



OCORRÊNCIA DE SEROMA PÓS-MASTECTOMIA E O CUIDADO COM O DRENO ASPIRATIVO NO DOMICÍLIO

OCCURRENCE OF SEROMA POST-MASTECTOMY AND CARE WITH ASPIRATION DRAIN IN THE HOUSEHOLD

APARICIÓN DE SEROMA POST MASTECTOMÍA Y EL CUIDADO COMO DRENADO ASPIRATIVO EN CASA

Lóris Aparecida Prado da Cruz¹, Maria Antonieta Spinoso Prado², Simone Mara de Araújo Ferreira³, Marislei Sanches Panobianco⁴, Thais de Oliveira Gozzo⁵, Ana Maria de Almeida⁶

RESUMO

Objetivos: identificar a ocorrência de seroma e outras complicações em mulheres após a cirurgia para tratamento do câncer de mama e avaliar os cuidados dispensados com o dreno e a inserção cirúrgica no domicílio. **Método:** estudo descritivo, realizado em um hospital universitário do interior do Estado de São Paulo. Foram realizadas três avaliações, considerando a incisão cirúrgica e a presença do seroma, além de identificar como foi o cuidado com o dreno. **Resultados:** participaram 39 mulheres, de 25 a 81 anos, 59% mastectomias, 82,1% realizaram linfadenectomia axilar e 84,6% necessitaram de ajuda para cuidar do dreno. Entre cinco a dez dias pós-cirurgia ocorreram três casos de seroma e, após 30 dias, ocorreram outros dez que foram manejados com punções locais. **Conclusão:** a ocorrência de seroma e os cuidados durante a permanência do dreno merecem destaque no planejamento do cuidado de Enfermagem. **Descritores:** Seroma; Neoplasias da Mama; Cuidado; Enfermagem.

ABSTRACT

Objectives: to identify the occurrence of seroma and other complications in women after surgery for the treatment of breast cancer and to evaluate the care provided with drainage and surgical insertion at home. **Method:** descriptive study, performed in a university hospital in the interior of the State of São Paulo. Three evaluations were performed considering the surgical incision and the presence of the seroma, besides identifying how careful the drainage was. **Results:** 39 women, aged 25 to 81 years, 59% mastectomies participated, 82.1% underwent axillary lymphadenectomy and 84.6% needed help to take care of the drain. Between five and ten days after surgery three cases of seroma, occurred and after 30 days, another ten occurred that were managed local compuncions. **Conclusion:** the occurrence of seroma and the care during the permanence of the drain should be highlighted in the planning of nursing care. **Descriptors:** Seroma; Breast Neoplasms; Care; Nursing.

RESUMEN

Objetivos: identificar la aparición de seroma y otras complicaciones en las mujeres después de la cirugía para el tratamiento de cáncer de mama y evaluar la atención proporcionada con el drenaje y la inserción quirúrgica en casa. **Método:** estudio descriptivo, realizado en un hospital universitario del estado de São Paulo en Brasil. Tres evaluaciones se llevaron a cabo, teniendo en cuenta la incisión quirúrgica y la presencia de seroma, además de identificar como fue el cuidado con el drenaje. **Resultados:** participaron 39 mujeres de 25 a 81 años, 59% mastectomias, 82,1% realizaron linfadenectomía axilar y 84,6% necesitaron de ayuda para cuidar del drenado. Entre cinco a 10 días después de la cirugía se produjeron tres casos de seroma y después de 30 días, hubo otros 10 que fueron administrados reparos locales. **Conclusión:** la aparición de seroma y los cuidados durante la permanencia del drenaje merecen destaque en la planificación de cuidados de Enfermería. **Descriptor:** Seroma; Neoplasias de la Mama; Cuidados; Enfermería.

¹Enfermeira, Mestre em Ciências (egressa), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: loris.pradodacruz@gmail.com; ²Enfermeira, Especialista em Laboratório da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: masprado@eerp.usp.br; ³Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: sisicg@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, Professora Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: marislei@eerp.usp.br; ⁵Enfermeira, Professora Doutora, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: thaisog@eerp.usp.br; ⁶Enfermeira, Professora Associada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: amalmeid@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

As modalidades terapêuticas empregadas no tratamento do câncer de mama têm contribuído no controle da doença e no aumento da sobrevida, mas, em contrapartida, expõem as mulheres acometidas a uma série de complicações físicas e emocionais.¹

Entre as complicações físicas ocasionadas pelo tratamento cirúrgico observam-se o linfedema, a limitação de movimento do ombro, dor crônica, alterações da sensibilidade do braço e da axila, entre outras, que irão interferir no cotidiano e na qualidade de vida dessas mulheres.¹⁻²

