A PBE é quando as pesquisas científicas embasam as condutas durante a assistência de saúde, contando com rigor metodológico e validação delas. Na Enfermagem, utilizar a PBE proporciona, de maneira organizada e segura, que as ações do profissional sejam focadas na identificação e resolução de problemas. Inclui diferentes etapas, como “definição do problema, busca e avaliação crítica das evidências, implementação e avaliação dos resultados” (Silva *et al.*, 2021).

Visando a realização de uma assistência de enfermagem segura, que respeite os preceitos éticos e legais da profissão e as normas do Sistema Único de Saúde

(SUS), o desenvolvimento de protocolos assistenciais é de inquestionável importância, pois a assistência sem padronização e suporte teórico traz como possíveis resultados a imperícia, imprudência e negligência, podendo causar danos aos pacientes. Além disso, há o direcionamento do trabalho e registro dos cuidados realizados (Silva *et al.*, 2021).

Algumas vantagens relacionadas aos protocolos, citadas no *Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem* (Pimenta *et al.*, 2015, p. 9), são:

maior segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade de ações de cuidado, melhora na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, facilidade para a incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado, uso mais racional dos recursos disponíveis e maior transparência e controle dos custos. Ainda como vantagens, protocolos facilitam o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados, a disseminação de conhecimento, a comunicação profissional e a coordenação do cuidado.

Alguns órgãos, dentre eles, a Organização Mundial da Saúde (OMS), preconizam 12 passos para construção dos protocolos, a saber, segundo Pimenta *et al.* (2015):

- a) origem: identificação da instituição que desenvolve o protocolo;
- b) objetivo: descrição do motivo pelo qual o protocolo foi organizado, apontando o público ao qual será destinado, constando a necessidade do paciente que receberá o cuidado e o profissional que deverá exercer essa assistência;
- c) grupo de desenvolvimento: deve incluir profissionais relevantes na área, usuários finais e especialistas envolvidos no desenvolvimento do protocolo;
- d) conflitos de interesse: é de relevante importância legal;
- e) evidências: as ações propostas pelo protocolo devem ser embasadas cientificamente, por meio de evidências, incluindo informações importantes como a estratégia de busca, custo-efetividade e segurança das ações utilizadas, que devem ser descritas;
- f) revisão: o conteúdo abordado no protocolo deve ser revisado por um participante externo, seguido da aprovação do grupo de desenvolvimento

e instituição onde será implantado. Além disso, é de extrema importância que seja definido um plano de atualização do material, de maneira periódica;

- g) fluxograma: descrição esquemática do protocolo, com linguagem clara, de fácil e rápida compreensão, de forma a auxiliar na tomada de decisão sobre situações específicas;
- h) indicador de resultado: variável utilizada para demonstrar o uso, a eficácia e a efetividade do protocolo como um todo ou de alguma ação isolada, devendo ser monitorada;
- i) validação pelos profissionais: deve garantir a aceitação e utilização do protocolo;
- j) validação pelos usuários: deve garantir a participação do usuário do serviço no processo de decisão, podendo ocorrer no momento de elaboração ou de seu uso, a depender daquilo que for definido pelo grupo de desenvolvimento, permitindo melhor assistência e gestão de recursos;
- k) limitações: apontarão aquilo que não foi efetivo ou que não apresentou evidências fortes;
- l) plano de implantação: deve abordar a maneira de organizar o treinamento de todos aqueles que utilizarão o protocolo.

Vale ressaltar que o fato de existirem protocolos não isenta nem diminui a autonomia do profissional, visto que ele é responsável pelo que faz quando utiliza ou deixa de utilizar um protocolo. Entretanto, ao seguir um protocolo, o profissional possuirá respaldo da instituição (Brum *et al.*, 2015; Pimenta *et al.*, 2015).

A participação do paciente, família e comunidade nos níveis de cuidado à saúde deve ser prioridade, visto que sua visão permite melhorias na construção dos processos de cuidado, incluindo os protocolos. Essa participação permite que as ações entrem em conformidade com as iniciativas internacionais a respeito da segurança do paciente, bem como o que é preconizado no Brasil através do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (Villar; Duarte; Martins, 2020).

No item a seguir, é apresentada a Pesquisa Convergente Assistencial e suas fases.

2.5 PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

Embora a assistência e a pesquisa apresentem características próprias, isso não é impeditivo para que o enfermeiro aborde um fenômeno praticando a assistência e pesquisando ao mesmo tempo. O processo de pesquisa é rigorosamente sistematizado, visto que o objetivo principal é produzir um novo conhecimento, sendo possível, nesses casos, utilizar a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que é uma modalidade aplicada a pesquisas qualitativas, definida como a convergência entre a assistência, a pesquisa e a participação dos profissionais em sua prática de trabalho, ao mesmo tempo em que ocorre o processo da construção do conhecimento (Alvim, 2017; Pivoto *et al.*, 2013).

Apesar de não seguir o método clássico de investigação, o rigor do método científico é mantido na PCA. Sua característica investigativa permite o aprofundamento e exploração de temas que ocorrem de maneira simultânea na prática assistencial e na pesquisa, promovendo dinamismo no processo de transformação da prática assistencial e inovação tecnológica (Alvim, 2017).

Nesse tipo de pesquisa, não há especificação quanto à coleta de dados e sua posterior análise, desde que sejam realizadas de maneira que os critérios principais da PCA sejam respeitados, a saber: a solução ou minimização dos problemas apresentados, independentemente de serem teóricos ou práticos; a realização de mudanças que impactarão na prática; e o envolvimento das pessoas investigadas de maneira participativa, para reconhecer os dados obtidos na assistência como dados de pesquisa (Trentini; Paim; Silva, 2017).

A investigação na PCA ocorre por meio de quatro fases, apresentadas a seguir.

2.5.1 Fase de concepção

Esta fase representa a escolha do tema e a verificação do quanto de informações estão disponíveis acerca do assunto (Trentini; Paim, 2004). O contato com pessoas envolvidas na assistência é de extrema importância, a fim de definir a relevância do tema para a prática (Rocha; Prado; Silva, 2012; Trentini *et al.*, 2021).

É importante que haja a descrição dos problemas específicos e a implementação das atividades relacionadas deve ser realizada simultaneamente ao trabalho cotidiano do enfermeiro, ou seja, nesta fase, é estabelecida a questão norteadora, a partir de questões-chave, como, por exemplo: o que não está bem na prática assistencial? Quais são os problemas? O que poderia ser modificado? Além disso, é neste momento que começam a ser delineados o objetivo e a justificativa, iniciando-se a construção do embasamento teórico (Pivoto *et al.*, 2013; Rocha; Prado; Silva, 2012).

2.5.2 Fase de instrumentação

Após a definição da primeira fase, deve ser traçado o procedimento metodológico. É importante lembrar nesta segunda fase que, devido à PCA ser diretamente envolvida com a prática, não é compatível com todos os desenhos de pesquisa tradicionais, tanto qualitativos quanto quantitativos. O espaço físico da pesquisa é definido como o local onde ocorrem as relações sociais inerentes ao propósito da pesquisa e sua escolha vai depender do propósito da pesquisa, podendo consistir em mais de um espaço geográfico. Geralmente, será aquele onde o problema foi identificado e onde existem mudanças a serem realizadas (Alvim, 2017; Trentini; Paim, 2004).

Com relação aos participantes da pesquisa, a PCA não segue critérios rígidos baseados no princípio da generalização, em que o pesquisador precisa estabelecer critérios estatísticos para definição da amostra; em vez disso, deve incluir pessoas envolvidas no problema, pelo fato de possuírem condições para oferecer dados e informações que possibilitem que todas as dimensões do problema de estudo sejam englobadas. Os participantes não são considerados apenas informantes, mas parte integrante da pesquisa, com participação ativa, podendo, por exemplo, apresentar críticas e sugestões, além de validar os seus resultados (Trentini; Paim, 2004). A amostra na PCA, geralmente, é pequena, pois deve estar de acordo com as condições do espaço assistencial (Trentini; Paim; Silva, 2017).

O método utilizado para a coleta de dados é o mesmo para outros tipos de pesquisa, porém as estratégias visam sempre à dupla intencionalidade, uma vez que

procuram, além da produção do conhecimento científico, oferecer progresso na prática assistencial (Alvim, 2017). A inclusão de participantes na pesquisa pode se dar através de autorrelato, observação e medidas biofisiológicas (Trentini *et al.*, 2021).

O registro das informações coletadas após o uso de qualquer uma das estratégias é de importância crucial, visto que servirá como fonte de informação para a interpretação e discussão dos resultados.

2.5.3 Fase de perscrutação

Nesta fase, são estabelecidas e adotadas estratégias para a obtenção de informações (Pivoto *et al.*, 2013). Na prática da PCA, as estratégias não são como as definidas em projetos, mas conforme o que se requiere durante o processo. Seu desenvolvimento tem possibilidades, intencionalidade e limites apropriadamente controlados e elucidados, devendo basear-se em circunstâncias relacionadas à sensibilidade, àquilo que não é dito, ao intuitivo durante a coleta dos dados. Esta fase exige expertise do pesquisador, uma vez que é necessário que aplique habilidades para que as informações obtidas possuam profundidade, observando não só o que é falado durante a pesquisa, mas o que é comunicado através de outros comportamentos e analisar profundamente o contexto a ser modificado (Trentini *et al.*, 2021).

O PE, por meio de todas as suas etapas, fornece subsídios adequados para a obtenção de dados. As informações resultantes permitem a construção do conhecimento, mediante teorizações.

2.5.4 Fase de análise

Na PCA, é preferível que a análise dos dados ocorra simultaneamente à coleta, para que o pesquisador possa refletir e interpretar os processos. Esta fase tem como intuito proteger tanto o paciente quanto o enfermeiro de uma situação desconfortável, uma vez que, ao contrário das pesquisas tradicionais, na PCA o pesquisador poderá intervir em uma situação que considerar necessária. Nesta fase, contemplam-se três

subprocessos: apreensão, síntese e teorização. O processo de apreensão é atingido quando o pesquisador consegue dados para fazer um relato completo, detalhado, coerente e substancial do conjunto das informações. Na PCA, é necessário que sejam incluídas informações sobre a assistência no processo de apreensão (Trentini *et al.*, 2021).

O processo de síntese acontece quando é realizada a análise subjetiva de como as informações são associadas e sofrem variações. O pesquisador alcança a síntese ao dominar o tema da investigação de forma completa, de maneira detalhada e profunda, ou seja, aquilo que pode ser observado no contexto estudado, compreendendo a essência das informações. No processo de teorização, o foco é descobrir os valores que a informação pode trazer, para que seja possível, posteriormente, associar aos dados coletados, formular novos conceitos, suas definições e inter-relações, que constituirão as conclusões do estudo. Portanto, o processo “envolve construções, desconstruções e reconstruções de formulações teórico-conceituais para construir um esquema que possibilite descrever e explicar fenômenos da vida cotidiana” (Trentini *et al.*, 2021, p. 4).

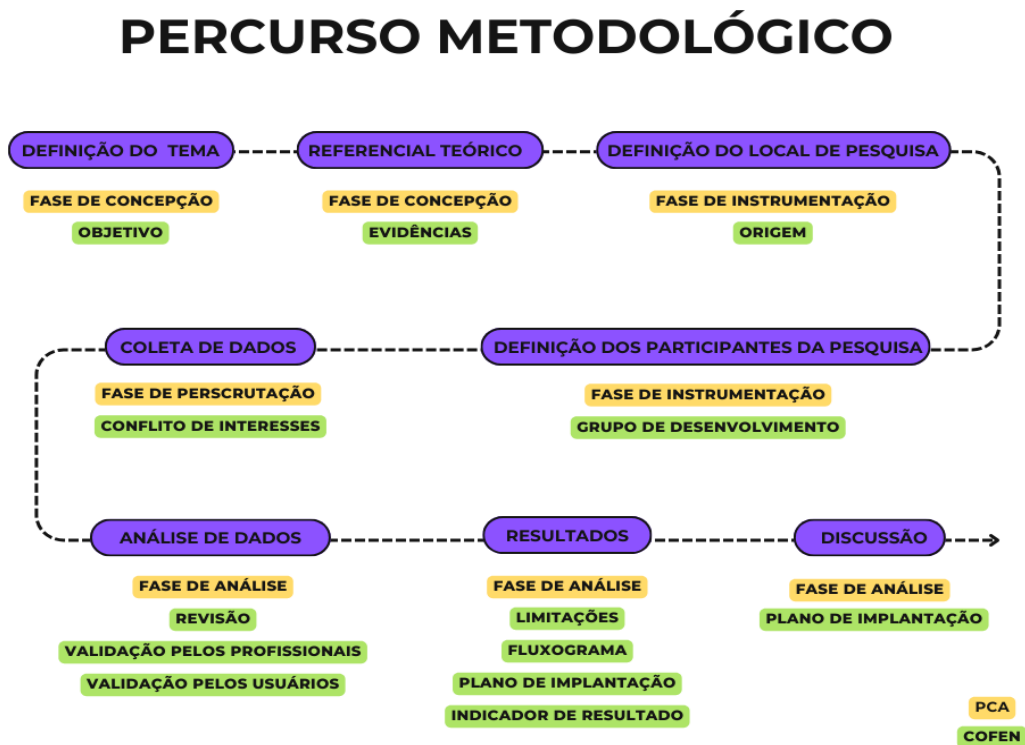
3 MÉTODO

Este estudo foi orientado pela Dra. Marcia Regina Cubas, e faz parte da linha de Informática em Saúde, do Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde (PPGTS), da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico, de abordagem qualitativa, utilizando os passos metodológicos da PCA e os critérios do COFEN, que se inter-relacionam entre si, e em determinados momentos, sobrepunham-se entre si, para a elaboração de um protocolo, onde foram descritos os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem baseados na CIPE® e sustentados pela Teoria das Transições. O percurso metodológico ocorreu conforme representado na Figura 3:

Figura 3 - Percurso metodológico do estudo. Curitiba, 2024



Fonte: a autora, 2024.

A definição do tema deu-se devido à experiência pessoal da pesquisadora, e tanto essa escolha é parte da Fase de Concepção trazida pela PCA, e condiz com a definição de Objetivo, trazida pelo manual do COFEN. O levantamento de referencial teórico também diz respeito à Fase de Concepção, e a etapa equivalente no manual é o levantamento de evidências, também através da literatura referente ao tema. Foi realizado no período de julho de 2022, a junho de 2023.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A definição do local de pesquisa refere-se à Origem, trazida no manual, e à Fase de Instrumentação, trazida na PCA. O local foi definido por ser o ambiente de trabalho da pesquisadora, onde foi percebida uma lacuna de conhecimento com relação aos retalhos microcirúrgicos, bem como a inexistência de protocolos que embasem a cuidado do enfermeiro às pacientes submetidas.

Este estudo foi realizado no Hospital Erasto Gaertner, situado no município de Curitiba. Trata-se de um hospital de grande porte, referência em atendimento oncológico na região sul do Brasil. O estudo restringiu-se às alas que atendem as pacientes no período pós-operatório, e às Unidades de Terapia Intensiva.

O hospital é centro de referência em cirurgia plástica reparadora, realizando reconstruções microcirúrgicas nos pacientes tratados pelo SUS, clientes de operadoras de convênios e, eventualmente, pelo sistema de acesso particular. A maioria dos pacientes está ou esteve em tratamento oncológico, com mutilação após ressecção cirúrgica. Em raras exceções, cirurgias reparadoras em pacientes não oncológicos são realizadas na instituição.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Esta pesquisa incluiu seres humanos de duas formas: direta e indireta. Diretamente foram incluídos enfermeiros atuantes na instituição e indiretamente foram incluídos prontuários das pacientes que realizaram a reconstrução microcirúrgica de mama.

Pela característica da PCA, todos os profissionais envolvidos no fenômeno em estudo são potenciais participantes, e a fase que os envolveu foi a Fase de Instrumentação; com relação ao COFEN, esta foi etapa em que aconteceu a definição do Grupo de Desenvolvimento do protocolo.

Na instituição, o universo de participantes é de 51 enfermeiros, sendo 35 enfermeiros nas três alas que atendem a pacientes cirúrgicos e 16 enfermeiros nas duas UTIs.

A definição dos participantes da pesquisa diz respeito ainda à Fase de Instrumentação, e é similar à fase em que é definido o Grupo de Desenvolvimento, segundo o manual. Para isso, foi realizada uma reunião com a Gerência de Enfermagem, com intuito de que houvesse a sugestão dos enfermeiros que estivessem de acordo com os critérios de inclusão e exclusão sugeridos, onde foram citados cinco nomes, sendo um enfermeiro de cada ala ou UTI que recebe as pacientes no período pós-operatório de reconstrução microcirúrgica de mama.

Após a sugestão da Gerência, foi realizado um primeiro contato individual com os enfermeiros, onde foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que a princípio foi assinado por todos os cinco enfermeiros. Este momento refere-se à etapa de Conflito de Interesses no manual, e à Fase de Perscrutação na PCA.

Foram selecionados, no banco de dados do sistema de informação do hospital (Tasy®), 25 prontuários de pacientes que foram submetidas à reconstrução de mama com retalho microcirúrgico, que foram avaliados por todos os participantes do estudo. O número de prontuários se deve ao número de cirurgias realizadas pela equipe, e caracterizou o mínimo de 30% dos procedimentos realizados no período designado nos critérios de inclusão.

Durante a coleta de dados, uma das enfermeiras solicitou retirada do estudo, o que foi realizado de maneira imediata, conforme trazido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Outra enfermeira, por questões pessoais, precisou ser afastada de suas atividades no hospital, portanto, excluída da amostra. Portanto, o material já coletado pelas enfermeiras anteriormente não foi analisado.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

O critério de inclusão dos enfermeiros foi o tempo de serviço na instituição maior que seis meses. Foram excluídos aqueles que estavam em férias ou licença no período da coleta e os que realizam atividades administrativas que ultrapassam 70% da sua carga horária semanal.

Com relação aos prontuários, os critérios de inclusão foram a realização da reconstrução com retalho microcirúrgico de mama, tanto imediatas quanto tardias, no período de janeiro de 2017 a junho de 2023. Este período foi escolhido pelo fato de esse tipo de cirurgia ser realizado quinzenalmente no hospital, e levando em consideração que durante a pandemia de COVID-19, as cirurgias reconstrutoras tardias não puderam ser realizadas por orientação da Secretaria Municipal de Saúde. Portanto, o período permitiu um número suficiente de cirurgias para uma avaliação dos prontuários mais robusta pelos enfermeiros participantes.

Devido à característica da seleção não houve critérios de exclusão.

3.5 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Na PCA, a coleta de dados faz parte da Fase de Perscrutação. Com relação ao Guia do COFEN, a fase de conflitos de interesse se encaixa nesta fase do método, visto que neste momento precisam estar muito bem estabelecidos, para respaldo legal durante a pesquisa.

No que se refere à Coleta de Dados, foi realizado levantamento dos prontuários através do software utilizado no hospital, o Tasy® versão Delphi, através de relatórios gerados através de aplicação dos filtros de busca: Cirurgias – Realizadas por especialidade – Cirurgia Plástica – datas de início e término da busca.

