

**Perfil dos pacientes com feridas tumorais malignas atendidos em um hospital
universitário: estudo descritivo**

**Profile of patients with malignant tumor wounds attended at a university hospital: a
descriptive study**

**Perfil de pacientes con heridas tumorales malignas atendidos en un hospital
universitario: un estudio descriptivo**

Recebido: 17/07/2020 | Revisado: 17/07/2020 | Aceito: 18/07/2020 | Publicado: 02/08/2020

Willian Alves dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0190-2199>

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: willian.santos@hupe.uerj.br

Patricia dos Santos Claro Fuly

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0644-6447>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: claropatricia@yahoo.com.br

Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3713-7700>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: mcaleo@gmail.com

Marise Dutra Souto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6720-8816>

Instituto Nacional de Câncer, Brasil

E-mail: mdutrasouto@gmail.com

Luiza de Lima Beretta

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8385-0585>

Faculdade de Medicina de Petrópolis, Brasil

E-mail: luizaaberetta@gmail.com

Maria Cristina Freitas de Castro

ORCID: orcid.org/0000-0001-5229-7756

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: mcristinafc@yahoo.com.br

Resumo

Objetivo: Caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes com feridas tumorais malignas atendidos em hospital universitário. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa realizado no Hospital Universitário Antonio Pedro entre o período de 2014 e 2016. Aplicou-se um formulário semiestruturado para registro de dados clínicos e sociodemográficos de prontuários para análise documental e durante acompanhamento das consultas de enfermagem, sendo analisados pela média de tendência central. **Resultados:** A amostra foi composta por 13 pacientes, sendo (76,92%) do sexo feminino e (23,08%) masculino com idade entre 29 e 75 anos, com média de 59 anos. Maior parte encontrava-se em cuidados paliativos (53,83%) com predominância de *Karnofsky Performance Status* de 40% (23,08%). Apresentou-se câncer de mama em (53,85%) da amostra, com etiologia carcinoma ductal infiltrante (46,15%). As lesões localizaram-se predominante em mama (53,85%), do tipo ferida ulcerativa maligna (53,85%) em estadiamento III (46,15%), com desenvolvimento após a cirurgia de ressecção do tumor (30,77%) e espontaneamente (30,77%). Registraram-se os seguintes sintomas: dor (92,30%), exsudato (84,62%), sangramento (53,85%) e odor (38,46%), com predomínio de utilização dos seguintes produtos de cobertura de feridas: óleo mineral (69,23%) e Metronidazol (23,08%). **Conclusão:** Os pacientes com câncer de mama e do sexo feminino apresentam maior prevalência de feridas tumorais malignas e sintomas. Compreender o perfil dos pacientes com essas lesões subsidia ações de cuidado personalizadas às demandas dessa clientela.

Palavras-chave: Enfermagem oncológica; Ferimentos e lesões; Cuidados paliativos.

Abstract

Objective: To characterize the clinical and sociodemographic profile of patients with malignant tumor wounds treated at a university hospital. **Methodology:** This is a descriptive study with a quantitative approach carried out at Hospital Universitário Antonio Pedro between 2014 and 2016. A semi-structured form was applied to record clinical and sociodemographic data from medical records for document analysis and during follow-up of medical consultations. nursing, being analyzed by the average of central tendency. **Results:** The sample consisted of 13 patients, (76.92%) being female and (23.08%) male, aged between 29 and 75 years, with an average of 59 years. Most were in palliative care (53.83%) with a predominance of Karnofsky Performance Status of 40% (23.08%). Breast cancer was present in (53.85%) of the sample, with etiology of infiltrating ductal carcinoma (46.15%). The lesions were predominantly located in the breast (53.85%), of the malignant ulcerative wound type

(53.85%) in stage III (46.15%), with development after tumor resection surgery (30.77%) and spontaneously (30.77%). The following symptoms were recorded: pain (92.30%), exudate (84.62%), bleeding (53.85%) and odor (38.46%), with a predominance of the use of the following wound cover products: mineral oil (69.23%) and Metronidazole (23.08%). Conclusion: Breast cancer and female patients have a higher prevalence of malignant tumor wounds and symptoms. Understanding the profile of patients with these injuries supports care actions tailored to the demands of this clientele.

Keywords: Oncology nursing; Wounds and injuries; Palliative care.

Resumen

Objetivo: Caracterizar el perfil clínico y sociodemográfico de pacientes con heridas tumorales malignas tratadas en un hospital universitario. Metodología: Este es un estudio descriptivo con un enfoque cuantitativo realizado en el Hospital Universitario Antonio Pedro entre 2014 y 2016. Se aplicó un formulario semiestructurado para registrar datos clínicos y sociodemográficos de registros médicos para el análisis de documentos y durante el seguimiento de consultas médicas. enfermería, siendo analizado por el promedio de tendencia central. Resultados: La muestra consistió en 13 pacientes, (76.92%) eran mujeres y (23.08%) hombres, con edades comprendidas entre 29 y 75 años, con un promedio de 59 años. La mayoría estaban en cuidados paliativos (53.83%) con un predominio del estado de rendimiento de Karnofsky del 40% (23.08%). El cáncer de mama estuvo presente en (53.85%) de la muestra, con etiología de carcinoma ductal infiltrante (46.15%). Las lesiones se ubicaron predominantemente en el seno (53.85%), del tipo de herida ulcerosa maligna (53.85%) en estadio III (46.15%), con desarrollo después de la cirugía de resección tumoral (30.77%) y espontáneamente (30,77%). Se registraron los siguientes síntomas: dolor (92.30%), exudado (84.62%), sangrado (53.85%) y olor (38.46%), con predominio del uso de los siguientes productos para cubrir heridas : aceite mineral (69,23%) y metronidazol (23,08%). Conclusión: Los pacientes con cáncer de mama y de mujeres tienen una mayor prevalencia de heridas y síntomas de tumores malignos. Comprender el perfil de los pacientes con estas lesiones respalda las acciones de atención adaptadas a las demandas de esta clientela.

