

Bruna Mariano da Silva<sup>1</sup>; Ana Paula Kelly de Almeida Tomaz<sup>2</sup>; Laís Figueiredo Ferreira Lós de Alcântara<sup>3</sup>. E-mail de contato: brunamarianodasilvaenf@gmail.com

1 – (Enfermagem – Residente do programa multiprofissional em oncologia)

2 – (Enfermagem – Área de ensino)

3 – (Enfermagem – SPA)

## INTRODUÇÃO

A magnitude mundial dos dados epidemiológicos referentes ao câncer de mama, junto a elevada taxa de mortalidade por esta afecção no Brasil<sup>1</sup>, estão atualmente bem estabelecidas. Neste sentido a escolha pela abordagem cirúrgica, como modalidade terapêutica prevalece mediante avaliação clínica, podendo ser através da quadrantectomia ou da mastectomia<sup>2</sup>. Tal processo cirúrgico, de remoção da mama, leva a formação de um espaço morto potencial, que poderá receber linfa (seroma) e sangue, procedente de pequenas lesões a vasos linfáticos e sanguíneos durante o ato cirúrgico<sup>3</sup> tanto na região axilar, quanto no plastrão. A formação de seroma é a complicação pós-operatória mais frequente do câncer de mama, apresentando incidência que varia de 3 a 85%, salvo que sua ocorrência também pode acarretar o surgimento de demais complicações<sup>4</sup>. Desta forma faz-se necessária a realização da punção local para aspiração do conteúdo linfático.

## OBJETIVO

Analisar a intervenção “punção de seroma” no pós-operatório em mastologia realizada por enfermeiros no Hospital do Câncer III (HC-III/INCA), tendo como parâmetro para a discussão a Linha de Consenso Internacional sobre Seroma de Mama, referencial teórico desta pesquisa.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, desenvolvido no ambulatório de enfermagem mastológica do HCIII, tendo como participantes os enfermeiros lotados no referido cenário, selecionados pela técnica não probabilística intencional e delimitado quanto ao número de participantes, por exaustão. A produção dos dados foi realizada através da observação participante, durante a realização do procedimento de punção de seroma pelos enfermeiros ali lotados, como também através do estabelecimento de diálogo com os mesmos, sendo interrompida pela saturação dos dados obtidos.

A análise de conteúdo temática proposta por Bardin<sup>5</sup>, foi a técnica metodológica selecionada para trabalhar os dados produzidos, da qual emergiram quatro categorias temáticas: Orientação ao paciente sobre o procedimento a ser realizado; Materiais utilizados para a realização do procedimento punção de seroma; Condutas adotadas durante a realização da punção de seroma; E complicações locais relacionadas ao acúmulo do seroma. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do INCA, sob o número 1.550.420 em 13/05/2016.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO PARCIAIS

Foram observados quatro enfermeiros no decorrer da produção de dados deste estudo, com ênfase na prática assistencial inerente a consulta de enfermagem, durante a realização da punção de seroma como cuidado pós-operatório, no seguimento ambulatorial da mastologia oncológica.

Até o momento foram analisadas somente as três primeiras categorias temáticas deste estudo. Quanto a orientação ao paciente sobre o procedimento a ser realizado, foi observada orientação quanto à hipoestesia no local da punção e ao desconforto que o acúmulo do seroma pode proporcionar. Tais falas são consoantes ao proposto pelo referencial teórico deste estudo, como também ratificadas pela literatura através dos autores Souza e Neves<sup>6</sup> e Melo et al<sup>7</sup>, que citam a alteração de sensibilidade como uma complicação cirúrgica decorrente da mastectomia, e também nas falas dos autores Mota e Marks<sup>8</sup>, He et al<sup>9</sup> e Boostrom et al<sup>10</sup> que discorrem sobre o desconforto físico e psicológico que o acúmulo do seroma traz aos pacientes em tratamento.

Quanto aos materiais utilizados para a realização da punção de seroma, foi visto que as enfermeiras optam, em maioria, pelo uso dos mesmos materiais que a Linha de Consenso sobre Seroma de Mama preconiza, entretanto alguns materiais como campo e compressas estéreis, agulha e solução antisséptica diferem do estabelecido pelo referido documento.

Foi observada também a escolha de materiais específicos não descritos no referencial teórico, como o uso somente da seringa de 20 mL com bico tipo Luer Slip (reto), que é uma característica inserida no fazer destes profissionais. E tal fato demonstra que os participantes desta pesquisa optam pelo uso de materiais adequados, respeitando a técnica asséptica deste procedimento, e por esse motivo pode ser correlacionado ao termo de “melhores práticas” em saúde, referido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que inclui, dentre outros, o uso de materiais adequados.<sup>11</sup>

No que diz respeito às condutas adotadas durante a realização da punção de seroma, foi observado no primeiro momento a realização de um exame clínico local apurado no plastrão e região axilar, através da inspeção e palpação respectivamente, com o objetivo de selecionar o

local mais adequado para punccionar, e tal intervenção é elucidada pelos autores Taylor et al<sup>12</sup> e He et al<sup>9</sup>, que citam a palpação como meio para a identificação da área de acúmulo do seroma. Em um segundo momento a punção de seroma é efetivamente realizada, e durante a mesma foi possível observar a execução de condutas idênticas, em sua maioria, as encontradas no referencial teórico deste estudo, com uma divergência e procedimentos adicionais.