Após relatórios gerados, foi realizada uma busca manual pelos códigos de procedimentos microcirúrgicos, uma vez que no período selecionado para busca, as cirurgias de reconstrução microcirúrgica geral e de mama tem o mesmo código no sistema (Reconstrução com retalho microcirúrgico (em Oncologia)). Os pacientes são classificados com número de prontuário e atendimento; para este estudo, foi utilizado o atendimento do paciente, visto que é relativo a uma internação específica, no caso,

o período pós-operatório imediato de microcirurgia de mama até o seu desfecho, sendo selecionados 25 atendimentos, referentes a 25 pacientes.

Em outro momento, também de maneira individual, foi realizado um treinamento sobre a CIPE® aos enfermeiros participantes, apresentação da lista de atendimentos das pacientes a ser consultada, bem como o instrumento de coleta de dados. O treinamento da CIPE® foi realizado pelo fato de a terminologia não ser a utilizada no local de estudo. O instrumento de coleta (APÊNDICE A) foi construído tendo como base a experiência profissional da pesquisadora, que é enfermeira do local de estudo, e do conteúdo abordado na literatura a respeito das principais características avaliadas nas reconstruções microcirúrgicas de mama, bem como suas principais complicações.

Além das dúvidas retiradas no momento do treinamento, a pesquisadora auxiliou os enfermeiros em um teste-piloto, utilizando os dados de um prontuário que não foi incluído na amostra, e se colocou disponível para esclarecimentos em qualquer momento durante o desenvolvimento da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada durante os plantões dos enfermeiros, momento em que tinham acesso ao sistema e podiam avaliar os prontuários que constavam na lista de atendimentos das pacientes entregue anteriormente.

A análise dos dados foi realizada de maneira simultânea à coleta de dados e se deu em etapas, ou seja, na medida que o material era entregue pelo participante, sequencialmente era realizada a análise pela pesquisadora. Como o próprio nome já diz, esse momento está incluso na Fase de Análise da PCA.

Na primeira etapa metodológica, os dados foram agrupados em planilha do Excel® e analisados, sendo eles: diagnóstico médico primário, registros da equipe de enfermagem sobre acompanhamento de pacientes no período pós-operatório imediato. Na segunda etapa metodológica, os enfermeiros participantes elaboraram, individualmente, uma lista de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para o cuidado às pacientes submetidas à reconstrução com retalho microcirúrgico de mama baseados na CIPE®. Em seguida, foi utilizada a ferramenta MappICNP para mapeamento dos termos. Ele foi desenvolvido a partir de técnicas de processamento de linguagem natural e tem como foco principal os conceitos primitivos da CIPE®, e é estruturado em duas fases (Ronnau *et al.*, 2019).

A primeira fase do mapeamento visa a normalização dos termos, em acentuação, letras minúsculas e remoção de caracteres especiais. Já a segunda fase do mapeamento possui seis regras que comparam termos de entrada e termos da CIPE®, descritos no Quadro 2:

Quadro 2 - Exemplos de resultados das regras do MappICNP. Curitiba, 2024

Regras	Exemplo da CIPE®
1. Comparação direta	Tronco – Tronco (10020180)
2. Derivação	Responsivo – Responsividade (10017091)
3. Lematização	Dores – Dor (10013950)
4. Sinônimos ortográficos	Higienizar – Limpar (10004444)
5. Termo específico	Acidose – Acidose metabólica (10032010)
6. Termo abrangente	Acesso intravenoso – Acesso (10000340)

Fonte: traduzido de Ronnau *et al.*, 2019.

Na terceira etapa metodológica, essa lista foi validada com o uso da técnica Delphi (Keeney; Hasson; McKenna, 2011) com enfermeiros participantes do estudo.

A técnica Delphi busca o consenso de um grupo de indivíduos, por meio de validações articuladas em rodadas. Esse consenso foi realizado por meio de três reuniões entre os enfermeiros, que avaliaram o conteúdo da lista e sua relevância para a construção do protocolo. O índice de 70% foi considerado como nível mínimo de consenso na etapa final. As reuniões foram registradas em ata por um enfermeiro participante da pesquisa, para organização de informações para análise, e tiveram duração de 1 hora para cada reunião.

A construção do protocolo se deu após o consenso com relação aos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Neste momento foram realizadas as etapas correspondentes à análise no Guia do COFEN, sendo elas a revisão e a validação pelos profissionais.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi indexado à Plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Liga Paranaense de Combate ao Câncer (LPCC), com aprovação sob CAAE 76921123.2.0000.0098 (ANEXO A).

O termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B) foi ofertado aos enfermeiros e a coleta de dados iniciou somente mediante a sua assinatura.

Em virtude da coleta de dados em prontuário, houve assinatura do termo de consentimento do uso de dados (APÊNDICE C) pelos pesquisadores responsáveis.

4 RESULTADOS

A coleta de dados dos prontuários pelos enfermeiros participantes, a partir do uso do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A) permitiu primeiramente descrever uma caracterização das pacientes submetidas a reconstruções microcirúrgicas de mama.

A média de idade das pacientes encontrada nos prontuários avaliados foi de 55 anos, sendo 40 anos a idade da paciente mais jovem, e 80 anos a paciente de maior idade.

As comorbidades das pacientes encontradas nos prontuários foram depressão (4), hipertensão arterial sistêmica (4), dislipidemia (2), hipotireoidismo (2), bipolaridade (2), lúpus eritematoso sistêmico (1), miastenia gravis (1), obesidade (1), diabetes mellitus tipo 2 (1).

Não houve preenchimento do campo “Alergias” e no campo “Diagnóstico primário” os registros da equipe durante o período de pós-operatório imediato trouxeram o “câncer/neoplasia de mama”, sem descrever o tipo de neoplasia.

Das 25 pacientes, 19 foram submetidas a tratamento adjuvante e seis realizaram tratamento neoadjuvante. Havia registro de realização de radioterapia em 14 pacientes e quimioterapia em 18 pacientes.

Apenas uma das microcirurgias foi reconstrução imediata, as outras 24 foram reconstruções tardias.

Quanto ao setor de internação após o procedimento, três pacientes necessitaram de cuidados intensivos no pós-operatório e 22 foram assistidas em ala cirúrgica.

Houve necessidade de reabordagem cirúrgica em quatro pacientes, sendo a principal causa a trombose venosa ou arterial da anastomose do retalho. Dessas reabordagens, o retalho foi salvo em um dos casos. Nas demais, foi necessária a realização do debridamento do retalho e reconstrução da mama utilizando outra técnica cirúrgica para fechamento do defeito.

Em um segundo momento, os dados coletados pelos enfermeiros através do instrumento de coleta de dados auxiliou na sugestão de termos para a construção dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem pelos enfermeiros

participantes, voltados ao público em questão, a saber, pacientes submetidas à reconstrução microcirúrgica de mama, conforme descritos nos itens a seguir.

4.1 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Foram elencados 44 termos para a construção de diagnósticos de enfermagem pelos enfermeiros participantes. Após agrupamento dos dados, percebeu-se a similaridade de alguns termos. Em seguida, através da ferramenta MappICNP, estabeleceram-se os resultados do Quadro 3.

Quadro 3 - Mapeamento de termos para construção de diagnósticos de enfermagem sugeridos pelos enfermeiros, através do MappICNP. Curitiba, 2024

Termos	Regra	Perc	ICNP code	ICNP term	ICNP eixo	ICNP versão
Risco de integridade da pele prejudicada	1	97,14285714	10015237	risco de integridade da pele, prejudicada	DE/RE	1
Risco de integridade da pele prejudicada	2	97,22222222	10015237	risco de integridade da pele, prejudicada	DE/RE	1
Risco de integridade da pele prejudicada	3	92,30769231	10015237	risco de integridade da pele, prejudicada	DE/RE	1
Risco de integridade da pele prejudicada	61	100	10010416	integridade	F	1
Risco de integridade da pele prejudicada	61	100	10018241	integridade da pele	F	1
Risco de integridade da pele prejudicada	61	90,90909091	10012938	prejudicado	J	1
Risco de integridade da pele prejudicada	61	100	10015007	risco	J	1
Risco de integridade da pele prejudicada	61	100	10018239	pele	L	1
Risco de queda	1	100	10015122	risco de queda	DE/RE	1
Dor aguda	1	90	10000454	dor, aguda	DE/RE	1
Dor aguda	2	90,90909091	10000454	dor, aguda	DE/RE	1
Dor aguda	61	100	10023130	dor	DE/RE	1,1
Dor aguda	61	100	10013950	dor	F	1
Constipação	1	100	10000567	constipação	DE/RE	1
Risco de sangramento	61	100	10003303	sangramento	F	1
Risco de sangramento	61	100	10015007	risco	J	1
Idoso frágil	61	100	10006604	idoso	C	1

Risco de infecção	1	100	10015133	risco de infecção	DE/RE	1
Risco de hemorragia	1	100	10017268	risco de hemorragia	DE/RE	1
Ansiedade	1	100	10000477	ansiedade	DE/RE	1
Risco de integridade da pele	61	100	10010416	integridade	F	1
Risco de integridade da pele	61	100	10018241	integridade da pele	F	1
Risco de integridade da pele	61	100	10015007	risco	J	1
Risco de integridade da pele	61	100	10018239	pele	L	1
Ingestão de líquidos diminuída	61	100	10006276	ingestão de líquidos	F	1
Ingestão de líquidos diminuída	61	100	10008015	ingestão de líquidos	F	1
Padrão alimentar prejudicado	61	100	10012938	prejudicado	J	1
Padrão alimentar prejudicado	61	100	10007786	alimentar	A	1
Sangramento	1	100	10003303	sangramento	F	1
Infecção	1	100	10023032	infecção	DE/RE	1,1
Autocuidado prejudicado (ou diminuído)	61	100	10017661	autocuidado	F	1
Autocuidado prejudicado (ou diminuído)	61	100	10012938	prejudicado	J	1
Integridade da pele prejudicada (ou comprometida)	61	100	10010416	integridade	F	1
Integridade da pele prejudicada (ou comprometida)	61	100	10018241	integridade da pele	F	1
Integridade da pele prejudicada (ou comprometida)	61	90,90909091	10012938	prejudicado	J	1
Integridade da pele prejudicada (ou comprometida)	61	100	10018239	pele	L	1
Risco de lesão	1	100	10015146	risco de lesão	DE/RE	1

Integridade tissular prejudicada	1	96,96969697	10001080	integridade tissular, prejudicada	DE/RE	1
Integridade tissular prejudicada	2	97,05882353	10001080	integridade tissular, prejudicada	DE/RE	1
Integridade tissular prejudicada	61	100	10028555	integridade tissular	DE/RE	2
Integridade tissular prejudicada	61	100	10003530	integridade tissular	F	1
Integridade tissular prejudicada	61	90,90909091	10012938	prejudicado	J	1
Distúrbio no padrão de sono	61	100	10041399	sono	F	1
Déficit do autocuidado	1	100	10023410	déficit de autocuidado	DE/RE	1,1
Integridade da pele	1	100	10018241	integridade da pele	F	1
Risco de dor	61	100	10023130	dor	DE/RE	1,1
Risco de dor	61	100	10013950	dor	F	1
Risco de dor	61	100	10015007	risco	J	1
Tosse	1	100	10047143	tosse	DE/RE	2017
Obstipação	0	0				
Dor	1	100	10023130	dor	DE/RE	1,1
Náusea	1	100	10000859	náusea	DE/RE	1
Mobilidade comprometida	0	0				
Dispneia	1	100	10029433	dispneia	DE/RE	2
Taquicardia	1	100	10027288	taquicardia	DE/RE	2
Risco de trombose venosa profunda	1	100	10027509	risco de trombose venosa profunda	DE/RE	2
Hemorragia	1	100	10008954	hemorragia	F	1
Vertigem postural	51	100	10045584	vertigem postural (tontura)	DE/RE	2015
Vertigem postural	51	100	10045681	vertigem postural (tontura), ausente	DE/RE	2015
Vertigem postural	51	100	10045917	obter dados sobre vertigem postural (tontura)	IE	2015
Vertigem postural	51	100	10006160	vertigem postural (tontura)	F	1
Vertigem postural	51	100	10045359	vertigem postural (tontura), ausente	F	2015
Eliminação urinária, prejudicada	61	100	10006720	eliminação	F	1
Eliminação urinária, prejudicada	61	90,90909091	10012938	prejudicado	J	1
Dreno	1	100	10006207	dreno	M	1
Infecção	1	100	10023032	infecção	DE/RE	1,1
Hipertermia	1	100	10000757	hipertermia	DE/RE	1

Tontura	0	0				
Desidratação	1	100	10041882	desidratação	DE/RE	2
Sonolência	1	100	10040141	sonolência	DE/RE	2013
Fraqueza	1	100	10022880	fraqueza	DE/RE	1,1
Obesidade	1	100	10013457	obesidade	F	1
Delírio hipoativo	61	100	10022091	delírio	DE/RE	1,1
Delírio hipoativo	61	100	10005692	delírio	F	1
Queda	1	100	10029405	queda	DE/RE	2
Flatulência	1	100	10007985	flatulência	F	1

Fonte: a autora, 2024.

Os termos “Obstipação”, “Tontura” e “Mobilidade comprometida” não tiveram correspondência com a CIPE®, portanto, excluídos. Os demais termos foram apresentados aos enfermeiros em uma reunião, em que foi realizada uma primeira rodada Delphi, na qual os enfermeiros optaram por manter apenas o diagnóstico “Dor, aguda”, e eliminar o diagnóstico “Dor”. Com relação aos diagnósticos “Infecção” e “Risco de Infecção”, o segundo diagnóstico foi mantido, sob a justificativa de que o risco é iminente aos pacientes no período pós-operatório, porém o primeiro só poderia ser considerado se houvesse a situação já instalada.

A opção por manter o DE “Sangramento” em detrimento do DE “Hemorragia”, foi justificada pela sua descrição na CIPE®, que tem como atributos perdas sanguíneas volumosas e rápidas.

O DE “Risco para integridade da pele, prejudicada” foi excluído. Os enfermeiros compreenderam que as pacientes, por terem sido submetidas a uma cirurgia complexa e extensa, se encaixavam melhor no DE “Integridade da Pele, Prejudicada”.

Embora tenha aparecido poucas vezes nos documentos analisados com as coletas de dados, os enfermeiros decidiram manter o termo “Náusea”. Os DE mantidos após a primeira rodada de Delphi estão representados no Quadro 4:

Quadro 4 - Diagnósticos de Enfermagem validados pelos enfermeiros. Curitiba, 2024

Termo utilizado pelos enfermeiros	Termo na CIPE®	Código
Risco de queda	Risco de queda	10015122
Dor, aguda	Dor, aguda	10000454
Constipação	Constipação	10000567
Risco de infecção	Risco de infecção	10015133
Sangramento	Sangramento	10003303
Ansiedade	Ansiedade	10000447
Autocuidado, prejudicado	Déficit do autocuidado	10023410
Integridade tissular, prejudicada	Integridade tissular, prejudicada	10001080
Náusea	Náusea	10000859
Risco de trombose venosa profunda	Risco de trombose venosa profunda	10027509

Mobilidade, prejudicada	Mobilidade, prejudicada	10001219
Integridade da pele, prejudicada	Integridade da pele, prejudicada	10001290
Padrão alimentar, prejudicado	Risco de ingestão de alimentos, insuficiente	10023021
Ingestão de líquidos, diminuída	Ingestão de líquidos, prejudicada	(10029873)
Fraqueza	Fraqueza	10022880
Sinal vital, alterado	Sinal vital, alterado	10050516

Fonte: a autora, 2024.

4.2 RESULTADOS DE ENFERMAGEM

Inicialmente, foram levantados foram 44 termos para a construção de resultados de enfermagem. Os termos resultantes do mapeamento encontram-se representada no Quadro 5.

Quadro 5 - Mapeamento de termos para construção de resultados de enfermagem sugeridos pelos enfermeiros, através do MapplCNP. Curitiba, 2024

Termos	Regra	Perc	ICNPcode	ICNPterm	ICNPaixo	ICNPVersao
Controle dos riscos	61	100	10005135	controle	F	1
Controle da dor	1	100	10025831	controle da dor	DE/RE	2
Não apresentou sangramento	61	100	10003303	sangramento	F	1
Alta hospitalar com orientações	61	100	10006000	alta	T	1
Ferida operatória sem complicações	61	100	10021178	ferida	F	1
Sinais vitais sem alterações significativas	0	0				
Sem sinais de sangramento	61	100	10003303	sangramento	F	1
Controle da ansiedade	61	100	10000477	ansiedade	DE/RE	1
Controle da ansiedade	61	100	10002429	ansiedade	F	1
Controle da ansiedade	61	100	10005135	controle	F	1
Sem sinais de hemorragia	61	100	10008954	hemorragia	F	1
Boa evolução da ferida operatória	61	100	10021178	ferida	F	1
Aumento da ingesta alimentar gradual	61	100	10007786	alimentar	A	1
Alta hospitalar com orientações	61	100	10006000	alta	T	1
Sem alterações em ferida operatória	61	100	10021178	ferida	F	1
Ingesta de alimentos gradual	63	100	10008089	alimento	M	1

Ferida operatória sem sinais de infecção	61	100	10023032	infecção	DE/RE	1,1
Ferida operatória sem sinais de infecção	61	100	10021178	ferida	F	1
Ferida operatória sem sinais de infecção	61	100	10010104	infecção	F	1
Queda ausente no internamento	61	100	10029405	queda	DE/RE	2
Queda ausente no internamento	61	100	10007512	queda	F	1
Queda ausente no internamento	61	100	10007520	queda	F	1
Ausência de sangramento	61	100	10003303	sangramento	F	1
Infecção ausente	1	94,11765	10028945	infecção, ausente	DE/RE	2
Infecção ausente	2	94,44444	10028945	infecção, ausente	DE/RE	2
Infecção ausente	61	100	10023032	infecção	DE/RE	1,1
Infecção ausente	61	100	10010104	infecção	F	1
Curativo limpo e seco	63	100	10006305	seca	F	1
Curativo limpo e seco	63	100	10004444	limpar	A	1
Boa recuperação do paciente	61	100	10016507	recuperação	F	1
Boa recuperação do paciente	61	100	10014132	paciente	C	1
Boa cicatrização	0	0				
Lesão ausente	1	92,85714	10028966	lesão, ausente	DE/RE	2
Lesão ausente	2	93,33333	10028966	lesão, ausente	DE/RE	2
Lesão ausente	61	100	10029936	lesão	DE/RE	3
Lesão ausente	51	100	10033594	lesão elétrica, ausente	DE/RE	3
Lesão ausente	51	100	10029374	lesão perioperatória, ausente	DE/RE	2
Lesão ausente	51	100	10033616	lesão por laser, ausente	DE/RE	3
Lesão ausente	51	100	10033628	lesão por posicionamento perioperatório, ausente	DE/RE	3
Lesão ausente	51	100	10038545	lesão por queda, ausente	DE/RE	2013
Lesão ausente	51	100	10033637	lesão por radiação, ausente	DE/RE	3
Lesão ausente	51	100	10033659	lesão por transferência, ausente	DE/RE	3
Lesão ausente	51	100	10033587	lesão química, ausente	DE/RE	3