Palabras clave: Enfermería oncológica; Heridas y heridas; Cuidados paliativos.

1. Introdução

As feridas tumorais malignas (FTM) acometem cerca de 5% a 10% dos pacientes em tratamento oncológico, os quais estão relacionados, comumente, às neoplasias cutâneas primárias ou metastáticas com maior predominância em indivíduos com faixa etária entre 60 e 70 anos de idade no último ano de vida (Lund-Nielsen et al., 2011; Aguiar & Silva, 2012; Souza et al., 2018; Brito et al., 2017).

Tais lesões podem originar-se, fisiologicamente, da infiltração da neoplasia maligna primária, a implantação acidental de células cancerígenas na pele durante o procedimento cirúrgico/diagnóstico e pelo próprio processo de metástase. Como resultado, há perda da vascularidade, crescimento proliferativo, oclusão de vasos, redução de oxigenação, formação de tecido de necrose e ulceração (Souza et al., 2018; Aguiar & Silva, 2012; Ponte, Ferreira & Costa, 2012; Probst, Arber, Trojan & Faithfull, 2012). Essas alterações podem produzir sintomas que podem comprometer a qualidade de vida, já que acometem a pele, desfiguram o corpo, podendo ser dolorosas, secretoras de exsudato e com mau cheiro (Firmino, 2005; Ponte et al., 2012; Probst, Arber & Faithfull, 2013; Tilley, Lipson & Ramos, 2016).

As importantes consequências fisiológicas e psicológicas ao paciente ocasionadas pela ferida tumoral maligna aos pacientes são grandes preocupações do processo do cuidado clínico. As de cunho fisiológico destacam-se os sintomas, responsáveis pelas mudanças físicas que costumam ser determinantes nos aspectos psicológicos, pois ocasionam mudanças drásticas na imagem corporal, sentimentos de vergonha, estigma, inutilidade, depressão e isolamento social, responsáveis por comprometer atividades de vida diárias (Probst et al., 2012; Gomes & Jesus, 2013). Logo, os cuidados à pessoa com FTM devem focar o manejo de sintomas e a avaliação dos problemas psicossociais que surgem com a progressão da doença (Gomes & Jesus, 2013) sendo necessário um gerenciamento de cuidado especializado.

Tais aspectos constituem grande desafio para os profissionais da saúde. A abordagem adequada diante das alterações no cotidiano e das dificuldades encontradas pelo paciente implicam na necessidade de uma assistência em saúde de qualidade, o que pode culminar em positivos impactos na qualidade de vida dos pacientes assistidos (Gozzo, Tahan, Andrade, Nascimento & Prado, 2014). Nesse caso, é imprescindível que o profissional de saúde reconheça as particularidades que essa lesão apresenta, os curativos e produtos mais adequados a serem utilizados de acordo com a sintomatologia e característica da lesão, a fim de proporcionar maior conforto ao paciente em relação ao seu adoecimento.

Vale ressaltar, ainda, que se tem observado certa flutuação em relação aos dados relacionados à incidência das FTM na literatura internacional, bem como o déficit na produção científica em relação às variáveis clínicas e sociodemográficas. No cenário nacional não há evidências científicas robustas sobre a prevalência, incidência, perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com essas lesões (Brito et al., 2017). Isso mostra uma lacuna do conhecimento no âmbito oncológico, o que tem dificultado a obtenção de dados estatísticos precisos e elaboração de instrumentos de gerenciamento de cuidados eficazes ao paciente.

Assim, este estudo possui como objetivo caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes com FTM atendidos em um hospital universitário.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, prospectivo com abordagem quantitativa, realizado no Ambulatório de Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Antônio Pedro no período de setembro de 2014 a janeiro de 2016.

Para Parreiras et al, (2018), estudos com abordagem quantitativa geram conjunto de dados que podem ser avaliados com auxílio de técnicas matemáticas em porcentagens, estatística, probabilidade e métodos analíticos para determinada variável em investigação, proporcionando previsão de determinado fenômeno.

O estudo foi composto por todos os pacientes com FTM atendidos no local do estudo, caracterizando-se por ser uma amostra não probabilística correspondente aos critérios de elegibilidade: ser maior de 18 anos; ter diagnóstico médico de câncer (qualquer topografia) registrado em prontuário; presença de FTM em estágio 1N em diante de qualquer topografia durante consulta de enfermagem no ambulatório de cuidados paliativos. Como critério de exclusão estabeleceu-se pacientes com lesões oriundas de radioterapia (radiodermatite).

Aplicou-se um formulário estruturado de coleta de dados para registro das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, etnia, escolaridade, estado civil, situação laboral) em análise documental de prontuários e variáveis clínicas: história clínica, comorbidades, diagnóstico clínico, sítio primário tumoral, tamanho da lesão, local da lesão, classificação da lesão, estadiamento, tempo de acometimento e momento de aparecimento da lesão, produtos utilizados no tratamento, sintomas presentes (odor, exsudato, dor, prurido e sangramento) durante a consulta de enfermagem. Para avaliação de sintomas utilizou-se a Escala de odor (odor), Escala *Pressure Ulcer Scale for Healing (Push)* para análise de exsudato e Escala EVA

para dor. Em relação ao sangramento e prurido, executou-se análise mediante a constatação visual de sangue na lesão ou pelo relato do sintoma prurido pelo paciente.