Independente do tipo de cirurgia utilizada, geralmente associada à linfadenectomia axilar (LA), que consiste na remoção dos vasos e nódulos linfáticos, a LA pode acarretar um prejuízo no transporte de linfa que, ao se acumular nos espaços intersticiais ao redor do local cirúrgico, afeta o braço, o tronco e os tecidos remanescentes da mama homolateral à cirurgia. A LA está associada a até 60% da morbidade cirúrgica, além de favorecer a formação de seroma, infecção, rigidez do braço ou ombro homolateral à cirurgia, torpor, dor, perda da força muscular e linfedema.³⁻⁴

O seroma pode ser definido como um acúmulo de líquido seroso que se desenvolve no espaço entre a parede torácica e a pele, e sua incidência ocorre em mais de 50% das cirurgias de mama. Sua formação geralmente cessa algumas semanas após o procedimento cirúrgico, porém, pode persistir por meses. Sua ocorrência associa-se ao aumento do período de internação, necessidade de frequentes punções aspirativas, atraso nos tratamentos adjuvantes, retardo da cicatrização, necrose, infecção da ferida operatória, prejuízo funcional e formação de linfedema.⁵

Idade acima de 45 anos, alto índice de massa corpórea (IMC) e hipertensão arterial sistêmica (HAS) são fatores de risco para o seroma. Entretanto, o campo operatório extenso, o rompimento dos canais linfáticos, o espaço morto formado pela dissecação e ressecção cirúrgica da região axilar e a grande mobilidade da área também podem comprometer a drenagem linfática no local e favorecer o aparecimento dessa complicação.⁶

No intuito de diminuir o espaço morto deixado após a LA e, conseqüentemente, a formação do seroma, novas técnicas cirúrgicas, que utilizam drenos aspirativos e cola de fibrina durante o procedimento, vêm sendo testadas. Os benefícios do uso do dreno

aspirativo no pós-operatório são questionáveis e os estudos conduzidos até o momento ainda são inconclusivos quanto à melhor técnica.⁷

Apesar das controvérsias, os drenos são utilizados nas técnicas cirúrgicas atualmente empregadas e, dessa forma, torna-se necessário educar as mulheres nos cuidados relativos ao seu manuseio. Neste sentido, cabe ressaltar o papel educativo da enfermagem no acompanhamento, no apoio e no oferecimento de informações relacionadas aos cuidados imediatos e em longo prazo, além de sanar dúvidas e incertezas e enfatizar os sintomas que devem ser observados.⁸

Nesse contexto, este estudo tem como objetivos identificar a ocorrência de seroma e outras complicações em mulheres após a cirurgia para tratamento do câncer de mama, bem como avaliar os cuidados dispensados com o dreno e a inserção cirúrgica no domicílio.

MÉTODO

Estudo prospectivo e exploratório, realizado em uma unidade de internação de um hospital universitário do interior do Estado de São Paulo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da instituição, conforme o CAAE: 0072.0.004.000-10.

A coleta dos dados ocorreu no período de maio de 2010 a janeiro de 2011. Foram incluídas mulheres após o tratamento cirúrgico para o câncer de mama que estivessem internadas no referido hospital e que recebessem alta hospitalar com sistemas fechados de drenagem a vácuo no pós-operatório.

As participantes foram avaliadas em três momentos, sendo que a primeira avaliação ocorreu no primeiro dia de pós-operatório, enquanto estavam internadas na Seção de Enfermagem da Unidade de Ginecologia. Nesse dia, as mulheres responderam a um formulário contendo os dados de identificação e dados sobre a doença e foram orientadas acerca do cuidado e manuseio do dreno e com a inserção cirúrgica. Essas orientações foram baseadas no manual de autocuidado com o dreno aspirativo no pós-operatório de cirurgias da mama da instituição, que é rotineiramente entregue para as mulheres na alta hospitalar.

A segunda avaliação foi realizada no retorno da mulher, que ocorreu entre cinco a dez dias de pós-operatório, no Ambulatório de Mastologia e Oncologia Ginecológica. Nesse momento, foi avaliada a presença do dreno, o tempo de permanência, as características do local de inserção, o volume de secreção drenado e as condições do local cirúrgico. Também foram questionados os cuidados com

o dreno buscando identificar aspectos como a lavagem das mãos, lavagem do local cirúrgico, posição do dreno nos momentos de repouso, bem como os cuidados e dificuldades no seu manuseio, como refazer o vácuo e medir o volume de secreções. A presença de seroma, hematoma, deiscência e linfedema também foi investigada.

Para avaliar o volume de secreção drenada, as mulheres recebiam um controle impresso, no qual deveriam anotar o volume desprezado diariamente. Este impresso foi fornecido pelo hospital de estudo como parte das orientações de enfermagem para alta hospitalar.

