



FERIDAS NEOPLÁSICAS: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E TERAPÊUTICO DE PACIENTES COM CÂNCER DE PELE
NEOPLASTIC WOUNDS: SOCIO-DEMOGRAPHIC, CLINICAL AND THERAPEUTIC PROFILE OF PATIENTS WITH SKIN CANCER
HERIDAS NEOPLÁSICAS: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO Y TERAPÉUTICO DE PACIENTES CON CÁNCER DE PIEL

Débora Thaise Freires de Brito¹, Elton de Lima Macedo², Glenda Agra³, Alana Tamar Oliveira de Sousa⁴, Edlene Régis Silva Pimentel⁵, Marta Miriam Lopes Costa⁶

RESUMO

Objetivo: traçar o perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com feridas neoplásicas, decorrentes do câncer de pele. **Método:** estudo descritivo, documental, retrospectivo, com abordagem quantitativa, obtido por meio de 431 prontuários de um hospital, utilizando-se um roteiro adaptado. Os dados coletados foram armazenados no programa Microsoft Word e analisados pela estatística descritiva. **Resultados:** houve maior ocorrência de feridas neoplásicas em 2015 (27,1%); a maioria dos participantes era homens (54,0%), com idade igual ou superior a 60 anos (65,0%), agricultores (23,2%) e aposentados (43,2%). O tipo histológico espinocelular se sobressaiu em 176 (40,8%) participantes. **Conclusão:** os resultados mostram a falta de sistematização da assistência de enfermagem relacionada às feridas neoplásicas de pele na instituição *lôcus* da pesquisa. **Descritores:** Enfermagem; Serviço Hospitalar de Registros Médicos; Neoplasias Cutâneas.

ABSTRACT

Objective: to describe the socio-demographic, clinical and therapeutic profile of patients with neoplastic wounds due to skin cancer. **Method:** this is a descriptive, documental, retrospective study with a quantitative approach, obtained through 431 medical records of a hospital, using an adapted script. The data collected were stored in the Microsoft Word program and analyzed by descriptive statistics. **Results:** there was a higher incidence of neoplastic wounds in 2015 (27.1%), most participants were men (54.0%), aged 60 years old or over (65.0%), farmers (23.2% %) and retirees (43.2%). The squamous cell histological type was prominent in 176 (40.8%) participants. **Conclusion:** the results show the lack of systematization of nursing care related to neoplastic skin wounds in the institution of the research. **Descriptors:** Nursing; Medical Records Department, Hospital; Skin Neoplasms.

RESUMEN

Objetivo: trazar el perfil sociodemográfico, clínico y terapéutico de pacientes con heridas neoplásicas, decurrentes del cáncer de piel. **Método:** estudio descriptivo, documental, retrospectivo con enfoque cuantitativo, obtenido por medio de 431 registros de un hospital, utilizándose una guía adaptado. Los datos recogidos fueron almacenados en el programa Microsoft Word y analizados por la estadística descriptiva. **Resultados:** hubo mayor ocurrencia de heridas neoplásicas en 2015 (27,1%), la mayoría de los participantes eran hombres (54,0%), con edad igual o superior a 60 años (65,0%), agricultores (23,2%) y jubilados (43,2%). El tipo histológico espinocelular se sobresalieron en 176 (40,8%) participantes. **Conclusión:** los resultados muestran la falta de sistematización de la asistencia de enfermería relacionada a las heridas neoplásicas de piel en la institución de la investigación. **Descriptores:** Enfermería; Servicio de Registros Médicos en Hospital; Neoplasias Cutáneas.

^{1,2}Enfermeiros, Universidade Federal de Campina Grande/UFPG - Campus Cuité. Cuité (PB), Brasil. E-mails: deborathaise@hotmail.com; eltoneltonlm@hotmail.com; ³Enfermeira, Mestre, Universidade Federal de Campina Grande/UFPG - Campus Cuité. Cuité (PB), Brasil. E-mail: g.agra@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, Doutora, Universidade Federal de Campina Grande/UFPG - Campus Cuité. Cuité (PB), Brasil. E-mail: alanatamar@gmail.com; ⁵Enfermeira, Especialista, Universidade Federal de Campina Grande/UFPG - Campus Cuité. Cuité (PB). E-mail: edleneregis@hotmail.com; ⁶Enfermeira, Doutora, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: marthamiryam@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A incidência do câncer vem aumentando nas últimas décadas e a doença se caracteriza como um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, constituindo-se a segunda causa de morte brasileira.¹

No Brasil, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA)², a estimativa para o ano de 2016 e 2017 aponta para a ocorrência de aproximadamente 600 mil casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. O câncer de pele do tipo não melanoma (182 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (61 mil), mama feminina (57 mil), cólon e reto (34 mil), traqueia, brônquio e pulmão (28 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil). Para estes mesmos anos, na região Nordeste, estima-se que ocorram 47.520 casos novos de neoplasia em homens e 51.540 em mulheres.² Ademais, na Paraíba, estima-se que ocorrerão 8.250 novos casos de câncer, sendo 2.030 mil casos novos de câncer de pele não melanoma.

