

Sobrevida de pacientes com ferida neoplásica maligna atendidos em um Câncer Center

Survival of patients with malignant neoplastic wound served at a Cancer Center

Supervivencia de pacientes con herida neoplásica maligna servido en un Centro de Cáncer

Recebido: 08/09/2023 | Revisado: 19/09/2023 | Aceitado: 22/09/2023 | Publicado: 24/09/2023

Sabrina dos Santos Pinho Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2085-3310>

A. C. Camargo Câncer Center, Brasil

E-mail: sabrinaapiinho@gmail.com

Maria das Graças Silva Matsubara

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9943-6722>

A. C. Camargo Câncer Center, Brasil

E-mail: graca.matsubara@gmail.com

Resumo

Objetivo: Avaliar a sobrevida de pacientes com ferida neoplásica maligna atendidos em um Cancer Center. **Método:** Trata-se de um estudo de coorte observacional, retrospectivo e descritivo, com abordagem quantitativa, utilizando dados secundários extraídos de prontuários de pacientes com diagnóstico de câncer que possuíam ferida neoplásica maligna. A coleta de dados perfez o período entre 2018 e 2020. Para a análise das variáveis quantitativas foram consideradas as frequências absolutas e relativas. Para determinar a probabilidade de sobrevida, foi aplicado o estimador de Kaplan-Meier. O teste de log-rank foi utilizado para determinar a existência de diferenças entre as curvas de sobrevida. **Resultados e Discussão:** A amostra foi composta por 118 pacientes. Dentre os participantes, a maioria eram mulheres, de cor branca, casadas, com idade maior que 60 anos, que possuíam ensino superior completo, atendidas pelo convênio. Predominou pacientes com diagnóstico câncer de mama e cabeça e pescoço, com estadiamento avançado. A sobrevida global média foi de 10 meses. A probabilidade de sobrevida global em um ano foi de 20%, e em dois anos foi de 9%. A história de tabagismo foi estatisticamente significativa ($p=0,05$), mostrando que os participantes que nunca fumaram possuíam uma maior sobrevida global. O esquema de tratamento foi estatisticamente significativo ($p=0,005$), mostrando que os participantes que fizeram a combinação de radioterapia e quimioterapia possuíam uma sobrevida maior. **Conclusão:** A sobrevida global dos pacientes com ferida neoplásica maligna foi de dez meses, com piores resultados para pacientes com histórico de tabagismo e melhores para tratamentos combinados.

Palavras-chave: Análise de sobrevida; Oncologia; Ferimentos e lesões; Neoplasias; Cuidados paliativos.

Abstract

Objective: To evaluate the survival of patients with malignant neoplastic wound treated at a Cancer Center. **Method:** This is an observational, retrospective and descriptive cohort study, with a quantitative approach, using secondary data extracted from medical records of patients diagnosed with cancer who had a malignant neoplastic wound. Data collection was carried out between 2018 and 2020. For the analysis of quantitative variables, absolute and relative frequencies were considered. To determine the probability of survival, the Kaplan-Meier estimator was used. The log-rank test was used to determine the existence of differences between the survival curves. **Results and discussion:** The sample consisted of 118 patients. Among the participants, the majority were women, white, married, aged over 60 years, who had completed higher education, attended by the health insurance. There was a predominance of patients diagnosed with breast and head and neck cancer, with advanced staging. The mean overall survival of the sample was 10 months. The probability of overall survival at 1 year was 20%, and at 2 years it was 9%. Smoking history was statistically significant ($p=0.05$), showing that participants who never smoked had a longer overall survival. The treatment scheme was statistically significant ($p=0.005$), showing that participants who received the combination of radiotherapy and chemotherapy had a longer survival. **Conclusion:** The overall survival of patients with a malignant neoplastic wound was eight months, with worse results for patients with a history of smoking and better results for combined treatments.

Keywords: Survival analysis; Oncology; Wounds and injuries; Neoplasms; Palliative care.

Resumen

Objetivo: Evaluar la sobrevida de pacientes con herida neoplásica maligna atendidos en un Centro Oncológico. **Método:** Se trata de un estudio de cohortes observacional, retrospectivo y descriptivo, con enfoque cuantitativo, utilizando datos secundarios extraídos de las historias clínicas de pacientes diagnosticados de cáncer que presentaban una herida neoplásica maligna. La recolección de datos se realizó entre 2018 y 2020. Para el análisis de las variables cuantitativas