Para avaliar a presença de linfedema, foi realizada a perimetria dos membros superiores, com a mulher em pé, usando fita métrica flexível, em sete pontos ao longo do braço e antebraço, de acordo com o protocolo de tratamento para o linfedema pós-mastectomia instituído em um núcleo de reabilitação para mastectomizadas.⁹

A terceira avaliação, aproximadamente trinta dias após a cirurgia, também foi realizada no Ambulatório de Mastologia e

Oncologia Ginecológica e novamente foi investigada a presença de seroma e as condutas tomadas, além de levantar outras intercorrências apresentadas. Novamente, foi realizada a perimetria dos membros superiores para investigar linfedema.

Os dados obtidos nas três avaliações foram organizados em planilha do Microsoft Excel, transportados para o programa Epi Info versão 3.3.2. e foram analisados por meio da estatística descritiva.

RESULTADOS

Foram incluídas 39 mulheres, com idade entre 25 anos e 81 anos, sendo que 74,3% delas estavam na faixa etária dos 40 aos 70 anos, 56,4% eram casadas e 64,1% não completaram o ensino fundamental. A mama direita foi acometida em 56,4% mulheres e, quanto às cirurgias realizadas, 59% foram radicais e 82,1% foram submetidas à LA homolateral a cirurgia, (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das mulheres entrevistadas segundo a lateralidade da cirurgia, tipo de cirurgia e linfadenectomia axilar. Ribeirão Preto (SP), 2011.

Variável	Categoria	N=39	%
Lateralidade da cirurgia	Direita	22	56,4%
	Esquerda	17	43,6%
Tipo de Cirurgia	Mastectomia	23	59%
	Quadrantectomia	2	5,1%
	Tumorectomia	14	35,9%
Linfadenectomia Axilar	Sim	32	82,1%
	Não	7	17,9%

Em relação ao uso do dreno pós-cirurgia, verificou-se que o tempo de permanência variou de três a 20 dias, com a maioria delas retirando-o entre cinco e dez dias pós-cirurgia. O volume de líquido drenado variou entre 60 ml a 1077 ml e aquelas que permaneceram maior tempo com o dreno tiveram maior volume drenado.

Quanto à presença de seroma, observou-se que, de cinco a dez dias após a cirurgia, ocorreram três (7,7%) casos de seroma e, 30 dias após a cirurgia, ocorreram outros dez (25,6%) casos, (Tabela 2). Para a retirada do líquido acumulado no local cirúrgico, após a retirada do dreno, foram realizadas punções locais e, em alguns casos, foi necessária a repetição do procedimento por aproximadamente um mês, com visitas ao

hospital cerca de duas a três vezes por semana. O volume de seroma puncionado na segunda avaliação variou entre 40 e 60 ml e, na terceira avaliação, variou de dez a 615 ml.

Em relação às intercorrências relacionadas à inserção do dreno, na primeira avaliação pós-cirurgia, 5,1% das mulheres apresentaram drenagem de secreção; 10,3%, rubor local; 10,3%, calor e 25,6% dor, (Tabela 2). Quanto ao local cirúrgico, 7,7% apresentaram drenagem de secreção, 7,7% rubor local, 7,7% calor e 20,5% referiram dor. Na maioria destas, o quadro flogístico envolveu espontaneamente e duas mulheres apresentaram deiscência na incisão cirúrgica.

Tabela 2. Distribuição das mulheres entrevistadas, segundo o tempo de permanência do dreno, volume drenado de cinco a dez dias após a cirurgia, presença de seroma e intercorrências na inserção do dreno. Ribeirão Preto (SP), 2011.

Variável	Categoria	Freq. Absoluta	%
Tempo de permanência do dreno	5 a 10 dias	31	79,4
	Mais que 10 dias	6	15,5
	Menos de 5 dias	2	5,1
Volume drenado de 5 a 10 dias*	60 a 200 ml	11	35,4
	201 a 400 ml	8	25,8
	401 a 600 ml	7	22,5
	> 600 ml	3	9,6
Presença de seroma	5 a 10 dias	3	7,7
	Após ou Até 30 dias de cirurgia	10	25,6
Intercorrências na inserção do dreno	Dor	10	25,6
	Calor	4	10,3
	Rubor	4	10,3
	Secreção	2	5,1

*Das 31 mulheres que permaneceram com o dreno aspirativo no período de cinco a dez dias, duas não levaram o impresso de controle do volume drenado. Devido a isso, o N na variável “Volume de líquido drenado de cinco a dez dias” é inferior a 31.