Lesão ausente	51	100	10033644	lesão térmica, ausente	DE/RE	3
Lesão ausente	61	100	10010284	lesão	F	1
Lesão ausente	51	100	10034318	lesão elétrica, ausente	F	3
Lesão ausente	51	100	10029361	lesão perioperatória, ausente	F	2
Lesão ausente	51	100	10034325	lesão por laser, ausente	F	3
Lesão ausente	51	100	10034339	lesão por posicionamento perioperatório, ausente	F	3
Lesão ausente	51	100	10038532	lesão por queda, ausente	F	2013
Lesão ausente	51	100	10034341	lesão por radiação, ausente	F	3
Lesão ausente	51	100	10034360	lesão por transferência, ausente	F	3
Lesão ausente	51	100	10034302	lesão química, ausente	F	3
Lesão ausente	51	100	10034356	lesão térmica, ausente	F	3
Integridade da pele melhorada	61	100	10018239	pele	L	1
Sem alterações significativas	0	0				
Dor alterada	61	100	10023130	dor	DE/RE	1,1
Dor alterada	61	100	10013950	dor	F	1
Autocuidado melhorado	61	100	10017661	autocuidado	F	1
Autocuidado melhorado	61	100	10026692	melhorado	J	2
Dor melhorada (reduzida)	61	100	10023130	dor	DE/RE	1,1
Dor melhorada (reduzida)	61	100	10013950	dor	F	1
Constipação melhorada	61	100	10000567	constipação	DE/RE	1
Constipação melhorada	61	100	10004999	constipação	F	1
Hemorragia ausente	61	100	10008954	hemorragia	F	1
Obstipação diminuída	63	100	10005600	diminuir	A	1
Dor ausente	1	91,66667	10029008	dor, ausente	DE/RE	2
Dor ausente	2	92,30769	10029008	dor, ausente	DE/RE	2
Dor ausente	3	90,90909	10029008	dor, ausente	DE/RE	2
Dor ausente	61	100	10023130	dor	DE/RE	1,1
Dor ausente	61	100	10013950	dor	F	1
Náusea, melhorada	63	100	10026692	melhorado	J	2
Mobilidade melhorada	63	100	10026692	melhorado	J	2

Dispneia melhorada	61	100	10029433	dispneia	DE/RE	2
Dispneia melhorada	61	100	10006461	dispneia	F	1
Hemorragia controlada	61	100	10008954	hemorragia	F	1
Possibilidade de queda	61	100	10029405	queda	DE/RE	2
Possibilidade de queda	61	100	10007512	queda	F	1
Possibilidade de queda	61	100	10007520	queda	F	1
Constipação ausente	61	100	10000567	constipação	DE/RE	1
Constipação ausente	61	100	10004999	constipação	F	1
Sem lesão de pele	61	100	10029936	lesão	DE/RE	3
Sem lesão de pele	61	100	10010284	lesão	F	1
Sem lesão de pele	61	100	10018239	pele	L	1
Sem alteração de sinais e sintomas	63	100	10019368	sintoma	F	1
Hipertermia controlada	61	100	10000757	hipertermia	DE/RE	1
Hipertermia controlada	61	100	10009409	hipertermia	F	1
Tontura diminuída	63	100	10005600	diminuir	A	1
Desidratação solucionada	61	100	10041882	desidratação	DE/RE	2
Desidratação solucionada	61	100	10041876	desidratação	F	1
Tosse efetiva	61	100	10047143	tosse	DE/RE	2017
Tosse efetiva	61	100	10005249	tosse	F	1
Sonolência controlada	61	100	10040141	sonolência	DE/RE	2013
Sonolência controlada	61	100	10018512	sonolência	F	1
fraqueza melhorada	61	100	10022880	fraqueza	DE/RE	1,1
Fraqueza melhorada	61	100	10024897	fraqueza	F	1,1
Obesidade diminuída	61	100	10013457	obesidade	F	1
Delírio ausente	61	100	10022091	delírio	DE/RE	1,1
Delírio ausente	61	100	10005692	delírio	F	1
Ansiedade controlada	61	100	10000477	ansiedade	DE/RE	1
Ansiedade controlada	61	100	10002429	ansiedade	F	1
Flatulência presente	61	100	10007985	flatulência	F	1
Flatulência presente	61	100	10015581	presente	T	1
Eliminação urinária melhorada	61	100	10006720	eliminação	F	1

Vertigem postural diminuída	63	100	10005600	diminuir	A	1
Taquicardia diminuída	61	100	10027288	taquicardia	DE/RE	2
Taquicardia diminuída	61	100	10019415	taquicardia	F	1

Fonte: a autora, 2024.

Os termos “Sinais vitais sem alterações significativas”, “Boa cicatrização” e “Sem alterações significativas” não constam na CIPE®, portanto, foram excluídos. Foi realizada uma segunda rodada Delphi com os termos restantes, os enfermeiros optaram por manter 17 RE na construção do protocolo (QUADRO 6). Os RE “Infecção, ausente”, “Integridade da Pele, melhorada”, “Sangramento, ausente” e “Queda, ausente” foram considerados aplicáveis em todos os casos de reconstruções microcirúrgicas pelos enfermeiros participantes.

Quadro 6 - Resultados de enfermagem da CIPE® referentes aos diagnósticos de enfermagem sugeridos para o protocolo. Curitiba, 2024

Diagnósticos de enfermagem - CIPE®	Resultados de enfermagem - CIPE®
Risco de queda (10015122)	Queda, ausente (10034704)
Dor, aguda (10000454)	Dor, ausente (10029008)
Constipação (10000567)	Constipação, diminuída
Risco de função do sistema urinário, prejudicada (10045453)	Função do sistema urinário, eficaz (10028615)
Risco de infecção (10015133)	Infecção, ausente (10028945)
Sangramento (10003303)	Sangramento, ausente (10028806)
Ansiedade (10000447)	Ansiedade, reduzida (10027858)
Déficit do autocuidado (10023410)	Autocuidado, melhorado
Integridade dos tecidos, comprometida (10001080)	Integridade tissular, melhorada
Náusea (10000859)	Náusea, ausente (10028984)
Risco de trombose venosa profunda (10027509)	Trombose venosa profunda, ausente (10036406)
Mobilidade, prejudicada (10001219)	Mobilidade, melhorada
Integridade da pele, prejudicada (10001290)	Integridade da pele, melhorada (10028517)
Risco de ingestão de alimentos, insuficiente (10023021)	Ingestão de alimentos, melhorada (10047324)
Ingestão de líquidos, prejudicada (10029873)	Ingestão de líquidos, melhorada (10047330)
Fraqueza (10022880)	Fraqueza, ausente
Vertigem postural (tontura) (10045584)	Vertigem postural, ausente (10045681)

Fonte: a autora, 2024.

4.3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Os termos para construção das intervenções de enfermagem levantadas em primeiro momento foram 110. Os dados referentes ao mapeamento foram representados no Quadro 7.

Quadro 7 - Mapeamento de IE sugeridos pelos enfermeiros, através do MappICNP

Termos	Regra	Perc	ICNPcode	ICNPterm	ICNPaixo	ICNPVersao
Estimular deambulação	61	100	10018842	estimular	A	1
Auxiliar sobre ingestão de líquidos	61	100	10006276	ingestão de líquidos	F	1
Auxiliar sobre ingestão de líquidos	61	100	10008015	ingestão de líquidos	F	1
Auxiliar sobre ingestão de líquidos	61	100	10002850	auxiliar	A	1
Inspecionar ferida operatória	61	100	10021178	ferida	F	1
Inspecionar ferida operatória	61	100	10010348	inspecionar	A	1
Avaliar coloração da pele	61	100	10007066	avaliar	A	1
Avaliar coloração da pele	61	100	10018239	pele	L	1
Observar sinais de sangramento	61	100	10003303	sangramento	F	1
Observar sinais de sangramento	61	100	10013474	observar	A	1
Monitorar sinais vitais	1	100	10032113	monitorar sinais vitais	IE	3
Orientar paciente para sentar-se no leito alguns minutos antes de se levantar	61	100	10033126	orientar paciente	IE	3
Orientar paciente para sentar-se no leito alguns minutos antes de se levantar	61	100	10019502	orientar	A	1
Orientar paciente para sentar-se no leito alguns	61	100	10014132	paciente	C	1

minutos antes de se levantar						
Avaliar ferida operatória	61	100	10021178	ferida	F	1
Avaliar ferida operatória	61	100	10007066	avaliar	A	1
Monitorar portas de entrada para infecção	61	100	10023032	infecção	DE/RE	1,1
Monitorar portas de entrada para infecção	61	100	10010104	infecção	F	1
Monitorar portas de entrada para infecção	61	100	10012154	monitorar	A	1
Realizar trocas diárias dos curativos	63	100	10004162	trocar	A	1
Acionar serviço de psicologia	61	100	10017908	serviço	F	1
Proteger pele contra infecção	61	100	10023032	infecção	DE/RE	1,1
Proteger pele contra infecção	61	100	10010104	infecção	F	1
Proteger pele contra infecção	61	100	10015864	proteger	A	1
Proteger pele contra infecção	61	100	10018239	pele	L	1
Avaliar capacidade para aprendizagem do autocuidado	61	100	10011246	aprendizagem	F	1
Avaliar capacidade para aprendizagem do autocuidado	61	100	10017661	autocuidado	F	1
Avaliar capacidade para aprendizagem do autocuidado	61	100	10000034	capacidade	F	1
Avaliar capacidade para aprendizagem do autocuidado	61	100	10007066	avaliar	A	1
Orientar paciente e familiares da importância de estimular o autocuidado	61	100	10033126	orientar paciente	IE	3
Orientar paciente e familiares da importância de estimular o autocuidado	61	100	10017661	autocuidado	F	1

Orientar paciente e familiares da importância de estimular o autocuidado	61	100	10018842	estimular	A	1
Orientar paciente e familiares da importância de estimular o autocuidado	61	100	10019502	orientar	A	1
Orientar paciente e familiares da importância de estimular o autocuidado	61	100	10014132	paciente	C	1
Explicar importância e benefícios da ingestão alimentar adequada	61	100	10007786	alimentar	A	1
Explicar importância e benefícios da ingestão alimentar adequada	61	100	10007370	explicar	A	1
Estimular ingestão de líquidos frequente	61	100	10006276	ingestão de líquidos	F	1
Estimular ingestão de líquidos frequente	61	100	10008015	ingestão de líquidos	F	1
Estimular ingestão de líquidos frequente	61	100	10018842	estimular	A	1
Orientar paciente a monitorar características da eliminação urinária	61	100	10033126	orientar paciente	IE	3
Orientar paciente a monitorar características da eliminação urinária	61	93,33333	10004170	característica	F	1
Orientar paciente a	61	100	10006720	eliminação	F	1

monitorar características da eliminação urinária						
Orientar paciente a monitorar características da eliminação urinária	61	100	10012154	monitorar	A	1
Orientar paciente a monitorar características da eliminação urinária	61	100	10019502	orientar	A	1
Observar ferida operatória a cada troca de curativo	61	100	10021178	ferida	F	1
Observar ferida operatória a cada troca de curativo	61	100	10013474	observar	A	1
Realizar observação diária do curativo	0	0				
Avaliar secreção expelida	61	100	10017635	secreção	F	1
Avaliar secreção expelida	61	100	10007066	avaliar	A	1
Manter grades elevadas	61	100	10011504	manter	A	1
Inspecionar pontos de ferida operatória	61	100	10021178	ferida	F	1
Inspecionar pontos de ferida operatória	61	100	10010348	inspecionar	A	1
Monitorar exames laboratoriais	61	100	10012154	monitorar	A	1
Observar cicatrização da ferida	61	100	10021236	cicatrização de ferida	F	1
Observar cicatrização da ferida	61	100	10021178	ferida	F	1
Observar cicatrização da ferida	61	100	10013474	observar	A	1
Atentar-se para sinais vitais	0	0				
Avaliar sinais de infecção	61	100	10023032	infecção	DE/RE	1,1

Avaliar sinais de infecção	61	100	10010104	infecção	F	1
Avaliar sinais de infecção	61	100	10007066	avaliar	A	1
Oferecer apoio psicológico	61	100	10013636	oferecer	A	1
Observar sinais e sintomas	61	100	10013474	observar	A	1
Monitorização continua	63	100	10005064	continuidade	F	1
Monitorização continua	63	100	10005086	contínuo	T	1
Estimular saída do leito	61	100	10018842	estimular	A	1
Mudar decúbito 2/2h	0	0				
Sinais vitais a cada 2h	0	0				
Estimular ingesta alimentar	61	100	10007786	alimentar	A	1
Estimular ingesta alimentar	61	100	10018842	estimular	A	1
Medicar para dor	61	100	10023130	dor	DE/RE	1,1
Medicar para dor	61	100	10013950	dor	F	1
Avaliar (supervisionar) a pele	61	100	10007066	avaliar	A	1
Avaliar (supervisionar) a pele	61	100	10018239	pele	L	1
Verificar a pele a cada troca de curativo	61	100	10018239	pele	L	1
Manter curativo limpo e seco	61	100	10011504	manter	A	1
Controle medicamentoso da dor com	61	100	10025831	controle da dor	DE/RE	2
Controle medicamentoso da dor com	61	100	10023130	dor	DE/RE	1,1
Controle medicamentoso da dor com	61	100	10005135	controle	F	1
Controle medicamentoso da dor com	61	100	10005157	controle da dor	F	1
Controle medicamentoso da dor com	61	100	10013950	dor	F	1
Controle dos riscos	61	100	10005135	controle	F	1

Orientar sobre a importância do autocuidado	61	100	10045014	orientar sobre autocuidado	IE	2015
Orientar sobre a importância do autocuidado	61	100	10017661	autocuidado	F	1
Orientar sobre a importância do autocuidado	61	100	10019502	orientar	A	1
Obter dados sobre micção	1	100	10050164	obter dados sobre micção	IE	2017
Obter dados sobre secreção	61	100	10017635	secreção	F	1
Obter dados sobre secreção	61	100	10013572	obter	A	1
Obter dados sobre secreção	61	100	10002673	obter dados	A	1
Executar exame físico	61	100	10032258	exame físico	IE	3
Executar exame físico	61	100	10032243	exame físico	F	3
Executar exame físico	61	100	10014291	executar	A	1
Executar exame físico	61	100	10007241	exame	T	1
Esvaziar e contabilizar (quantificar) dreno de sutor	61	100	10006207	dreno	M	1
Realizar cuidados com dreno	61	100	10006207	dreno	M	1
Manter posição de Fowler no leito	61	100	10011504	manter	A	1
Manter posição de Fowler no leito	61	100	10014788	posição	L	1
Manter cabeceira elevada	61	100	10011504	manter	A	1
Orientar sobre necessidade de expectoração	61	100	10007362	expectoração	F	1
Orientar sobre necessidade de expectoração	61	100	10012495	necessidade	F	1
Orientar sobre necessidade de expectoração	61	100	10019502	orientar	A	1
Auxiliar pacientes nas atividades diárias	61	100	10002850	auxiliar	A	1
Lavar as mãos antes e depois	61	100	10044803	lavar o paciente	IE	2015

de manusear paciente						
Lavar as mãos antes e depois de manusear paciente	61	100	10020935	lavar	A	1
Lavar as mãos antes e depois de manusear paciente	61	100	10014132	paciente	C	1
Monitorar exames hematológicos	61	100	10012154	monitorar	A	1
Orientar cuidados com dreno	61	100	10019502	orientar	A	1
Orientar cuidados com dreno	61	100	10006207	dreno	M	1
Manter ambiente iluminado	61	100	10011504	manter	A	1
Orientar forma de levantar-se do leito para não forçar plicatura do abdome	61	100	10019502	orientar	A	1
Orientar forma de levantar-se do leito para não forçar plicatura do abdome	61	100	10000023	abdome	L	1
Usar modelador fechado até a altura do umbigo	61	100	10008912	altura	F	1
Manter hemoglobina >10mg/dl transfundir se necessário	61	100	10011504	manter	A	1
Avaliar uso de laxativos e emolientes fecais	61	100	10007066	avaliar	A	1
Incentivar ingestão de alimentos com fibras	61	100	10006517	ingestão de alimentos	F	1
Incentivar ingestão de alimentos com fibras	61	100	10008101	ingestão de alimentos	F	1
Avaliar dor utilizando escalas da instituição	61	100	10023130	dor	DE/RE	1,1

Avaliar dor utilizando escalas da instituição	61	100	10013950	dor	F	1
Avaliar dor utilizando escalas da instituição	61	100	10007066	avaliar	A	1
Avaliar dor quanto a localização, frequência e duração	61	100	10023130	dor	DE/RE	1,1
Avaliar dor quanto a localização, frequência e duração	61	100	10013950	dor	F	1
Avaliar dor quanto a localização, frequência e duração	61	100	10007066	avaliar	A	1
Avaliar dor quanto a localização, frequência e duração	61	100	10006379	duração	T	1
Avaliar dor quanto a localização, frequência e duração	61	100	10008234	frequência	T	1
Avaliar eficácia das medidas de controle da dor	61	100	10025831	controle da dor	DE/RE	2
Avaliar eficácia das medidas de controle da dor	61	100	10023130	dor	DE/RE	1,1
Avaliar eeficácia das medidas de controle da dor	61	100	10005135	controle	F	1
Avaliar eficácia das medidas de controle da dor	61	100	10005157	controle da dor	F	1
Avaliar eficácia das medidas de controle da dor	61	100	10013950	dor	F	1
Avaliar eficácia das medidas de controle da dor	61	100	10007066	avaliar	A	1
Encorajar paciente a fazer refeições pequenas e frequentes	61	100	10006823	encorajar	A	1

Encorajar paciente a fazer refeições pequenas e frequentes	61	100	10014132	paciente	C	1
Orientar mastigação lenta dos alimentos	61	100	10004250	mastigação	F	1
Orientar mastigação lenta dos alimentos	61	100	10019502	orientar	A	1
Orientar fracionamento das refeições	61	100	10019502	orientar	A	1
Manter paciente no leito por 3 dias	61	100	10011504	manter	A	1
Manter paciente no leito por 3 dias	61	100	10014132	paciente	C	1
Não elevar e abduzir membro inferior esquerdo	61	100	10006691	elevar	A	1
Não elevar e abduzir membro inferior esquerdo	61	100	10011440	inferior	L	1
Auxiliar na mobilidade no leito	61	100	10036508	auxiliar na mobilidade	IE	2013
Auxiliar na mobilidade no leito	61	100	10002850	auxiliar	A	1
Oferecer apoio a áreas edemaciadas com coxins se necessário	61	100	10013636	oferecer	A	1
Instruir paciente para evitar quedas	61	100	10003077	evitar	A	1
Instruir paciente para evitar quedas	61	100	10010376	instruir	A	1
Instruir paciente para evitar quedas	61	100	10014132	paciente	C	1
Não realizar curativo compressivo na mama	61	100	10003650	mama	L	1
Manter mamas aquecidas	61	100	10011504	manter	A	1
Manter cinta abdominal contínua	61	100	10011504	manter	A	1