se consideraron frecuencias absolutas y relativas. Para determinar la probabilidad de supervivencia se utilizó el estimador de Kaplan-Meier. Se utilizó la prueba de rangos logarítmicos para determinar la existencia de diferencias entre las curvas de supervivencia. Resultados y Discusión: La muestra estuvo conformada por 118 pacientes. Entre los participantes, la mayoría eran mujeres, blancas, casadas, mayores de 60 años, con estudios superiores concluidos, atendidas por el seguro de salud. Hubo un predominio de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama y de cabeza y cuello, con estadificación avanzada. La supervivencia global media de la muestra fue de 10 meses. La probabilidad de supervivencia global a 1 año fue del 20% ya los 2 años del 9%. El historial de tabaquismo fue estadísticamente significativo ($p = 0,05$), lo que muestra que los participantes que nunca fumaron tuvieron una supervivencia general más prolongada. El esquema de tratamiento fue estadísticamente significativo ($p=0,005$), demostrando que los participantes que recibieron la combinación de radioterapia y quimioterapia tuvieron una mayor supervivencia. Conclusión: La supervivencia global de los pacientes con herida neoplásica maligna fue de ocho meses, con peores resultados para los pacientes con antecedente de tabaquismo y mejores resultados para los tratamientos combinados.

Palabras clave: Análisis de supervivencia; Oncología; Heridas y lesiones; Neoplasias; Cuidados paliativos.

1. Introdução

O câncer é considerado um dos principais problemas de saúde pública no mundo, e está entre as principais causas de morte em diversos países. As taxas de incidência e a mortalidade vêm aumentando, e esse crescimento é atribuído em parte pelo envelhecimento e crescimento populacional, e pela mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco para desenvolvimento do câncer. A estimativa mundial de 2023 apontou que ocorreram no mundo 19,3 milhões de casos novos de câncer (Wild et al., 2020; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2023).

Alguns estudos mostram que cerca de 5 a 10% dos pacientes oncológicos podem apresentar algum tipo de ferida neoplásica maligna (FNM), apresentando maior predominância em pacientes de faixa etária entre 60 a 70 anos (Souza et al, 2018; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2009).

Conceitualmente, essas feridas podem ser formadas pelo crescimento tumoral ou pela proliferação de células malignas na estrutura da pele, local onde ocorre a quebra do tegumento ocasionando infiltração na derme e epiderme. Podem ser decorrentes do câncer primário ou proveniente de metástases. Inicialmente começam com um nódulo e caso a doença subjacente não responda ao tratamento, essas feridas poderão evoluir e transformar-se em massas tumorais que deformam o corpo e acarretam infecção e necrose (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2009; Schmidt et al., 2020).

Para triênio 2023/2025, segundo o Instituto Nacional de Câncer, são esperados 704 mil casos novos de câncer no Brasil (Santos et al., 2023). Dessa forma, a alta incidência de câncer indica que os profissionais de saúde, principalmente a enfermagem, podem passar a ter mais contato com pacientes com câncer acometidos por FNM. Os principais tipos de câncer que comumente levam ao desenvolvimento de feridas neoplásicas malignas são os de pele, mama, cabeça e pescoço e os ginecológicos (Schmidt et al., 2020; Silva et al., 2015).

Os sinais e sintomas mais frequentes das FNM são: exsudato, sangramento, odor, dor local e eritema. Um estudo de revisão apontou que dor, odor e origem da FNM estão bem descritos na literatura, por sua vez, sangramento, prurido e exsudato foram aspectos que carecem de maiores informações a respeito da fisiopatologia envolvida (Santos et al., 2022). Todas essas condições acabam afetando o cotidiano do paciente com câncer, principalmente pelo aspecto e odor característico da ferida neoplásica, gerando um sentimento de vergonha e podendo impactar no convívio social e qualidade de vida (QV) (Schmidt et al., 2020; Soares et al., 2019).

Uma pesquisa desenvolvida por enfermeiros europeus para investigar a experiência dos pacientes, familiares e enfermeiros convivendo com uma FNM, mostrou que os sinais e sintomas físicos dessa condição trazem fortes impactos na QV dos pacientes, visto que a ferida se torna cada vez mais demandante de cuidados. Assim, percebe-se que esse é um aspecto que não deve ser negligenciado na assistência de enfermagem (Alexander, 2010). No contexto do cenário oncológico e da FNM, existem alguns fatores que influenciam no processo de adoecimento dos pacientes e que impactam na sua saúde, podendo ir desde a preocupação com a ferida, ansiedade e estresse gerado pelo diagnóstico oncológico e tratamento, além da repercussão

social e emocional ocasionados pelo surgimento das lesões (Oliveira et al., 2022).

Essa condição de saúde que acomete a pele e constitui mais um agravo na vida do paciente com câncer, principalmente porque desfiguram o corpo e tornam-se friáveis e dolorosas com o decorrer do tempo. Dessa forma, devem ser acompanhadas de perto por toda equipe multiprofissional, visto que essas feridas também podem levar ao desenvolvimento de infecções, fístulas e infestação de larvas, além de abranger dimensões sociais do paciente (Agra et al., 2019).