Embora não exista dados que demonstrem a incidência de feridas neoplásicas, pode-se fazer um levantamento acerca da estimativa da população com câncer. Diante disso, estima-se que 5% a 10% dos pacientes oncológicos desenvolvam feridas, seja em decorrência do tumor primário ou de tumores metastáticos, sobretudo nos últimos 12 a seis meses de vida.³

Ressalta-se que as feridas neoplásicas são formadas pela infiltração das células malignas do tumor nas estruturas da pele, levando conseqüentemente à quebra da sua integridade, com posterior formação de uma ferida evolutivamente exofítica, decorrente da proliferação celular descontrolada que o processo de oncogênese provoca.⁴

Vale salientar que existem diversas linhagens de neoplasias cutâneas, sendo estas classificadas em não melanoma, formada pelo carcinoma basocelular, responsável por 70% dos diagnósticos; carcinoma epidermóide ou espinocelular, representando 25% dos casos; e o

Feridas neoplásicas: perfil sociodemográfico, clínico...

melanoma, que abarca todos os tumores que tem origem nos melanócitos. O câncer de pele não melanoma possui maior ocorrência, porém é o menos agressivo, tendo possibilidades terapêuticas de cura quando diagnosticado precocemente. Já o melanoma, apresenta menor incidência, representa apenas 3% das neoplasias malignas do órgão, contudo, possui alta possibilidade de metástase. De acordo com o sistema de Informação de Mortalidade (2013), dos 6.230 casos novos de neoplasia de pele melanoma estimados para 2012/2013, 1.547 pessoas vieram a óbito, sendo 903 homens e 644 mulheres.⁵⁻⁶

Essas feridas que acometem a pele constituem mais um agravo na vida do paciente oncológico, pois, progressivamente, tornam-se friáveis, dolorosas, exsudativas, com odor fétido, e podem desfigurar o corpo e provocar no paciente distúrbio da autoimagem e desgaste psicológico, bem como sensação de desamparo, humilhação, isolamento social e tristeza.⁷⁻⁸

Compreende-se que o cuidado com as feridas neoplásicas não está bem estabelecido, tendo em vista o aumento de sua incidência em pacientes com câncer. Diante disso, é primordial que o enfermeiro tenha conhecimento sobre os produtos, substâncias, coberturas e medicamentos específicos e mais indicados para controle dos sinais e sintomas; e a realidade econômica do paciente e de seus familiares e da instituição em que está hospitalizado para assim melhor intervir.⁹

Nessa perspectiva, a motivação pela temática surgiu a partir da escassez de estudos que contribuíssem para melhorar a qualidade da assistência prestada, uma vez que pesquisas científicas que abordam dados epidemiológicos, descritivos, clínicos e terapêuticos de pacientes com feridas neoplásicas são incipientes no Brasil.

Na intenção de aprofundar o conhecimento acerca da temática, emergiu a seguinte questão: Qual o perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com feridas neoplásicas, decorrentes do câncer de pele, atendidos em um hospital de referência na Paraíba?

Brito DTF de, Macedo E, Agra G et al.

Esse questionamento representou o ponto de partida para o desenvolvimento da pesquisa por considerar que há necessidade de conhecer a clientela na qual se presta diversas formas de cuidados e, assim direcionar o seu atendimento.

OBJETIVO

- Traçar o perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com feridas neoplásicas, decorrentes do câncer de pele.

MÉTODO

Trata-se de um estudo documental, retrospectivo e descritivo, com abordagem quantitativa, onde foram utilizados dados secundários extraídos de prontuários de pacientes com câncer do Serviço de Arquivo Médico e Estatística de um hospital referência na Paraíba.

A coleta de dados foi realizada durante o período de agosto de 2015 a abril de 2016, onde foram analisados 8.360 prontuários de pacientes com câncer. Após a leitura destes, foram identificados 431 prontuários que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão, constituindo-se, assim, a amostra final do estudo, sendo esta do tipo intencional.

Nessa perspectiva, os critérios de inclusão adotados foram: prontuários de pacientes com idade igual ou maior que 18 anos, que possuísem o diagnóstico de câncer de pele, independente da fase da doença, com presença de algum tipo de ferida neoplásica (exofítica), no intervalo temporal de 2009 a 2015. Este intervalo é justificado devido à primeira publicação do Manual para Cuidados de Pacientes com Feridas Tumerais ter datado de 2007. Nessa perspectiva, levou-se em consideração pelo menos um intervalo mínimo de dois anos para que o manual apresentasse um alcance à rede de serviço público do país. Como critério de exclusão, adotaram-se prontuários que

Feridas neoplásicas: perfil sociodemográfico, clínico...

apresentaram preenchimento dos dados com letras ilegíveis ou em branco.

Para coleta de dados, foi utilizado um roteiro adaptado do estudo de Freire (2013), e no Manual do INCA (2011) que aborda recomendações acerca do controle de sinais e sintomas das feridas tumorais. Ao finalizar a coleta, os dados foram transferidos para o programa Microsoft Word, dispostos em tabelas, e em seguida, foi realizada a análise descritiva das variáveis do estudo.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE nº 42918715.1.0000.5182 e obedeceu às recomendações éticas dispostas nas diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas por meio da Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, em vigor no país, bem como, foram respeitadas as observações éticas presentes no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem - Resolução nº 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Capítulo III, que aborda as responsabilidades, deveres e proibições referentes ao ensino, pesquisa e produção técnico-científica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os anos de 2009 e 2015, 8.360 pessoas foram atendidas no hospital lócus da pesquisa para diagnóstico e tratamento de câncer. A amostra final foi composta por 431 prontuários de pessoas que progrediram com feridas neoplásicas, onde se observou maior incidência (27,1%) no ano de 2015. Quanto ao perfil sociodemográfico, apresentado na Tabela 1, houve predominância de homens (54,0%) na faixa etária igual ou maior que 60 anos (65,0%), caucasianos (32,3%), casados (27,6%), com prole de um até três filhos (19,5%), sem escolaridade (29,9%), agricultores (23,2%) e aposentados (43,2%).

Tabela 1. Distribuição de pessoas com feridas neoplásicas de pele atendidas no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2015, segundo as variáveis sexo, idade, raça, estado civil, número de filhos, escolaridade, profissão e ocupação. Campina Grande (PB), Brasil, 2016.