Manter clexane, aas	61	100	10011504	manter	A	1
Manter antibiótico	61	100	10011504	manter	A	1
Manter antibiótico	61	100	10002383	antibiótico	M	1
Manter vigilância do retalho	61	100	10002144	vigilância	F	1
Manter vigilância do retalho	61	100	10011504	manter	A	1
Administrar oxigênio se necessário	61	100	10001773	administrar	A	1
Avaliar perfusão tissular	61	100	10019745	perfusão tissular	F	1
Avaliar perfusão tissular	61	100	10007066	avaliar	A	1
Verificar saturação de oxigênio	0	0				
Administrar analgésico	61	100	10001773	administrar	A	1
Administrar analgésico	61	100	10002279	analgésico	M	1
Contabilizar (quantificar) débito do dreno	61	100	10006207	dreno	M	1
Manter paciente aquecida	61	100	10011504	manter	A	1
Manter paciente aquecida	61	100	10014132	paciente	C	1
Manter cuidados com dreno	61	100	10011504	manter	A	1
Manter cuidados com dreno	61	100	10006207	dreno	M	1
Evitar compressão do retalho	61	100	10003077	evitar	A	1
Orientar massagem com gel de silicone	61	100	10019502	orientar	A	1
Avaliar distensão abdominal	61	100	10007066	avaliar	A	1
Orientar não realização da troca de curativo abdominal	61	100	10019502	orientar	A	1
Orientar a não comprimir mamas	61	100	10004877	comprimir	A	1
Orientar a não comprimir mamas	61	100	10019502	orientar	A	1
Orientar o uso do modelador	61	100	10019502	orientar	A	1

Monitorar a perfusão do retalho	61	100	10012154	monitorar	A	1
Manter enfaixamento abdominal	61	100	10011504	manter	A	1
Evitar hipotermia	61	100	10000761	hipotermia	DE/RE	1
Evitar hipotermia	61	100	10009547	hipotermia	F	1
Evitar hipotermia	61	100	10003077	evitar	A	1
Oferecer segurança a paciente	61	100	10032676	segurança	F	3
Oferecer segurança a paciente	61	100	10013636	oferecer	A	1
Oferecer segurança a paciente	61	100	10014132	paciente	C	1
Avaliar nível de consciência e mudanças de comportamento	61	100	10003217	comportamento	F	1
Avaliar nível de consciência e mudanças de comportamento	61	100	10004975	consciência	F	1
Avaliar nível de consciência e mudanças de comportamento	61	100	10007066	avaliar	A	1
Ensinar técnicas de relaxamento	63	100	10019525	técnica	M	1
Ensinar técnicas de relaxamento	63	100	10016700	técnica de relaxamento	M	1
Estimular que paciente relate sua ansiedade	61	100	10000477	ansiedade	DE/RE	1
Estimular que paciente relate sua ansiedade	61	100	10002429	ansiedade	F	1
Estimular que paciente relate sua ansiedade	61	100	10018842	estimular	A	1
Estimular que paciente relate sua ansiedade	61	100	10014132	paciente	C	1
Monitorar estado emocional da paciente	61	100	10018786	estado	J	1
Monitorar estado emocional da paciente	61	100	10012154	monitorar	A	1
Monitorar estado emocional da paciente	61	100	10014132	paciente	C	1

Incentivar prática de exercícios físicos assim que possível	63	100	10007315	exercício físico	F	1
Orientar quanto a necessidade de adquirir hábitos saudáveis	61	100	10012495	necessidade	F	1
Orientar quanto a necessidade de adquirir hábitos saudáveis	61	100	10019502	orientar	A	1
Manter controle nutricional	61	100	10005135	controle	F	1
Manter controle nutricional	61	100	10011504	manter	A	1
Avaliar nível de sonolência	61	100	10040141	sonolência	DE/RE	2013
Avaliar nível de sonolência	61	100	10018512	sonolência	F	1
Avaliar nível de sonolência	61	100	10007066	avaliar	A	1
Controlar administração e efeitos das medicações prescritas	61	100	10005142	controlar	A	1
Avaliar quanto a desidratação (sede, ressecamento de mucosas, perda de turgor cutâneo, pulsos periféricos diminuídos)	61	100	10041882	desidratação	DE/RE	2
avaliar quanto a desidratação (sede, ressecamento de mucosas perda de turgor cutâneo, pulsos periféricos diminuídos)	61	100	10041876	desidratação	F	1
Avaliar quanto a desidratação (sede, ressecamento de mucosas, perda de turgor cutâneo, pulsos	61	100	10007066	avaliar	A	1

periféricos diminuídos)						
Avaliar quanto a desidratação (sede, ressecamento de mucosas, perda de turgor cutâneo, pulsos periféricos diminuídos)	61	90,90909	10014386	periférico	L	1
monitorar balanço hídrico	61	100	10012154	monitorar	A	1
Controlar débito urinário continuamente	61	100	10005142	controlar	A	1
Colocar modelador sem incluir mamas	63	100	10003650	mama	L	1
Utilizar modelador para fixar curativo junto ao corpo por 30 dias	61	100	10003388	corpo	L	1
Ingerir 2 litros de água por dia obrigatoriamente	61	100	10020957	água	F	1
Ingerir 2 litros de água por dia obrigatoriamente	61	100	10005502	dia	T	1
Manter meia elástica	61	100	10011504	manter	A	1
Manter meia elástica	61	100	10006586	meia elástica	M	1
Aplicar nebacetin no umbigo nas trocas de curativo e manter com gaze enrolada	61	100	10002464	aplicar	A	1
Aplicar nebacetin no umbigo nas trocas de curativo e manter com gaze enrolada	61	100	10011504	manter	A	1
Manter ambiente arejado e fresco	61	100	10011504	manter	A	1

Fonte: a autora, 2024.

Após a realização do mapeamento dos dados, alguns termos foram excluídos, por não constarem na CIPE®, como “Realizar troca diária do curativo”, “Atentar-se

para sinais vitais”, “Mudar decúbito de 2/2h”, “Sinais vitais a cada 2h”, “Verificar saturação de oxigênio”.

Os enfermeiros participaram de uma terceira rodada Delphi, sendo mantidas nesta última reunião 29 IE para composição do protocolo, sendo que a IE “Auxiliar na marcha com uso de dispositivos” foi sugerida para 5 DE, “Auxiliar paciente na mobilidade” para 4 DE, “Monitorar resultado laboratorial” e “Relatar condição a equipe interprofissional” foram sugeridos para 3 DE, e as IE “Administrar medicação”, “Monitorar equilíbrio de líquidos”, “Cuidados com ferida”, “Trocar cobertura de ferida”, “Facilitar atividade de vida diária” e “Orientar deambulação foram sugeridos para 2 DE diferentes, conforme representado no Quadro 8.

Quadro 8 - Intervenções de Enfermagem baseadas na CIPE® para composição do protocolo. Curitiba, 2024.

Diagnósticos de enfermagem - CIPE®	Intervenções de enfermagem – CIPE®	Resultados de enfermagem - CIPE®
Risco de queda (10015122)	- Instruir pacientes para evitar quedas; - Prevenir quedas (elevar grades da cama)	Queda, ausente (10034704)
Dor, aguda (10000454)	- Avaliar resposta ao manejo (controle) da dor; - Administrar medicação; - Posicionar paciente (no leito); - Auxiliar paciente na mobilidade (na cama);	Dor, ausente (10029008)
Constipação (10000567)	- Tratar constipação; - Obter dados sobre a ingestão de alimentos; - Orientar sobre a ingestão de líquidos; - Relatar condição a equipe interprofissional (nutricionista, médico)	Constipação, melhorada
Risco de função do sistema urinário, prejudicada (10045453)	- Obter dados sobre condição urinária; - Monitorar Equilíbrio de Líquidos (ou Balanço Hídrico)	- Função do sistema urinário, eficaz (10028615)
Risco de infecção (10015133)	- Cuidados com ferida (operatória); - Trocar cobertura de ferida (ou curativo) - Monitorar sinais vitais; - Avaliar sinais e sintomas de infecção, após a cirurgia; - Monitorar resultado laboratorial; - Avaliar drenos.	Infecção, ausente (10028945)
Sangramento (10003303)	- Gerenciar sangramento; - Monitorar resultado laboratorial; - Relatar condição a equipe interprofissional (equipe cirúrgica)	Sangramento, ausente (10028806)
Ansiedade (10000447)	- Promover apoio emocional; - Orientar técnica de relaxamento; - Relatar condição a equipe interprofissional (psicologia);	Ansiedade, reduzida (10027858)

Déficit do autocuidado (10023410)	- Avaliar capacidade para executar o autocuidado; - Orientar sobre o autocuidado; - Auxiliar na mobilidade na cama; - Auxiliar na marcha (caminhada) com uso de dispositivos - Auxiliar a vestir-se (principalmente modelador pós-cirúrgico sem comprimir as mamas, e meias elásticas); - Facilitar a atividades de vida diária.	Autocuidado, melhorado
Integridade tissular, prejudicada (10001080)	- Avaliar perfusão tissular, após cirurgia; - Vigilância contínua do retalho de mama; - Monitorar resultado laboratorial	Integridade tissular, melhorada
Náusea (10000859)	- Gerenciar náusea; - Administrar medicação; - Obter dados sobre a náusea;	Náusea, ausente (10028984)
Risco de trombose venosa profunda (10027509)	- Orientar sobre técnica de deambulação; - Auxiliar na marcha (caminhada) com uso de dispositivos; - Administrar medicação; - Aplicar meias elásticas.	Trombose venosa profunda, ausente (10036406)
Mobilidade, prejudicada (10001219)	- Orientar sobre técnica de deambulação; - Auxiliar na mobilidade (na cama) - Auxiliar na marcha (caminhada) com uso de dispositivos; - Facilitar a atividades de vida diária.	Mobilidade, melhorada
Integridade da pele, prejudicada (10001290)	- Avaliar cicatrização de ferida (operatória); - Cuidados com ferida (operatória); - Trocar cobertura de ferida (ou curativo); - Monitorar integridade da pele;	Integridade da pele, melhorada (10028517)
Risco de ingestão de alimentos, insuficiente (10023021)	- Orientar sobre padrão de ingestão de alimentos; - Auxiliar paciente na ingestão de alimentos	Ingestão de alimentos, melhorada (10047324)
Ingestão de líquidos, prejudicada (10029873)	- Orientar sobre a ingestão de líquidos; - Monitorar Equilíbrio de Líquidos (ou Balanço Hídrico); - Auxiliar paciente na ingestão de líquidos;	Ingestão de líquidos, melhorada (10047330)
Fraqueza (10022880)	- Auxiliar na mobilidade (na cama) - Auxiliar na marcha (caminhada) com uso de dispositivos	Fraqueza, ausente
Vertigem postural (tontura) (10045584)	- Obter dados sobre vertigem postural (tontura) - Auxiliar na marcha (caminhada) com uso de dispositivos	Vertigem postural, ausente (10045681)

Fonte: a autora (2025).

5 DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO

Considerando que o período pós-operatório imediato nas reconstruções microcirúrgicas é o que necessita de maior atenção da equipe para garantir a viabilidade do retalho, a melhor maneira de levantar os problemas de enfermagem foi o contato com enfermeiros de prática.

Para a produção de conhecimento na área de reconstrução mamária, é necessário que, em todas as etapas do PE, o enfermeiro utilize de técnicas que o auxiliem a obter informações relevantes sobre as necessidades de saúde do paciente. Todas as etapas do PE devem estar documentadas de maneira formal no prontuário do paciente, conforme recomendação do COFEN (2024). Isso vem de encontro a um dos problemas trazido pelos enfermeiros durante a coleta de dados, visto que muitas informações relevantes sobre as pacientes não constavam no prontuário eletrônico.

Ter acesso a informações como, por exemplo, o fato de o paciente ser portador de comorbidades, e a que tratamentos foi submetido anteriormente, permite à equipe multidisciplinar definir a indicação mais segura da cirurgia, seus cuidados pós-operatórios, e a taxa de complicações aceitáveis. Isso vem de encontro com o abordado na literatura por Cosac *et al.* (2013), que, em uma análise de prontuários de pacientes submetidas a reconstruções de mama em um período de 10 anos, refere que a presença de comorbidades como tabagismo, obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial, hipotireoidismo, e a realização anterior de tratamentos para tratamento do câncer, como a radioterapia, são mais passíveis de complicações no período pós-operatório.

Claro Júnior *et al.* (2013) traz em seu estudo que houve uma diferença importante nas complicações de pacientes que não haviam realizado radioterapia submetidas a reconstruções tardias (33,3%), e as que realizaram radioterapia previamente e foram submetidas a reconstruções tardias (62,5%). Thiruchelvam *et al.* (2022) traz maior taxa de complicações nas reconstruções autólogas, como a necrose gordurosa, fibrose, contratura ou perda de volume do retalho, do que nas pacientes onde a radioterapia não foi realizada.

Portanto, conhecer comorbidades, tratamentos, alergias, uso de medicação destas pacientes é imprescindível, uma vez que o enfermeiro pode realizar através dessas informações, um melhor planejamento pós-operatório imediato. A avaliação do estado geral da paciente e de exames laboratoriais, que demonstram a presença de desequilíbrio hidroeletrólítico, necessidade de transfusão sanguínea ou outra terapia intravenosa são também fatores extremamente relevantes para uma boa recuperação pós-cirúrgica.

5.2 O USO DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES PARA COMPOSIÇÃO DO PROTOCOLO

A hospitalização de pacientes no período pós-operatório leva a alguns fatores importantes. O uso da Teoria de Afaf Ibrahim Meleis no contexto da reconstrução microcirúrgica de mama é considerado como uma base teórica forte para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem trazido neste estudo, visto que possui elementos mais aplicáveis, por apresentar-se mais concreta que grandes teorias (Brandão *et al.*, 2017).

É evidente que a esta teoria de médio alcance é versátil, e é capaz de explicar múltiplos períodos de transição (Zou *et al.*, 2023).

A Teoria as Transições vêm ao encontro do propósito deste estudo, visto que, através desta, surge o compromisso por parte do enfermeiro da construção de novos conhecimentos e tecnologia, promovendo melhorias e inovações na assistência, como por exemplo, a construção deste protocolo de cuidados (Rocha; Prado; Silva, 2012).

Em sua maioria, os DE/RE/IE sugeridos para compor o protocolo resultante deste estudo referiam-se à natureza de transição saúde-doença, conforme trazido por Meleis (2010), e em sua maioria, diziam respeito ao aspecto físico, embora aspectos psicológicos também tenham sido citados.

A percepção da natureza das transições neste estudo corrobora com o fato de que a construção de protocolos de cuidado que tenham a CIPE® como base permitem que as necessidades de públicos específicos sejam conhecidas por suas

particularidades, permitindo a apropriação de nomenclatura, conferindo visibilidade ao profissional, e acima de tudo, a segurança do paciente (Rodrigues *et al.*, 2022).

O uso da CIPE® deve ser estimulado tanto nas escolas de enfermagem, desde a formação dos profissionais, quanto em programas de pós-graduação, como abordado no estudo de Oliveira, Rocha e Bachion (2013), que refere maior resolutividade na prestação de cuidados e agilidade na realização dos registros através do uso desta terminologia. Clares, Guedes e Freitas (2020) trazem em seu estudo a importância da utilização da CIPE® em dissertações e teses, visto que reforçam a importância da terminologia não somente no ensino e pesquisa, mas também no gerenciamento e na assistência.

5.3 DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DA CIPE® PARA COMPOSIÇÃO DO PROTOCOLO

Em se tratando dos resultados levantados para a construção do protocolo, é essencial que os fatores físicos e psicológicos sejam considerados.

O uso de dispositivos como cateteres e drenos e a ferida operatória estão relacionados com o DE “Risco de Infecção” e são considerados os principais causadores dessa ocorrência, conforme trazido em um estudo realizado com pacientes internados em uma unidade de clínica-cirúrgica (Novaes; Torres; Oliva, 2015). O RE trazido no estudo anterior foi a redução do risco de infecção, o que reforça a sugestão de RE como “Infecção, ausente” pelos enfermeiros para o protocolo, através das IE propostas.

Diretamente relacionado ao DE anterior, “Integridade da pele, prejudicada” também foi trazido como prioritário pelos enfermeiros para compor o protocolo. Na literatura, autores como Bertencello *et al.* (2014), Novaes, Torres e Oliva (2015), Oliveira, Nóbrega e Andrade (2017), trazem este DE para pacientes cirúrgicos. Portanto, justifica-se o uso deste DE, com o intuito de alcançar o RE “Integridade da pele, melhorada”, através das intervenções sugeridas “Avaliar cicatrização de ferida (operatória)”; “Cuidados com ferida (operatória)”; “Trocar cobertura de ferida (ou curativo)”; “Monitorar integridade da pele”. As IE para este diagnóstico têm como objetivo evitar que o tecido já afetado no pós-operatório imediato tenha novas lesões,

e visa que os cuidados realizados ajudem no reparo do tecido, através de uma cicatrização adequada (Bertoncello *et al.*, 2014).

O DE “Risco para perfusão tissular, prejudicada” é de essencial atenção para o público deste estudo, podendo ser considerado como um diagnóstico prioritário no protocolo, uma vez que a identificação de alterações em seu padrão pode definir o salvamento ou a perda do retalho microcirúrgico. Alguns fatores são trazidos como causas para esse DE por Novaes, Torres e Oliva (2015), como a diminuição da atividade motora e falta de perfusão periférica adequada. Os autores também consideram a imobilização no leito como causas de lesão tissular, que não se encaixa como justificativa neste estudo, visto que as pacientes são independentes, mas pela extensão da cirurgia, necessitam de auxílio para a realização de suas atividades temporariamente. A avaliação da perfusão tissular do retalho deve ser feita de maneira clínica, ou contar com o auxílio de ferramentas que auxiliem na sua vigilância, sendo avaliadas coloração, temperatura, turgor, conforme as citadas por Kathri, Zang e Kale (2017).

“Vertigem postural” é um DE baseado em um sintoma amplo e pode ter diversas causas, como distúrbios vestibulares, mas pode também estar associada a alterações do sistema nervoso central. É uma integração entre equilíbrio, propriocepção e visão, permitindo uma postura estável (Nascimento *et al.*, 2023). No contexto da reconstrução microcirúrgica, o DE está diretamente relacionado ao DE “Fraqueza”,

O DE “Risco de queda”, em pacientes cirúrgicos, deve ser avaliado em todos os momentos da internação, especialmente no período pós-operatório, uma vez que o paciente pode estar ainda sobre efeitos de medicamentos, em uso de dispositivos, como drenos e cateteres, ou apresentando dor e integridade da pele prejudicada, o que reitera os achados deste estudo (Mata *et al.*, 2017).

Percebe-se que houve DE relacionados entre si. Um exemplo são os enunciados “Risco de Queda” e “Mobilidade, prejudicada”, “Déficit do autocuidado”.

Bertoncello *et al.* (2014) traz o déficit do autocuidado em cirurgias eletivas em três situações: para vestir-se, para higiene íntima e para banho. Em relação às IE, foram levantadas “facilitar a atividades de vida diária” e “auxiliar a vestir-se”, corroborando para o que foi trazido pelos autores. Bem como também foram sugeridas para o DE “Mobilidade, prejudicada”, visto que a extensão da cirurgia e o uso de

dispositivos podem ser os fatores responsáveis pela restrição da mobilidade das pacientes (Lara; Nogueira; Poveda, 2015).

Em um estudo com mulheres mastectomizadas, Primo *et al.* (2010) refere que a maioria das pacientes não possuía padrões alimentares e de ingestão de líquidos adequados. Percebe-se a continuidade neste padrão, visto que o público do presente estudo manteve esta falta de equilíbrio na alimentação e ingestão de líquidos mesmo após o tratamento antineoplásico. Os DE “Ingestão de líquidos, prejudicada” e “Risco de ingestão de alimentos, insuficiente” foi uma sugestão realizada pelos enfermeiros, podendo, também estar relacionado ao DE “Náusea” durante a internação no período pós-operatório.

