



PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E TERAPÊUTICO DE PACIENTES COM FERIDAS NEOPLÁSICAS

SOCIODEMOGRAPHIC, CLINICAL AND THERAPEUTIC PROFILE OF PATIENTS WITH NEOPLASTIC WOUNDS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO Y TERAPÉUTICO DE PACIENTES CON HERIDAS NEOPLÁSICAS

Wynne Pereira Nogueira¹, Glenda Agra², Nilton Soares Formiga³, Marta Miriam Lopes Costa⁴

RESUMO

Objetivo: traçar o perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com feridas neoplásicas. **Método:** estudo descritivo, documental, de abordagem quantitativa, obtido por meio de dados secundários e realizado em um hospital público. **Resultados:** foram avaliados 128 prontuários de pacientes com feridas neoplásicas, com maior ocorrência em 2009 (31,3%), no sexo masculino (57,8%), na faixa etária de mais de 60 anos (57,8%), com predominância de câncer de pele (73,4%), tumor *in situ* (68,8%), cuja aparência da lesão era ulceração superficial (37,6%). **Conclusão:** é necessário melhorar as políticas públicas voltadas aos programas de rastreamento de câncer de pele, além de incentivar os profissionais de Enfermagem a registrarem todas as intervenções realizadas, de forma a ajudar a comunicação entre os profissionais da equipe multiprofissional, assim como garantir a melhora da qualidade de vida dos pacientes que convivem com essas feridas. **Descritores:** Epidemiologia; Serviço Hospitalar de Registros Médicos; Neoplasias Cutâneas.

ABSTRACT

Objective: to describe the sociodemographic, clinical and therapeutic profile of patients with neoplastic wounds. **Method:** descriptive, documental, quantitative approach, obtained through secondary data and performed in a public hospital. **Results:** 128 medical records of patients with neoplastic wounds, with the highest occurrence in 2009 (31.3%), in the male sex (57.8%), in the age group over 60 years old (57.8%), were evaluated. Predominance of skin cancer (73.4%), tumor *in situ* (68.8%), whose appearance of the lesion was superficial ulceration (37.6%). **Conclusion:** it is necessary to improve the public policies aimed at the screening programs for skin cancer, as well as encouraging nursing professionals to record all the interventions performed, in order to help communication between the professionals of the multiprofessional team, as well as guarantee the improvement in quality of life of patients living with these wounds. **Descriptors:** Epidemiology; Nursing; Medical Records Department Hospital; Skin Neoplasms.

RESUMEN

Objetivo: delinear el perfil sociodemográfico, clínico y terapéutico de pacientes con heridas neoplásicas. **Método:** estudio descriptivo, documental, de abordaje cuantitativo, obtenido por medio de datos secundarios y realizado en un hospital público. **Resultados:** se evaluaron 128 prontuarios de pacientes con heridas neoplásicas, con mayor ocurrencia en 2009 (31,3%), en el sexo masculino (57,8%), en el grupo de los mayores de 60 años (57,8%), predominante de cáncer de piel (73,4%), tumor *in situ* (68,8%), cuya apariencia de la lesión era ulceración superficial (37,6%). **Conclusión:** es necesario mejorar las políticas públicas dirigidas a los programas de rastreo de cáncer de piel, además de estimular a los profesionales de Enfermería a registrar todas las intervenciones realizadas, para ayudar a la comunicación entre los profesionales del equipo multiprofesional, así como garantizar la mejora de la Calidad de vida de los pacientes que conviven con esas heridas. **Descriptores:** Epidemiología; Servicio de Registros Médicos en Hospital; Neoplasias Cutáneas.

¹Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: wynnenogueira@hotmail.com;

²Enfermeira, Professora Mestre, Universidade Federal de Campina Grande/UFCG, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: g.agra@yahoo.com.br; ³Psicólogo, Doutor em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: nsformiga@yahoo.com; ⁴Enfermeira, Professora Doutora, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: marthamiryam@hotmail.com

INTRODUÇÃO

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.¹

No Brasil, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA)², a estimativa para os anos de 2016 e 2017 aponta uma ocorrência de aproximadamente 596.070 mil casos novos de câncer, incluindo os de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. O câncer de pele do tipo não melanoma (175.760 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (61.200 mil), mama feminina (57.960 mil), colo do útero (16.340 mil), traqueia, brônquio e pulmão (28.220 mil), colón e reto (34.280 mil) e estômago (20.520 mil). Para estes mesmos anos, na região Nordeste, estima-se que ocorram 52.680 casos novos de neoplasia em homens e 54.500, em mulheres.

Estima-se que 5% a 10% dos pacientes oncológicos desenvolvam feridas, seja em decorrência do tumor primário ou de tumores metastáticos, com expectativa de vida média de seis a 12 meses. Infelizmente, não há registros de câncer de base populacional com dados de incidência e prevalência de feridas neoplásicas. Acredita-se que aspectos emocionais, como a vergonha e o constrangimento que o paciente apresenta em decorrência da aparência da ferida, sejam os motivos de subnotificações³.