O tratamento da FNM ocorre, na grande maioria dos casos, de forma paliativa. Como o aparecimento da FNM geralmente ocorre com o câncer em estágio avançado, é comum o paciente encontrar-se em cuidados paliativos exclusivos, quando a doença não responde mais ao tratamento (Faria et al., 2022). Logo, a intenção é minimizar os sinais e sintomas quando a evolução da doença se encontra fora da possibilidade de cura, proporcionando a melhora na QV e conforto aos pacientes. Algumas literaturas trazem que a sobrevida dos pacientes com ferida desta etiologia varia com média de seis a doze meses (Tilley et al., 2016; Nogueira et al., 2017).

Os estudos de sobrevida apresentam grande relevância na identificação dos principais fatores prognósticos, no entanto, poucas informações estão disponíveis sobre dados epidemiológicos e a sobrevida de pacientes com câncer com FNM. Diante do exposto, e com o intuito de aprofundar o conhecimento acerca da temática, o objetivo do estudo foi avaliar a sobrevida de pacientes com FNM atendidos em um Cancer Center.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo e descritivo (Hochman et al., 2005), com abordagem quantitativa, utilizando dados secundários extraídos de prontuários de pacientes com diagnóstico de câncer, que possuíam FNM, acompanhados em um Cancer Center, localizado na cidade de São Paulo-SP, Brasil.

A coleta de dados foi realizada a partir de um recorte temporal de 2018 a 2020. Os critérios de inclusão adotados foram: prontuários de pacientes com câncer, com idade igual ou maior de 18 anos, portador de FNM. Os critérios de exclusão foram: perda de seguimento do paciente e prontuários com preenchimento inadequado ou com informações incompletas, que comprometessem o objetivo do estudo.

Foram selecionadas para o estudo as variáveis dependentes tais como, idade, gênero, estado civil, escolaridade, raça/cor da pele autorreferida, comorbidades, tipo de câncer, estadiamento do câncer, presença de metástase, esquema de tratamento do câncer e características da FNM. A sobrevida foi definida como o intervalo de tempo entre a data do primeiro registro em prontuário da FNM e o óbito (evento), final do acompanhamento de pacientes vivos (censura).

Para a análise de dados das variáveis quantitativas, foram consideradas as frequências absolutas (n) e relativas (%). A sobrevida global foi definida como o intervalo de tempo entre a data do primeiro registro em prontuário da FNM e o óbito ou final do acompanhamento, sendo calculado o intervalo em meses. Foram calculadas médias para tempo de sobrevivência, adotando o intervalo de confiança de 95% (IC 95%). Após a análise descritiva, foi utilizado o teste de hipótese log-rank para determinar a existência de diferenças entre as curvas de sobrevida estimadas e fazer a comparação dos grupos em relação à sobrevida. Adotou-se nível de significância estatística inferior a 5% ($p < 0,05$), e as análises estatísticas foram realizadas por meio do software SPSS versão 28.

O projeto foi conduzido de acordo com os princípios éticos determinados pela Resolução 466/2012 que define as Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Antônio Prudente, de protocolo número 53690721.5.0000.5432. O estudo dispensa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) nos casos dos pacientes que tiveram como desfecho o óbito. Os pacientes que atendiam a todos os critérios de inclusão e estavam em seguimento na instituição foram incluídos no estudo mediante leitura e assinatura do TCLE.

3. Resultados e Discussão

Entre os anos de 2018 a 2020, um total de 166 pacientes possuíam FNM. Dentre eles, 118 atendiam os critérios de inclusão, sendo que 11 permaneciam vivos e em acompanhamento no hospital. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos pacientes com FNM atendidos em um Cancer Center, entre 2018 a 2020.

Tabela 1 - Características sociodemográficas de pacientes com ferida neoplásica maligna atendidos em um Cancer Center, entre 2018 a 2020.

Características sociodemográficas	n (%)
Raça/cor	
Branco	47 (39,8)
Pardo	14 (11,9)
Amarelo	3 (2,5)
Preto	3 (2,5)
Sem informação	51 (43,3)
Sexo	
Feminino	63 (53,4)
Masculino	55 (46,6)
Idade	
<40	14 (11,9)
40-60	42 (35,6)
>60	62 (52,5)
Estado civil	
Casado	66 (55,9)
Solteiro	24 (20,3)
Viúvo	15 (12,8)
Divorciado	6 (5,1)
Sem informação	7 (5,9)
Escolaridade	
Ensino fundamental	6 (5,1)
Ensino médio	13 (11,0)
Ensino superior	34 (28,8)
Sem informação	65 (55,1)
Tipo de acesso ao tratamento	
Convênio	76 (64,5)
SUS	41 (34,7)
Particular	1 (0,8)
Tabagismo	
Nunca fumou	51 (43,2)
Ex-tabagista	35 (29,7)
Tabagista	13 (11)
Sem informação	19 (16,1)
Etilismo	
Nunca bebeu	55 (46,6)
Ex-etilista	19 (16,1)
Etilista	14 (11,9)
Sem informação	30 (25,4)

* SUS: Sistema Único de Saúde. Fonte: Elaborada pelos autores.