Em relação à avaliação referente à ocorrência de linfedema (Tabela 3), observou-se que, por meio da perimetria, na 2ª avaliação, as diferenças de medidas entre os braços variaram de zero a quatro centímetros e, na 3ª avaliação, de zero a quatro centímetros e meio, destacando-se que cerca de 10% delas, após 30 dias de cirurgia, apresentaram edema de braço com medidas compatíveis com linfedema. Entre as 13

mulheres que apresentaram seroma no local da cirurgia, duas apresentaram diferença na perimetria nas avaliações subsequentes. Uma delas apresentou diferença entre os braços de um centímetro e meio na 2ª avaliação que evoluiu para três centímetros e meio na 3ª avaliação e, para a outra, a diferença foi de dois centímetros na 2ª avaliação e quatro centímetros na 3ª.

Tabela 3. Distribuição das mulheres entrevistadas, segundo as diferenças encontradas entre os membros superiores, em cm, observadas nas duas avaliações da perimetria. Ribeirão Preto (SP), 2011.

Diferenças na Perimetria	Período de Avaliação	
	2ª Avaliação	3ª Avaliação
0 cm	5 (12,8%)	6 (15,4%)
0, 5 - 2 cm	31 (79,4%)	29 (74,3%)
2,1 - 4 cm	3 (7,7%)	3(7,8%)
>4 cm	---	1 (2,6%)

Referente aos cuidados com o dreno, ao investigar se a própria mulher os realizava ou se ela necessitou de auxílio, verificou-se que 84,6% necessitaram de ajuda. Na primeira avaliação pós-cirúrgica, 94,9% mulheres afirmaram que as orientações acerca do cuidado com o dreno são necessárias e imprescindíveis para sua realização.

Observa-se, na tabela 4, que a maioria das mulheres incorporou as orientações acerca do cuidado com o dreno, entretanto, 5,1%

expressaram dificuldade para clampar a extensão e 15,3%, para esvaziar o coletor. Tais dificuldades não impediram que os procedimentos fossem realizados por elas. Houve manifestação de 30,8% das mulheres quanto à necessidade de procurar o serviço de saúde antes da retirada do dreno devido à dor, febre, saída de secreção na inserção, obstrução do sistema devido a coágulos, dificuldade de refazer o vácuo ou perda do dreno antes do previsto.

Tabela 4. Distribuição das mulheres entrevistadas, segundo os cuidados mencionados com o dreno. Ribeirão Preto (SP), 2011.

Variável	Categoria	N=39	%
Lavagem das mãos	Sim	39	100%
Lavagem do local cirúrgico	Sim	39	100%
Uso de pomadas e soluções	Não	36	92,6%
Refazer o vácuo todos os dias	Sim	38	97,4%
	Não	1	2,6%
Quantas vezes refez o vácuo ao dia	1 vez	11	28,6%
	2 vezes	25	64,1%
	3 vezes	3	7,7%
Clampar a extensão do dreno	Sim	39	100%
Medir o volume drenado todos os dias	Sim	39	100%
Desprezar a secreção no vaso sanitário	Sim	39	100%
Lavar o recipiente do dreno	Não	38	97,4%
Em repouso o dreno ficou	No chão	35	89,7%
	Outro local	4	10,3%

Outras atividades preconizadas no manual utilizado no serviço, visando ao autocuidado, são a prática da automassagem e movimentação do membro superior. Observou-se que as mulheres referiram insegurança para a realização dos movimentos e da automassagem nos primeiros dias de pós-operatório.

Quanto às causas que impediram a realização destas atividades foram citadas: a presença do dreno aspirativo e dor na incisão cirúrgica e/ou na inserção do dreno. No entanto, 30 dias após a cirurgia, nota-se que as práticas de autocuidado começaram a ser

incorporadas no cotidiano das mulheres, que se mostraram mais preocupadas quanto à prevenção do linfedema, na melhora da amplitude de movimentos e da sensibilidade do braço, visto que tais complicações podem prejudicar a rotina em que estavam inseridas antes da cirurgia.

Entre as mulheres que incorporaram a prática de movimentação do braço, a frequência variou de uma a três vezes por dia. Nos primeiros dias após a cirurgia, a prática da automassagem foi nula, mas, após 30 dias, 33,3% mulheres iniciaram-na (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição das mulheres entrevistadas, segundo a movimentação do braço e de automassagem de cinco a dez dias após a cirurgia e após 30 dias de cirurgia. Ribeirão Preto (SP), 2011.