As feridas neoplásicas que acometem a pele constituem mais um agravo na vida do paciente oncológico, pois, progressivamente, desfiguram o corpo, tornam-se friáveis, dolorosas, secretivas e liberam odor fétido. É crucial ressaltar que, além dos sinais e sintomas destacados, essas feridas podem desenvolver ainda um aspecto visual desagradável, levando a uma deformidade corporal e provocando no paciente distúrbio da autoimagem e desgaste psicológico, o que pode provocar sensação de desamparo, humilhação e isolamento social.⁴

Para proporcionar melhor qualidade de vida ao paciente com doença oncológica avançada com ferida neoplásica, o enfermeiro necessita conhecer os produtos e coberturas mais indicados para o controle dos sinais e sintomas, a realidade econômica do paciente, de seus familiares e da instituição onde está hospitalizado para, assim, melhor intervir.⁵

Além disso, o treinamento de pacientes e de seus cuidadores, bem como a capacitação da equipe de Enfermagem, tem grande importância no processo do cuidado dessas lesões, uma vez que, no âmbito domiciliar, os familiares e as próprias pessoas com feridas são, frequentemente, os únicos responsáveis e provedores de assistência contínua.⁶

A motivação pela temática surgiu a partir da escassez de estudos que contribuíssem para melhorar a qualidade da assistência prestada, bem como da necessidade de conhecer o perfil desses pacientes, visto que não há produções científicas que expõem, no Brasil, a incidência e prevalência dessas lesões, tão pouco o perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico dessas pessoas.

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 atendidos em um hospital de João Pessoa-PB? Esse questionamento representou o ponto de partida para o desenvolvimento da pesquisa, por considerar que há necessidade de conhecer a clientela para a qual se presta diversas formas de cuidados e, assim, direcionar o seu atendimento e, com base nesse caminhar, o objetivo deste estudo foi:

- Traçar o perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com feridas neoplásicas.

MÉTODO

Este artigo é uma adaptação de um relatório de pesquisa relativo à cota de PIBIC 2015/2016 da Universidade Federal da Paraíba/UFPB.

Estudo descritivo, documental, com abordagem quantitativa obtida por meio de dados secundários (prontuários), realizado em um hospital de João Pessoa (PB), Brasil, que atende pacientes com doença oncológica.

A amostra foi do tipo intencional, a partir dos seguintes critérios de inclusão: prontuários de pacientes com feridas neoplásicas; com idade igual ou maior que 18 anos de idade; considerando o intervalo de 2009 a 2015. O espaço temporal de 2009 a 2015 se justifica, pois há a necessidade de investigar a abrangência e a aplicabilidade do manual do INCA¹ sobre feridas neoplásicas, que recomenda ações básicas e específicas de Enfermagem no controle de sinais e sintomas dessas lesões e teve sua primeira publicação em 2007. Desse modo, levou-se em consideração, pelo menos, um intervalo mínimo de dois anos para que o manual

apresentasse um alcance à rede de serviço de saúde do país.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um roteiro estruturado contendo itens relacionados aos dados sociodemográficos (sexo, idade, etc.), clínicos (tipo de câncer, aspecto morfológico da lesão, etc.) e terapêuticos (medicamentos e coberturas para lesões etc.) de pacientes com doença oncológica com feridas neoplásicas. As informações clínicas e terapêuticas foram baseadas conforme manual do INCA.¹

O posicionamento ético dos pesquisadores, em relação ao desenvolvimento da pesquisa, obedeceu às recomendações éticas dispostas nas diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas na Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto teve sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências de Saúde da Universidade Federal da Paraíba, com parecer número 1.159.348 e CAAE 46091215.6.0000.5188.

A coleta de dados aconteceu no período entre agosto de 2015 a junho de 2016, no entanto, vale ressaltar alguns obstáculos vivenciados pelos pesquisadores na referida instituição que inviabilizaram o quantitativo da amostra (60 prontuários/ano) obtido por meio de cálculo estatístico para o intervalo de

tempo proposto, o que levou a coletar, até o ano de 2012: a) disponibilidade de dias específicos propostos pela instituição; b) disponibilidade de 20 prontuários/turno; c) limites quantitativo e temporal na consulta dos prontuários; d) local de consulta aos prontuários ocorria no auditório da própria instituição; e) limite da disponibilidade de funcionários para a entrega de prontuários destinados a esta pesquisa.

No programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 22.0), realizaram-se análises descritivas (frequência e percentagem) e a finalização da coleta de dados. Estes foram organizados, descritos e sumarizados por meio de tabelas digitadas no programa *Microsoft Word* 2013 e, em seguida, analisados de acordo com a literatura pertinente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram organizados em forma de tabelas dispostas a seguir, contendo aspectos sociodemográficos, clínicos e terapêuticos de 128 prontuários de pacientes com feridas neoplásicas atendidos em um hospital de João Pessoa - PB, no período de agosto de 2015 a junho de 2016.

Os dados sociodemográficos (ano, sexo, idade, raça, estado civil, número de filhos, escolaridade, profissão e ocupação) estão dispostos a seguir, na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos dados sociodemográficos de pacientes com feridas neoplásicas. João Pessoa (PB), Brasil, 2016.