Na Tabela 1 é possível verificar as variáveis sociodemográficas, como raça/cor, sexo, idade, estado civil, escolaridade, tipo de acesso ao tratamento, tabagismo e etilismo. O tempo de seguimento variou de 0 e 79 meses. A sobrevida global média da amostra foi de 10 meses (IC 6,6-14,5).

A probabilidade de sobrevida global em um ano foi de 20%, e em dois anos foi de 9%. Observou-se que não houve diferença na sobrevida entre as faixas etárias ($p = 0,63$), nível de escolaridade ($p=0,87$), custo de tratamento ($p=0,87$) e etilismo ($p=0,39$). A história de tabagismo foi estatisticamente significativa ($p=0,05$), mostrando que os participantes que nunca fumaram possuíam uma maior sobrevida global em relação aos demais grupos (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das variáveis sociodemográficas, óbitos e sobrevida de pacientes com ferida neoplásica maligna atendidos em um Cancer Center, entre 2018 a 2020.

Variáveis categóricas	Nº óbitos (%)	Nº vivos (%)	Sobrevida em 6 meses (%)	Sobrevida em 1 ano (%)	Sobrevida em meses (IC95%)	Teste Long-rank (valor de p)
Idade (N= 118)						0,63
<40 anos	11 (78,6)	3 (21,4)	12	11	8,8 (2,8-14,7)	
40-60 anos	38 (90,5)	4 (9,5)	7	6	11,2 (4,4-18)	
>60 anos	58 (90,5)	4 (9,5)	5	3	10,7 (4-10,4)	
Escolaridade (N=53)						0,87
Ensino fundamental	5 (83,3)	1 (16,7)	50	16	10,6 (0,7-20,5)	
Ensino médio	10 (76,9)	3 (23,1)	46	38	22 (4,8-39,1)	
Ensino superior	28 (82,4)	6 (17,6)	36	30	13,1 (6,5-19,6)	
Tipo de acesso ao tratamento (N=118)						0,58
Convênio	67 (88)	9 (12)	32	21	9,6 (5,9-13,4)	
SUS	39 (95,1)	2 (4,9)	29	19	8,2 (3-13,3)	
Particular	1 (100)	0 (0)	-	-	1 (1-1)	
Tabagismo (N=99)						0,05
Nunca fumou	44 (86,3)	7 (13,7)	37	29	14,4 (7,4-21,4)	
Ex-tabagista	35 (100)	0 (0)	20	5	3,6 (2,4-4,9)	
Tabagista	11 (84,6)	2 (15,4)	30	21	7,4 (1,8-13,1)	
Etilismo (N= 88)						0,39
Nunca bebeu	49 (89,1)	6 (10,9)	32	21	9,4 (5,2-13,5)	
Ex-etilista	19 (100)	0 (0)	26	15	4,2 (1,9-6,5)	
Etilista	12 (85,7)	2 (14,3)	28	20	7,9 (2-13,8)	

IC95% - Intervalo de Confiança de 95%. Diferença estatisticamente significativa para $p \leq 0,05$. *SUS – Sistema Único de Saúde.
 Fonte: Elaborada pelos autores.

Na Tabela 2 é possível identificar a distribuição das variáveis sociodemográficas, informações sobre óbitos e sobrevida de pacientes com FNM.

A Tabela 3 mostra a distribuição das variáveis clínicas, óbitos e sobrevida dos pacientes. O esquema de tratamento foi estatisticamente significativo ($p=0,005$), mostrando que os participantes que fizeram radioterapia + quimioterapia possuíam uma sobrevida maior.

Tabela 3 - Distribuição das variáveis clínicas, óbitos e sobrevida de pacientes com ferida neoplásica maligna atendidos em um Cancer Center, entre 2018 a 2020.