Variáveis	n	%
Ano		
2009	40	9,3
2010	33	7,7
2011	53	12,3
2012	52	12,1
2013	53	12,3
2014	83	19,2
2015	117	27,1
Sexo		
Masculino	231	54,0
Feminino	200	46,0
Idade		
18 - 19	1	0,2
20 - 59	150	34,8
≥ 60	280	65,0
Raça		
Caucasiana	139	32,3
Amarela	28	6,5
Parda	138	32,0
Negra	25	5,8
Não especificado	101	23,4
Estado civil		
Solteiro	35	8,1
Casado	119	27,6
Viúvo	57	13,2
Separado	2	0,5
Divorciado	11	2,6
Não especificado	207	48,0
Número de filhos		
Nenhum	17	3,9
01 a 03	84	19,5
04 a 05	33	7,7
Mais de 05	62	14,4
Não especificado	235	54,5
Escolaridade		
Sem escolaridade	129	29,9
Ensino fundamental incompleto	72	16,7
Ensino fundamental completo	24	5,6
Ensino médio completo	11	2,6
Ensino superior completo	4	0,9
Não especificado	191	44,3
Profissão		
Agricultor	100	23,2
Outros*	75	17,4
Não especificado	256	59,4
Ocupação		
Empregado	15	3,4
Aposentado	186	43,2
Autônomo	2	0,5
Não especificado	228	52,9
Total	431	100

*Utilizou-se a parcimônia científica na variável profissão, uma vez que houve uma estratificação de múltiplas categorias profissionais.

Observando a Tabela 1, verificou-se um aumento expressivo ao longo dos anos, em que 2015 houve maior ocorrência (22,1%) de feridas neoplásicas nos pacientes com diagnóstico de câncer de pele. De acordo com o INCA, a estimativa para o ano de 2014, que também foi válida para o ano de 2015, apontou para um aumento da ocorrência de câncer, sendo aproximadamente 576 mil casos novos, incluindo os de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do

câncer no país e entrando em consonância com o estudo em tela.²

Quanto ao sexo, percebeu-se que a maioria (54%) era do sexo masculino. Essa circunstância pode ser explicada pelo fato do carcinoma espinocelular (CEC), tipo histológico do câncer de pele não melanoma, ter se sobressaído dentre os participantes da pesquisa, ocorrendo este com maior frequência em homens. Ressalta-se que a incidência de CEC em homens é quase o dobro que em mulheres.

Brito DTF de, Macedo E, Agra G et al.

Postula-se que o homem tenha mais risco de desenvolvê-lo devido maior exposição ocupacional e recreacional ao sol. Vale salientar que, de acordo com a estimativa 2014 e 2015, esperava-se um total de 182.130 casos novos de câncer de pele não-melanoma, sendo 98.420 casos entre os homens e 83.710 entre as mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 100,75 casos novos a cada 100 mil homens e 82,24 a cada 100 mil mulheres.¹

No que se concerne à idade, evidenciou-se que houve prevalência de feridas neoplásicas em pacientes idosos (65%). Estudos internacionais e nacionais verificaram que os pacientes com câncer que apresentavam feridas neoplásicas apresentavam uma idade média de 60 anos, o que demonstra que as feridas neoplásicas é uma complicação presente e crescente nas faixas etárias avançadas.¹⁰⁻¹¹

Em relação à raça, 139 (32,3%) dos pacientes eram caucasianos e 138 (32%) eram pardos. De acordo com a literatura pertinente,¹² pessoas com pele clara possuem diminuição de melanina, cuja finalidade é proteger o DNA das células da pele da radiação UVA e UVB.

No que concerne ao estado civil, 207 (48%) não estavam especificados devido ao preenchimento incompleto dos prontuários revisados, contudo, 119 (27,6%) das pessoas com feridas neoplásicas eram casadas. Esse dado é de grande relevância, uma vez que o companheiro tem papel importante no ajustamento ao diagnóstico e tratamento da doença.

No quesito número de filhos, a maioria (54,5%) dos prontuários não possuía informação registrada, entretanto, 84 pacientes (19,5%) tinham entre 1(um) e 3 (três) filhos. Diante disso, faz-se necessário enfatizar a necessidade das instituições de saúde em registrarem adequadamente as informações dos pacientes, uma vez que estas informações são importantes e contribuem para a qualidade na assistência e pesquisa.

A contribuição dos filhos para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar do idoso com câncer está

Feridas neoplásicas: perfil sociodemográfico, clínico...

relacionada a vários aspectos, dentre eles destacam-se os cuidados com a higiene, alimentação específica, medicação, curativos, bem como manifestações de amor, afeto e solidariedade. Enfim, o suporte da família, no cuidado à pessoa com feridas neoplásicas contribui significativamente para o desenvolvimento do bem estar físico, emocional e social daquele que padece da doença e da lesão.¹³

Quanto à escolaridade, 191 (44,3%) prontuários não possuía essa informação, porém, 129 pacientes (29,9%) não eram escolarizados, seguido de 72 (16,7%) com ensino fundamental incompleto.

Pesquisa realizada com pacientes com feridas neoplásicas atendidos no Hospital do Câncer de Pernambuco revelou que a maioria (47,1%) possuía o ensino fundamental incompleto, seguido da variável analfabeto (39,2%). Nesse sentido, vale ressaltar que a ferida tumoral surge em processos avançados de carcinogênese, tendo assim, forte associação com o conhecimento deficiente do paciente.¹¹

Em relação à profissão, pode-se constatar que, neste estudo, 256 (59,4%) dos prontuários não especificavam a profissão dos participantes da pesquisa e 100 (23,2%) pacientes eram agricultores.