Período da Avaliação	Automassagem	Movimentação do braço
2ª Avaliação (cinco a 10 dias após a cirurgia)		
Sim	-	3 (7,7%)
Não	39 (100%)	36 (92,3%)
3ª Avaliação (Após 30 dias de cirurgia)		
Sim	13 (33,3%)	25 (64,1%)
Não	26 (66,7%)	14 (35,9%)

DISCUSSÃO

A maioria das mulheres participantes deste estudo foi submetida a cirurgias radicais para o tratamento do câncer de mama, acompanhada de LA, o que aumenta a incidência de complicações pós-cirúrgicas. As morbidades relacionadas a procedimentos cirúrgicos mais invasivos, como a ocorrência de seroma e de infecção, têm sido associadas a estadiamentos mais avançados e procedimentos mais radicais.¹⁰

Em uma meta-análise incluindo 29 estudos para avaliar fatores de risco associados ao tratamento cirúrgico do câncer de mama e à ocorrência de linfedema, a medida de efeito combinada revelou forte associação com a LA (HR=2,5-2,6), maior número de linfonodos retirados (HR=1,2) e a realização de mastectomia (OR=2,7-7,4).¹¹

Como critério de inclusão, todas as participantes deste estudo fizeram uso de

sistemas fechados de drenagem a vácuo no pós-operatório. Os sistemas de drenagem surgiram na década de 40 do século passado e revolucionaram as cirurgias por câncer de mama. Eles continuam sendo empregados nos procedimentos cirúrgicos atuais, na tentativa de obliterar o espaço morto deixado após a LA e, assim, favorecer e acelerar a cicatrização, diminuir a formação de seroma, a incidência de necrose e infecção do local cirúrgico.¹²

Entretanto, estes benefícios ainda são questionados, como demonstrado nos resultados de uma revisão sistemática que avaliou os efeitos da drenagem da ferida operatória após LA por câncer de mama. Estes indicaram uma redução na incidência da formação de seroma em mulheres que utilizaram o dreno aspirativo no pós-operatório (IC_{95%}= 0,23-0,91). Os dados revelaram ainda que o tempo de internação foi 1,47 dia maior no grupo que utilizou o dreno aspirativo (IC_{95%}=0,67-2,28) e que não houve diferenças estatísticas significativas nas

Cruz LAP da, Prado MAS, Ferreira SMA et al.

Ocorrência de seroma pós-mastectomia e o cuidado...

taxas de infecção entre as mulheres que utilizaram o dreno aspirativo em comparação com as que não o utilizaram ($IC_{95\%} = 0,44-1,12$).¹³ Contrariando estes achados, outro estudo de revisão que objetivou avaliar os fatores associados à formação de seroma após a cirurgia para o câncer de mama e apontou que drenos de alta pressão promovem um aumento no volume de líquido drenado, contribuindo para a formação de seroma.¹⁴

Encontrou-se, neste estudo, que os casos de seroma ocorreram, em maior frequência, no pós-operatório tardio e exigiram a realização de repetidas punções locais por períodos que se estenderam até um mês. Para controlar o seroma, o tratamento de escolha para as mulheres do estudo foram punções indicadas sempre que e até quando existir queixa de desconforto da mulher.¹⁵

Em relação ao tempo de permanência do dreno aspirativo, a recomendação é de cinco a dez dias de permanência, com volume diário entre 30 a 50 ml para a sua retirada.¹⁶ Porém, este período pode variar de acordo com o protocolo utilizado em cada instituição. Neste estudo, algumas mulheres permaneceram com o dreno por até 20 dias.

Este período prolongado de permanência do dreno pode estar associado à presença significativa de seroma, pois o IMC ($p = 0,01$), o peso corporal ($p = 0,03$), o volume de líquido drenado ($p = 0,04$) e o tempo de permanência do dreno ($p = 0,04$) constituem fatores que podem ser preditores da formação de seroma pós-cirurgia para o câncer de mama. Entretanto, outras variáveis como idade, estadiamento da doença e tratamento quimioterápico não apresentaram influência na formação do seroma.¹⁷

Em relação às intercorrências apresentadas no pós-operatório, a infecção do sítio cirúrgico é uma complicação associada à presença de seroma e as mulheres investigadas apresentaram sinais flogísticos na inserção do dreno e local cirúrgico, além de deiscência cirúrgica. Cabe ressaltar que a infecção do sítio cirúrgico também pode estar associada aos procedimentos mais agressivos como as mastectomias em comparação com procedimentos conservadores.¹⁸

A formação do seroma após a cirurgia também está associada a um prejuízo na rede linfática, acarretando o desenvolvimento de linfedema, e tal complicação também foi observada nas mulheres estudadas. Revisão integrativa, que teve como objetivo analisar os cuidados prestados à mulher acometida por câncer de mama e que realizou LA, aponta que a prevenção do linfedema inicia-se no período pré-operatório. Os profissionais de

saúde precisam orientar em relação à postura corporal que deve ser adotada no pós-operatório, além de incentivar a adesão aos tratamentos de reabilitação.¹⁹