A náusea foi trazida como uma das complicações mais frequentes desde a sala de recuperação pós-anestésica, em um estudo de Campos *et al.* (2018). O RE “Náusea, melhorada” pode ser alcançado através de IE como “Gerenciar náusea”; “Administrar medicação” e “Obter dados sobre a náusea”. Esses autores ainda trazem que os cuidados de enfermagem para esse DE dependem de protocolos específicos das instituições.

No período pós-operatório imediato, comumente há queixas de dor abdominal, desconforto geral, náuseas, inchaço e esforço para evacuar. A constipação pode aumentar a chance de internação prolongada e de complicações pós-operatórias, por esse motivo, o DE “Constipação” é um dos mais utilizados no contexto de cuidado cirúrgico. Nas pacientes submetidas a reconstruções microcirúrgicas, o uso de medicações, a internação hospitalar, a modificação nos hábitos alimentares e a dificuldade de mobilidade podem ser as principais causas da constipação. Sabe-se também, que as mulheres podem desenvolver constipação no pós-operatório de 2-3 vezes mais que os homens (Trads; Deutch; Pedersen, 2018).

É imprescindível a definição de IE adequadas ao DE “Risco de função do sistema urinário, prejudicada”, visto que conforme trazido por Brouwer *et al.* (2021), a retenção urinária é uma complicação conhecida e frequente dos pacientes que passam por anestesia, tanto raquidiana quanto geral. A distensão da bexiga pode trazer danos temporários e até mesmo permanentes, ao trato urinário.

O cateterismo vesical é considerado a solução para a distensão excessiva da bexiga, porém, considerado desconfortável pelos pacientes, e se não realizado de

maneira correta, pode causar infecção urinária e trauma uretral (Jackson *et al.*, 2019). Assistir as pacientes que passaram por uma cirurgia extensa como a reconstrução microcirúrgica de mama, e obter informações sobre sua condição urinária pode prevenir a realização de cateterismo sem necessidade, e prevenir efeitos adversos às pacientes (Brouwer *et al.*, 2021)

Na Cirurgia Plástica, devido a altas taxas de morbimortalidade, os casos de trombose e embolia são foco de maior cuidado. Paiva *et al.* (2013) afirma que o risco de TVP em hospitais pode ser de 15% a 40%, estando ainda associado a fatores agravantes no intraoperatório, como a restrição de movimentação, trauma tissular, hipovolemia, posicionamento cirúrgico, e a estase sanguínea. Trazem também, que grande parte das pacientes submetidas a cirurgias plásticas podem estar em uso de anticoncepcionais, devido à sua faixa etária, o que pode ser percebido neste estudo, visto que a média de idade das pacientes registradas em prontuário foi de 55 anos. O uso de anticoncepcionais, porém, não foi trazido como resultado, reafirmando a necessidade de melhorias nos registros dos pacientes.

O DE “Risco para trombose venosa profunda” tem IE voltadas à mobilidade da paciente, bem como a administração controlada de medicação para anticoagulação, que embora seja essencial no manejo das pacientes submetidas a cirurgias plásticas para prevenir eventos tromboembólicos, deve haver um cuidado com relação ao seu uso extensivo, visto que pode aumentar o risco de sangramento. Isso ratifica a importância do DE “Sangramento” trazido pelos enfermeiros para o protocolo, visto que as intervenções evitam o comprometimento da viabilidade do retalho, e até mesmo maiores complicações do estado geral da paciente e internações prolongadas (Biermann *et al.*, 2024).

O DE “Dor, aguda” é utilizado em outros cenários de assistência, como o exemplo trazido por Faria Filho *et al.* (2012), que retratou o uso desde DE em pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas. Os autores trazem em seu estudo a importância de a dor ser alvo da inquietação do enfermeiro, sendo que, além dos fatores que permitem a melhora ou não da dor, devem ser observadas as características de comportamento do indivíduo e os efeitos biológicos que possa causar. Em um estudo realizado por Teixeira *et al.* (2024), avaliou-se o impacto que a ansiedade e o medo no período pré-operatório de cirurgias eletivas influenciavam na

dor durante o período pós-operatório, corroborando para o que foi encontrado neste estudo, onde os DE “Dor, aguda” e “Ansiedade” estiveram diretamente relacionados.

“Ansiedade” é trazida como uma resposta psicológica advinda de ameaças inespecíficas e futuras, resultando em desconforto, preocupação e medo. O medo da dor, de complicações cirúrgicas, da mudança, da morte (Teixeira *et al.*, 2024), e o impacto emocional causado pelo tratamento oncológico realizado anteriormente à reconstrução foram fatores que influenciaram a sugestão deste DE pelos enfermeiros participantes.

Diante do exposto, compreende-se que o uso de protocolos baseados em terminologias padronizadas auxilia no conhecimento técnico e científico, instrumentalizando o profissional em sua prática. A partir disso, o enfermeiro pode oferecer um cuidado individualizado, através de um olhar sensível às necessidades da paciente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados alcançados neste estudo enfatizam a necessidade de unir a teoria e prática em todos os contextos de enfermagem. A participação dos enfermeiros colaborou de maneira imprescindível para a elaboração do protocolo, uma vez que já estavam familiarizados com as reconstruções, e trouxeram os focos de atenção de sua prática assistencial, enriquecendo o produto do estudo.

A Teoria de Meleis permitiu a compreensão da complexidade da transição da mulher que passou por um tratamento oncológico e uma cirurgia mutiladora, e, na sequência, a realização de uma reconstrução de mama complexa e extensa. Embora os focos de atenção trazidos pelos enfermeiros tenham sido predominantemente físicos, é importante levar em consideração toda a questão psicológica e emocional envolvidas neste processo, para oferecer cuidado integral à paciente.

O uso da CIPE® para a construção dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para este público demonstrou a importância do uso das terminologias padronizadas que, além de permitir a melhora da comunicação entre os profissionais, permite que a eficácia dos cuidados seja avaliada. Portanto, enfatiza-se a necessidade de educação permanente dos profissionais, especialmente com relação aos registros de enfermagem e terminologias padronizadas, uma vez que estes subsidiam a prática, e auxiliam inclusive na obtenção de bancos de dados, permitindo estudos futuros.

O produto desta dissertação, ou seja, o protocolo de enfermagem direcionado à paciente após a reconstrução microcirúrgica de mama traz grande contribuição na área, oferecendo segurança da paciente, prevenindo complicações e reinternações, instrumentalizando o enfermeiro e proporcionando visibilidade do profissional para que, através do PE e guiados por terminologia padronizada, possa nortear os cuidados.

Em relação ao ensino, o protocolo é uma ferramenta com potencial para facilitar a aprendizagem de novos profissionais. Além disso, possibilita o compartilhamento de conhecimentos sobre a atuação do enfermeiro no contexto da cirurgia plástica reparadora, podendo, inclusive, ser utilizado para educação continuada em serviços que realizam esse tipo de procedimento.

As limitações deste estudo estão relacionadas ao fato de a pesquisa ter sido realizada em um único local que realiza cirurgias de reconstrução microcirúrgica e contar com poucos participantes. Outro fator relevante a ser destacado é o número reduzido de estudos publicados por enfermeiros sobre essa temática. Isso pode ocorrer porque, muitas vezes, os enfermeiros da prática clínica não deixam explícito o uso de um referencial teórico que sustente suas ações, o que pode resultar em uma assistência pautada exclusivamente no modelo biomédico, gerando fragilidades no cuidado.

Sugere-se que o desenvolvimento de novos estudos seja realizado na área, fornecendo sustentação da prática de enfermagem, bem como para verificar a aplicabilidade deste protocolo em outros contextos em que sejam realizadas reconstruções com retalhos microcirúrgico, para aperfeiçoamento do cuidado.

REFERÊNCIAS

- ALVIM, N. A. T. Pesquisa convergente assistencial em enfermagem: possibilidades para inovações tecnológicas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 1-2, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/fYbcwhQSjzFd6RKFGNLR3Xq/>. Acesso em: 10 mar. 2024.
- BARRETO, J. J. *et al.* Registros de enfermagem e os desafios de sua execução na prática assistencial. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 23, n. 1, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/49755>. Acesso em: 12 ago. 2024.
- BIERMANN, N. *et al.* Evidence-Based Approaches to Anticoagulation in Reconstructive Microsurgery: A Systematic Literature Review. **Life**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 1-15, 2024. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2075-1729/14/1/82>. Acesso em: 16 nov. 2024.
- BRANDÃO, M. A. G. *et al.* Reflexões teóricas e metodológicas para a construção de teorias de médio alcance de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, [S. l.], v. 26, n. 4, p. e1420017, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/HQB9S33dgsLPgKgKSst6f5K/>. Acesso em: 15 fev. 2024.
- BRANDÃO, B. L. *et al.* Importância da cirurgia plástica para mulheres mastectomizadas e o papel do Sistema Único de Saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, [S. l.], v. 36, n. 4, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcp/a/BRBxNgFJ9jFDgDs743hc9v/?lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2024.
- BRASIL. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 16 abr. 2023.
- BROUWER, T. A. *et al.* Postoperative urinary retention: risk factors, bladder filling rate and time to catheterization: an observational study as part of a randomized controlled trial. **Perioperative Medicine**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 1-11, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13741-020-00167-z>. Acesso em: 16 fev. 2025.
- BRUM, M. L. B. *et al.* Protocolo de assistência de enfermagem a pessoas com feridas como instrumento para a autonomia profissional. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 1, p. 50-57, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15177>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- CAMPOS, M. P. de A. *et al.* Complicações na Sala de Recuperação Pós-anestésica: uma revisão integrativa. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 160-168, 2018.

Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/385>. Acesso em: 13 set. 2024.

CLARES, J. W. B.; GUEDES, M. V. C.; FREITAS, M. C. Construção de diagnósticos de enfermagem para pessoas com lesão medular em reabilitação. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 55, p. 1-7, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020038403750>. Acesso em: 26 ago. 2024.

CLARO JÚNIOR, F. *et al.* Complicações em reconstrução mamária total em pacientes mastectomizadas por câncer de mama: análise comparativa de longo prazo quanto a influência de técnica, tempo de cirurgia, momento da reconstrução e tratamento adjuvante. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 85-91, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcp/a/fLM433VbvhXTn8hr7c3GPCk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 nov. 2024

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n. 544, de 9 de maio de 2017. Revoga a Resolução 159/93. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, maio 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05442017_52029.html. Acesso em: 15 mai. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n. 736, de 17 de janeiro de 2024. Revoga a Resolução 358/09. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, jan. 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 15 mai. 2024.

COSAC, O. M. *et al.* Reconstruções mamárias: estudo retrospectivo de 10 anos. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, [S. l.], v. 28, n. 1, p. 59-64, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcp/a/skyhqmYbKRRrCqfzg3PSfsy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 jun. 2024

CUBAS, M. R.; SILVA, S. H.; ROSSO, M. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 186-94, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a23.htm>. Acesso em: 15 jun. 2023.

CUNHA, M. S. *et al.* Aplicação da microcirurgia no serviço de plástica da Universidade Federal da Bahia: análise dos resultados e complicações. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Salvador, v. 32, n. 6, p. 297-303, 2005. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/2185/1/v32n6a02.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2024.

CUZCO, C. *et al.* Teoría de las transiciones y empoderamiento: un marco para las intervenciones enfermeras durante la transición del paciente de la unidad de cuidados intensivos. **Enfermería Intensiva**, [S. l.], v. 34, n. 3, p. 138-147, 2022. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239922001122>. Acesso em: 26 ago. 2024.

DAHER, J. C. *et al.* Reconstruções mamárias: análise evolutiva das técnicas e estado da arte atual. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, [S. l.], v. 37, n. 2, p. 260-267. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcp/a/Wn6cjZnfHxfKRRBn83WLNpm/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2024.

FARIA FILHO, G. S. *et al.* Dor aguda: Julgamento clínico de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista Mineira de Enfermagem**, [S. l.], v. 16, n. 3, p. 400-409, 2012. Disponível em: <https://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v16n3/v16n3a12.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2024.

FENGLER, F. C.; MEDEIROS, C. R. G. Sistematização da assistência de enfermagem no período perioperatório: análise de registros. **Revista SOBECC**, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 50–57, 2020. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/517>. Acesso em: 10 mai. 2024.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. A terminologia CIPE® e a participação do centro CIPE® brasileiro em seu desenvolvimento e disseminação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, p. 142-150. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9CsMdXXZcjb3SZXdYfwypSk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 jul. 2024.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L.; CUBAS, M. R. CIPE®: uma linguagem padronizada para a prática profissional. In: GARCIA, T. R. (Org.). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®**: versão 2019/2020. Porto Alegre: Artmed, 2020.

GOMES, D. C. *et al.* Representation of Diagnosis and Nursing Interventions in OpenEHR Archetypes. **Applied Clinical Informatics Journal**, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 340-347. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33853142/>. Acesso em: 16 mar. 2024.

GOLDONI, B. *et al.* Reconstrução de mama utilizando retalho perforante da artéria epigástrica inferior (DIEP flap): revisão de literatura e relato de caso. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 43, p. 104-107, 2014. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1349.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2023.

HUA, W. *et al.* 'It turned my life upside down': Parents' emotional experience of the transition with their preterm infant from birth to discharge Home – A qualitative study. **Australian Critical Care**, [S. l.], v. 36, n. 5, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36464525/>. Acesso em: 18 ago. 2024.

HUA, W. *et al.* Understanding preparation for preterm infant discharge from parents' and healthcare providers' perspectives: Challenges and opportunities. **Journal of**

Advanced Nursing, [S. l.], v. 77, n. 3, p. 1379–1390, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.14676#>. Acesso em: 16 jul. 2025.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. **ISO 18104**: Health informatics — Categorial structures for representation of nursing practice in terminological systems. Geneva: ISO, 2023. 35 p.

JACKSON, J. *et al.* Systematic review of interventions for the prevention and treatment of postoperative urinary retention. **BJS Open**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 11–23, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30734011/>. Acesso em: 17 ago. 2024

JEONG, W.; LEE, S.; KIM, J. Meta-analysis of flap perfusion and donor site complications for breast reconstruction using pedicled versus free TRAM and DIEP flaps. **The Breast**, [S. l.], v. 38, p. 45-51, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29227815/>. Acesso em: 20 jul. 2024.

KATHRI, N.; ZHANG, S.; KALE, S. S. Current techniques for postoperative monitoring of microvascular free flaps. **Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing**, [S. l.], v. 44, n. 2, p. 148-152, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28267121/>. Acesso em: 17 jul. 2023.

KEENEY, S.; HASSON, F.; MCKENNA, H. **The Delphi technique in nursing and health research**. Oxford: Wiley-Blackwell, 2011.

LARA, B. F.; NOGUEIRA, P. C.; POVEDA, V. B. Diagnósticos de Enfermagem no Pós-operatório imediato de cirurgia de troca de válvula. **Revista de Enfermagem da UFSM**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 700-711. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/25716>. Acesso em: 17 nov. 2024.

LEANDRO, T. A. *et al.* Development of middle-range theories in Nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 73, n. 1, p. 1-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/8JHLTcQjYy6SzcRYf5yTHRs/>. Acesso em: 17 jul. 2024.

LINDMARK, U. *et al.* The use of the concept of transition in different disciplines within health and social welfare: An integrative literature review. **Nursing Open**, [S. l.], v. 6, n. 3, p. 664-675, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31367388/>. Acesso em: 17 fev. 2025.

MARCONDES, C. A; PESSOA, S. G. P.; PESSOA, B. B. G. Reconstruções cirúrgicas em pacientes pediátricos: uma série de 12 casos. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 361-367, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcp/a/YpVYCNX3v6hr45FBXrW7DJM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2024.

MARIN, H. F.; PERES, H. H. C.; DAL SASSO, G. T. M. Análise da estrutura categorial da Norma ISO 18104 na documentação em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 299-306. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/hM7wBsSGZJMyZmTxQSLZ6Dr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 ago. 2023.

MATA, L. R. F. *et al.* Fatores associados ao risco de queda em adultos no pós-operatório: estudo transversal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/k9qmnVvLZDmQ6G8s3vHDdQN/>. Acesso em: 15 ago. 2024

MELEIS, A. I. **Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice**. New York: Springer Publishing Company, 2010.

MORETTO, E. F. S. A experiência de conduzir uma pesquisa convergente-assistencial com um grupo de enfermeiros. *In*: TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa e assistência: experiências com grupos de estudo na enfermagem**. Curitiba: Champagnat, 2003. p. 215-225.

NASCIMENTO, T. R. *et al.* Fisiopatologia da vertigem e fatores de risco associados: uma revisão bibliográfica. **Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 27, n. 128, p. 2023. Disponível em: <https://revistaft.com.br/fisiopatologia-da-vertigem-e-fatores-de-risco-associados-uma-revisao-bibliografica/>. Acesso em: 26 ago. 2024.

NOGUEIRA, L. W. *et al.* Scientific evidence in advanced care nursing consultation and the use of standardized terminologies. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 15, p. e-12156, 2023. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/12156>. Acesso em: 16 mai. 2024.

NOVAES, E. S.; TORRES, M. M.; OLIVA, A. P. V. Diagnósticos de Enfermagem em clínica cirúrgica. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S. l.], v. 28, n. 1, p. 26-31, jan. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/98c3ycrZcTxzMkDyXFGCBXg/abstract/?lang=en>. Acesso em: 13 fev. 2024.

OLIVEIRA, D. A. L. *et al.* Os impactos da mastectomia na vida da mulher com câncer de mama. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, [S. l.], v. 7, p. 1-9, jan. 2022. Disponível em: <https://portal.amelica.org/ameli/journal/613/6133168005/6133168005.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2024.

OLIVEIRA, D. M. N.; NÓBREGA, M. M. L.; ANDRADE, L. L de. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. **Revista de enfermagem UFPE on-line**, Recife, v. 11, n. 11, p. 4455-62, nov. 2017. Disponível em:

https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/download/23493/pdf_1/72597. Acesso em: 30 mar. 2024.

OLIVEIRA, M. D. S.; ROCHA, B. S.; BACHION, M. M. Desafios para a introdução da CIPE® no ensino de Saúde Coletiva: Relato de Experiência. **Enfermagem em Foco**, v. 4, n. 1, p. 7-10, 2013. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/493/183>. Acesso em: 16 fev. 2024

ONO, M. C. C. *et al.* Escolha do vaso receptor em reconstrução de mama microcirúrgica. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 227-235, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcp/a/3zKmmHPsmbNNnNJwYP6rXkn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2023.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **ICN e SNOMED assinam acordo inovador para a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE®)**. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/>. Acesso em: 28 mar. 2023.

PAIVA, R. A. *et al.* Protocolo de prevenção de tromboembolismo venoso no Instituto Ivo Pitanguy: eficácia e segurança em 1351 pacientes. **Revista Brasileira Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 3-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcp/a/sSDy4YKs88ZJrxrX6FjB5pj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 ago. 2024

PAREDES, C. G. *et al.* Complicações em reconstrução de mama com retalho pediculado do músculo reto abdominal transverso. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 552-555, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcp/a/xXDzT6v6pMnPcgpcGcbZQHh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2024.

PIMENTA, C. A. M. *et al.* **Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo: COREN-SP, 2015.

PIVOTO, F. L. *et al.* Pesquisa convergente-assistencial: revisão integrativa de produções científicas da enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 843-849, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000300034>. Acesso em: 15 mar. 2023.