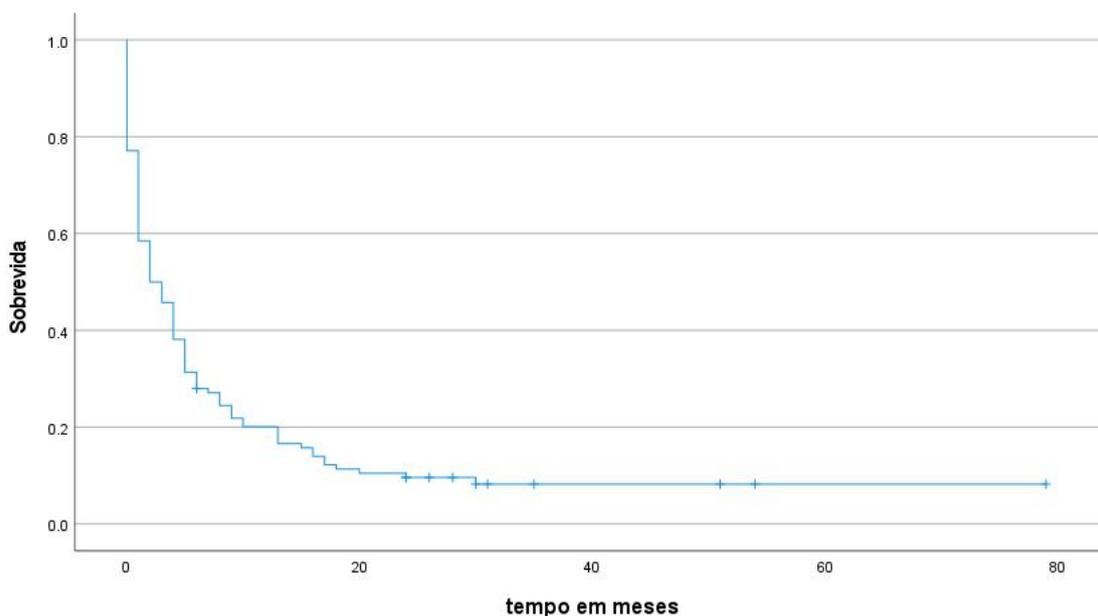
Variáveis categóricas	Nº óbitos (%)	Nº vivos (%)	Sobrevida em 6 meses (%)	Sobrevida em 1 ano (%)	Sobrevida em meses (IC95%)	Long-rank (valor de p)
Tipo de câncer (N=118)						0,46
Câncer de mama	25 (89,3)	3 (10,7)	28	16	9,8 (1,6-17,9)	
Câncer de cabeça e pescoço	32 (94,1)	2 (5,9)	20	14	5,4 (2,4-8,3)	
Melanoma e não melanoma	14 (82,4)	3 (17,6)	35	29	13,6 (4,4-22,8)	
Sarcoma, leiomiosarcoma e rabdomyosarcoma	8 (88,9)	1 (11,1)	33	11	7 (1,3-12,6)	
Colorretal e tumores ginecológicos	17 (100)	0 (0)	29	17	5,4 (1,9-8,9)	
Oncohemato	4 (100)	0 (0)			2,5 (0,8-4,19)	
Outros	7 (77,8)	2 (22,2)	44	33	16 (3,3-28,7)	
Ocorrência de metástases (N=118)						0,713
Sim	66 (90,4)	7 (9,6)	31	21	11 (5,9-16)	
Não	41 (90,9)	4 (9,1)	22	18	8,1 (3,7-12,5)	
Tratamento (N=118)						0,005
Cirurgia	1 (100)	0 (0)	-	-	0 (0)	
Quimioterapia	8 (100)	0 (0)	25	12	3,8 (0-7,9)	
Cirurgia + radioterapia	1 (50)	1 (50)	-	-	13,5 (0-30,8)	
Cirurgia + quimioterapia	12 (85,7)	2 (14,3)	57	32	10,4 (5,6-15,1)	
Cirurgia + quimioterapia + radioterapia	69 (92)	6 (8)	25	18	7,6 (4,5-10,6)	
Radioterapia + quimioterapia	13 (86,7)	2 (13,3)	20	13	13,5 (0,3-26,7)	
Sem tratamento prévio	3 (100)	0 (0)	-	-	0(0)	
Estadiamento da lesão (N=74)						0,758
In	2 (100)	0 (0)	-	-	2,5 (0-7,4)	
1	11 (91,7)	1 (8,3)	25	16	5,9 (2-9,7)	
2	15 (83,3)	3 (16,7)	38	27	18 (5-30,9)	
3	26 (86,7)	4 (13,3)	36	29	8,5 (4,5-12,6)	
4	11 (91,7)	1 (8,3)	25	16	6,4 (2-10,8)	

IC95% - Intervalo de Confiança de 95%. Diferença estatisticamente significativa para $p \leq 0,05$. Fonte: Elaborada pelos autores.

Na Tabela 3 é possível verificar distribuição das variáveis clínicas relacionado a doença de base, e seus respectivos dados sobre óbitos e sobrevida de pacientes com FNM.

A Figura 1 mostra as análises do tempo de sobrevida de pacientes com FNM. A sobrevida global média da amostra foi de 10 meses (IC 6,6-14,5). A probabilidade de sobrevida global em um ano foi de 20%.