Estudo realizado com trabalhadores rurais apontou que as atividades agrícolas expõem os trabalhadores a condições que favorecem o desenvolvimento de câncer de pele, ou seja, exposição à radiação solar ultravioleta e aplicação de pesticidas, entrando em consenso com o presente estudo.¹⁴

Ademais, no que concerne à ocupação, percebeu-se que 228 (52,9%) dos prontuários não continham essa informação, porém, 186 (43,2%) dos pacientes eram aposentados. Essa circunstância pode ser explicada pelo fato da maior parte da amostra ser composta por pessoas idosas.

A Tabela 2 dispõe sobre os dados clínicos da patologia dos pacientes com feridas neoplásicas. Ao analisá-la, constatou-se que o tipo histológico mais incidente do câncer de pele foi o carcinoma espinocelular correspondendo a

Brito DTF de, Macedo E, Agra G et al.

Feridas neoplásicas: perfil sociodemográfico, clínico...

40,8% da amostra, seguido do basocelular com 38,7%.

Tabela 2. Distribuição de pessoas com feridas neoplásicas de pele atendidas no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2015, segundo as variáveis clínicas da patologia: tipo histológico de câncer de pele, tempo de diagnóstico, extensão da doença, número de doenças associadas, fatores de risco, número de sinais e sintomas, número de órgãos e/ou sistemas acometidos, reincidência e desfecho clínico. Campina Grande (PB), Brasil, 2016.

Variáveis	n	%
Tipos histológicos do câncer		
Carcinoma Basocelular (CBC)	167	38,7
Carcinoma Espinocelular (CEC)	176	40,8
CBC + CEC	12	2,8
Melanoma	37	8,6
Outros	39	9,1
Tempo de diagnóstico		
Menos de 06 meses	291	67,5
06 a 12 meses	55	12,8
Mais de 12 meses	85	19,7
Extensão da doença		
Tumor local	354	82,1
Disseminação regional	66	15,3
Disseminação distante	11	2,6
Doenças associadas		
Uma	18	4,2
Múltiplas	9	2,1
Não especificado	404	93,7
Fatores de risco		
Exposição a raios UVA e UVB	115	26,7
Histórico de câncer na família	107	24,8
Não especificado	209	48,5
Sinais e Sintomas		
Um	13	3,0
Múltiplos	12	2,8
Não especificado	406	94,2
Reincidência		
Sim	59	13,7
Não	17	3,9
Não especificado	355	82,4
Desfecho Clínico		
Alta	1	0,2
Óbito	1	0,2
Não especificado	429	99,6
Total	431	100

O CEC é o segundo tipo mais comum de câncer de pele, sendo superado somente pelo CBC. Entretanto, sua incidência tem aumentado nos últimos anos, com uma estimativa de 3 a 10% ao ano. Vale salientar que essa incidência é maior em idosos e no sexo masculino, com uma proporção de 3:1, o que pode justificar os achados do estudo em tela.¹⁵

No que se refere ao tempo do diagnóstico, 291 (67,5%) pacientes foram diagnosticados com câncer de pele em menos de seis meses até o início do tratamento; e o tumor local teve predominância, estando presente em 354 pacientes (82,1%). Esses dados provavelmente se devem à procura mais rápida de ajuda médica pelos pacientes, haja vista que pela Lei N°12.732, de novembro de 2012, é garantido ao paciente com neoplasia maligna o direito ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS) em um período igual ou

inferior a 60 dias após confirmado o diagnóstico.¹⁶

Quanto às doenças associadas, 404 (93,7%) dos prontuários não possuíam essa informação, todavia, 18 (4,2%) pacientes apresentaram pelo menos uma comorbidade associada ao câncer, onde a hipertensão arterial sistêmica (HAS) prevaleceu em 11 dos 18 pacientes.

É imperioso destacar que a presença de comorbidades pode ser explicada pelo fato do câncer ser uma doença que compromete e debilita o paciente das mais variadas formas. Autores¹⁷ afirmam que a HAS é a comorbidade mais frequentemente registrada em pacientes com câncer, e sua incidência aumenta com o tratamento quimioterápico, principalmente com a utilização de inibidores de angiogênese, o que corrobora os achados do estudo em tela.

No que diz respeito aos fatores de risco, 209 (48,5%) prontuários não

Brito DTF de, Macedo E, Agra G et al.

especificavam essa informação; porém, identificou-se que 115 (26,7%) pacientes se expunham frequentemente à radiação ultravioleta.

A exposição solar é o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer de pele. A radiação UVA penetra profundamente na pele e é a principal responsável pelo fotoenvelhecimento e pelo câncer de pele. Vale salientar que os níveis de exposição à radiação ultravioleta estão relacionados tanto a características individuais quanto a fatores ambientais, incluindo tipo de pele e fenótipo, história familiar de câncer de pele e nível de exposição cumulativa ao longo da vida.¹⁸

No tocante aos sinais e sintomas, 406 (94,2%) prontuários não apresentaram essa informação; no entanto, 22 (5,1%) pacientes apresentavam múltiplos sintomas em decorrência do câncer. Ressalta-se que dentre os sinais e sintomas mais prevalentes, neste estudo, destacaram-se dor, náuseas, vômitos, diarreia, astenia e perda ponderal, com maior significância.