Quanto ao ato divergente, encontra-se a angulação da agulha em relação à pele no momento da punção, que oscila entre 45º e 90º, e quanto aos adendos observados à técnica, um destes refere-se ao emprego de mudanças no trajeto da agulha após a punção, concomitante a aspiração da seringa, e o outro quanto a forma de oclusão do canhão da agulha enquanto o seroma aspirado é desprezado, visto que os enfermeiros utilizam uma gaze estéril como suporte para a conexão e desconexão da agulha com a seringa, e usam a mesma para impedir a saída espontânea de seroma pelo canhão da agulha e para protegê-lo.

Quanto à realização da técnica de punção de seroma em si e aos atos inerentes à mesma, podemos perceber que os enfermeiros realizam tal intervenção de forma semelhante ao que é executado internacionalmente, porém com particularidades, pelo fato de contribuírem para o aprimoramento desta técnica. Tal movimentação no sentido de modificar algo previamente estruturado, remete-se a composição técnica do trabalho<sup>13</sup>, pela relação presente na tecnologia leve-dura proposta por Mehry, a qual é composta parte por tecnologia dura e uma parte leve, através do “trabalho vivo em ato”, no qual o enfermeiro tem uma margem de liberdade para ser criativo, desde que o mesmo respeite os limites duros da técnica já estabelecidos, o que resulta em um razoável autogoverno do processo de trabalho, assumindo o mesmo, diferentes formas do fazer estruturado, o que leva a produção do cuidado<sup>14</sup>, sendo este, o princípio fundamental do fazer em enfermagem.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou até o momento analisar o conhecimento teórico e prático de enfermeiros oncologistas acerca da punção de seroma em mastologia oncológica, como cuidado pós-operatório prestado por esses profissionais, assim como observar as interfaces pertencentes à realização desta intervenção e discuti-las com base em um padrão internacional.

A percepção da semelhança entre as condutas assistenciais brasileiras e internacionais, como também a busca por conhecimento técnico-científico para fundamentar as condutas adotadas por estes enfermeiros, demonstram até o presente momento, a necessidade da observação de padrões internacionalmente reconhecidos, para sustentação do cuidado prestado frente ao seroma de mama, o que nos remete a refletir sobre a necessidade da realização de mais estudos acerca deste tema.

## REFERÊNCIAS:

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) / Ministério da Saúde. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil [online]. 2015. 122p.
2. Abreu ANP, Endres D, Costa AB, Zanini SCC, Martini RR, Legisamo CP. Função pulmonar e força muscular respiratória em pacientes submetidas à cirurgia oncológica de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2014 2 de junho; 60(2): 151-157.
3. Esteves MT, Domenico EBL, Petito EL, Gutiérrez MGR. Intervenção educativa para o automonitoramento da drenagem contínua no pós-operatório de mastectomia. *Revista Gaúcha Enferm*. 2013 4 de outubro; 34(4):75-83.
4. Junior RF, Cavalcante AFRS, Soares LR, Pádua APQ, Sousa PTP, Ribeiro LFJ et al. Estudo comportamental sobre a drenagem axilar no câncer de mama. *Revista Brasileira de Mastologia*. 2014 26 de janeiro; 24(2):42-46.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa 2011. Edição 70.
6. Souza AS, Neves PO. Complicações pós-cirúrgicas em mulheres submetidas à mastectomia. [monografia] Universidade São Francisco. 2016.
7. Melo MSI, Maia JN, Silva DAL, Carvalho CC. Avaliação postural em pacientes submetidas à mastectomia radical modificada por meio da fotogrametria computadorizada. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2011. 01 de Janeiro. 57(1): 39-48.
8. Mota MR, Marks G. Estudo sobre o volume de drenagem de seroma pós mastectomia radical e cirurgia conservadora. *UningáReview*. 2012 03 de Janeiro. 09(1):45-49.
9. He XD, Guo ZH, Tian JH, Yang KH, Xie XD. Whether drainage should be used after surgery for breast cancer? A systematic review of randomized controlled trials. *MedOnc*. 2010 9 de september; 128: 22–30.
10. Boostrom SY, Throckmorton AD, Boughey JC, Holifield AC, Zakaria S, Hoskin TL. Incidence of Clinically Significant Seroma after Breast and Axillary Surgery. *J Am Coll Surg*. 2009 Janeiro. 208(1):148-50.
11. Campos RP, Neiva ER, Santos JN, Gomes TM. Rumo a uma metodologia para o estudo de boas práticas em cooperação internacional em saúde. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*. 2010 Março. 4(1): 165-176.
12. Taylor JC, Rai S, Hoar F, Brown H, Vishwanath L. Breast cancer surgery without suction drainage: The impact of adopting a 'no drains' policy on symptomatic seroma formation rates. *Eur J Surg Oncol*. 2013 junho; 39(4): 334-338.
13. Franco TB. Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde [tese]. Unicamp: Campinas. 2003.
14. Merhy EE. Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo; São Paulo: Hucitec. 2002.
15. Thomson DR, Sadideen H, Furniss D. Wound drainage after axillary dissection for carcinoma of the breast (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013 12 february. 10:CD006823.