Figura 1 - Análise de Kaplan-Meier para a sobrevida de pacientes com ferida neoplásica maligna atendidos em um Cancer Center, entre 2018 a 2020 (n=118).



Fonte: Elaborada pelos autores.

A Figura 1 trouxe a sobrevida dos pacientes com FNM que participaram desse estudo, entre os anos de 2018 a 2020.

Em relação à raça, predominou os pacientes brancos, informação que corrobora com a literatura, sugerindo que a pele com tom mais claro é mais suscetível a lesões dermatológicas, devido características histológicas e maior fragilidade cutânea (Moreira et al., 2013). Predominou os pacientes com idade >60 anos, dado que reflete o cenário atual do acometimento do câncer, sendo uma doença comum em pessoas com idades mais avançadas (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2023; Schmidt et al., 2020; Nogueira et al., 2017).

Quanto à escolaridade, predominou os pacientes que possuíam ensino superior. O resultado encontrado foi divergente de outras pesquisas, que predominaram pacientes com baixo índice de escolaridade (Nogueira et al, 2017; Lisboa & Valença, 2016). Esses estudos sugerem que o baixo nível de instrução pode levar a um atraso na percepção da doença, culminando na procura tardia pelo serviço médico. Na presente pesquisa não se confirmou esse consenso, entretanto, o fato dos atendimentos serem realizados em um Cancer Center, onde predominaram os pacientes com tratamentos financiados pelas operadoras de saúde, pode justificar a diferença no perfil da escolaridade, visto que possuir algum convênio de saúde pode ser considerado um indicador de privilégio econômico, especialmente no Brasil (Cardoso et al., 2021). Sendo assim, acredita-se que os pacientes desse estudo podem possuir melhores níveis socioeconômicos.

Quanto aos antecedentes pessoais, alguns pacientes possuíam histórico de tabagismo e etilismo. Sabe-se que o consumo do tabaco e do álcool aumentam o risco e a incidência do câncer. Portanto, devido a maior incidência da ferida ser na região de cabeça e pescoço e mama, é importante ressaltar que o álcool e o tabaco são fatores de risco para esses tipos de câncer (Batista et al, 2020; Silva et al., 2020).

Dentre as características sociodemográficas, observou-se uma pior sobrevida para os pacientes com idade >60 anos, com ensino fundamental, atendidos pelo SUS, com histórico de tabagismo e etilismo. Algumas evidências trazem que o baixo nível de escolaridade pode interferir no surgimento de FNM, pois pacientes com baixa instrução tendem a não ter conhecimento suficiente para identificar as manifestações clínicas da patologia. Com isso, o paciente acaba postergando a procura pelo serviço de saúde (Lo et al.,2012).

Alguns estudos mostram que uma pior sobrevida pode refletir no diagnóstico tardio, com estadiamento avançado da doença. Entretanto, a dificuldade no acesso aos serviços de saúde, assim como possuir ou não plano de saúde e adesão ao tratamento, também podem influenciar na sobrevida desses pacientes. Dessa forma, alguns autores afirmam que o diagnóstico precoce e evolução dos métodos de tratamento podem ser determinantes no aumento das taxas de sobrevida desses pacientes (Lo et al., 2012; Probst et al., 2013).

Em relação ao sítio anatômico do tumor, a maior probabilidade de sobrevivência foi encontrada no câncer de pele melanoma e não melanoma, com sobrevida média de 13,6 (IC 4,4-22,8) meses e probabilidade de sobrevida global de 35% em 6 meses e 29% em 12 meses. Apesar da análise dessa variável não ter apresentado significância estatística, a taxa de sobrevida para esse tipo de câncer pode ser superior a 95% em cinco anos nos casos de câncer de pele não melanoma. Para o câncer de pele melanoma, a estimativa de sobrevida em cinco anos é de 69%, dados que podem justificar os resultados encontrados (Ministério da Saúde, 2022).

Foi evidenciado que as variáveis tabagismo e esquema de tratamento apresentaram significância estatística para a análise da sobrevida, com melhor sobrevida para pacientes sem histórico de tabagismo e que realizaram tratamentos combinados. Os pacientes sem histórico de tabagismo possuíam uma sobrevida média de 14,4 (IC 7,4-21,4) meses, e probabilidade de sobrevida global de 37% em 6 meses e 29% em 12 meses. Sabe-se que o tabagismo é um dos principais fatores de risco para alguns tipos de câncer e, nesse estudo observou-se que esse hábito impactou na taxa de sobrevida desses pacientes.