PORTINHO, C. P. *et al.* Reconstrução cirúrgica em cabeça e pescoço: análise retrospectiva de 60 retalhos livres. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 434-443, 2013. Disponível em: <http://www.rbcp.org.br/details/1423/pt-BR/reconstrucao-microcirurgica-em-cabeca-e-pescoco--analise-retrospectiva-de-60-retalhos-livres>. Acesso em: 15 mar. 2023.

PORTINHO, C. P. *et al.* Reconstrução microcirúrgica de mandíbula com retalho livre de fíbula. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 59, n. 1, p. 39-54, 2015. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/rbcp/a/yszQjYw6RV8xS6fQkQxbFTz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2023.

PRIMO, C. C. *et al.* Subconjunto terminológico da CIPE® para assistência à mulher e à criança em processo de amamentação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, e2017-0010, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/cnHJZqnN5W9d576F3JpT5gd/>. Acesso em: 18 mar. 2023.

REISINHO, M. C.; GOMES, B. Portuguese adolescents with cystic fibrosis and their parentes: An intervention proposal for nursing clinical practice. **Journal of Pediatric Nursing**, [S. l.], v. 66, p. e130-e135, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34953662/>. Acesso em: 22 mai. 2023.

ROCHA, P. K.; PRADO, M. L.; SILVA, D. M. G. V. Pesquisa Convergente Assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 1019-25, nov. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/PsjbdtvKmHH3cBsxyvNnv3t/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 mai. 2023.

RODRIGUES, J. A. P. *et al.* Use of the International Classification for Nursing Practice in the construction of a care protocol. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 75, n. 4, p. e20210488, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0488>. Acesso em: 23 mai. 2023.

RONNAU, L. B. *et al.* Automatic Mapping Between Brazilian Portuguese Clinical Terms and International Classification for Nursing Practice. **Studies in Health Technology and Informatics**, [S. l.], v. 264, p. 1552-1553, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31438227/>. Acesso em: 15 fev. 2023.

SALIBIAN, A. A.; PATEL, K. M. Microsurgery in oncoplastic breast reconstruction. **Gland Surgery**, [S. l.], v. 12, n. 4, p. 527-534, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37200929/>. Acesso em: 15 mar. 2024.

SANTOS, R. S.; JANINI, J. P.; OLIVEIRA, H. M. S. Amamentação de crianças com fendas orais. **Escola Anna Nery**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 1-7, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/zTDqLcH3j6hHHkvJ7wPVgch/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 ago. 2024.

SILVA, C. F. T. *et al.* The care offered by nurses to elders with coronary artery disease from the perspective of Transitions Theory. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 74, p. e20200992, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0992>. Acesso em: 12 jul. 2024.

TEIXEIRA, G. L. *et al.* Efeitos mediadores do medo e ansiedade pré-operatórios na intensidade da dor pós-operatória. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S. l.], v. 37, p. 1-

8, 2024. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ape/a/6NrTcz8py47mQXL9m4PrQhG/abstract/?lang=pt>.

Acesso em: 03 ago. 2024.

THIRUCHELVAM, P.T.R., *et al.* Primary radiotherapy and deep inferior epigastric perforator flap reconstruction for patients with breast cancer (PRADA): a multicentre, prospective, non-randomised, feasibility study. **Lancet Oncol.** 2022;23:682-690. doi: 10.1016/S1470-2045(22)00145-0. Acesso em 15 fev. 2025

TRADS, M.; DEUTCH, S. R.; PEDERSEN, P. U. Supporting patients in reducing postoperative constipation: fundamental nursing care - a quasi-experimental study. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, [S. l.], v. 32, n. 2, p. 824-832, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28881476/>. Acesso em: 18 fev. 2024.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem.** 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA D. M. G. V. O método da Pesquisa Convergente Assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, [S. l.], v. 26, n. 4, p. e1450017, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/X9TWwnJNhnqh95tgVqMF8sG/>. Acesso em: 19 fev. 2024.

TRENTINI, M. *et al.* Convergent care research and its qualification as scientific research. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 74, n. 1, p. e20190657, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/yZ9CcTP6mN6VWXpqKdk6f3p/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 fev. 2024.

VAN SELL, S. L. *et al.* Interpreting Nursing Metatheory through Complexity Integration Nursing Theory: A Scoping Review. **International Journal of Nursing & Clinical Practices**, [S. l.], v. 4, p. 1-8, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317143556_Interpreting_Nursing_Metatheory_through_Complexity_Integration_Nursing_Theory_A_Scoping_Review. Acesso em: 24 jun. 2024.

VILLAR, V. C. F. L.; DUARTE, S. da C. M.; MARTINS, M. Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 36, n. 12, p. 1-21, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00223019>. Acesso em: 22 out. 2024

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International Classification for Nursing Practice.** Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/other-classifications/international-classification-for-nursing-practice>. Acesso em: 16 abr. 2023.

YUEH, J. H. *et al.* Patient satisfaction in postmastectomy breast reconstruction: a comparative evaluation of DIEP, TRAM, latissimus flap, and implant techniques. **Plastic and Reconstructive Surgery**, [S. l.], v. 125, n. 6, p. 1585-95, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20517080/>. Acesso em: 14 ago 2025.

ZOU, P. *et al.* Midlife transition experience of South Asian immigrant women in Canada: A qualitative exploration. **Canadian Journal of Nursing Research**, [S. l.], v. 55, n. 3, p. 305-318, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36775893/>. Acesso em: 02 ago. 2024.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO

Iniciais:

Idade:

Setor de internação:

HISTÓRICO PESSOAL E FAMILIAR

Diagnóstico primário:

Histórico familiar de câncer:

Comorbidades? ☐ Não ☐ Sim, qual(is):

Alergias: ☐ Não ☐ Sim, qual(is):

Medicações em uso:

Observações:

Tratamentos utilizados:

☐ Quimioterapia

☐ Adjuvante

☐ Radioterapia

☐ Neoadjuvante

☐ Imunoterapia

Procedimento cirúrgico realizado:

Data do procedimento: ____/____/____

Reconstrução microcirúrgica:

☐ Imediata

☐ tardia

Data da reconstrução: ____/____/____

Características do retalho:

Coloração:

☐ Sem alterações ☐ Arroxeadado ☐ Pálido

Temperatura:

☐ Sem alterações ☐ temperatura aumentada ☐ temperatura diminuída

Turgor

☐ Sem alterações ☐ turgor aumentado ☐ turgor diminuído

Tamanho

☐ Sem alterações ☐ tamanho aumentado ☐ tamanho diminuído

Enchimento capilar à escarificação

☐ Sangramento arterial ☐ Sangramento venoso ☐ Ausente

Características da área doadora

☐ Sem alterações ☐ Deiscência ☐ Herniação

☐ Hematoma ☐ Seroma

Necessidade de reintervenção
cirúrgica:

☐ Sim

☐ Não

Data de reintervenção:
 ____/____/____

Diagnósticos de enfermagem sugeridos pelo participante:

Intervenção de enfermagem sugeridas:

Resultados de Enfermagem

Data da coleta de dados:

Desfecho do paciente:

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO– ENFERMEIROS

“PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO DE PACIENTE ONCOLÓGICA NO PÓS-OPERATÓRIO DE RECONSTRUÇÃO DE MAMA COM RETALHO MICROCIRÚRGICO”

Informações ao participante

Você está sendo convidado (a) para participar voluntariamente do estudo acima citado. Antes de concordar em participar, é importante que entenda os objetivos deste estudo, bem como das possibilidades de riscos e benefícios, e esclareça todas as suas dúvidas. Caso aceite participar deste estudo, será necessário que o(a) senhor (a) e o pesquisador assinem duas vias deste documento. A decisão de fazer parte do estudo é **voluntária** e o (a) senhor (a), pode recusar ou retirar-se do estudo a qualquer momento sem nenhum tipo de consequência.

Quais os objetivos deste estudo?

Este estudo tem como objetivos a construção de um protocolo de enfermagem para cuidados aos pacientes submetidos à reconstrução microcirúrgica, bem como a identificação e validação de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem baseados na CIPE®. Acreditamos que este estudo seja relevante, pois a criação de um protocolo de enfermagem para o cuidado a esses pacientes visa diminuir ou evitar complicações dos retalhos microcirúrgicos, além de possibilitar a reabordagem cirúrgica em tempo hábil, quando necessário.

Participação no estudo

A sua participação no referido estudo ocorrerá no Hospital Erasto Gaertner, por meio do seu processo de trabalho, no desenvolvimento do Processo de Enfermagem. A observação será feita pela pesquisadora principal, mediante a sua autorização, utilizará um instrumento elaborado tipo *checklist* voltado aos diagnósticos, resultados

e intervenções de enfermagem relacionados no cuidado ao paciente submetido à reconstrução microcirúrgica.

Riscos e benefícios

Você está sendo alertado de que, da pesquisa a se realizar, não terão benefícios diretos, entretanto, os benefícios para a ciência são o desenvolvimento, validação e disseminação de uma linguagem padronizada da enfermagem, a CIPE®. Bem como, também que é possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos em sua participação, tais como: desconforto durante as reuniões para consenso dos diagnósticos, resultados e intervenções da CIPE® para as pacientes submetidas à reconstrução microcirúrgica de mama. Para minimizar tais riscos, nós pesquisadores tomaremos as seguintes medidas: explicação prévia detalhada sobre a pesquisa e seu protocolo, e pela possibilidade de recusa da participação nas reuniões. No caso de recusa, não ocorrerá nenhuma sanção.

Sigilo e privacidade

Nós pesquisadores garantiremos a você que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, lhe identificar, será mantido em sigilo. Nós pesquisadores nos responsabilizaremos pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição de informação em qualquer formato que possa indicar sua identidade.

Autonomia

Nós lhe asseguramos assistência durante toda pesquisa, bem como garantiremos seu livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois de sua participação. Também informamos que você pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo.

Ressarcimento e indenização

No entanto, caso tenha qualquer despesa ou dano decorrente da participação nesta pesquisa, tais como transporte, alimentação entre outros, haverá ressarcimento dos valores gastos, conforme determina a lei, na forma seguinte: ressarcimento será mediante depósito em conta corrente.

Contato

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Dr^a Marcia Regina Cubas, professora na Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR e Larissa Sydor Victor, mestranda na Pontifícia Universidade Católica do Paraná e com elas você poderá manter contato pelos telefones (41) 99207-9688 (Marcia), (41)998734-5686 (Larissa) e/ou através de seus respectivos e-mails m.cubas@pucpr.br (Marcia), larissa_sydor@hotmail.com(Larissa).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da LPCC (CEP) pelo telefone (41) 3361-5271 entre segunda e sexta-feira das 08h00 às 12h00 e das 13h00 às 17h00 ou pelo e-mail cep@erastogaertner.com.br

Declaração

Acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Protocolo de enfermagem para o cuidado de paciente oncológica no pós-operatório de reconstrução de mama com retalho microcirúrgico”. Eu discuti com a equipe do estudo sobre a minha decisão em participar dessa pesquisa. Ficaram claros quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar, deste

estudo e poderei retirar o consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Nome completo do participante da pesquisa

Assinatura do participante da pesquisa

Data: ____/____/____

Nome completo e legível do pesquisador responsável pela aplicação do TCLE

Assinatura do pesquisador responsável pela aplicação do TCLE

Data: ____/____/____

APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

1

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Nós, pesquisadores envolvidos nesse projeto de título "Protocolo de enfermagem para o cuidado de paciente oncológica no pós-operatório de reconstrução de mama com retalho microcirúrgico" nos comprometemos a manter a confidencialidade dos dados coletados no sistema de protocolo eletrônico de um hospital oncológico no município de Curitiba, bem como a privacidade de seus conteúdos, conforme preconizados pelos documentos internacionais e as resoluções 466/12 e 510/16 do conselho nacional de saúde.

Os dados coletados são referentes aos registros do Processo de Enfermagem desenvolvidos entre 01 de janeiro de 2017 a 30 de junho de 2023.

Curitiba, 27 de novembro de 2023.

Envolvidos na coleta e manipulação dos dados:

Nome completo	CPF	Assinatura
Larissa Sydor Victor	044.126.419-02	
Marcia Regina Cubas	654 458 219-00	

APÊNDICE D – PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

PROTOCOLO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM DE PACIENTE ONCOLÓGICA NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE RECONSTRUÇÃO DE MAMA COM RETALHO MICROCIRÚRGICO

1 FINALIDADE

Identificar os focos de cuidado da enfermagem a pacientes submetidas a reconstrução de mama com retalho microcirúrgico, bem como elencar os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e para prevenção da inviabilização de retalhos, possibilitando a reabordagem em tempo hábil, quando necessário.

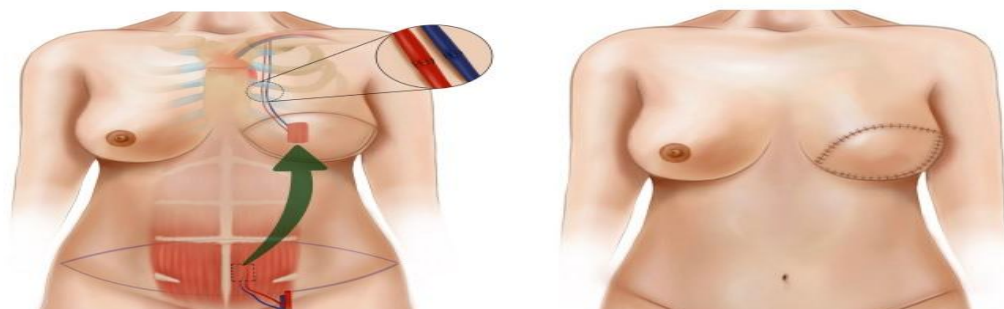
2 ABRANGÊNCIA

Pacientes internadas nas unidades de terapia intensiva (UTI) e alas cirúrgicas, que se enquadrem nos critérios do protocolo (item 4.1).

3 DEFINIÇÕES

A técnica de reconstrução microcirúrgica consiste na interrupção temporária da circulação da área doadora, com a transferência desse retalho para um local distante. Sequencialmente, há o restabelecimento da circulação pela anastomose dos vasos do retalho (perfurantes) com uma artéria e veia no local receptor, como pode-se observar na Figura 1.

Figura 1 – Reconstrução com *Muscle Sparing Transverse Rectus Abdominis Muscle* (MS-TRAM)



Fonte: Hospital Erasto Gaertner, 2023.

No período pós-operatório desta cirurgia, vários fatores devem ser avaliados durante a internação, a cada 30 a 60 minutos, no período de 72 horas, que é considerado um período crítico. Isso se deve ao fato que nos três primeiros dias do pós-operatório os eventos isquêmicos podem potencialmente levar ao desenvolvimento de necrose gordurosa, necrose parcial ou total do retalho (Jeong, Lee e Kim, 2018), e sua realização em períodos menores pode minimizar o tempo entre a oclusão vascular e a reabordagem cirúrgica, que deverá ser feita com o intuito de seu salvamento (Kathri; Zhang; Kale, 2017). Com relação à área doadora, as complicações podem ser hematoma, seroma e deiscência de sutura e, quando utilizada a musculatura abdominal para a reconstrução, pode haver fraqueza da parede do abdome e herniações locais (Paredes *et al.*, 2012) (Jeong, Lee e Kim, 2018).

A avaliação dos retalhos é clínica, e deve ser realizada tanto pela equipe médica quanto pela equipe de enfermagem, considerando os itens do Quadro 1:

Quadro 1 – Avaliação física para avaliação diferencial de oclusão arterial venosa e congestão venosa

Característica	Oclusão arterial	Oclusão venosa
Coloração do retalho	Pálido, manchado	Escuro, arroxeado, cianótico
Temperatura	Frio (3°C de mudança da temperatura basal)	Frio (1°-2°C de mudança da temperatura basal)
Refluxo capilar	Lento ou nenhum	Muito rápido
Turgor do tecido	Macio e plano	Tenso e endurecido
Pinprick test – escarificação do tecido	Sangue escuro e escasso ou seroma	Sangue escuro e rápido
Sinal de doppler	Ausência de sinal arterial de doppler	Ausência de sinal venoso de doppler, “sinal de aríete” de sinais arteriais

Fonte: traduzido de Kathri, Zang e Kale, 2017.

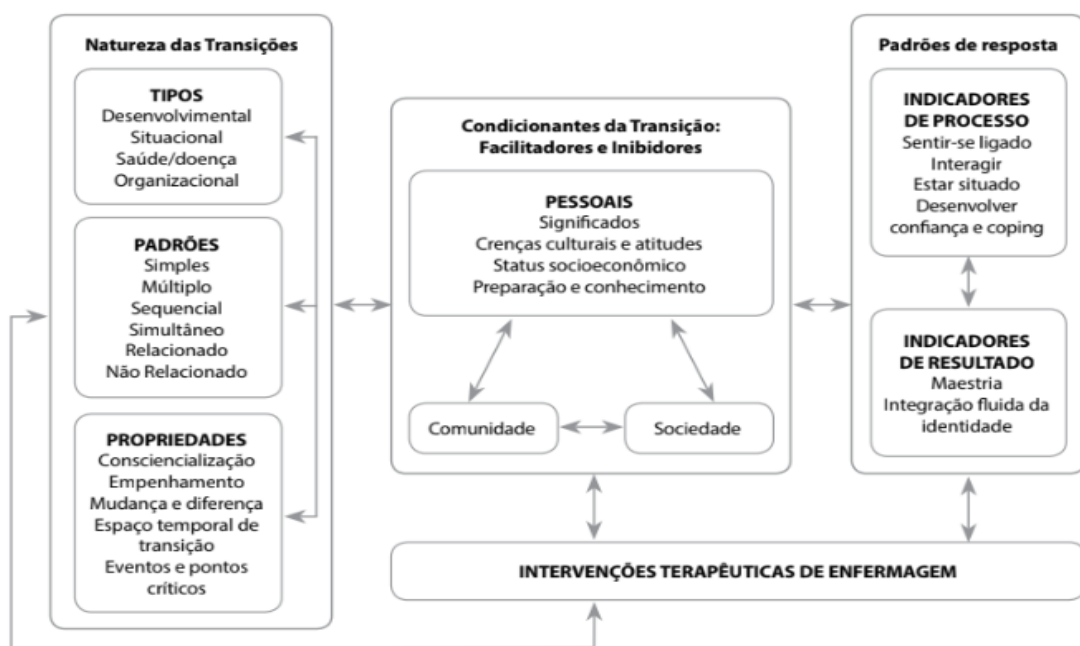
Quando alguma destas alterações for encontrada é necessário que a equipe cirúrgica assistente seja informada rapidamente, devendo a reabordagem cirúrgica ser realizada em até seis horas após o seu início (Portinho *et al.*, 2015).

O enfermeiro assistencial pode oferecer à paciente e sua família um cuidado de qualidade a partir de ações planejadas e fundamentadas em todo o período de internação da paciente (Fengler; Medeiros, 2020). Para isso, é indicado que as Teorias de Enfermagem sustentem sua prática. No contexto do pós-operatório

imediatamente de reconstrução de mama com retalho microcirúrgico, uma teoria considerada apropriada para o cuidado é a Teoria das Transições, de Afaf Ibrahim Meleis (FIGURA 2), visto que, após o período do tratamento oncológico, junto a uma cirurgia mutiladora, a reconstrução da mama pode ser considerada uma transição de natureza saúde-doença.