Variável	n	%
Ano		
2009	40	31,3
2010	35	27,3
2011	38	29,7
2012	15	11,7
Sexo		
Masculino	74	58,0
Feminino	54	42,0
Idade		
18 - 19	1	0,8
20 - 59	53	41,4
≥ 60	74	57,8
Raça		
Branca	52	40,6
Parda	72	56,3
Não especificado	4	3,1
Estado Civil		
Solteiro	36	28,1
Casado	62	48,4
Viúvo	17	13,3
Separado	3	2,4
Não especificado	10	7,8
Número de filhos		
Nenhum	3	2,3
01 a 03	5	3,9
04 a 05	2	1,6
Não especificado	118	92,2
Escolaridade		
Sem escolaridade	40	31,3
Ensino Fundamental Incompleto	44	34,3
Ensino Fundamental Completo	3	2,3

Ensino Médio Incompleto	1	0,8
Ensino Médio Completo	2	1,6
Ensino Superior Incompleto	-	-
Ensino Superior Completo	1	0,8
Não especificado	37	28,9
Profissão		
Agricultor	36	28,1
Outros*	52	40,6
Não especificado	40	31,3
Ocupação		
Desempregado	3	2,3
Empregado	10	7,8
Aposentado	34	26,6
Autônomo	2	1,6
Não especificado	79	61,7
Total	128	100

*Utilizou-se a parcimônia científica na variável profissão, uma vez que houve estratificação de múltiplas categorias profissionais. Por esse motivo, utilizou-se como categoria única.

Entre os anos de 2009 e 2012, 128 pessoas com feridas neoplásicas foram atendidas em um hospital de João Pessoa - PB para tratamento de câncer, com maior predominância (31,3%) no ano de 2009. Quanto ao perfil sociodemográfico, houve predominância de homens (58%), na faixa etária de mais de 60 anos (57,8%), de cor parda (56,3%), casados (48,4%), com prole de quatro a cinco filhos (5,5%), com ensino fundamental incompleto (34,3%), agricultores (28,1%), aposentados (26,6%), procedentes de João Pessoa - PB.

De acordo com os dados coletados, 2009 foi o ano de maior ocorrência (31,3%) de pacientes com câncer que apresentavam feridas neoplásicas. A estimativa, em 2008, de incidência do câncer no Brasil revelou que, aproximadamente, 470 mil novos casos da doença deveriam ocorrer no país, em 2008 e 2009.⁷ Nesse sentido, o ano de 2009 apresentou um maior percentual, por ter sido coletado um número exato e maior de prontuários em relação aos outros anos; consequência esta causada pelos devidos obstáculos enfrentados pelas pesquisadoras diante das normas estabelecidas pela instituição de saúde *locus* da pesquisa.

Este estudo mostrou que os pacientes que mais prevaleceram com feridas neoplásicas foram os de sexo masculino, com 57,8%. De acordo com o INCA², a estimativa de casos de neoplasias em homens é de 295.200 (49,5%) e 300.870 (50,4%) em mulheres. Pode-se verificar, com isso, que o número de homens com diagnóstico de câncer está aumentando, devido a alguns fatores: a maioria dos homens só procura atendimento médico quando a patologia já está em estágio avançado; o cuidar de si e a valorização do corpo são questões pouco incentivadas e a vergonha da exposição do corpo perante o profissional de saúde.⁸

No que se refere à idade, houve uma maior ocorrência de ferida neoplásica na faixa etária de 60 anos ou mais (57,8%). Isso reflete a incidência geral do acometimento do câncer no estudo em questão, tendo em vista o fato de serem patologias presentes em faixas etárias mais avançadas, pois, segundo o INCA², cerca de 75% das neoplasias ocorrem em indivíduos com mais de 60 anos. O aumento da expectativa de vida não só eleva a exposição do indivíduo aos fatores de risco presentes no meio ambiente e o tempo dessa exposição, como também o envelhecimento predispõe ao surgimento de neoplasias, que só aparecem mais tardiamente.⁹

Alguns autores afirmam que, provavelmente, de 5% a 10% dos pacientes com doença oncológica desenvolvem feridas, sobretudo em pessoas com mais de 70 anos de idade.¹⁰ Uma pesquisa realizada na França mostrou malignidade em lesões em 1,7% de pacientes ambulatoriais e 1,6% de pacientes hospitalizados.¹¹

Em relação à raça, houve predominância em pessoas de cor parda (56,3%), dado esse que diverge dos estudos que apontam que a pele clara é mais suscetível a lesões dermatológicas, em razão de suas características histológicas, como menor produção de melanina, menor quantidade de fibras de colágeno e maior fragilidade cutânea.¹²

No Brasil, a análise de dados de campanhas de prevenção de câncer de pele evidenciou 17.980 casos (8,7%) de diferentes tipos desse câncer em meio aos 205.869 indivíduos examinados e verificou que a proporção de câncer em pessoas negras foi de 5% (1,6% nos pretos e 3,4% nos pardos), 3,2% nos amarelos e 12,7% nos caucasianos.²