Vale salientar que a dor pode estar relacionada à pressão do tumor contra as estruturas adjacentes, danos nervosos provocados pelo aumento e extensão do tumor, edema resultante da permeabilidade capilar diminuída, exposição de terminações nervosas da pele, infecções e remoção de coberturas,

Feridas neoplásicas: perfil sociodemográfico, clínico...

principalmente aquelas que aderem à superfície frágil da lesão. As náuseas, vômitos e diarreia estão relacionados ao tratamento quimioterápico e são considerados desagradáveis pelos pacientes, constituindo-se como determinantes na queda da qualidade de vida relacionada ao tratamento. Ademais, a astenia e perda ponderal decorrem do catabolismo proteico devido à própria enfermidade, aos tratamentos intensivos e também ao sofrimento humano.¹⁹

No que concerne à reincidência do câncer, 355 (82,4%) prontuários não especificavam esse dado. Porém, houve recidiva em 59 (13,7%) pacientes. Autores afirmam que o tamanho do tumor está diretamente ligado ao risco de recidiva, sendo fator preditor²⁰; já outros estudos²¹ revelam que a ocorrência de metástase e recidiva estão diretamente relacionadas à diminuição da sobrevida e pior prognóstico da condição do paciente.

Outrossim, no que se concerne ao desfecho clínico, 429 (99,7%) prontuários revisados não possuíam esse dado especificado adequadamente, devido ao seu preenchimento incompleto.

A Tabela 3 destaca o perfil clínico das feridas neoplásicas de pele presentes nos pacientes. Ao analisá-la, percebe-se que em relação ao aspecto clínico da lesão, o predomínio foi a ulceração superficial, em 69 (16,0%) pacientes.

Tabela 3. Distribuição de pessoas com feridas neoplásicas de pele atendidas no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2015, segundo as variáveis clínicas da lesão: aspecto da lesão, tipo de tecido, sinais e sintomas, mutilações. Campina Grande (PB), Brasil, 2016.

Variáveis	n	%
Aspecto da lesão		
Nódulo superficial	11	2,6
Nódulo profundo	10	2,3
Nódulo ulcerado	12	2,8
Ulceração superficial	69	16,0
Ulceração infiltrante	53	12,3
Ulceração vegetante	35	8,1
Multinodular	1	0,2
Não especificado	240	55,7
Sinais e Sintomas		
Dor		
Sim	41	9,5
Não especificado	390	90,5
Odor		
Sim	10	2,3
Não especificado	421	97,7
Sangramento		
Sim	17	3,9
Não especificado	414	96,1
Exsudato		
Sim	6	1,4
Não especificado	425	98,6

Sinais de Infecção		
Sim	1	0,2
Não	2	0,5
Não especificado	428	99,3
Total	431	100

Do ponto de vista clínico, as lesões neoplásicas podem ser classificadas em nodulares, ulceradas e vegetantes. As nodulares caracterizam-se por serem recobertas de mucosa normal, podendo ser benignas ou malignas. As lesões ulceradas são divididas em superficial, quando se situa paralelamente ao epitélio e infiltrante, quando invade os tecidos subjacentes. Ademais, no que tange as vegetantes, estas se caracterizam pela exteriorização, e por isso são denominadas exofítica. Nessa perspectiva, possivelmente, a ulceração superficial se sobressaiu dentre as demais, pelo fato do CEC, tipo histológico predominante na amostra, manifestar-se nas células escamosas, que constituem a maior parte das camadas superficiais da pele.²²

Em relação aos sinais e sintomas presentes nas lesões, observou-se nesse estudo, que houve subnotificação da dor, odor, sangramento, exsudato e sinais de infecção, uma vez que a maioria dos prontuários não possuía informações sobre estes dados.

Quanto à dor, observou-se que apenas 41 (9,5%) dos prontuários possuíam o registro da dor. Nas feridas neoplásicas, a dor local está relacionada à neuropatia, sendo esta causada pela compressão nervosa ou invasão de estruturas pelo crescimento tumoral, pela limpeza das lesões e pela troca frequente de curativos.²³

No que concerne ao odor, dos 431 prontuários analisados, apenas 10 (2,3%) possuíam esse registro. Ressalta-se que o odor fétido existente nas feridas neoplásicas ocorre devido à formação de agregados de massa tumoral necrótica no sítio da lesão, na qual microrganismos aeróbicos e, principalmente, anaeróbicos colonizam e infectam a ferida. Como consequência desse processo, há liberação de ácidos graxos voláteis, como o ácido acético e capróico, além dos gases putrescina e cadaverina.⁷

Vale salientar que este sintoma, além de poder provocar no paciente com

doença oncológica sensação de enojamento, e consequentemente, isolamento social, humilhação e angústia, pode desencadear náuseas e vômitos e consequentemente levar a uma depleção nutricional, deixando-o em estado de debilidade física significativa.²⁴

Em relação ao sangramento, 414 (3,9%) prontuários não especificavam esse dado; todavia, observou-se que 17 (3,9%) pacientes apresentaram sangramento. Cumpre assinalar que o sangramento na lesão está relacionado a alguns fatores, dentre eles angiogênese, ruptura de capilares e vasos, devido à infiltração de células tumorais nesses vasos e plaquetopenia. Consequentemente, há interrupção da hemostasia do sangue, linfa e do ambiente celular e intersticial, tornando o tecido da ferida oncológica friável.²³

No tocante ao exsudato, dos 431 prontuários analisados, apenas seis (1,4%) apresentaram esse dado. A presença de exsudato no leito da lesão é comum durante o processo inflamatório, porém, níveis excessivos podem ter efeitos prejudiciais. Nas feridas oncológicas, o exsudato resulta de processos infecciosos decorrentes da liquefação do tecido necrótico e consequentemente ativação das proteases pelas bactérias que colonizam a lesão, bem como pelo fato do tumor ser hiperpermeável ao fibrinogênio e plasma.²³

Em relação aos sinais de infecção na ferida, somente observou-se o registro desse sintoma em três prontuários, em que um (0,2%) apresentava esse sintoma e os outros dois (0,5%) mencionavam a ausência deste.