Os dados coletados foram tabulados em programa Microsoft Excel® e processadas a partir de estratégia de medida de tendência central: a média aritmética descritiva simples, frequência absoluta e frequência relativa, média e desvio padrão.

Essa investigação está associada à coleta de dados para a dissertação de mestrado intitulada “Associação entre odor, exsudato e isolamento social em pacientes com feridas neoplásicas: um estudo transversal” que é uma extensão da pesquisa “Análise de associação de feridas tumorais, sítio primário e variáveis demográficas: implicações para a sistematização da assistência de enfermagem”, que obteve parecer de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa 183.757 de 11/01/2013.

3. Resultados

A amostra foi composta por 13 pacientes, sendo 76,92% (10) do sexo feminino e 23,08% (3) do sexo masculino com idade entre 29 e 75 anos (M = 59,7 anos) atendidos durante a primeira consulta de enfermagem ou de avaliação recorrente. A maioria é natural do Rio de Janeiro, domiciliados no estado de origem. Com relação à escolaridade, verifica-se que a maioria dos participantes possui ensino fundamental completo ou incompleto 61,54% (8).

O estado laboral aposentado/pensionista comportou 76,92% (10) da amostra, sendo caracterizado por idade, tempo de serviço ou doença. O quantitativo de um salário mínimo foi responsável pela renda mensal de 53,85% (7) dos pacientes, sendo que 30,77% (4) recebiam acima de um salário mínimo conforme observado na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos dados da amostra segundo as suas características sociodemográficas. Niterói, 2016.

Variáveis	Número	%
Sexo		
Masculino	3	23,08
Feminino	10	76,92
Etnia		
Branco	6	46,15
Pardo	3	23,08
Negro	4	30,77
Faixa etária		
[21-30[	1	7,69
[31-40[	0	---
[41-50[	2	15,38
[51-60[	4	30,77
[61-70[	3	23,08
[71-80[	3	23,08
81≥	0	---
min: 29; máx: 75; média= 59,7 DP = 12,71		
Estado civil		
Solteiro	5	38,46
Casado	5	38,46
Divorciado/Separado	1	7,69
Viúvo	2	15,38
Mora sozinho?		
Sim	1	7,69
Não	12	92,30
Escolaridade		
Analfabeto	1	7,69
Ensino fundamental	8	61,54
Ensino médio	4	30,77
Ensino superior	0	---
Situação laboral		
Desempregado	3	23,08
Empregado	0	---
Aposentado/pensionista	10	76,92
Religião		
Católica	6	46,15
Evangélica	6	46,15
Espírita	1	7,69

Fonte: Elaborada pelos autores.

Na Tabela 1 é possível verificar as variáveis como sexo, faixa etária, etnia, estado civil, escolaridade, situação laboral e religião.

No que tange os aspectos clínicos, identifica-se que 61,54% (8) não possuem qualquer tipo de comorbidade, sendo 15,38% (2) com hipertensão arterial sistêmica e 23,08% (3) diabetes do tipo 2. O diagnóstico médico mais prevalente foi carcinoma ductal infiltrante com 46,15% (6) dos casos, seguido de carcinoma epidermoide 15,38% (2). O sítio primário predominante foi em mama 53,85% (7), conforme observa-se na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos dados da amostra segundo as suas características clínicas. Niterói, 2016.

Variáveis	Número	%
Comorbidades		
Diabetes	3	23,08
Hipertensão arterial sistêmica	2	15,38
Cirrose hepática	1	7,69
Não há	8	61,54
Diagnóstico médico		
Carcinoma ductal infiltrante	6	46,15
Adenocarcinoma de endométrio	1	7,69
Adenocarcinoma de sigmoide	1	7,69
Adenocarcinoma anal	1	7,69
Carcinoma metaplásico	1	7,69
Carcinoma epidermoide	2	15,38
Carcinoma escamoso	1	7,69
Sítio primário tumoral		
Mama	7	53,85
Canal anal	3	23,08
Útero	1	7,69
Sigmoide	1	7,69
Língua	1	7,69

Fonte: Elaborada pelos autores.

Na Tabela 2 é possível verificar as variáveis como comorbidades, diagnóstico médico da neoplasia maligna e o sítio primário tumoral.

A mama esquerda comportou maior índice de feridas, sendo responsável por 23,08% (3) e mama direita com 30,77% (4) dos casos, sendo a mama, então, responsável por 53,85% (7) da localização da lesão. Com base no estadiamento, observou-se que 46,15% (6) se enquadravam na categoria III, sendo 53,85% classificada como ferida ulcerativa maligna. Verificou-se que 23,08% (3) das lesões apareceu após a realização de biópsia, 30,77% (4) espontaneamente e 30,77% (4) surgiram após a cirurgia de ressecção do tumor, sendo dessas, 60% como plastão (ferida em cicatriz cirúrgica de mastectomia radical), conforme Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos dados da amostra segundo as suas características clínicas da lesão. Niterói, 2016.