Estudo com 130 mulheres com câncer de mama objetivou explorar a associação do seroma com sintomas do linfedema e encontrou que, as pacientes que o desenvolveram, tinham entre 7,78 e 10,64 mais chances de desenvolver o edema do braço homolateral à cirurgia. Deste modo, o seroma pode ser associado ao risco do desenvolvimento de sintomas do linfedema após o tratamento para o câncer de mama e é recomendado que as mulheres recebam intervenções de redução de risco.²⁰ Neste estudo, encontrou-se que dentre as quatro participantes que apresentaram alteração na perimetria, entre a segunda e a terceira avaliação, duas tiveram seroma, demonstrado que a presença do seroma pode ser um dos fatores que contribuem no desenvolvimento de linfedema.

Outra questão avaliada foi quanto à movimentação do braço operado. Não há consenso sobre o melhor método para realizar os exercícios durante a reabilitação física do câncer de mama e a sua influência nas complicações pós-operatórias. Ainda existem controvérsias sobre qual programa de exercício é capaz de minimizar as disfunções no ombro, volume de secreção drenada, incidência de seroma, deiscências e o desenvolvimento de linfedema. Frente a uma variedade de programas, há a necessidade de homogenização dos procedimentos metodológicos em estudos desta natureza, para que sua reprodutibilidade seja possível em outros.²¹

Estudo que discute sobre o papel do exercício físico após o câncer de mama afirma que sua influência é positiva na recuperação pós-cirúrgica. Relata, ainda, que muitas mulheres experimentam fadiga, náusea, diminuição da capacidade aeróbia, mobilidade do braço e força muscular durante o tratamento adjuvante e o exercício é indicado para incrementar a capacidade física e o condicionamento cardiopulmonar, melhorar a mobilidade do ombro, ajudar na redução do peso corporal e prevenir o acúmulo de linfa no membro superior.²² O alvo da intervenção deve ser o déficit na flexibilidade e força muscular, além da fibrose nos tecidos moles, insuficiência linfática, entre outros, e são recomendados alongamento, condicionamento aeróbio, exercícios resistidos de baixa intensidade e trabalho postural o mais rápido possível após a cirurgia.²³

Cabe ressaltar que o desconforto gerado pela presença do dreno, somado à insegurança da mulher, contribuiu para a não movimentação do braço homolateral à cirurgia observado neste estudo, o que contraria as recomendações referentes aos cuidados com o braço e exercícios físicos adequados para o pós-operatório.²⁴ A adesão à movimentação do braço foi maior após a explicação detalhada sobre a importância destes na prevenção do linfedema e na melhoria da amplitude de movimentos do membro superior e observada após 30 dias de pós-operatório.

Neste estudo, também foram avaliados os cuidados com o dreno no domicílio, sendo enfatizada a utilização de uma drenagem a vácuo eficiente e a vigilância constante, para se evitem obstruções. A maioria das mulheres referiu que os realizava, apesar de algumas relatarem a necessidade do auxílio de familiares neste processo e destacarem algumas dificuldades que podem ser um fator que interfere no prolongamento do uso do dreno.²⁵

O local deste estudo preconiza a alta hospitalar das mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama no primeiro dia de pós-operatório, caso não haja intercorrência. Porém, observou-se que este período pós-cirúrgico acaba gerando vários sentimentos nas mulheres como medo, impotência e insegurança que podem interferir no autocuidado e causar algumas complicações pós-operatórias. Estudo realizado com mulheres mastectomizadas mostrou que, quando elas estavam hospitalizadas, percebiam a dependência dos outros como uma situação normal, entretanto, ao chegarem em suas residências, conseguiriam retomar suas atividades diárias normalmente.²⁶ Contudo, a realidade enfrentada foi contrária, pois as mulheres começaram a sentir que teriam dificuldades a serem enfrentadas, já durante a internação.

Em relação à colaboração que receberam durante a permanência do dreno, as mulheres referiram que seus familiares foram os cuidadores e apontaram a importância da família nessa etapa do tratamento. A família é a principal rede social do indivíduo onde ocorre a criação de vínculos e formação de valores.²⁷ Essa relação apresenta-se muito interligada e acredita-se que a experiência da doença promova modificações na maneira de pensar, sentir e agir das pessoas.