Vale destacar que episódios infecciosos, geralmente, estão relacionados à redução da resposta imunológica, da proliferação de microrganismos anaeróbios e tecido desvitalizado na ferida neoplásica, o que pode desencadear sinais sistêmicos e locais, como febre, aumento do odor, dor, exsudação, mudança de coloração do leito da ferida e inflamação.¹⁰

Brito DTF de, Macedo E, Agra G et al.

Feridas neoplásicas: perfil sociodemográfico, clínico...
com feridas neoplásicas de pele.

A Tabela 4 exibe as modalidades terapêuticas utilizadas pelos pacientes

Tabela 3. Distribuição de pessoas com feridas neoplásicas de pele atendidas no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2015, segundo as variáveis clínicas da lesão: aspecto da lesão, tipo de tecido, sinais e sintomas, mutilações. Campina Grande (PB), Brasil, 2016.

Variáveis	n	%
Aspecto da lesão		
Nódulo superficial	11	2,6
Nódulo profundo	10	2,3
Nódulo ulcerado	12	2,8
Ulceração superficial	69	16,0
Ulceração infiltrante	53	12,3
Ulceração vegetante	35	8,1
Multinodular	1	0,2
Não especificado	240	55,7
Sinais e Sintomas		
Dor		
Sim	41	9,5
Não especificado	390	90,5
Odor		
Sim	10	2,3
Não especificado	421	97,7
Sangramento		
Sim	17	3,9
Não especificado	414	96,1
Exsudato		
Sim	6	1,4
Não especificado	425	98,6
Sinais de Infecção		
Sim	1	0,2
Não	2	0,5
Não especificado	428	99,3
Total	431	100

Percebe-se que em relação ao procedimento cirúrgico, a biópsia se sobressaiu em 209 (48,5%) pacientes. A biópsia tem sido uma das modalidades diagnósticas utilizadas como meio de confirmação da hipótese diagnóstica, colhida no momento da consulta e, geralmente, conclui o diagnóstico de quadros de malignidade ou benignidade das neoplasias.

A biópsia da pele consiste na remoção de uma pequena quantidade de tecido utilizando técnicas que preservam a lesão e de modo que a espessura potencial do câncer e sua margem possam ser examinadas com cuidado. Após ser removido, o tecido é enviado para exame anatomopatológico.²⁵

No tocante à radioterapia, 220 (51,0%) dos prontuários não possuíam registros sobre esse dado, seguido de 121 (28,1%) pacientes, que não tinham realizado o procedimento; todavia, vale salientar que 30 (7,0%) pacientes tinham realizado mais de 30 sessões de radioterapia.

A radioterapia é uma modalidade terapêutica que pode ser empregada em conjunto com quimioterapia, cirurgia ou

transplante de medula óssea e é capaz de destruir células tumorais, tendo em vista que as radiações ionizantes eletromagnéticas ou corpusculares ao interagirem com os tecidos ocasionam hidrólise de água e ruptura das cadeias de DNA, levando à redução da lesão, tumor, sangramento, exsudação, dor e odor. Calcula-se que aproximadamente 50% dos pacientes com doença oncológica devem receber terapia de radiação, isoladamente ou como adjuvante para o tratamento cirúrgico.²⁶

No quesito quimioterapia, 385 (89,3%) prontuários não possuíam essa informação devido preenchimento inadequado; entretanto, 46 (10,7%) pacientes faziam tratamento com quimioterápicos.

A quimioterapia consiste na utilização de compostos químicos administrados continua ou intermitentemente, que variam de acordo com esquemas terapêuticos, cuja função principal é eliminar as células malignas que formam o tumor, reduzindo-o e melhorando os sintomas. Vale salientar que as drogas quimioterápicas atuam de forma sistêmica, ou seja, na qual os

Brito DTF de, Macedo E, Agra G et al.

medicamentos agem indiscriminadamente nas células normais ou cancerosas, produzindo efeitos adversos bastante desagradáveis e comprometedores.²⁷

Em relação ao tratamento medicamentoso da dor, 423 (98,1%) prontuários não especificavam os medicamentos utilizados pelos pacientes para o alívio da mesma; apenas oito (1,9%) traziam essa informação; destes, seis (1,4%) utilizavam analgésicos não opioides/anti-inflamatórios, e dois (0,5%) faziam uso de opioides fortes.

A Organização Mundial de Saúde criou um método específico de classificação da dor e de medicamentos que devem ser utilizados de acordo com sua intensidade, com a finalidade de orientar os profissionais da saúde na condução correta do alívio deste sintoma. A Escada Analgésica da Dor (EAD) padroniza o tratamento analgésico deste sintoma baseado em uma escada de quatro degraus de acordo com a intensidade de dor que o paciente apresenta e verbaliza.

No primeiro degrau, o tratamento farmacológico é direcionado para dor leve, onde são utilizados analgésicos não opioides e anti-inflamatórios não esteroidais. Quando não ocorre alívio da dor, esta passa a ser considerada moderada, e está inserida no segundo grau da escada; nesse caso, adiciona-se um opioide fraco. Caso esta combinação seja refratária, a dor é classificada como intensa e na escada, está alocada no terceiro degrau; desse modo, deve-se substituir o opioide fraco por um forte. Além disso, quando a dor é caracterizada como excruciante, é recomendado procedimentos intervencionistas, como os bloqueios anestésicos e procedimentos cirúrgicos. Cumpre assinalar que somente um medicamento de cada categoria deve ser usado por vez e que as drogas adjuvantes devem ser associados em todos os degraus da escada, de acordo com as indicações específicas.²⁸

É imperioso destacar que ao analisar os dados da pesquisa ficou explícito que a dor sentida pelos pacientes não é tratada de acordo com sua intensidade, uma vez que para a dor intensa, os profissionais utilizavam medicamentos recomendados

Feridas neoplásicas: perfil sociodemográfico, clínico...

para o primeiro degrau da escada analgésica da dor, como dipirona, tylex e paracetamol. Para dor leve e moderada, havia registros de medicamentos como morfina. Infere-se, dessa forma, que a dor não é avaliada na maioria dos pacientes, conforme apresentada na tabela 3, e quando avaliada a condução terapêutica é subvalorizada pelos profissionais da saúde.