Variáveis	Número	%
Local da lesão		
Mama esquerda	3	23,08
Mama direita	4	30,77
Região inguinal	1	7,69
Região lombar	1	7,69
Região anal	3	23,08
Região submandibular	1	7,69
Tipo de lesão		
Ferida vegetante maligna	6	46,15
Ferida ulcerativa maligna	7	53,85
Ferida vegetante maligna ulcerada	0	---
Estadiamento		
1N	1	7,69
2	5	38,46
3	6	46,15
4	1	7,69
Tamanho da lesão (cm²)		
[01 - 50[	7	53,85
[51 - 99[	0	---
[100-150[	3	23,08
[151-200[	3	23,08
Quando surgiu?		
Após biópsia	3	23,08
Após cirurgia	4	30,77
Espontaneamente	4	30,77
Ausente*	2	15,38
Tempo de lesão		
≤ 6 meses	6	46,15
> 6 meses	4	30,77
Ausente*	3	23,08
Tratamento		
Neoadjuvante	5	38,46
Adjuvante	1	7,69
Paliativo	7	53,85

*Informação não encontrada. Fonte: Elaborada pelos autores.

Na Tabela 3 é possível identificar a caracterização em relação ao local da lesão, tipo de lesão, estadiamento da lesão, tamanho da lesão em cm², momento do aparecimento, tempo de acometimento da ferida e o tratamento do paciente.

No que diz respeito aos sinais e sintomas, observou-se maior predominância de dor 92,30% (12) e exsudato 84,62% (11). Verificou-se, ainda, presença de odor em aproximadamente 39% da amostra, sendo 15,38% (2) caracterizado como odor grau 1 e 23,08% (3) odor grau 2. Já em relação ao exsudato, 15,38% (2) não apresentava exsudação, 53,85% (7) apresentava pouca exsudação e 30,77% (4) moderado, com prevalência de aproximadamente 85%. Alguns pacientes apresentaram mais de um sintoma simultaneamente durante a consulta de enfermagem, conforme verificado na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos dados da amostra segundo sinais e sintomas em feridas tumorais malignas. Niterói, 2016.

Sintomas	Número	%
Dor	12	92,30
Exsudato	11	84,62
Sangramento	7	53,85
Prurido	7	53,85
Odor	5	38,46

Fonte: Elaborada pelos autores.

Na Tabela 4 é possível inferir a presença de sintomas, como a dor, exsudato, sangramento, prurido e odor na lesão.

Em relação aos produtos utilizados houve predominância: Óleo mineral 69,21% (9), Clorexidina 23,08% (3) e Metronidazol 23,08% (3). Ainda, observou-se o uso de vaselina 15,30% (2), sulfadiazina de prata 15,30% (2), Ácidos graxos essenciais em 7,69% (1), conforme demonstrado na Tabela 5.

Todos os pacientes receberam orientação quanto à realização dos curativos e utilização dos produtos.

Tabela 5 - Distribuição dos dados da amostra segundo cobertura e produtos utilizados nos curativos de feridas tumorais malignas. Niterói, 2016.

Produtos	N	%
Óleo mineral	9	69,21
Clorexidina	3	23,08
Metronidazol	3	23,08
Vaselina	2	15,38
Sulfadiazina de prata	2	15,38
Homeostático absorvível	1	7,69
Bolsa de ferida	1	7,69

Fonte: Elaborada pelos autores.

Na tabela 5 é possível verificar os produtos e coberturas utilizadas nas feridas tumorais malignas.

4. Discussão

Observa-se grande flutuação no cenário científico sobre a incidência e prevalência das FTM no cenário oncológico. Em um estudo sequencial de casos prospectivo envolvendo uma população de 472 de pacientes identificou que 14,5% da amostra em tratamento contra o câncer apresentaram FTM (Maida, Ennis, Kuziemy & Trozzolo, 2009). Já um estudo

realizado em três regiões da Suíça evidenciou a prevalência de 6,6% dessas lesões (Probst, Arber, Torjan & Faithfull, 2009), em consonância ao que é encontrada em grande parte das evidências científicas, que aponta que cerca de 5% a 10% dos indivíduos com câncer apresentam essa afecção (Lund-Nielsen et al., 2011; Aguiar & Silva, 2012; Santos, 2016). Logo, é evidente que ainda não há um consenso quanto a prevalência e incidência dessas lesões, necessitando-se de mais estudos que caracterizem o perfil desses pacientes para auxiliar no alinhamento dos dados epidemiológicos evidenciados atualmente.

Com relação à faixa etária, a literatura científica sintetiza que aos pacientes com FTM apresentam idades médias que variam de 52,1 anos a 70 anos de idade, sendo predominantemente observada em pacientes idosos (Gozzo et al., 2014; Probst et al., 2012; Lo et al., 2012). No estudo em questão observou-se idade média de 59 anos de idade entre os participantes do estudo, corroborando com o que foi encontrado na literatura científica. Sugere-se que o envelhecimento, a fragilidade da pele desses indivíduos e o aumento do índice de câncer avançado podem favorecer o surgimento de FTM nessa população.

A sobrevida do paciente é um fator questionável, pois se observa que a expectativa de vida pacientes com FTM pode variar de 6 meses a 1 ano (Lo et al., 2008; Probst et al., 2013; Grocott, Gethin & Probst, 2013; Gibson & Green, 2013). No entanto, é possível identificar registros de que pacientes com essas lesões podem viver por um tempo significativo, sendo em média o tempo entre o aparecimento da ferida e o óbito entre 1 ano a aproximadamente 5 anos de vida (Lo et al., 2008). O aumento da taxa de sobrevida de pacientes com neoplasia maligna em estágio avançado, bem como a melhoria em relação ao diagnóstico precoce e evolução dos métodos de tratamento podem ser determinantes no aumento significativo da expectativa de vida dos pacientes com câncer (Probst et al., 2013; Lo et al., 2008). No estudo é possível constatar que 30,77% da amostra apresenta a FTM por mais de 6 meses.