Cabe destacar, ainda, que neste estudo as mulheres enfatizaram a importância das orientações e do acompanhamento que tiveram, sendo que isso as auxiliou no autocuidado. A literatura mostra que as

orientações e cuidados fornecidos pelo enfermeiro às pacientes que se encontram em tais períodos revelaram-se positivos, e a falta de informação e esclarecimento referente à doença, ao tratamento e à extirpação da mama é responsável pelo turbilhão de sentimentos como medo, apreensão e preocupação. Dessa forma, a visita pré-operatória deve consistir um momento de reconhecimento das necessidades, dos anseios e dos desejos sentidos pelas mulheres. A partir deste levantamento, deve ser elaborado um plano de cuidados individualizado e eficaz, que favoreça o processo de recuperação da mulher.²⁸⁻⁹⁻³⁰

CONCLUSÃO

Ao considerar a alta porcentagem de mulheres submetidas à mastectomia e à LA neste estudo, depreende-se que o diagnóstico da doença ainda ocorre tardiamente, o que exige o uso de tratamentos agressivos e, conseqüentemente, o aparecimento de complicações relacionadas.

Ressalta-se, também, a longa a permanência do dreno entre as mulheres estudadas. Tal questão reforça a importância da educação em saúde relacionada aos cuidados pós-operatórios. O acompanhamento das mulheres submetidas à cirurgia é importante e devem ser criadas oportunidades para o estímulo às práticas de autocuidado, fornecimento de informações seguras e contínuas sobre a doença e tratamentos e fortalecimento dos vínculos entre o profissional e a mulher.

Pode-se observar que a ocorrência de seroma e os cuidados durante a permanência do dreno merecem destaque no planejamento do cuidado de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- Campbell KL, Pusic AL, [Zucker DS](#), McNeely ML, Binkley JM, Cheville AL, et al. A prospective model of care for breast cancer rehabilitation: function. Cancer [Internet]. 2012 Apr [cited 2013 Oct 25]; 118(8 Suppl):2300-2311. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22488704
- Ministério da Saúde (BR). Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Nacional do Câncer. [Internet]. 2016. [cited 2016 May 16]. Available from: http://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/edicao/Estimativa_2016.pdf
- Boff RA, Wisintainer F. Mastologia moderna - abordagem multidisciplinar. 1st ed. São Paulo: Mesa redonda; 2006.

Cruz LAP da, Prado MAS, Ferreira SMA et al.

Ocorrência de seroma pós-mastectomia e o cuidado...

Bregagnol RK, Dias AS. Alterações funcionais em mulheres submetidas à cirurgia de mama com linfadenectomia axilar total. Rev bras de cancerol [Internet]. 2010 May [cited 2013 Oct 25]; 56(1):25-33. Available from: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_56/v01/pdf/05_artigo_alteracoes_funcionais_linfadenectomia.pdf

Burckhardt CS, Jones KD. Effects of chronic widespread pain on the health status and quality of life of women after breast cancer surgery. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2005 Apr [cited 2013 Sept 20];3(30). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15860132>

Sajid MS, Hutson KH, Rapisarda IF, Bonomi R. Fibrin glue instillation under skin flaps to prevent seroma-related morbidity following breast and axillary surgery. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2013 May [cited 2013 Oct 25];5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23728694>

Loo WTY, Chow LWC. Factors predicting seroma formation after mastectomy for Chinese breast cancer patients. Indian J Cancer [Internet]. 2007 July/Sept [cited 2013 Sept 20];44(3):99-103. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18250530>

Barreto RAS, Suzuki K, Lima MA, Moreira AA. As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2008 Mar [cited 2013 Sept 20];10(1):110-123. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a10.htm>

Barros VM, Panobianco MS, Almeida AM, Guirro ECO. Linfedema pós-mastectomia: um protocolo de tratamento. Fisioter Pesqui [Internet]. 2013 Apr [cited 2013 Sept 20];20(2):178-183. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502013000200013

Moura FMJSP, Silva MG, Oliveira SC, Moura LJP. Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2010 July [cited 2013 Jan 09];14(3):477-484. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300007

DiSipio T, Rye S, Newman B, Hayes S. Incidence of unilateral arm lymphoedema after breast cancer: a systematic review and meta-analysis. Lancet Oncol [Internet]. 2013 May [cited 2015 Feb 22];14(6):500-515. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23540561>

Wilke GL, McCall LM, Posther KE, Whitworth PW, Reintgen DS, Leich AM, et al. Surgical complications associated with sentinel lymph node biopsy: results from a prospective international cooperative group trial. Ann Surg Oncol [Internet]. 2006 Apr [cited 2013 Oct 25];13(3):491-500. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16514477>

Thomson DR, Sadideen H, Furniss D. Wound drainage after axillary dissection for carcinoma of the breast (Review). Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2013 Oct [cited 2015 Feb 22];20(10). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24158902>

Srivastava V, Basu S, Shukla VK. Seroma Formation after breast cancer surgery: what we have learned in the last two decades. J Breast Cancer [Internet]. 2012 Dec [cited 2015 Feb 22];15(4):373-380. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3542843/>