No que diz respeito aos produtos utilizados nas feridas, 100% dos prontuários não especificavam essa informação. Nessa perspectiva, vale enfatizar que os cuidados das lesões neoplásicas seguem os mesmos preceitos do curativo ideal. Todavia, essas lesões possuem características peculiares (exsudato profuso, odor pútrido, dor, sangramento, prurido), que devem ser levadas em consideração desde o início do tratamento, a fim de proporcionar conforto e qualidade de vida.²⁹

Diante dos dados apresentados, se faz mister mencionar a necessidade urgente das instituições de saúde em registrarem adequadamente as informações dos pacientes, uma vez que estes dados são importantes e contribuem para a qualidade na assistência e pesquisa.

Indubitavelmente, o registro dos cuidados prestados aos pacientes é imprescindível, haja vista que o prontuário serve como meio de comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e consequentemente, possibilita a continuidade da assistência. Além disso, o registro de cuidados e intervenções contribui para a construção de boletins epidemiológicos, fornece dados para pesquisas e processos judiciais e o profissional de saúde estará respaldado legalmente no que se refere a sua prática profissional.

CONCLUSÃO

Esse estudo oportunizou traçar o perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com feridas neoplásicas decorrentes do câncer de pele atendidos em um hospital referência da Paraíba, sendo um estudo relevante, pois agrega conhecimento sobre a realidade de pessoas que convivem com feridas neoplásicas, seus aspectos

epidemiológicos e o manejo clínico destas lesões.

Como limitação deste estudo, destacou-se a escassez de produções científicas nesta área, bem como a fragilidade dos registros de enfermagem, sobretudo no que se refere à avaliação e manejo clínico das feridas neoplásicas, impedindo uma análise mais ampla da assistência prestada, uma vez que o registro contempla informações subjetivas e objetivas do paciente, constituindo-se como um dos mais importantes indicadores da qualidade da assistência prestada. Nesta perspectiva, é imperioso destacar a necessidade de inserir, efetivamente, educação permanente nos serviços de saúde, para que seja implementado espaços de discussão com os profissionais, principalmente enfermeiros, sobre a importância e qualidade dos registros em prontuários.

Além disso, faz-se necessário realizar investimentos na detecção precoce e medidas educativas, incentivando e orientando a utilização de equipamentos de proteção individual contra o câncer de pele, assim como um maior empenho clínico na realização de exame físico.

Diante disso, acredita-se que esta iniciativa de inserir a educação permanente e medidas educativas, possam contribuir no desenvolvimento de competências e habilidades de enfermeiros em reconhecer precocemente as lesões de risco, bem como avaliar e tratar as feridas neoplásicas de pele e, a partir daí, garantir uma assistência integral, com vistas a melhorar a qualidade de vida de pacientes com doença oncológica e, consequentemente, de sua família.

Espera-se que este estudo possa contribuir para a comunidade científica e assistencial, enriquecendo o banco de dados e desperte o interesse para o desenvolvimento de novos estudos neste âmbito, pois dessa forma, será possível conhecer a clientela atendida com maior propriedade e identificar se os cuidados prestados, nos diferentes contextos, estão sendo satisfatórios diante destas pessoas que sofrem com lesões oncológicas.



1. Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2014. Available from: http://www.saude.sp.gov.br/resources/se/s/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativas 2016: incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2016. Available from: <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/dados-apresentados.pdf>
3. Beh SY, Leow LC. Fungating breast cancer and other malignant wounds: epidemiology, assessment and management. Exp Rev Qual Life Cancer Care [Internet]. 2016 [cited 2016 May 18];1(2):137-44. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/23809000.2016.1162660?journalCode=terq20>
4. Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado: série Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro;2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tipos de câncer: pele não melanoma. Rio de Janeiro: Inca;2016. Available from: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele_nao_melanoma
6. Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Tipos de câncer: pele melanoma. Rio de Janeiro: Inca;2016. Available from: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele_melanoma/definicao
7. Gethin G, Grocott P, Probst S, Clarke E. Current practice in the managements of wound odour: an international survey. Int J Nurs Stud [Internet]. 2014 June [cited 2016 May 18];51(6):865-74. Available from:

Brito DTF de, Macedo E, Agra G et al.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24238490>

8. Probst S, Arber A, Faithfull S. Malignant fungating wounds: the meaning of living in an unbounded body. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2013 Feb [cited 2016 May 19];17(1):38-45. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2459257>

9. Azevedo IC, Costa RKS, Holanda CSM, Salvetti MG, Torres GV. Conhecimento de Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre Avaliação e Tratamento de Feridas Oncológicas. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2014 [cited 2016 May 21];60(2):119-127. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v02/pdf/05-artigo-conhecimento-de-enfermeiros-da-estrategia-saude-da-familia-sobre-avaliacao-e-tratamento-de-feridas-oncologicas.pdf

10. Fromantin I, Watson S, Baffie A, Rivat A, Falcou MC, Kriegel I, Ingenior YR. A prospective, descriptive cohort study of malignant wound characteristics and wound care strategies in patients with breast cancer. *Ostomy Wound Manage* [Internet]. 2014 June [cited 2016 June 13];38-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24905356>