Em relação ao esquema de tratamento, constatou-se que pacientes submetidos a tratamentos combinados possuíam melhores taxas de sobrevida, especialmente o grupo que realizou cirurgia e quimioterapia, com sobrevida média de 10,4 (IC 5,7-15,2) meses, e probabilidade de sobrevida global média de 57% em 6 meses e 32% em 12 meses. A escolha dessas modalidades terapêuticas depende de alguns fatores, como extensão, volume e localização da doença, assim como as condições clínicas do paciente (Morrison et al., 2007). O uso de terapias combinadas pode trazer um impacto significativo no aumento da sobrevida, fato que pode justificar o achado desse estudo (Wong & Malthaner, 2010; Kranzfelder et al., 2011; Brasil, 2014).

Observou-se que a FNM está relacionada com uma baixa sobrevida, dado condicente com a literatura, visto que a expectativa de vida dos pacientes com FNM pode variar de 6 meses a 12 meses (Probst et al., 2013; Gibson & Green, 2013). O acometimento da FNM tem relação direta com o estágio avançado da doença oncológica, encontrando-se na maioria dos casos em cuidados paliativos, dado que justifica os achados desse estudo (Santos et al., 2019).

4. Conclusão

A maioria dos participantes apresentavam como características sociodemográficas e clínicas, cor branca, sexo feminino, ensino superior completo, e eram atendidos pelo convênio. Observou-se uma pior sobrevida para os pacientes com idade >60 anos, com ensino fundamental, atendidos pelo SUS. A sobrevida global dos pacientes com ferida neoplásica maligna foi de dez meses.

Uma das limitações foi a ausência da análise estatística da sobrevida com o estadiamento da doença, visto que houve a ausência dessa informação em alguns prontuários, além da possibilidade desse dado estar em momentos diferentes (tratamento adjuvante e neoadjuvante).

Outro ponto relevante relaciona-se com o tamanho pequeno da amostra, oriunda de uma única instituição, de caráter privado, o que pode ter influenciado na análise de sobrevida. Apesar dos resultados não poderem ser extrapolados para outras populações, acredita-se que eles sejam representativos para o cenário atual, visto que foi realizado em um Cancer Center. Além disso, o tempo de sobrevida mensurado foi presumido em relação ao tempo de sobrevida real, pois o tempo inicial de seguimento definido foi a data do primeiro registro em prontuário da FNM, pela dificuldade de precisar o momento exato do surgimento da lesão.

Esse estudo ressalta que os achados referentes a sobrevida global média podem sofrer influência de alguns fatores, como idade, performance status, plano terapêutico, sítio anatômico do tumor, presença de metástases, dentre outros.

Diante dos achados dessa pesquisa, destaca-se a necessidade de mais estudos que aprofundem os aspectos analisados assim como as implicações psicoemocionais desse grupo, com o objetivo de conhecer o perfil dos pacientes com FNM e mensurar a sobrevida global, visto que esses dados incrementam o conhecimento acerca da doença e possibilitam a criação de políticas públicas e planos de trabalho voltados ao paciente com câncer.