No quesito escolaridade, a maioria dos pacientes possuía o ensino fundamental incompleto (34,3%), seguida daqueles que não possuíam escolaridade (31,3%). Para alguns

autores, existe associação entre o conhecimento deficiente do paciente e os processos avançados de carcinogênese, tendo em vista que o baixo nível de instrução pode levar a um atraso na percepção da doença e na procura por assistência médica.¹³⁻¹⁴

De acordo com a atividade laborativa, a atividade agrícola teve maior ocorrência (28,1%). Nesse sentido, vale ressaltar que algumas profissões apresentam maior risco de desenvolver doenças ocupacionais, a exemplo daquelas em que os trabalhadores ficam expostos à luz solar e aos raios ultravioleta do tipo A e B (UVA e UVB).^{2,15}

Quanto ao estado civil dos participantes da pesquisa, 48,4% eram casados. Nesse sentido, é oportuno destacar que o apoio familiar quanto à realização e cuidado da ferida é de fundamental importância para o processo de aceitação e perseverança no tratamento, sendo importante para a recuperação e melhora da lesão. Além disso, a presença de familiares minimiza o risco de o paciente evoluir para quadros psíquicos, tais como ansiedade e depressão.¹⁶

Quanto ao número de filhos, a maioria possuía de um a três filhos (3,9%). Nesse contexto, vale ressaltar que a pessoa que

apresenta ferida neoplásica, geralmente, se angustia e sofre. Isto acontece devido a dúvidas e angústias em relação à própria lesão, aos sintomas e ao tratamento. Dessa forma, autores ressaltam que o apoio dos filhos, parentes e amigos é de fundamental importância, uma vez que os filhos podem estar auxiliando a pessoa com ferida neoplásica, no que se refere à limpeza da lesão, troca de curativos, alimentação e atividades de lazer.¹⁷

De acordo com a ocupação, a aposentadoria foi referida com 26,6%. Na Região Nordeste, existe um alto índice de homens que exercem atividades laborativas agrícolas. De acordo com dados do Ministério do Desenvolvimento Agrário, na região Nordeste, 89% dos estabelecimentos são da agricultura familiar, o que evidencia um maior número de homens aposentados por atividade rural.¹⁸ Assim, o aumento da incidência de câncer, em especial, o de pele, provavelmente está relacionado à prolongada exposição aos raios solares, o que corrobora com os achados deste estudo.

Abaixo, segue a tabela 2, que destaca os dados clínicos relacionados à doença dos pacientes com feridas neoplásicas.

Tabela 2. Distribuição dos dados clínicos patológicos de pacientes com feridas neoplásicas. João Pessoa (PB), Brasil, 2016.

Variável	n	%
Tipo de câncer		
Câncer de pele	94	73,4
Câncer de boca	15	11,7
Câncer de mama	7	5,5
Outros	12	9,4
Tempo de diagnóstico		
Menos de 6 meses	93	72,7
De 6 a 12 meses	2	1,6
Mais de 12 meses	20	15,6
Não especificado	13	10,1
Fatores de risco		
Hábito tabagista	10	7,8
Hábito alcoolista	-	-
Exposição a raios UVA e UVB	39	30,5
Histórico de câncer na família	9	7,0
Não especificado	70	54,7
Reincidência		
Sim	27	21,0
Não	25	19,6
Não especificado	76	59,4
Desfecho		
Alta	83	64,9
Óbito	3	2,3
Não especificado	42	32,8
Total	128	100

Quanto ao perfil clínico, houve predominância de câncer de pele (73,4%); com tempo de diagnóstico de seis meses (72,2%); exposição à radiação ultravioleta como fator de risco de maior ocorrência

(30,5%); histórico de recidiva (21%); alta hospitalar como desfecho clínico (64,9%).

Este estudo mostrou que o câncer de pele é o mais predominante (73,4%) para a progressão de feridas neoplásicas, uma vez

que este tipo de câncer corresponde a cerca de 30% de todos os tumores malignos registrados no Brasil. Entretanto, quando detectado precocemente, apresenta altos índices de cura.²

O tempo do diagnóstico até o início do tratamento deu-se em menos de seis meses (72,7%). Esse fato pode estar relacionado à facilidade e rapidez do diagnóstico do câncer de pele, que envolve o exame clínico realizado pela inspeção visual da pele e análise histopatológica, por meio da biópsia da lesão.^{18,19}

Em relação aos fatores de risco, a exposição à radiação ultravioleta mostrou-se como um dos mais prevalentes para o câncer de pele (30,5%) no estudo em tela. Os cânceres cutâneos não melanoma (basocelular e espinocelular) constituem 90% dos cânceres cutâneos em nível mundial, com prevalência mais elevada em regiões próximas do Equador, o que acarreta a uma maior exposição à radiação solar. Nesse sentido, os resultados da pesquisa supracitada corroboram com os dados desta pesquisa, quando afirma que o câncer de maior predomínio, no Brasil, é o de pele.^{15,19}