Por meio desta estrutura e da percepção das mudanças enfrentadas pelos indivíduos, o papel do profissional enfermeiro nas transições é imprescindível para garantir a qualidade do cuidado (Cuzco *et al.*, 2022).

Figura 2 – Representação da estrutura da Teoria das Transições



Fonte: adaptado de Meleis, 2010.

Para que a assistência de enfermagem seja contínua e sua qualidade seja assegurada, é necessário que o profissional realize o registro adequado no prontuário do paciente ou em outros documentos próprios utilizados pela enfermagem, independentemente do meio de suporte, tradicional ou eletrônico (COFEN, 2024).

A CIPE® é considerada uma tecnologia de informação, pois é capaz de favorecer tanto a coleta quanto o armazenamento e a análise dos dados, contribuindo para a eficácia da prática de enfermagem (Garcia; Nóbrega; Cubas, 2020).

Por sua vez, para estimular o uso da CIPE® em registros de prontuários eletrônicos, o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) recomenda a construção de catálogos da CIPE®, incluindo subconjuntos terminológicos, protocolos clínicos, planos de cuidados, guias de prática clínica e dados mínimos de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

4 DESENVOLVIMENTO

4.1 CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO NO PROTOCOLO

- a) Pacientes internadas que foram submetidas a reconstrução microcirúrgica de mama, no período pós-operatório imediato.

4.2 PLANO DE AÇÃO PARA SUSPEITA DE PERDA DE RETALHO

Segundo o fluxograma de atendimento, nos casos suspeitos de inviabilização do retalho, acionar a enfermeira navegadora nos dias úteis; nos finais de semana, acionar o Plantão da Cirurgia Plástica (ANEXO 1).

5 MONITORAMENTO

Os sinais clínicos que devem ser avaliados no período pós-operatório são a coloração, temperatura, turgor da pele, refluxo capilar e sinais flogísticos, como descrito no Checklist (Anexo 2); se houver alteração de qualquer um deles, a equipe de Cirurgia Plástica Reparadora deverá ser contatada conforme o fluxo (Anexo 1), para intervenção precoce, seja clínica ou cirúrgica.

6 INDICADOR DE PERDA DE RETALHOS

Um indicador de perda de retalhos microcirúrgicos será acompanhado pela enfermeira da especialidade mensalmente, juntamente com os enfermeiros das Alas e UTIs.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n. 736, de 17 de janeiro de 2024. Revoga a Resolução 358/09. **Diário Oficial da União**, Brasília – DF,

janeiro 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em 23 de mar de 2024.

CUZCO, C. *et al.* Teoría de las transiciones y empoderamiento: un marco para las intervenciones enfermeras durante la transición del paciente de la unidad de cuidados intensivos. **Enfermería Intensiva**, [S. l.], v. 34, n. 3, p. 138-147, 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239922001122>. Acesso em: 14 fev. 2025.

FENGLER, F. C.; MEDEIROS, C. R. G. Sistematização da assistência de enfermagem no período perioperatório: análise de registros. **Revista SOBECC**, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 50–57, 2020. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/517>. Acesso em: 16 fev. 2025.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L.; CUBAS, M. R. CIPE®: uma linguagem padronizada para a prática profissional. In: GARCIA, T. R. (Org.). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®**: versão 2019/2020. Porto Alegre: Artmed, 2020.

JEONG, W.; LEE, S.; KIM, J. Meta-analysis of flap perfusion and donor site complications for breast reconstruction using pedicled versus free TRAM and DIEP flaps. **The Breast**, [S. l.], v. 38, p. 45-51, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29227815/>. Acesso em: 17 fev. 2025.

KATHRI, N.; ZHANG, S.; KALE, S. S. Current techniques for postoperative monitoring of microvascular free flaps. **Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing**, [S. l.], v. 44, n. 2, p. 148-152, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28267121/>. Acesso em: 17 fev. 2025.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **ICN e SNOMED assinam acordo inovador para a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE®)**. 2020. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/>. Acesso em: 28 mar. 2023.

PAREDES, C. G. *et al.* Complicações em reconstrução de mama com retalho pediculado do músculo reto abdominal transverso. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 552-555, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcp/a/xXDzT6v6pMnPcgpCGcbZQHh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 jun. 2022.

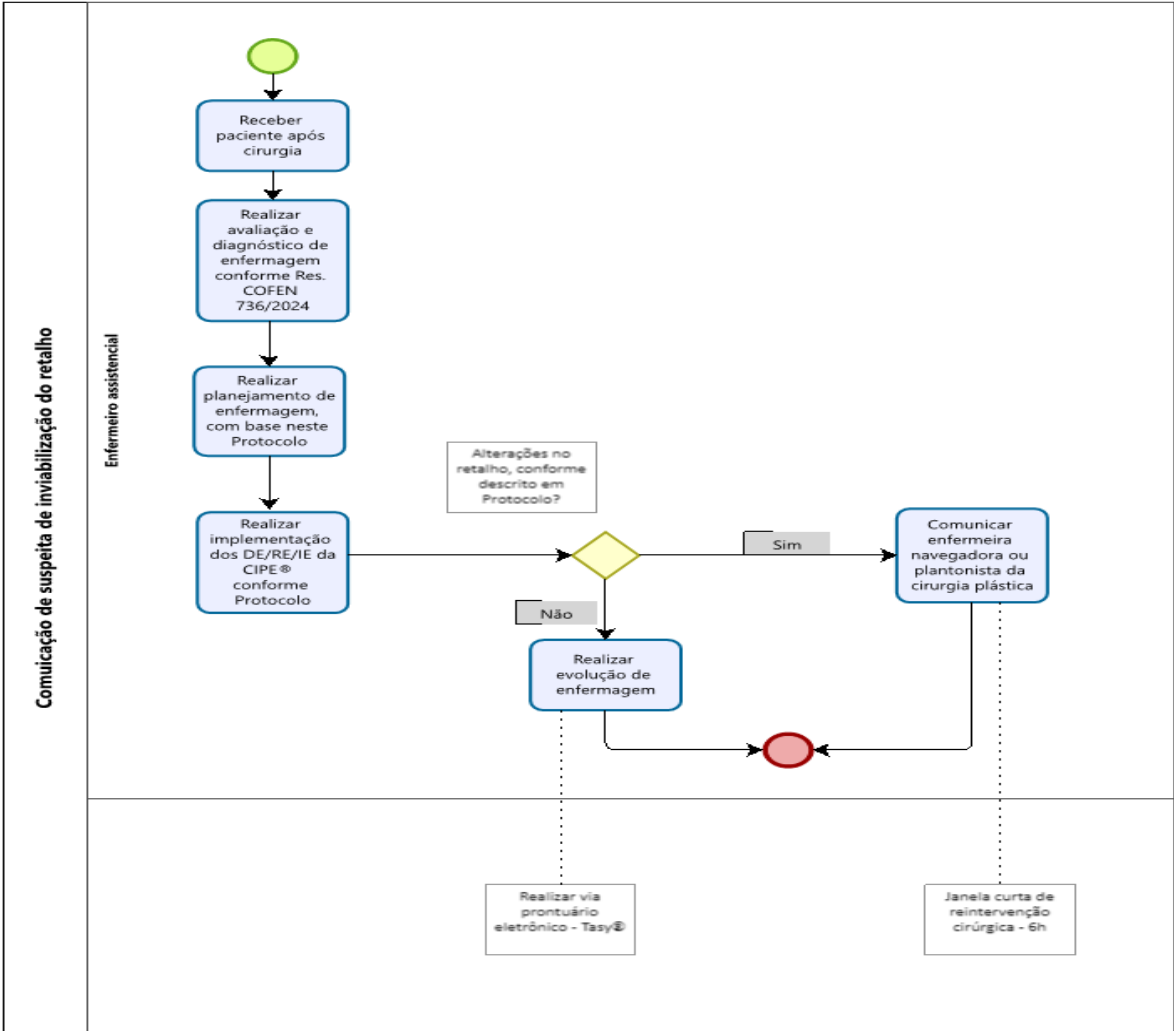
PORTINHO, C. P. *et al.* Reconstrução microcirúrgica de mandíbula com retalho livre de fíbula. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 59, n. 1, p. 39-54, 2015. DOI: 10.5935/2177-1235.2020RBCP0005.

7 HISTÓRICO DE ALTERAÇÕES

Ver	Data	Descrição das alterações	Elaboração	Verificação	Aprovação	Classificação de Risco*

8 ANEXOS

8.1 FLUXOGRAMA



8.2 CHECKLIST

CHECK LIST DE NOTIFICAÇÃO DE INVIABILIZAÇÃO DE RETALHO		
Verificação	Sim	Não
1. Avaliar coloração do retalho - pálido, moteado (sinais de oclusão arterial); escuro, arroxeado ou cianótico (sinais de congestão venosa)		
2 Verificar alterações na temperatura do retalho		
3 Verificar turgor do retalho – macio e plano (oclusão arterial); tenso e endurecido (congestão venosa)		
4 Entrar em contato com a enfermeira navegadora ou cirurgião plástico de sobreaviso		

8.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM BASEADOS NA CIPE® PARA COMPOSIÇÃO DO PROTOCOLO

Quadro 2 – Planejamento de enfermagem para a paciente submetida à reconstrução de mama com retalho microcirúrgico

Diagnósticos de enfermagem - CIPE®	Intervenções de enfermagem – CIPE®	Resultados de enfermagem - CIPE®
Risco de queda (10015122)	- Instruir pacientes para evitar quedas; - Prevenir quedas (elevar grades da cama)	Queda, ausente (10034704)
Dor, aguda (10000454)	- Avaliar resposta ao manejo (controle) da dor; - Administrar medicação; - Posicionar paciente (no leito); - Auxiliar paciente na mobilidade (na cama);	Dor, ausente (10029008)
Constipação (10000567)	- Tratar constipação; - Obter dados sobre a ingestão de alimentos; - Orientar sobre a ingestão de líquidos; - Relatar condição a equipe interprofissional (nutricionista, médico)	Constipação, melhorada
Risco de função do sistema urinário, prejudicada (10045453)	- Obter dados sobre condição urinária; - Monitorar Equilíbrio de Líquidos (ou Balanço Hídrico)	- Função do sistema urinário, eficaz (10028615)
Risco de infecção (10015133)	- Cuidados com ferida (operatória); - Trocar cobertura de ferida (ou curativo) - Monitorar sinais vitais; - Avaliar sinais e sintomas de infecção, após a cirurgia; - Monitorar resultado laboratorial; - Avaliar drenos.	Infecção, ausente (10028945)
Sangramento (10003303)	- Gerenciar sangramento;	Sangramento, ausente (10028806)

	- Monitorar resultado laboratorial; - Relatar condição a equipe interprofissional (equipe cirúrgica)	
Ansiedade (10000447)	- Promover apoio emocional; - Orientar técnica de relaxamento; - Relatar condição a equipe interprofissional (psicologia);	Ansiedade, reduzida (10027858)
Déficit do autocuidado (10023410)	- Avaliar capacidade para executar o autocuidado; - Orientar sobre o autocuidado; - Auxiliar na mobilidade na cama; - Auxiliar na marcha (caminhada) com uso de dispositivos - Auxiliar a vestir-se (principalmente modelador pós-cirúrgico sem comprimir as mamas, e meias elásticas); - Facilitar a atividades de vida diária.	Autocuidado, melhorado
Integridade tissular, prejudicada (10001080)	- Avaliar perfusão tissular, após cirurgia; - Vigilância contínua do retalho de mama; - Monitorar resultado laboratorial	Integridade tissular, melhorada
Náusea (10000859)	- Gerenciar náusea; - Administrar medicação; - Obter dados sobre a náusea;	Náusea, ausente (10028984)
Risco de trombose venosa profunda (10027509)	- Orientar sobre técnica de deambulação; - Auxiliar na marcha (caminhada) com uso de dispositivos; - Administrar medicação; - Aplicar meias elásticas.	Trombose venosa profunda, ausente (10036406)
Mobilidade, prejudicada (10001219)	- Orientar sobre técnica de deambulação; - Auxiliar na mobilidade (na cama) - Auxiliar na marcha (caminhada) com uso de dispositivos; - Facilitar a atividades de vida diária.	Mobilidade, melhorada
Integridade da pele, prejudicada (10001290)	- Avaliar cicatrização de ferida (operatória); - Cuidados com ferida (operatória); - Trocar cobertura de ferida (ou curativo); - Monitorar integridade da pele;	Integridade da pele, melhorada (10028517)

Risco de ingestão de alimentos, insuficiente (10023021)	- Orientar sobre padrão de ingestão de alimentos; - Auxiliar paciente na ingestão de alimentos	Ingestão de alimentos, melhorada (10047324)
Ingestão de líquidos, prejudicada (10029873)	- Orientar sobre a ingestão de líquidos; - Monitorar Equilíbrio de Líquidos (ou Balanço Hídrico); - Auxiliar paciente na ingestão de líquidos;	Ingestão de líquidos, melhorada (10047330)
Fraqueza (10022880)	- Auxiliar na mobilidade (na cama) - Auxiliar na marcha (caminhada) com uso de dispositivos	Fraqueza, ausente
Vertigem postural (tontura) (10045584)	- Obter dados sobre vertigem postural (tontura) - Auxiliar na marcha (caminhada) com uso de dispositivos	Vertigem postural, ausente (10045681)

Fonte: a autora, 2024.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO DE PACIENTE ONCOLÓGICA NO PÓS-OPERATÓRIO DE RECONSTRUÇÃO DE MAMA COM RETALHO MICROCIRÚRGICO

Pesquisador: Larissa Sydor Victor

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 76921123.2.0000.0098

Instituição Proponente: LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CANCER

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.670.928

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

Resumo: Introdução: Nos casos de cirurgias mutiladoras de mama decorrentes de neoplasias, uma das opções de reconstrução visando restaurar sua forma e função tecidual é a reconstrução com retalho microcirúrgico. Embora existam aspectos positivos desse tipo de cirurgia, podem também haver complicações. Monitorizar as características do retalho pode ser a ação que definirá perda ou salvamento dele, ação esta que pode ser realizada pelo enfermeiro e sua equipe de enfermagem, visto que assistem o paciente durante todo o período perioperatório. **Objetivo:** Desenvolver um protocolo de enfermagem para o cuidado às pacientes submetidas à reconstrução microcirúrgica de mama. **Participantes:** Esta pesquisa incluirá duas tipologias de participantes: diretos e indiretos. Diretamente serão incluídos enfermeiros atuantes na instituição, e indiretamente serão incluídos prontuários de pacientes que realizaram a reconstrução microcirúrgica de mama de janeiro de 2017 a junho de 2023. **Método:** Será realizado um estudo metodológico, transversal, de abordagem qualitativa, utilizando os passos metodológicos da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) e os critérios do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) para a elaboração de um protocolo, em que serão descritos os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem baseados na CIPE®

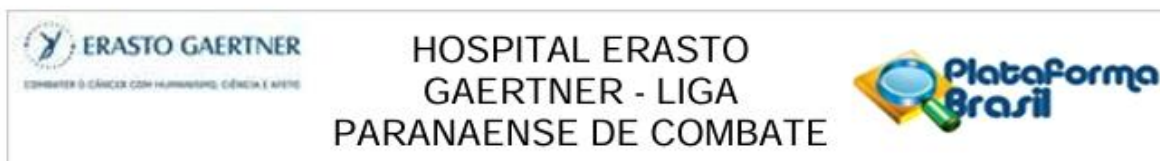
Endereço: Rua Dr. Ovide do Amaral, 201 - Bairro: Jardim das Américas- Complexo Hospitalar- Hospital Erasto
Bairro: Jardim das Américas **CEP:** 81.520-060
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3361-5271 **E-mail:** cep@erastogaertner.com.br



Continuação do Parecer: 6.670.928

Introdução: Com o surgimento do microscópio no século passado, houve grande avanço na área de cirurgia plástica. Nos casos em que os pacientes apresentam grandes perdas teciduais, o tratamento de escolha passou a ser a reconstrução microcirúrgica ou transplante autólogo microvascularizado (Portinho et al., 2013; Marcondes; Pessoa; Pessoa, 2015). A técnica de reconstrução microcirúrgica consiste na transferência de um retalho livre ou microcirúrgico – que é o uso do tecido do próprio paciente, porém de uma área distante da área lesada –, com a interrupção temporária na circulação da área doadora, implantação do tecido no sítio receptor e restabelecimento da circulação pela anastomose dos vasos desse retalho em uma artéria e veia da área receptora (Kathri; Zhang; Kale, 2017). Nos casos de grandes traumas, queimaduras extensas, cirurgias mutiladoras decorrentes de neoplasias e/ou infecções, esse tipo de retalho é a principal escolha, pois visa a restaurar a forma e função do tecido do paciente (Portinho et al., 2013). Nos casos de reconstrução mamária, relaciona-se a reconstrução microcirúrgica com uma maior satisfação da paciente e redução de riscos relativos ao uso de implantes, como a contratura capsular e a assimetria (Ono et al., 2013). Além disso, o estudo realizado por Brandão et al. (2021) refere melhora do bem-estar físico e psicossocial, bem como na autoestima e sexualidade das mulheres, além de possuírem, em longo prazo, maior satisfação que aquelas que fizeram reconstrução com implantes (Yueh et al., 2010). Embora sejam citados aspectos positivos da reconstrução com retalho microcirúrgico, eles podem apresentar complicações, que são divididas em duas categorias: (i) complicações do retalho; (ii) complicações da área doadora. No tocante às primeiras, pode haver inviabilização total ou parcial, esteatonecrose, infecção e deiscência, enquanto as segundas podem resultar em fraqueza da parede abdominal, herniações, deiscência de sutura, seromas e hematomas (Paredes et al., 2012). Monitorar as características do retalho, principalmente nas primeiras 24 a 72 horas de pós-operatório, pode ser a ação que definirá perda ou salvamento dele. Após esse período, o risco de trombose venosa diminui consideravelmente; entretanto, a trombose arterial pode ocorrer em até uma semana após o procedimento, inviabilizando a reabordagem cirúrgica (Portinho et al., 2015). Os componentes essenciais da avaliação do retalho são: temperatura, turgor, refluxo capilar, tamanho, coloração e sangramento (Kathri; Zhang; Kale, 2017). Quando alguma alteração desses itens é encontrada, é necessário que a equipe cirúrgica assistente seja informada rapidamente, devendo a reabordagem cirúrgica ser realizada em até seis horas após o início da trombose (Portinho et al., 2015). Para que haja sucesso nessas reconstruções, é necessária uma equipe multiprofissional capacitada com cirurgiões habilitados, uma equipe anestésica que mantenha o equilíbrio hemodinâmico visando a um fluxo

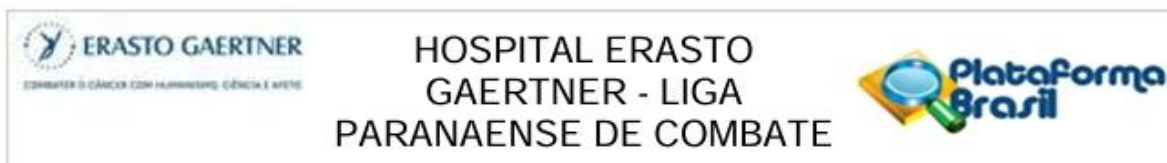
Endereço: Rua Dr. Ovide do Amaral, 201 - Bairro: Jardim das Américas- Complexo Hospitalar- Hospital Erasto
Bairro: Jardim das Américas **CEP:** 81.520-060
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3361-5271 **E-mail:** cep@erastogaertner.com.br