Referências

- Agra, G., Medeiros, M. V. D. S., Brito, D. T. F. de, Pimentel, E. R. S., Formiga, N. S., & Costa, M. M. L. (2019). Knowledge and practice of nurses in the control of pain in patients with malignant wounds. *Enfermagem Brasil*, 18(1): 3–11. <https://doi.org/10.33233/eb.v18i1.1039>
- Alexander, S.J. (2010). An intense and unforgettable experience: the lived experience of malignant wounds from the perspectives of patients, caregivers and nurses. *International Journal of Wound care*, 7(6): 456-65
- Batista, G.B., Moreira J.A., Leite A. L., & Moreira C. I. H. (2020). Breast cancer: risk factors and prevention methods. *Research, Society and Development*, 12(9): e15191211077. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i12.11077>
- Brasil (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia. Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terapeuticas_oncologia.pdf
- Cardoso, M.S., Baeza F.L.C., & Castan J.U. (2021). Determinantes sociais de saúde e a análise do perfil de internações de uma unidade psiquiátrica do sul do Brasil. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 24(2): 142–150. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.24.89>
- Faria, R.P., Fuly, P.S.C., Santos, M.L.S.C., Camacho, A.C.L.F., Moraes, E.B., Braga, K.V.A. (2022). Conhecimento do enfermeiro sobre ferida tumoral: uma revisão de escopo. *Research, Society and Development*, 11(6): e57911629546. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i6.29546>
- Gibson, S., & Green, J. (2013). Review of patients' experiences with fungating wounds and associated quality of life. *Journal of wound care*, 22(5): 265-275
- Hochman, B., Nahas F. X., Oliveira, Filho R. S., & Ferreira, L. M. (2005). Desenhos de pesquisa. *Acta Cir Bras* 20 Suppl.2:02-9 <http://www.scielo.br/acb>
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2023). Incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2022. <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2009). Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado. INCA, Rio de Janeiro. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Feridas_Tumorais.pdf
- Kranzfelder, M., Schuster, T., Geinitz, H., Friess, H., & Buchler P. (2011). Meta-analysis of neoadjuvant treatment modalities and definitive non-surgical therapy for oesophageal squamous cell cancer. *Br J Surg*, 98(6):768-83
- Lisboa, I. N. D., & Valença, M. P. (2016). Caracterização de pacientes com feridas neoplásicas. *Estima*, 14(1): 21–28. <https://doi.org/10.5327/z1806-3144201600010004>
- Lo S., Hayter M., Hu W., Tai C., Hsu M., & Li, Y F. (2012). Symptom burden and quality of life in patients with malignant fungating wounds. *Journal of advanced nursing*, 68(6): 1312–1321
- Ministério da Saúde. (2022). Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas – Melanoma Cutâneo. https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2022/20220516_ddt_melanoma_pos-conitec.pdf
- Moreira, S.C., Rocha, L.M., Espírito Santo L.D., Moreira L. M. A. (2013). Associação entre a suscetibilidade à exposição solar e a ocorrência de câncer de pele em albinos. *Revista Ciências Médicas e Biológicas*, 12(1):70-74
- Morrison, J., Haldar, K., Kehoe, S., & Lawrie TA. (2007). Chemotherapy versus surgery for initial treatment in advanced. *Cochrane Database Syst Ver*, (4):CD005343. doi: 10.1002/14651858
- Nogueira, W. P., Agra G., Formiga N. S., & Costa M. M. L. (2017). Perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com feridas neoplásicas. *Revista Enfermagem UFPE on-line*, 11(8):3039-49
- Oliveira, M. I. A., Silva R. A. L., Abrel A.M., Freitas V. L., & Roehrs H. (2022). Cuidados de enfermagem à ferida oncológica: conhecimento de enfermeiros residentes. *Research, Society and Development*. 11(5); e54111528477. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28477>
- Probst, S., Arber, A., & Faithfull, S. (2013). Malignant fungating wounds: the meaning of living in an unbounded body. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 17(1): 38–45
- Santos, A. S. O., Mesquita, A. C., Silva, A. M. C. R., Paiva, F. M. S. N., Nascimento, C. T., & Peres, L. M. V. (2022). Aspectos fisiopatológicos das feridas neoplásicas: revisão de escopo. *Research, Society and Development*, 11(3), e58711326832
- Santos, M. O, Lima F. C. S., Martins L. F. L., Oliveira J. F. P., Almeida L. M., & Cancela M. C. (2023). Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 69(1): e-213700 <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3700/2644>

- Santos, W. A., Fuly, P. S. C., Souto, M. D., Santos, M. L. S. C., & Beretta, L. L. (2019). Association between odor and social isolation in patients with malignant tumor wounds: pilot study. *Enfermería Global*, 18(53): 19-65
- Schmidt, F. M. Q., Firmino, F., Lenza, N. de F. B., & Santos, V. L. C. de G. (2020). Nursing team knowledge on care for patients with fungating wounds. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0738>
- Silva, K. R. M. da, Bontempo, P. de S. M., Reis, P. E. D. dos, Vasques, C. I., Gomes, I. P., & Simino, G. P. R. (2015). Intervenções terapêuticas em feridas tumorais: relato de casos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 61(4): 373-379
- Silva, F. A., Roussenq S. C., Tavares, M. G. S., Souza C. P. F., Mozzini C. B., Benetti M., & Dias M. (2020). Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço em um Centro Oncológico no Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*; 66(1): e-08455
- Soares, R. de S., Cunha, D. A. de O. da, & Fuly, P. dos S. C. (2019). Cuidados de enfermagem com feridas neoplásicas. *Revista de Enfermagem UFPE*, 13(1): 3456-3463
- Souza, M. A. O., Souza, N. R., Melo, J. T. S., Xavier, M. A. C. A., Almeida, G. L., & Santos, I. C. R. V. (2018) Escalas de avaliação de odor em feridas neoplásicas: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(5):2552-60. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0428>
- Tilley, C., Lipson, J., & Ramos, M. (2016). Palliative wound care for malignant fungating wounds: holistic considerations at end-of-life. *Nurs Clin N Am*; 51(3):513-31
- Wild, C. P., Weiderpass, E., & Stewart, B. W. (2020). World cancer report: cancer research for cancer prevention. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, <https://www.iccp-portal.org/system/files/resources/IARC%20World%20Cancer%20Report%202020.pdf>
- Wong, R. K., & Malthaner, R. (2010). Combined chemotherapy and radiotherapy (without surgery) compared with radiotherapy alone in localized carcinoma of the esophagus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: The Cochrane Library; (2)