O estudo em tela verificou que a maioria dos pacientes apresentou recidiva de câncer (21%). O tumor recidivado apresenta pior prognóstico que o primário porque a relação do tumor com seu estroma pode ser alterada em decorrência do tratamento primariamente instituído, facilitando sua disseminação.² Estima-se que haja recorrência de cerca de 2/3 de carcinoma basocelular durante os primeiros três anos após o tratamento; dentre esses, 18% recorrem entre o quinto e o décimo anos após o tratamento. Dessa forma, a

maioria das recidivas ocorre nos primeiros cinco anos, no entanto, os pacientes têm elevada probabilidade de desenvolver novos tumores, devendo ser acompanhados ao longo da vida, especialmente aqueles com lesões de alto risco ou lesões múltiplas.^{15,19,20}

Um estudo realizado com 127 com trabalhadores rurais da região Sul do Brasil sobre câncer de pele verificou que sete deles apresentaram história pregressa da doença.²¹ Nessas circunstâncias, cumpre assinalar que a evidência da presença do diagnóstico pregresso de câncer de pele aumenta a possibilidade de ocorrência de recidiva, pois se considera que o câncer primário ocorre em virtude da divisão descontrolada de uma célula, devido às mutações genéticas.

Os prontuários registraram predominância de alta hospitalar como desfecho clínico (64,9%). De acordo com as informações, os pacientes ficavam hospitalizados nos períodos pós-operatório imediato e mediato e logo após recebiam alta, no entanto, retornavam ao hospital para dar continuidade ao tratamento correspondente, tal como quimioterapia ou radioterapia. O tratamento para os carcinomas de pele apresenta um índice de cura em torno de 90% e constitui de excisão cirúrgica do tumor, seguido de radioterapia e/ou quimioterapia, o que exige a presença do paciente no hospital diariamente.²²

A tabela 3 destaca os dados clínicos referentes à lesão dos pacientes atendidos na instituição *lócus* da pesquisa.

Tabela 3. Distribuição dos dados clínicos da lesão de pacientes com feridas neoplásicas. João Pessoa (PB), Brasil, 2016.

Variável	n	%
Aspecto da lesão		
Nódulo superficial	3	2,3
Nódulo profundo	2	1,6
Nódulo ulcerado	14	10,9
Ulceração superficial	48	37,6
Ulceração Infiltrante	27	21,1
Ulceração Vegetante	15	11,7
Multinodular	-	-
Não especificado	19	14,8
Sinais e sintomas		
Dor		
Sim	24	18,7
Não especificado	104	81,3
Sinais de infecção		
Sim	12	9,3
Não especificado	116	90,7
Sangramento		
Sim	15	11,7
Não especificado	113	88,3
Exsudato		
Sim	5	3,9
Não especificado	123	96,1

Odor		
Sim	5	3,9
Não especificado	123	96,1
Total	128	100

Em se tratando do aspecto da ferida, houve predominância de lesões ulcerativas superficiais (37,6%) e, em relação aos sinais e sintomas específicos das feridas, os prontuários registraram: dor, em 18,7%; sinais de infecção, em 9,3%; sangramento, em 11,7%; exsudato, em 3,9% e odor, em 3,9%. Contudo, é imperioso assinalar que em nenhum dos prontuários havia registros de dados específicos acerca desses sintomas (tais como intensidade da dor, quantidade de exsudato e sangramento e grau do odor).

De modo geral, estas feridas têm uma fase proliferativa e uma fase de destruição. A fase proliferativa é aquela em que o crescimento e desenvolvimento da ferida são ativos. A fase de destruição é aquela em que a ferida já não exhibe crescimento, mas, sim, sinais de deterioração tecidual caracterizado pela necrose e, por vezes, até perda de partes de tecido tumoral necrosado.²³ Nesse contexto, o aspecto da lesão, em forma de úlcera superficial, evidenciado nos registros, pode estar relacionado à fase de destruição. Diante desse cenário, cumpre assinalar que, dos 128 prontuários estudados, somente 12 apresentavam registro fotográfico das lesões. Contudo, nenhum especificava o estadiamento e a mensuração da lesão.

A dor em feridas neoplásicas pode estar relacionada à compressão tumoral contra as raízes nervosas, gerando isquemia e hipóxia de tecidos, e a procedimentos médicos e de Enfermagem, como desbridamentos, remoção de curativos anteriores, limpeza da lesão, fricção da lesão contra as próprias roupas e calçados e movimentação excessiva.²⁴

Dentre os desconfortos experimentados pelos pacientes com câncer, a dor é apontada como a mais frequente, acometendo cerca de 50% dos pacientes em todos os estágios da doença e em torno de 70% daqueles com doença avançada.²⁵

Um estudo verificou, junto aos pacientes com feridas neoplásicas, que o manejo da dor é complexo porque envolve não só a dor em si, mas, sobretudo, a ansiedade, angústia e apreensão dos pacientes quanto à realização da limpeza da lesão e a remoção dos curativos.²⁶

Os episódios infecciosos em feridas neoplásicas, comumente, estão associados à proliferação bacteriana, necrose tissular, isquemia tumoral e processos anti-inflamatórios sistêmicos, regionais ou locais.