Há evidências de que o baixo nível de escolaridade interfere diretamente no surgimento de FTM, uma vez que pacientes com baixa instrução pode não ter conhecimento suficiente para identificar sintomas e sinais precoces da patologia, gerando atraso na percepção da evolução doença, postergando a procura ao atendimento especializado e, conseqüentemente, culminando no diagnóstico em fases avançadas da doença (Lisboa & Valença, 2017). O acometimento da FTM tem relação direta com o estágio avançado da doença oncológica, no estudo em questão observou-se que maioria dos participantes apresentava como nível de escolaridade o ensino fundamenta, o que pode explicar a possível relação do nível de escolaridade na prevalência da lesão e do câncer avançado.

Na amostra observou-se maior predominância de pacientes com FTM na modalidade de cuidados paliativos. Na literatura é descrita que a FTM está presente predominantemente em pacientes em estágios avançados da doença, encontrando-se, muitas das vezes, em cuidados paliativos (Castro, Santos, Fuly, Santos & Garcia, 2017; Gozzo et al., 2014; Santos, Fuly, Souto, Santos, & Beretta, 2019).

Observou-se, nesta pesquisa, um quantitativo expressivo de pessoas que não apresentavam quaisquer tipos de comorbidades, estando presente em pequena parte da amostra a hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, dado esse que chama a atenção, já que o câncer pode estar associado às várias comorbidades e fatores de risco. Salienta-se que dado similar foi verificado no estudo de Lisboa e Valença (2017) em que se verificou que grande parte dos pacientes não apresentaram comorbidades (72,5%), sendo pequena parcela portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica (25,5%). Sugere-se que a comorbidade pode não ter uma relação forte com o acometimento do câncer e da FTM, como observamos quando nos referimos a determinados estilos de vida que, quando somado a uma predisposição genética, pode aumentar as chances de surgimento de neoplasias.

Neste estudo, um indivíduo apresentou neoplasia cutânea primária do tipo carcinoma epidermoide como precursora da lesão, sendo o restante da amostra composta por feridas relacionadas às manifestações metastáticas de tumores malignos primários. As FTM podem estar presentes em diversos locais, sendo os tumores metastáticos de mama para a mama ou para parede torácica ocorrências mais comuns em mulheres (39% - 62%), enquanto feridas advindas de metástases de câncer primário de pulmão frequentes em homens (Alexander, 2009; Santos, 2016). No geral, é comumente advindo de câncer de mama (62%), cabeça e pescoço (24%), região genital e anal (3%), respectivamente (Maida et al., 2009; Gibson & Green, 2013). Conforme é apontado na literatura, o sítio predominante da lesão neste estudo foi a mama em pessoas do sexo feminino, apresentando, como sítio primário da neoplasia maligna a própria mama.

Não se encontrou estudos que caracterizassem as amostras levando em consideração a classificação da FTM, que é conhecida internacionalmente. Existem três classificações relatadas na literatura: feridas ulcerativas malignas, feridas vegetantes malignas ulceradas e feridas vegetantes malignas (Maida et al., 2009; Aguiar & Silva, 2012). Tais classificações não são amplamente utilizadas no âmbito clínico nacional, afetando o processo de tratamento, uma vez que para ter um cuidado efetivo deve-se observar e considerar as características particulares de cada ferida (Santos, 2016). Nesta pesquisa, verificou-se a presença majoritária

de feridas vegetantes malignas e feridas ulcerativas malignas com necessidades específicas de cuidado.

No que tange o estadiamento, observa-se que houve maior predominância de FTM com estadiamento 2 (38,46%) e estadiamento 3 (46,15). No estudo de Lisboa e Valença (2017) que analisou o perfil de pacientes com FTM no Brasil, verificou uma prevalência de pacientes com lesões em estadiamento 3 (52%), corroborando com o que foi constatado no presente estudo. Salienta-se, ainda, que lesões com estadiamento maiores estejam mais evidentes em pacientes com neoplasias malignas avançadas em cuidados paliativos devido a característica invasiva da doença oncológica avançada (Lisboa & Valença, 2017).

A localização da ferida é importante tanto para a realização do curativo quanto para o impacto psicossocial que causa ao paciente. O acometimento em regiões íntimas pode promover problemas na expressão sexual (Gozzo et al., 2014), já em regiões visíveis pode favorecer a visualização constante do avanço da doença, constrangimento e, conseqüentemente, o isolamento social afetando a procura de atendimento médico e a realização de curativos (Di Giacomo et al., 2016).

Um dos maiores problemas identificados no cenário clínico é a gestão dos sintomas, sendo grande desafio para os pacientes, cuidadores informais e profissionais de saúde. Os sintomas mais comuns são: mau odor, exsudação excessiva, dor, sangramento e prurido (Grocott, 2007; Lo et al., 2008; Probst et al., 2009). Em um estudo prospectivo realizado com 472 pacientes notou-se que a dor (31,2%), odor (10,4%), exsudato (14,6%), sangramento (4,2%) e prurido (5,2%) estão associados às FTM (Maida et al., 2009), o que corrobora com os achados deste estudo, que destaca a dor e o exsudato como sintomas mais prevalentes na amostra estudada.

Com o desenvolvimento das FTM, há a oclusão dos vasos sanguíneos e hipóxia originadas pelo crescimento tumoral (Souza et al., 2018). A ocorrência de contaminação por bactérias aeróbicas e anaeróbicas formam agregados necróticos com produção de ácido acético e caproico, cujo produtos do metabolismo são gases voláteis responsáveis pelo odor fétido (Santos et al., 2019; Santos, 2016). O odor é constatado no bulbo olfativo localizado no cérebro, nos sistemas límbicos e hipotalâmicos, efetores do comportamento motivacional e emocional do indivíduo, fornecendo, assim, grande influência no estresse psicológico e isolamento social (Santos et al., 2019).