11. Lisboa IND, Valença MP. Conhecimento de Pacientes com Feridas Neoplásicas. *Rev Estima* [Internet]. 2016 [cited 2016 June 15];14(1):21-8. Available from: <http://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/116/pdf>

12. Moreira SC, Rocha LM, Santos LDE, Moreira LMA. Associação entre a suscetibilidade à exposição solar e a ocorrência de câncer de pele em albinos. *Rev Ciênc Méd Biol* [Internet]. 2013 Jan/Apr [cited 2016 June 21];12(1)70-4. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cm/bio/article/viewFile/6717/6607>

13. Reyonlds H, Gethin G. The psychological effects of malignant fungating wounds. *Ewna J* [Internet]. 2015 [cited 2016 July 6];15(2):29-32. Available from:

http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA.org/EWMA_journal_archive/Articles_latest_issue/4.The_Psychological_Effects_of_Malignant_Fungating_Wounds.pdf

Feridas neoplásicas: perfil sociodemográfico, clínico...

14. Cezar-Vaz MR, Bonow Ca, Piexak DR, Kowalczyk S, Vaz JC, Borges AM. Câncer de pele em trabalhadores rurais: conhecimento e intervenção de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2016 July 9];49(4):564-71. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0564.pdf

15. Zink BS. Câncer de pele: a importância do seu diagnóstico, tratamento e prevenção. *Rev HUPE* [Internet]. 2014 [cited 2016 Nov 29];13(1):76-83. Available from:

http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=480

16. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 12.732, 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília: Ministério da Saúde;2012. Available from:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm

17. Ewer MS, Yeh ET. Cancer and the heart. 2nd ed. Shelton, Connecticut: Peoples Medical Publishing House-USA; 2013.p.57-67.

18. Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer: prevenção e fatores de risco. Rio de Janeiro: Inca;2016. Available from:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/prevencao-fatores-de-risco>

19. Seaman S. Providing appropriate care to patients living with malignant wounds. *Today's Wound Clinic* [Internet]. 2014 Nov/Dec [cited 2016 Aug 1];8(9):6-10. Available from: <http://www.todayswoundclinic.com/articles/providing-appropriate-care-patients-living-malignant-wounds>

20. Souza CB, Fustinoni SM, Amorim MHC, Zandonade E, Matos CJ, Schirmer J. Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2015 [cited 2016 Aug 11];20(12):3805-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3805.pdf>

Brito DTF de, Macedo E, Agra G et al.

21. Huo Q, Cai C, Zhang Y, Kong X, Jiang L, Ma T, Zhang N, Yang Q. Delay in Diagnosis and Treatment of Symptomatic Breast Cancer in China. *Ann Surg Oncol* [Internet]. 2015 Mar [cited Aug 27];22(3):883-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25212834>
22. Firmino F, Alcântara LFFL. Enfermeiras no atendimento ambulatorial a mulheres com feridas neoplásicas malignas nas mamas. *Rev Rene* [Internet]. 2014 Mar/Apr [cited 2016 Sept 12];15(2):298-307 Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1621/pdf>
23. Tilley C, Lipson J, Ramos M. Palliative wound care for malignant fungating wounds: holistic considerations at end-of-life. *Nurs Clin N Am* [Internet]. 2016 Sept [cited 2016 Sep 19];51(3):513-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27497023>
24. Matute AEG, López AC, Vázquez MB, Ponce MC, León RJ, Sánchez IR. Cuidados del paciente con herida tumoral. *Evidentia* [Internet]. 2013 [cited 2016 Sept 29];14(41):1-8. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Angel_Cejudo-Lopez/publication/273766792_Cuidados_del_paciente_con_herida_tumoral/links/550bcd680cf2855640972d3a.pdf
25. Instituto Oncoguia [homepage na Internet]. São Paulo; 2016. [updated 2016 Dec 12; cited 2016 Feb 03] Available from: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/biopsia-para-diagnostico-do-cancer-de-pele-melanoma/1158/187/>
26. Araújo LP, Sá NM, Atty ATM. Necessidades Atuais de Radioterapia no SUS e Estimativas para o Ano de 2030. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 15];62(1):35-42. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_62/v01/pdf/06-artigo-necessidades-atuais-de-radioterapia-no-sus-e-estimativas-para-o-ano-de-2030.pdf
27. Cruz FS, Rossato LG. Cuidados com o Paciente Oncológico em Tratamento Quimioterápico: o Conhecimento dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2015 [cited 2016 Oct 13];61(4):335-41.

Feridas neoplásicas: perfil sociodemográfico, clínico...

Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_61/v04/pdf/04-artigo-cuidados-com-o-paciente-oncologico-em-tratamento-quimioterapico-o-conhecimento-dos-enfermeiros-da-estrategia-saude-da-familia.pdf

28. Wiermann EG, Diz MP, Caponero R, Lages PSM, Araújo CZS, Betttega RTC et al. Consenso brasileiro sobre manejo da dor relacionada ao câncer. *Rev Bras Oncol Clín* [Internet]. 2015 [cited 2016 Oct 24];10(38):132-43. Available from: <http://sboc.org.br/revista-sboc/pdfs/38/artigo2.pdf>
29. Ferreira Junior J, Fuly PSC. Análise de associação entre feridas neoplásicas, odor e tratamento: estudo transversal. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2014 Aug [cited 2016 Nov 3];8(8):2938-40. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/6718/pdf_6010

Submissão: 12/02/2017

Aceito: 06/08/2015

Publicado: 15/07/2017

Correspondência

Glenda Agra
Rua Nicola Porto, 251
Bairro Manaíra
CEP 58038-120 – João Pessoa (PB), Brasil