Em um estudo, pacientes que apresentavam sinais de infecção na ferida também exibiam quantidade maciça de exsudato, odor pútrido e mudança no aspecto da lesão.²⁶

O sangramento de feridas neoplásicas está relacionado à coagulopatia, plaquetopenia, atividade de fibroblastos reduzida e fragilidade de vasos e capilares neoformados.²⁴ O sangramento excessivo pode levar o paciente à anemia e, em uma perspectiva mais grave, ao choque hipovolêmico. Além disso, pacientes que apresentam fobia a sangue podem desenvolver angústia, apreensão e episódios de pânico.²⁶

O exsudato é atribuído à permeabilidade capilar aumentada no leito da ferida, como consequência da neovascularização débil do tumor e pela secreção adicional de fator de permeabilidade vascular pelo próprio tumor.²⁴ As feridas neoplásicas, geralmente, apresentam excesso de exsudato e, consequentemente, proliferação de bactérias anaeróbias e aeróbias, responsáveis pelo odor fétido. Esses sintomas, por sua vez, acarretam constrangimento ao paciente, o que o leva ao isolamento social.²⁷

Abaixo, segue a tabela 4, que destaca as modalidades terapêuticas utilizadas para o controle dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente, no que se refere à patologia e à lesão.

Tabela 4. Distribuição dos dados terapêuticos de pacientes com feridas neoplásicas. João Pessoa (PB), Brasil, 2016.

Variável	n	%
Medicamentos		
Analgésicos não opioides e AINES	27	21,1
Opioides fracos	6	4,7
Opioides fortes	4	3,1
Não especificado	91	71,1
Produtos usados na ferida		
Colagenase	6	4,7
Alginato de cálcio	1	0,8
Sulfato de neomicina	1	0,8
Não especificado	120	93,7
Total	128	100

No que se refere ao controle dos sinais e sintomas das feridas neoplásicas, verificou-se que 27 (21,1%) prontuários registraram o uso de analgésicos não opioides e/ou anti-inflamatórios como terapia para o controle da dor e seis (4,7%) prontuários informaram colagenase como produto mais utilizado.

Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde²⁸ recomenda a Escada Analgésica como método para o tratamento da dor oncológica. Desde então, a dor relacionada ao câncer passou a ter um tratamento racional, com eficácia em torno de 95%. Esse método preconiza a utilização de fármacos analgésicos escalonados por potência, sempre em associação, sendo que cada degrau representa, além dos fármacos indicados, o nível de intensidade da dor. Se a dor for de leve intensidade, recomenda-se o uso de analgésico não opioides e anti-inflamatórios não esteroidais; se a dor for classificada como moderada, utilizam-se opioides fracos e quando a dor é de forte intensidade, deve-se lançar mão de opioides fortes.

Diante desse cenário, cumpre assinalar que nenhum dos prontuários estudados especificava métodos de avaliação da dor e registro da intensidade da dor, revelando, assim, que a dor não é avaliada na instituição *lôcus* da pesquisa e, conseqüentemente, não é eficazmente tratada.

No tocante aos produtos utilizados para as feridas neoplásicas, nenhum produto recomendado pelo INCA¹ foi registrado nos prontuários estudados, exceto a colagenase. Esse produto atua como debridante e deve ser utilizado em tecidos desvitalizados e necrosados. Contudo, não havia informações sobre o tipo de tecido apresentado na ferida. Nesse contexto, o INCA¹ recomenda debridamento enzimático, entretanto, não faz menção a nenhum produto específico para essa finalidade.

Em se tratando das anotações de Enfermagem, este estudo verificou incompletude de informações essenciais sobre o estado do paciente, além de ausência de

dados acerca da avaliação e tratamento das feridas neoplásicas. Entretanto, foi possível observar que, nos prontuários de pacientes que se submetiam à radioterapia, havia informações acerca de radiodermites e mucosites, assim como produtos e/ou substâncias para o tratamento dessas lesões.

Nessas circunstâncias, é imperioso ressaltar que as feridas neoplásicas possuem características específicas que exigem do profissional de saúde, sobretudo do enfermeiro, uma avaliação criteriosa do estadiamento e mensuração da lesão, desenho ou registro fotográfico, aspectos sintomáticos e suas particularidades, limitações, dificuldades e mudanças de vida que o paciente vivencia, bem como prescrições de coberturas. Assim, se faz necessário que a consulta de Enfermagem seja registrada em impresso específico da instituição, destacando os profissionais responsáveis pela Comissão de Pele.

Diante desse contexto, é imperioso destacar que o registro de Enfermagem é um dos meios de demonstrar o trabalho executado pela equipe de Enfermagem e um indicador de qualidade da assistência relevante. O preenchimento incorreto e, sobretudo, a falta de periodicidade e continuidade são fatores que impossibilitam, de forma irreversível, qualquer tipo de avaliação, certificação, criação de indicadores e até mesmo sindicâncias periciais que possam, inclusive, amparar juridicamente o profissional e a instituição.²⁹

CONCLUSÃO

Estudos descritivos, como a pesquisa em tela, permitem avaliar a situação da população em um determinado momento e são fundamentais para o planejamento em saúde. Nesse contexto, este estudo possibilitou analisar o perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com feridas neoplásicas atendidos em um hospital de João Pessoa-PB, sendo uma análise relevante, uma vez que agrega informações sobre as

características de pessoas que convivem com essas lesões.