Em relação ao sangramento, o mesmo é causado pela fragilidade e rompimento de capilares e vasos sanguíneos e déficit da função das plaquetas no tumor maligno, gerando episódios de hemorragia, anemia e choque hipovolêmico (Tilley et al., 2016; Brito et al.,

2017). Já o prurido ocorre devido à liberação de histamina decorrente do processo inflamatório (Santos, 2016). O exsudato ocorre por meio da hiperpermeabilidade do tumor maligno ao fibrinogênio e ao plasma, liberação de fator de permeabilidade vascular e a contaminação da superfície do tumor por bactérias anaeróbias resultam na produção de exsudato por meio da ativação de proteases que degeneram o tecido necrótico levando a sua liquefação (Maida et al., 2009; Brito et al., 2017). Esses fatores resultam na sensação da perda dos limites físicos, sensação de estresse e comprometimento das atividades de vida diária e da qualidade de vida (Probst et al., 2012; Alexander, 2009).

A dor é um sintoma complexo, de interpretação subjetiva, resultado do crescimento tumoral, compressão do tumor em outras estruturas do corpo e terminações nervosas, edema decorrente da drenagem linfática e capilar prejudicada, da exposição das terminações nervosas devido à troca de curativos e da presença de infecção, o que culminam na deterioração da qualidade de vida desses pacientes (Probst et al., 2012). Neste estudo a dor foi responsável por acometer 92,30% da amostra, sendo caracterizado como fator que necessita de grande atenção multiprofissional no cenário clínico.

Um estudo multicêntrico realizado em 36 países verificou que as maiores dificuldades relatadas pelos pacientes com tais lesões foram o controle do odor 83%; preocupações sociais 70%; dor e contenção de exsudato 68%, seguida por estresse emocional 65% (Gethin, et al., 2013). Em consonância, em Taiwan, estudo com 70 pacientes evidenciou que o odor, a dor e os problemas psicológicos foram estatisticamente significativos para o déficit da qualidade de vida e responsável por 87% da variância (Lo et al., 2011). Apesar de acometer relativamente poucos pacientes com FTM neste estudo, devido sua característica, muita das vezes repugnante, pode gerar grande interferência na vida do paciente.

Diante do exposto, é evidente o grande impacto que a ferida tumoral maligna e seus sintomas na vida do paciente, não só pelas alterações significativas que provoca na autoimagem, mas também, no convívio social, associados a sentimentos de vergonha, estigma e inutilidade (Alexander, 2009; Gomes & Jesus, 2013). Um estudo fenomenológico desenvolvido com nove pacientes com essas lesões em mama revelou que a ferida e os sintomas oferecem grande constrangimento aos indivíduos, com a visibilidade da progressão da doença e a perda do controle sobre o corpo, afetando seriamente a qualidade de vida (Probst et al., 2013).

Além disso, os odores desagradáveis podem gerar engasgos involuntários, provocando o reflexo do vômito e diminuição do apetite, que compromete o estado nutricional do paciente (Gozzo et al., 2014). Logo, os cuidados devem focar o controle de sintomas, a avaliação e

dos problemas psicossociais que surgem com a progressão da doença (Alexander, 2009; Gomes & Jesus, 2013).

Evitar o contato social, embora seja uma alternativa escolhida por alguns pacientes consiste, também, como fator de risco na medida em que o isolamento social prejudica o desenvolvimento das redes de apoio, podendo ter impactos sobre a autoestima, qualidade de vida e resiliência (Beretta, Santos, Santos, Fuly & Berardinelli, 2020).

O acesso ao cuidado especializado, curativos modernos e a redução dos sintomas permitem ao paciente mais conforto, menos angústia e redução do estigma devido à gestão adequada desses sintomas por parte do profissional de saúde (Lo et al., 2008). A realização de curativo em feridas neoplásicas é um procedimento complexo que demanda da equipe de enfermagem uma assistência especializada e embasada em alicerces científicos. Necessita-se que o enfermeiro conheça os efeitos dos produtos utilizados, pois podem induzir o crescimento tumoral e, conseqüentemente, piorar o estado patológico do paciente.

Em relação ao odor, o produto com mais eficiência é o Metronidazol 0,8% (Maida et al., 2009), já para o controle de exsudato, além do Metronidazol, a aplicação de produtos que executam o debridamento autolítico são recomendados pela utilização de agentes químicos específicos, tais como: Hidrogel e Hidrocoloide (Gozzo et al., 2014; Grocott et al., 2013). Essa técnica pode efetivamente suavizar e remover o tecido necrosado, principal responsável pela produção de exsudato (Grocott et al., 2013; Castro et al., 2017). No cenário do estudo, utilizou-se predominantemente o Metronidazol em feridas com sinais de infecção, bem como com exsudação e mau odor, sendo promissor no combate a esses sintomas.

A Sulfadiazina de prata realiza o manejo da sobrecarga bacteriana da lesão, bem como em casos de pruridos e odor grau I em que o curativo deve ser, também, umedecida com soro fisiológico 0,9% e ocluída com vaselina líquida e gaze (Brito et al., 2017; Lisboa, & Valença, 2016), bem como a solução antisséptica de Clorexidina 0,05% (solução degermante) que pode favorecer a higienização da ferida e controle da colonização bacteriana (Firmino, 2005; Santos, 2016). A Vaselina e o Óleo mineral propiciam umedecimento do leito da lesão, o que reduz a quantidade de troca do curativo, evitando traumatismo da ferida e, conseqüentemente, auxilia no controle da dor durante o manuseio do curativo (Silva & Aguiar, 2012; Brito et al., 2017). Conforme citado acima, tais condutas foram feitas nos diversos curativos feitos durante a coleta de dados do estudo, promovendo maior conforto ao paciente.