Continuação do Parecer: 6.670.928

adequado para a anastomose do retalho, além de "monitorização, prevenção e manejo de situações que levem ao insucesso, e agilidade na reintervenção, quando assim for necessário" (Portinho et al., 2013, p. 435), que podem ser realizados pelo enfermeiro e sua equipe de enfermagem, visto que assistem o paciente durante todo o período perioperatório. O enfermeiro, mediante sua prática assistencial, pode oferecer ao paciente e sua família uma assistência de qualidade, a partir de ações planejadas e fundamentadas, de maneira adequada, em todo o período de internação do paciente, incluído o período pós-operatório (Fengler; Medeiros, 2020). Para embasar essa assistência, há indicação da construção de protocolos assistenciais de enfermagem, conferindo um cuidado adequado ao paciente, bem como, respaldo legal do ponto de vista deontológico ao profissional que executa esse cuidado. Para a criação desses protocolos, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) publicou um guia no ano de 2015, no qual são apresentados critérios para a elaboração e avaliação de protocolos assistenciais, a saber: origem, objetivo, grupo de desenvolvimento, conflito de interesse, evidências, revisão, indicador de resultado, validação pelos profissionais, validação pelos usuários e limitações (Pimenta et al., 2015). Sendo o protocolo uma das ferramentas utilizadas para a prática assistencial de enfermagem, é importante que a linguagem utilizada para a documentação seja padronizada e universal. Isso é possível com o uso de sistemas de linguagens padronizadas, dentre os quais podemos citar a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPÉ®), que possui grande relevância internacional, e é utilizada para "compor e representar diagnósticos, intervenções e resultados em uma poli-hierarquia", sendo que "vários subconjuntos estão disponíveis para fornecer conceitos pré-coordenados para prioridades de saúde selecionadas" (World Health Organization, 2023). Embora a assistência e a pesquisa apresentem características próprias, isso não é impeditivo para que o enfermeiro aborde um fenômeno praticando a assistência e pesquisando ao mesmo tempo. O processo de pesquisa é rigorosamente sistematizado, visto que o objetivo principal é produzir um novo conhecimento, sendo possível, nesses casos, utilizar a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que é uma modalidade aplicada a pesquisas qualitativas, definida como a convergência entre a assistência, a pesquisa e a participação dos profissionais em sua prática de trabalho, ao mesmo tempo em que ocorre o processo da construção do conhecimento (Pivoto et al., 2013) (Alvim, 2017). Apesar de não seguir o método clássico de investigação, o rigor do método científico é mantido na PCA. Sua característica investigativa permite o aprofundamento e exploração de temas que ocorrem de maneira simultânea na prática assistencial e na pesquisa, promovendo dinamismo no processo de transformação da prática assistencial e inovação tecnológica (Alvim, 2017). Nesse tipo de pesquisa,

Endereço: Rua Dr. Ovande do Amaral, 201 - Bairro: Jardim das Américas- Complexo Hospitalar- Hospital Erasto
Bairro: Jardim das Américas **CEP:** 81.520-060
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3361-5271 **E-mail:** cep@erastogaertner.com.br



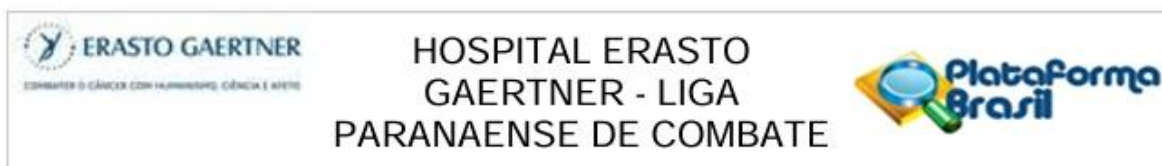
Continuação do Parecer: 6.670.928

não há especificação quanto à coleta de dados e sua posterior análise, desde que sejam realizadas de maneira que os critérios principais da PCA sejam respeitados, a saber: a solução ou minimização dos problemas apresentados, independentemente de serem teóricos ou práticos; a realização de mudanças que impactarão na prática; e o envolvimento das pessoas investigadas de maneira participativa, para reconhecer os dados obtidos na assistência como dados de pesquisa (Trentini; Paim e Silva, 2017).

Hipótese: A partir da análise de prontuários pelos enfermeiros, viabiliza-se o desenvolvimento de um protocolo de enfermagem para o cuidado de paciente oncológica submetida à reconstrução com retalho microcirúrgico, sendo possível nortear a equipe de enfermagem na tomada de decisão assistencial.

Metodologia Proposta: Trata-se de um estudo metodológico, transversal, de abordagem qualitativa, que utiliza os passos metodológicos da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) e os critérios do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) para a elaboração de um protocolo, em que serão descritos os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem baseados na CIPE®, no período pós-operatório de reconstruções microcirúrgicas de mama. Esta pesquisa incluirá duas tipologias de participantes: diretos e indiretos. Diretamente serão incluídos enfermeiros atuantes na instituição, e indiretamente serão incluídos prontuários de pacientes que realizaram a reconstrução microcirúrgica de mama. Será priorizada a participação de pelo menos um enfermeiro por local de atendimento das pacientes submetidos à reconstrução microcirúrgica, indicados pela gerência de enfermagem, devendo garantir a participação de no mínimo cinco enfermeiros. Serão selecionados, no banco de dados do sistema de informação do hospital (Tasy®), 25 prontuários de pacientes que foram submetidas à reconstrução de mama com retalho microcirúrgico. O número de prontuários se deve ao número de cirurgias realizadas pela equipe no período estabelecido, e deve caracterizar no mínimo de 30% dos procedimentos realizados. O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) será ofertado aos enfermeiros e a coleta de dados iniciará somente mediante a sua assinatura. Em virtude da coleta de dados em prontuário, haverá a aplicação do termo de consentimento do uso de dados (TCUD). Os dados serão coletados a partir de um instrumento padronizado, que será avaliado por teste-piloto para seu refinamento. O instrumento foi construído com base na experiência profissional da pesquisadora e do conteúdo abordado na literatura a respeito das principais características avaliadas nas reconstruções microcirúrgicas de mama, bem como suas principais complicações. A coleta de dados e análise

Endereço: Rua Dr. Ovide do Amaral, 201, Bairro: Jardim das Américas- Complexo Hospitalar- Hospital Erasto
Bairro: Jardim das Américas **CEP:** 81.520-060
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3361-5271 **E-mail:** cep@erastogaertner.com.br



Continuação do Parecer: 6.670.928

ocorrerá de maneira simultânea, conforme proposto pela Pesquisa Convergente Assistencial, sendo que, na primeira etapa, serão coletados dados que incluem: diagnóstico médico primário, registros da equipe de enfermagem sobre acompanhamento de pacientes no período pós-operatório imediato. Na segunda etapa, será construída uma lista de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para o cuidado às pacientes submetidas à reconstrução com retalho microcirúrgico de mama baseados na CIPE® pelos enfermeiros participantes do estudo.

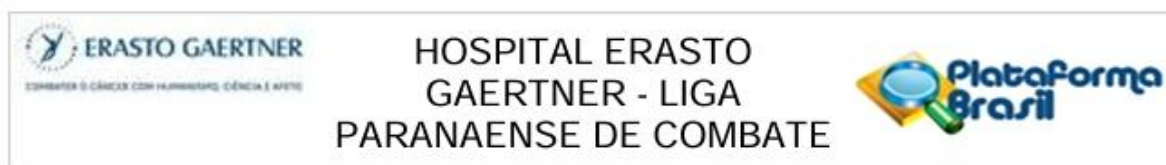
Critério de Inclusão: a) O critério de inclusão dos enfermeiros será o tempo de serviço na instituição maior que seis meses. b) Os critérios de inclusão dos prontuários serão a realização da reconstrução com retalho microcirúrgico de mama, tanto imediatas quanto tardias, no período de janeiro de 2017 a junho de 2023. **Critério de Exclusão:** a) Serão excluídos os enfermeiros que estiverem em férias, período de experiência ou licença no período da coleta e os que tiverem atividades administrativas que ultrapassem 70% da sua carga horária semanal. b) Com relação aos prontuários, não haverá critérios de exclusão.

Metodologia de Análise de Dados: A coleta e análise de dados ocorre de maneira simultânea, conforme proposto pela Pesquisa Convergente Assistencial. Após a construção da lista de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, a mesma será validada pela técnica Delphi (Keeney; Hasson; McKenna, 2011) com os enfermeiros participantes do estudo. Esse consenso será realizado através de uma ou mais reuniões, que poderão avaliar os resultados e sua relevância para a construção do protocolo, com índice de 70% como nível mínimo de consenso na etapa final. Essas reuniões serão registradas em ata por um enfermeiro participante da pesquisa, para organização de informações importantes neste período da análise dos dados.

Desfecho Primário: Espera-se construir e estruturar um protocolo de enfermagem para a assistência à paciente submetida à reconstrução cirúrgica de mama, a partir dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem levantados pelos enfermeiros participantes do estudo. Com a construção deste protocolo, espera-se que haja sustentação da prática assistencial da equipe, com embasamento científico e respaldo legal para o cuidado às essas pacientes.

Informe o número de indivíduos abordados pessoalmente, recrutados, ou que sofrerão algum tipo de intervenção neste centro de pesquisa: 5

Endereço: Rua Dr. Ovande do Amaral, 201 - Bairro: Jardim das Américas- Complexo Hospitalar- Hospital Erasto
Bairro: Jardim das Américas **CEP:** 81.520-060
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3361-5271 **E-mail:** cep@erastogaertner.com.br



Continuação do Parecer: 6.670.928

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Desenvolver um protocolo de enfermagem para o cuidado às pacientes submetidas à reconstrução microcirúrgica de mama.

Objetivo Secundário: a) Identificar os focos de atenção da prática de enfermagem no cuidado a paciente oncológica submetida à reconstrução microcirúrgica de mama. b) Identificar diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem no período pós-operatório imediato de reconstrução microcirúrgica de mama, embasados na CIPE®.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos potenciais deste estudo se referem à quebra accidental do anonimato dos dados, embora haja comprometimento da equipe de pesquisa relacionado à confidencialidade, através dos preceitos éticos relacionados à Resolução 466/21.

Benefícios: Os principais benefícios na criação e utilização de protocolos são oferecer maior segurança aos usuários e profissionais, reduzir a variabilidade no cuidado ofertado, otimizam a tomada de decisão assistencial, facilitam a incorporação de novas tecnologias, proporcionam a inovação do cuidado, o uso mais racional dos recursos disponíveis e maior transparência e controle dos custos. Além disso, os protocolos facilitam o desenvolvimento de indicadores sejam eles de processo ou de resultados, favorecem a disseminação de conhecimento, otimizam a comunicação profissional e a coordenação do cuidado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

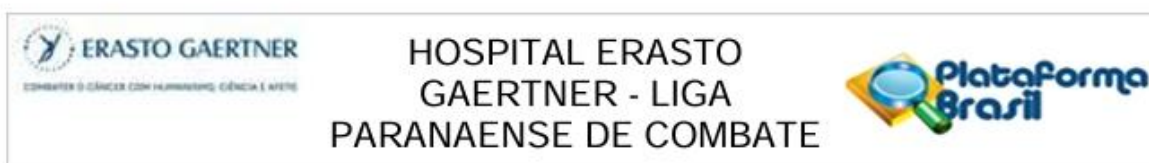
Trata-se de resposta às pendências levantadas em 31 de janeiro de 2024 sob parecer nº 6.629.710.

As pendências e correções apresentadas encontram-se abaixo e foram retiradas do documento "carta_resposta.docx":

PENDÊNCIA 1. Atualizar o cronograma (ainda consta o segundo semestre de 2023)

RESPOSTA: Realizada a adequação do cronograma a partir do item "Aprovação do projeto CEP", e mantidas as datas de 2023 apenas para registro do período da construção do projeto.

Endereço: Rua Dr. Ovide do Amaral, 201, Bairro: Jardim das Américas- Complexo Hospitalar- Hospital Erasto
Bairro: Jardim das Américas **CEP:** 81.520-060
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3361-5271 **E-mail:** cep@erastogaertner.com.br



Continuação do Parecer: 6.670.928

PENDÊNCIA 2. Colocar a versão e paginação no TCLE

RESPOSTA: Realizada a inserção da versão e paginação do TCLE, conforme modelo disponível nos arquivos do CEP. Não houve sugestão de alteração do conteúdo, portanto a versão 1.0 foi mantida.

PENDÊNCIA 3. Detalhar como será a coleta de informações com os enfermeiros. Visto que eles fazem parte da pesquisa, terá gravação ou captação de imagem e voz dos enfermeiros participantes.

RESPOSTA: Após a coleta de dados dos registros de enfermagem nos prontuários e sugestão de enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções, baseados na CIPE®, indicados pelos enfermeiros participantes, será realizada uma ou mais reuniões para discussão e consenso dos enunciados que farão parte do protocolo. Não serão utilizadas voz ou imagem dos enfermeiros participantes. Os registros da(s) reunião (ões) serão feitos em ata, para organização das informações. A pendência 3 foi respondida no item 4.7 do projeto.

PENDÊNCIA 4. Detalhar como as informações sigilosas serão guardadas pelos pesquisadores (pasta na nuvem, pen drive?).

RESPOSTA: uma cópia dos TCLE assinados pelos enfermeiros participantes, os formulários utilizados para coleta de dados dos prontuários e sugestão de diagnósticos resultados e intervenções de enfermagem baseados na CIPE®, e a(s) ata(s) da(s) reunião(ões) serão armazenadas em uma pasta na nuvem, e somente terão acesso a estes dados os pesquisadores responsáveis, com login e senha. Os nomes dos participantes serão retirados dos arquivos para preservar o anonimato. A pendência 4 foi respondida no item 4.6 do projeto.

Os documentos encaminhados para análise e parecer foram os seguintes:

1. TCLE versão 1.0 Word e PDF
2. Projeto versão 2.0

Realizou as correções que foram sinalizadas com explicações e demonstrações nos texto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios e considerações apresentados satisfatoriamente.

Endereço: Rua Dr. Ovide do Amaral, 201, Bairro: Jardim das Américas- Complexo Hospitalar- Hospital Erasto
Bairro: Jardim das Américas **CEP:** 81.520-060
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3361-5271 **E-mail:** cep@erastogaertner.com.br



ERASTO GAERTNER
COMBATER O CÂNCER COM HUMANISMO, CÉNCIA E AFETO

**HOSPITAL ERASTO
GAERTNER - LIGA
PARANAENSE DE COMBATE**



Continuação do Parecer: 6.670.928

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está de acordo conforme itens acima analisados, sem lista de inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, este Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa,

bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2243616.pdf	08/02/2024 11:16:49		Aceito
Outros	carta_resposta.docx	08/02/2024 11:13:49	Larissa Sydor Victor	Aceito
Outros	carta_resposta.pdf	08/02/2024 11:13:29	Larissa Sydor Victor	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_ao_CEP_HEG_v2.docx	08/02/2024 11:07:39	Larissa Sydor Victor	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido_pdf.pdf	08/02/2024 10:40:14	Larissa Sydor Victor	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.docx	08/02/2024 10:39:57	Larissa Sydor Victor	Aceito
Outros	Instrumento_coleta_dados.docx	13/12/2023 13:46:40	Larissa Sydor Victor	Aceito
Declaração de Pesquisadores	02_Checklist.pdf	13/12/2023 13:43:44	Larissa Sydor Victor	Aceito
Declaração de Pesquisadores	01_Carta_encaminhamento_CEP_HEG.pdf	13/12/2023 13:11:44	Larissa Sydor Victor	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	13/12/2023 13:04:16	Larissa Sydor Victor	Aceito
Outros	Intrumento_coleta_dados.docx	30/11/2023 13:24:00	Larissa Sydor Victor	Aceito

Endereço: Rua Dr. Ovande do Amaral, 201 - Bairro: Jardim das Américas- Complexo Hospitalar- Hospital Erasto
Bairro: Jardim das Américas **CEP:** 81.520-060
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3361-5271 **E-mail:** cep@erastogaertner.com.br



HOSPITAL ERASTO GAERTNER - LIGA PARANAENSE DE COMBATE



Continuação do Parecer: 6.670.928

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_ao_CEP_HEG.docx	30/11/2023 13:19:56	Larissa Sydor Victor	Aceito
Declaração de Pesquisadores	09_Decl_anuencia.docx	30/11/2023 13:15:02	Larissa Sydor Victor	Aceito
Declaração de Pesquisadores	09_Decl_anuencia_direcao.docx	30/11/2023 13:08:09	Larissa Sydor Victor	Aceito
Declaração de Pesquisadores	07_Decl_orientacao.docx	30/11/2023 13:06:21	Larissa Sydor Victor	Aceito
Outros	TCUD_assinado.pdf	29/11/2023 11:09:27	Larissa Sydor Victor	Aceito
Declaração de Pesquisadores	05_Decl_conf_interesses_prof.pdf	29/11/2023 11:08:42	Larissa Sydor Victor	Aceito
Declaração de Pesquisadores	05_Decl_conf_interesses_prof.docx	29/11/2023 11:08:34	Larissa Sydor Victor	Aceito
Declaração de Pesquisadores	04_Decl_compromisso_delineamento_d o estudo manuseio de dados.pdf	29/11/2023 11:07:46	Larissa Sydor Victor	Aceito
Declaração de Pesquisadores	04_Decl_compromisso_delineamento_d o estudo manuseio de dados.docx	29/11/2023 11:07:39	Larissa Sydor Victor	Aceito
Outros	TCUD.docx	29/11/2023 10:47:42	Larissa Sydor Victor	Aceito
Declaração de Pesquisadores	03_Decl_ausencia_custos.docx	27/11/2023 12:52:07	Larissa Sydor Victor	Aceito
Declaração de Pesquisadores	05_Decl_conf_interesses.docx	27/11/2023 12:51:49	Larissa Sydor Victor	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento.docx	27/11/2023 12:51:36	Larissa Sydor Victor	Aceito
Declaração de Pesquisadores	03_Decl_ausencia_custos.pdf	27/11/2023 12:31:57	Larissa Sydor Victor	Aceito
Outros	07_Decl_orientacao_assinado.pdf	27/11/2023 12:31:13	Larissa Sydor Victor	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	09_Decla_de_anuencia_direcao.pdf	27/11/2023 12:23:56	Larissa Sydor Victor	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	09_Decla_de_anuencia.pdf	27/11/2023 12:23:14	Larissa Sydor Victor	Aceito
Declaração de Pesquisadores	05_Decl_conf_interesses.pdf	27/11/2023 12:18:57	Larissa Sydor Victor	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Dr. Ovide do Amaral, 201 - Bairro: Jardim das Américas- Complexo Hospitalar- Hospital Erasto

Bairro: Jardim das Américas

CEP: 81.520-060

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3361-5271

E-mail: cep@erastogaertner.com.br



HOSPITAL ERASTO GAERTNER - LIGA PARANAENSE DE COMBATE



Continuação do Parecer: 6.670.928

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 26 de Fevereiro de 2024

Assinado por:
Camila Brandão Polakowski
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Dr. Ovide do Amaral, 201, Bairro: Jardim das Américas- Complexo Hospitalar- Hospital Erasto
Bairro: Jardim das Américas **CEP:** 81.520-060
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3361-5271 **E-mail:** cep@erastogaertner.com.br