Mesmo com as dificuldades enfrentadas para obter uma amostra significativa de prontuários no espaço temporal proposto, evidencia-se a necessidade tanto de melhoras de políticas públicas, quanto de treinamento de profissionais voltados aos programas de rastreamento de câncer de pele, com vistas a incentivar o uso de equipamentos de proteção solar por todas as pessoas que apresentam risco potencial para o desenvolvimento de câncer de pele, além de proporcionar atendimento médico e de Enfermagem, na tentativa de detectar quaisquer lesões de pele, identificando aquelas com aspectos suspeitos para, assim, encaminhar aos serviços especializados, evitando, desse modo, progressão da doença e de futuras complicações.

Como limites desse estudo, podem-se destacar: registros e informações incompletos dos prontuários, principalmente, relacionados à avaliação e tratamento da ferida; espaços físicos e recursos humanos destinados à pesquisa de prontuários e registros de prontuários ainda apresentam-se de forma física, dificultando a coleta em tempo, amostra e velocidade da mesma.

Nessa perspectiva, vale ressaltar que os registros consistem uma forma de comunicação escrita de informações relacionadas ao cliente e aos cuidados prestados ao mesmo durante a internação hospitalar e estes são elementos indispensáveis no processo de cuidado humano, permitindo uma melhor comunicação multiprofissional, o que influencia a prática integralizada do cuidado com o paciente.

Dessa forma, considerando tais resultados, há a necessidade de que os profissionais da área de saúde, sobretudo os de Enfermagem, registrem todas as intervenções realizadas, uma vez que as anotações fornecem dados para a elaboração de planos de cuidados para o paciente e a família, assim como constitui uma fonte de subsídio para a avaliação da assistência prestada, auxilia no acompanhamento da evolução do paciente, constitui um documento legal e facilita a auditoria, bem como colabora para o ensino e pesquisa na área de saúde.

Nesse sentido, sugere-se que a Comissão de Pele da instituição *locus* da pesquisa construa e implemente um protocolo para a avaliação e o tratamento de feridas neoplásicas, bem como um instrumento de evolução de feridas, em forma de *checklist*, a fim de facilitar e padronizar as anotações e ações de Enfermagem. Portanto, faz-se necessário o

incentivo de pesquisas voltadas para estudos de perfis, tais como os retrospectivos e prospectivos, de caráter longitudinal, com o propósito de conhecer fidedignamente o perfil da pessoa que apresenta diagnóstico de câncer que progride com ferida, com vistas a traçar um plano de cuidados, a fim de melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2009 [cited 2016 Aug 15]. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/controlecancer/resources/inc-18336> n
2. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Estimativas 2016: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [cited 2016 Aug 18]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>.
3. Sacramento CJ, Reis PED, Simino GP, Vasques CI. Manejo de sinais e sintomas em feridas tumorais: revisão integrativa. Rev Enferm Cent O Min [Internet]. 2015 [cited 2016 Aug 20];5(1):1514-27. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/944>
4. Meaume S, Fromantin I, Luc Teot. Neoplastic wounds and degeneration. J Tissue Viability. [Internet]. 2013 Feb [cited 2016 Aug 20];22(4):122-30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24075006>
5. Walsh AF, Bradley M, Cavallito K. Management of fungating tumors and pressure ulcers in a patient with stage IV cutaneous malignant melanoma. J Hosp Palliat Nurs [Internet]. 2014 [cited 2016 Aug 20];16(4):208-14. Available from: http://journals.lww.com/jhpn/fulltext/2014/06000/Management_of_Fungating_Tumors_and_Pressure_Ulcers.5.aspx
6. 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 July 01];60(2):119-27. 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

7. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2007 [cited 2016 Aug 18]. Available from: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=1793

8. Modena CM, Martins AM, Gazzinelli AP, Almeida SSL, Schall VT. Câncer e masculinidades: sentidos atribuídos ao adoecimento e ao tratamento oncológico. Temas em Psicologia [Internet]. 2014 [cited 2016 Aug 20];22(1):67-78. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v22n1/v22n1a06.pdf>

9. Beh SY, Leow LC. Fungating breast cancer and other malignant wounds: epidemiology, assessment and management. J Exp Rev Qual Life Cancer Care [Internet]. 2016 Mar [cited 2016 Sept 02]. 1(2):137-44. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/23809000.2016.1162660?journalCode=terq20>

10. Grocott P, Gethin G, Probst S. Malignant wound management in advanced illness: new insights. Curr Opin Support Palliat Care [Internet]. 2013 Mar [cited 2016 July 01];7(1):101-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23254858>