No que se refere ao uso de ácidos graxos essenciais, apesar de promover hidratação no leito da lesão, possui efeitos de quimiotaxia de angiogênese e proliferação celular (Brito et al.,

2017), o que pode favorecer o crescimento e expansão da massa tumoral. Logo, não é indicado como produto de primeira escolha no tratamento de FTM.

Os produtos supracitados foram utilizados nos curativos deste estudo, levando em consideração os aspectos das lesões e a participação ativa do paciente nas tomadas de decisão.

Conviver com a ferida tumoral maligna é uma experiência difícil, sendo importante a atenção multiprofissional na tentativa de uma ação holística para melhoria da autoestima e da qualidade de vida do paciente (Probst et al., 2013). Métodos sistemáticos de avaliação multidisciplinar das vivências dos pacientes com FTM e dos problemas clínicos são necessários juntamente com estratégias de gestão para um atendimento altamente individualizado e especializado (Grocott et al., 2013).

Sugere-se que, um atendimento embasado cientificamente no que se refere ao conhecimento da fisiopatologia dessas lesões, dos produtos que podem ser utilizados e do impactos dos sintomas na qualidade de vida dos pacientes é uma ferramenta primordial no alcance de resultados resolutivos e eficazes no que se relaciona a manutenção de uma boa convivência com a FTM.

Destaca-se, diante do exposto, que o cuidado prestado pela enfermagem a pacientes com FTM não tem como intenção central a cura, pois nem sempre isso é possível (Aguiar & Silva, 2012; Firmino, 2005). Contudo, os esforços e as intervenções de enfermagem devem favorecer o conforto, o alívio da dor, diminuir o impacto da doença por meio de curativos estéticos, funcionais e efetivos, por meio de um atendimento individualizado ao paciente, com controle dos sintomas, bem como direcioná-los, também, à orientação do cuidador/familiar para um cuidado global a esta clientela (Gozzo et al., 2014; Castro et al., 2017).

Nesse sentido, fica claro que conviver com feridas tumorais inclui vivenciar as limitações inerentes à condição, entendendo-as como a impossibilidade de cura, a finitude da vida, as dificuldades no cotidiano. Entretanto, o fortalecimento de redes de apoio, atenção multidisciplinar, desenvolvimento e adaptação de medicamentos e curativos a cada contexto culminam no empoderando o paciente, permitindo, assim, melhorias significativas da qualidade de vida e ressignificação do processo em questão.

Os dados levantados na literatura que foram confrontados com os resultados deste estudo reafirmam o impacto da lesão na vida do paciente oncológico, destacando-se a necessidade de uma atenção especializada e centrada no gerenciamento de sintomas de acordo com as características de cada paciente.

5. Limitações do Estudo

As principais limitações do estudo foram relacionadas a alguns registros insuficientes em prontuários, o que dificultou, algumas vezes, a coleta de dados para a caracterização da amostra. Com isso, sugere-se que o instrumento utilizado para coleta dos dados neste estudo seja disponibilizado ao local do estudo a fim de aprimorar e auxiliar a coleta das informações dos pacientes atendidos pelos profissionais de enfermagem.

Além disso, o número limitado da amostra deu-se pelo fato dessa pesquisa ter sido realizada em uma instituição que atende, majoritariamente, pacientes da região, o que limitou o recrutamento de pacientes de outras áreas programáticas do território do estado. Indica-se, portanto, que outros estudos sejam realizados em centros de atenção oncológicas de referência dada sua maior amplitude no atendimento de pacientes com FTM.

6. Conclusão

O estudo proporcionou o conhecimento do perfil dos pacientes com FTM atendidos em um hospital universitário, observando-se, pacientes do sexo feminino, com baixa escolaridade, portadores de câncer de mama do tipo carcinoma ductal infiltrante, sendo a população com maior prevalência de FTM em cuidado paliativo. Apresentar tal lesão geralmente está atrelado à convivência com sintomas, como dor, exsudato, sangramento prurido e odor, sendo os sintomas predominantes a dor, seguida pelo exsudato. Os tratamentos mais utilizados foram óleo mineral, clorexidina e metronidazol, de acordo com a sintomatologia apresentada pelo paciente. Vale mencionar que os sintomas podem dificultar a realização de atividades comuns do cotidiano e contribuir para o comprometimento dos aspectos psicossociais.

Nesse sentido, o cuidado multidisciplinar se faz imprescindível para estimular a integração social, a sensação de bem-estar e o conforto para o paciente e seus cuidadores. A equipe de enfermagem insere-se nesse contexto como uma profissão que está implicada tanto nos cuidados clínicos da manifestação física, quanto nas manifestações psíquicas do adoecimento. Assim, explicar a doença, o tratamento e incluir o paciente e a família na realização do curativo, de acordo com as demandas individuais e evidências científicas sobre o perfil epidemiológico e clínico desses pacientes, podem ser maneiras eficazes de aumentar a efetividade do cuidado.

Verifica-se a necessidade de incentivo à realização de pesquisas que abordem o eixo temático deste estudo, a fim de corroborar para o alcance de dados cada vez mais fidedignos no que se refere à prevalência e a incidência dessa lesão no âmbito oncológico. Dessa maneira, será possível subsidiar a elaboração de protocolos e instrumentos que possibilitem o gerenciamento de uma assistência efetiva às particularidades dos pacientes com feridas tumorais malignas.