MiriBonjar MR, Maghsoudi H, Sania R, Saled P, Parsafar F. Efficacy of fibrin glue on seroma formation after breast surgery. Int J Breast Cancer [Internet]. 2012 Sept [cited 2013 Oct 20];(2012). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23008776>

Pogson CJ, Adwani A, Ebbs SR. Seroma following breast cancer surgery. Eur J Surg Oncol [Internet]. 2003 Nov [cited 2015 Feb 22];29(9):711-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14602488>

Seenivasagam RK, Gupta V, Singh G. Prevention of seroma formation after axillary dissection - A comparative randomized clinical trial of three methods. Breast J [Internet]. 2013 Sept/Oct [cited 2015 Feb 22];19(5):478-484. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23865902>

Sampathraju S, Rodrigues G. Seroma formation after mastectomy: pathogenesis and prevention. Indian J Surg Oncol [Internet]. 2010 Dec [cited 2015 Feb 22];1(4):328-333. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3244263/>

Hamaji MP, Sousa FH, Oliveira Júnior VA, Sousa CAP, Oliveira FR, Valenti VE. O cuidado à mastectomizada com linfadenectomia axilar, prevenção delinfedema: revisão integrativa. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2014 Apr [cited 2015 Feb

Cruz LAP da, Prado MAS, Ferreira SMA et al.

Ocorrência de seroma pós-mastectomia e o cuidado...

22];8(4):1064-1071. Available from: DOI: 10.5205/reuol.5829-50065-1-ED-1.0804201435
Fu MR, Guth AA, Cleland CM, Lima EDRP, Kayal M, Haber J, et al. The effects of symptomatic seroma on lymphedema symptoms following breast cancer treatment. *Lymphology* [Internet]. 2011 Sept [cited 2013 Oct 20];44:134-143. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22165584>
Paiva DMF, Leite ICG, Rodrigues VO, Cesca MG. Fatores associados ao linfedema em pacientes com câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2011 May [cited 2013 Oct 20];33(2):75-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n2/v33n2a04.pdf>
Chan DN, Lui LY, So WK. Effectiveness of exercise programmes on shoulder mobility and lymphoedema after axillary lymph node dissection for breast cancer: systematic review. *J Adv Nurs* [Internet]. 2010 Sept [cited 2013 Oct 20];66(9):1902-1914. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20626480>
Cheville AL, Tchou J. Barriers to rehabilitation following surgery for primary breast cancer. *J Surg Oncol* [Internet]. 2007 Apr [cited 2013 Mar 03];95(5):409-418. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17457830>
Vilar-Compte D, Rosales S, Hernandez-Mello N, Maafs E, Volkow P. Surveillance, control, and prevention of surgical site infections in breast cancer surgery: A 5-year experience. *Am J Infect Control* [Internet]. 2009 Oct [cited 2013 Mar 03];37(8):674-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19556033>
Ferreira MLS, Mamede MV. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2003 May [cited 2015 Feb 22];11(3):299-304. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16538.pdf>
Araújo JS, Nascimento MAA. Atuação da família frente ao processo saúde-doença de um familiar com câncer de mama. *Rev bras enferm* [Internet]. 2004 May/June [cited 2013 Mar 03];57(3):274-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n3/a03v57n3.pdf>
Rezende LF, Rocha AVR, Gomes CS. Avaliação dos fatores de risco no linfedema pós-tratamento de câncer de mama. *J vasc bras* [Internet]. 2010 Dec [cited 2013 Mar 03];9(4):233-38. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492010000400005

Alves PC, Barbosa ICFJ, Caetano JAC, Fernandes AFC. Cuidados de enfermagem no pré-operatório e reabilitação de mastectomia: revisão narrativa da literatura. *Rev bras enferm* [Internet]. 2011 Aug [cited 2013 Mar 03];64(4):732-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000400016

Alves CA, Silva APS, Santos MCL, Fernandes AFC. Conhecimento e expectativas de mulheres no pré-operatório da mastectomia. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 Dec [cited 2013 Mar 03];44(4):898-895. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400019

Esteves MT, Domenico EBL, Petito EL, Gutiérrez MGR. Intervenção educativa para o automonitoramento da drenagem contínua no pós-operatório de mastectomia. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2013 Dec [cited 2015 Feb 22];34(4):75-83. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000400010

Submissão: 28/06/2016

Aceito: 12/12/2016

Publicado: 01/01/2017

Correspondência

Ana Maria de Almeida
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
Avenida dos Bandeirantes, 3900 - Campus
Universitário
Bairro Monte Alegre
CEP: 14040-902 – Ribeirão Preto (SP), Brasil