11. Gozzo TO, Tahan FP, Andrade M, Nascimento TG, Prado MAS. Ocorrência e manejo de feridas neoplásicas em mulheres com câncer de mama avançado. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2014 [cited 2016 Aug 20] 18(2):270-76. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0270.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 Aug 02];12(1):70-4. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cm/bio/article/view/6717>

13. Lisboa IND, Valença MP. Caracterização de Pacientes com Feridas Neoplásicas. Rev Estima [Internet]. 2016 [cited 2016 July 01];14(1):21-8. Available from: <http://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/116/pdf>

14. Borges LM, Seidl EMF. Efeitos da intervenção psicoeducativa sobre a utilização de serviços de saúde. Interface [Internet]. 2013 Oct/Dec [cited 2016 Aug 02];17(47):777-88. Available from: http://www.scielo.org/pdf/icse/v17n47/ao_p4013.pdf

15. Ceballos AGC, Santos SL, Silva ACA, Pedrosa BRY, Câmara MMA, Silva SL. Exposição solar ocupacional e câncer paliativo não melanoma: estudo de revisão integrativa. Rev Bras Cancerol [Internet]. 2014 [cited 2016 July 02];60(3):251-18. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v03/pdf/10-revisao-literatura-exposicao-solar-ocupacional-e-cancer-de-pele-nao-melanoma-estudo-de-revisao-integrativa.pdf

16. Probst S, Arber A, Faithfull S. Malignant fungating wounds - the meaning of living in na unbounded body. Eur J Oncol Nurs [Internet]. 2013. Feb [cited 2016 Aug 20];17(1):38-45. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22459257>

17. Reyonlds H, Gethin G. The psychological effects of malignant fungating wounds. Ewma J [Internet]. 2015 [cited 2016 Aug 15];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

18. Ministério da Agricultura (BR). Estimativas da agricultura familiar da Região Nordeste [Internet]. Brasília: Ministério da Agricultura; 2014 [cited 2016 July 01]. Available from: www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2014/09/agricultura-familiar

19. Oliveira MMF. Radiação ultravioleta/índice ultravioleta e câncer de pele no Brasil: condições ambientais e vulnerabilidades sociais. Rev Bras Climatol [Internet]. 2013. July/Dec [cited 2016 Aug 20] 13(1):60-73 Available from: <http://revistas.ufpr.br/revistaabclima/article/view/36764>

20. Ramos A, Morillo JM, Gayo N, Tasiguano JE, Munzón E, Ribeiro ASF. Curar o paliar: qué cuesta más? Análisis de costes del tratamiento de uma herida crónica em función de su finalidad. [Internet]. 2015. Apr/June [cited 2016 Aug 20];22(2):45-51. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X13001249>

21. 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 Aug 02];49(4):564-71. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0564.pdf

22. Simoneti F, Cunha Lo, Gomes CTV, Novo NF, Portella DL, Gonella HÁ. Perfil epidemiológico de pacientes com tumores cutâneos malignos atendidos em ambulatório

Nogueira WP, Agra G, Formiga NS et al.

Perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de...

de cirurgia plástica de serviço secundário no interior de São Paulo. Rev Fac Cienc Méd Sorocaba [Internet]. 2016 [cited 2016 Sept 30];18(2):98-102. Available from: <http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/viewFile/24713/pdf>

23. Perez-Santos L, Núñez FC, Aguilar RG, Muñoz MAT, García GAT, Noci MM et al. Guía de Práctica Clínica para el Cuidado de Personas con Úlceras Neoplásicas. Cañadas FN, Santos LP, coordinadores. Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba), Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Almería). Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Editores. Andalucía, 2015 [Internet]. 2015 [cited 2016 July 01]. Available from: <http://www.aeev.net/guias/GuiadePractica%20u%20neoplasicas%20sas%202015.pdf>

24. 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 [cited 2016 Aug 02]. 51(3):513-31 Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27497023>

25. Fortunato JGS, Fortunato MS, Hirabae LFA, Oliveira JÁ. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. Rev HUPE [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 01] 12(3):110-7. Available from: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=426

26. Fromantin I, Watson S, Baffie A, Rivat A, Falcou MC, Kriegel I et al. A prospective, descriptive cohort study of malignant wound characteristics and wound care strategies in patients with breast cancer. Ostomy Wound Mang. [Internet]. 2014 June [cited 2016 July 02];60(6):38-48. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24905356>

27. Gethin G, Grocott P, Probst S, Clarke E. Current practice in the management of wound odour: an international survey. Int J Nurs Stud [Internet]. 2014 June [cited 2016 July 01];51(6):865-74. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24238490>

28. World Health Organization. Palliative care [Internet]. Geneva: WHO; 2002 [cited 2010 July 22]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>

29. Gardona RG, Ferracioli MM, Salomé GM, Pereira MTJ. Avaliação da qualidade dos registros dos curativos em prontuários realizados pela enfermagem. Rev Bras Cirur Plas [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug

01];28(4):686-92 Available from: <http://www.rbc.org.br/imageBank/PDF/v28n4a28.pdf>

Submissão: 27/10/2016
Aceito: 20/06/2017
Publicado: 01/08/2017

Correspondência

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