Sugere-se a realização de estudos semelhantes com abordagem multicêntrica apresentando amostragem variada e heterogênea a fim de identificar o perfil dos pacientes com FTM nos variados espaços de cuidado em saúde, como também identificar as particularidades das necessidades que essas lesões impõem às diversas populações. Considerando tal dinâmica, será possível compreender o comportamento dessas lesões e destinar gerenciamento efetivos ao seu manuseio.

Agradecimento

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES; bolsa de mestrado) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ; fomento de pesquisa).

Referências

Aguiar, R., & Silva G. (2014). Os cuidados de enfermagem em feridas neoplásicas na assistência paliativa. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 11(2), 82-88.

Alexander S. (2009). Malignant fungating wounds: epidemiology, aetiology, presentation and assessment. *Journal of wound care*, 18(7), 273–280.

Alexander S. (2009). Malignant fungating wounds: key symptoms and psychosocial issues. *Journal of wound care*, 18(8), 325–329.

Beretta, L., Santos, M., Dos Santos, W., Fuly, P., & Berardinelli L. (2020). Resilience in the process of care in patients with malignant tumor wounds: integrative review. *Research, Society and Development*, 9(4), e117942922.

Brito, D. T. F., Macêdo, E. L., Agra G, Andrade, F. L. M., Formiga, N. S., & Costa, M. M. L. (2017). Perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com feridas neoplásicas. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 3(18), 88-97.

Castro, M. C. F., Santos, W. A. S., Fuly. P. S. F., Santos, M. L. S. C., & Garcia, T. R. (2017). Intervenções de enfermagem para pacientes oncológicos com odor fétido em ferida tumoral. *Aquichan*, 17(3), 243-256.

Di Giacomo, D., Cannita, K., Renieri, J., Cocciolone, V., Passafiume, D., & Ficorella, C. (2016). Breast cancer and psychological resilience among young women. *J. Psychopathol*: 3, 191–195.

Firmino F. (2005). Pacientes portadores de feridas neoplásicas em Serviços de Cuidados Paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51(4), 347-359.

Gethin, G., Grocott, P., & Probst S. (2013). Malignant wound management in advanced illness: new insights. *Current opinion in supportive and palliative care*, 7(1), 101–105.

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.

Gomes, C., & Jesus, C. (2013). Feridas crônicas em cuidados paliativos: revisão bibliográfica. *Journal of Aging and Innovation*, 2(2).

Gozzo, T., Tahan, F. P., Andrade, M., Nascimento, T. G., & Prado, M. A. S. (2014). Ocorrência e manejo de feridas neoplásicas em mulheres com câncer de mama avançado. *Escola Anna Nery*, 18(2), 270-276.

Grocott P. (2007). Care of patients with fungating malignant wounds. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain))*, 21(24), 57-62.

Lisboa, I. N. D., & Valença, M. P. (2016). Caracterização de pacientes com feridas neoplásicas. *Estima*, 14(1), 21-28.

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.

Lo, S., Hayter, M., Hu, W., Tai, C., Hsu, M., & Li, Y. (2008). Experiences of living with a malignant fungating wound: a qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 17(20), 2699–2708.

Lund-Nielsen, B., Adamsen, L., Gottrup, F., Rorth, M., Tolver, A., & Kolmos, H. J. (2011). Qualitative bacteriology in malignant wounds--a prospective, randomized, clinical study to compare the effect of honey and silver dressings. *Ostomy Wound Manage*, 57(7), 28-36.

Maida, V., Ennis, M., Kuziemy, C., & Trozzolo, L. (2009). Symptoms associated with malignant wounds: a prospective case series. *Journal of pain and symptom management*, 37(2), 206–11.

Brito, D. T. F., Nogueira, W. P., Agra, G., Formiga, N. S., & Costa, M. M. L. (2017). Perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com feridas neoplásicas. Sociodemographic, clinical and therapeutic profile of patients with neoplastic wounds. *Rev enferm UFPE*, 11(8), 3039-49.

Pereira, A. S., et al. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. [e-book]. Santa Maria. Ed. UAB/NTE/UFSM. Recuperado de https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1.

Ponte, D., Ferreira, K., & Costa, N. (2012). O controlo do odor na ferida maligna. *Journal of Tissue Regeneration Healing*, (1), 38-43.

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.

Probst, S., Arber, A., Trojan, A., & Faithfull, S. (2012). Caring for a loved one with a malignant fungating wound. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 20(12), 3065–70.

Probst, S., Arber, A., Trojan, A., & Faithfull S. (2009). Malignant fungating wounds: a survey of nurses' clinical practice in Switzerland. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 13(4), 295–8.

Sacramento, C. J., Reis, P. E. D., Simino, G. P. Z., & Vasques, C. I. (2015). Manejo de sinais e sintomas em feridas tumorais: revisão integrativa. *Revista de enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 5(1), 1514-27.

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.

Santos, W. A. (2016). *Associação entre odor, exsudato e isolamento social em pacientes com feridas neoplásicas: um estudo transversal*. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

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.

Tilley, C., Lipson, J., & Ramos M. (2016). Palliative Wound Care for Malignant Fungating Wounds: Holistic Considerations at End-of-Life. *The Nursing clinics of North America*, 51(3), 513–31.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Willian Alves dos Santos – 30%

Patricia dos Santos Claro Fuly – 20%

Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos – 15%

Marise Dutra Souto – 15%

Maria Cristina Freitas de Castro – 10%

Luiza de Lima Beretta – 10%