

# Perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com feridas neoplásicas

## *Sociodemographic, clinical and therapeutic profile of patients with neoplastic wounds*

Débora Thaise Freires de Brito<sup>1</sup> • Elton de Lima Macêdo<sup>2</sup> • Glenda Agra<sup>3</sup> • Fábria Letícia Martins de Andrade<sup>4</sup> • Nilton Soares Formiga<sup>5</sup> • Marta Miriam Lopes Costa<sup>6</sup>

### RESUMO

Objetiva-se traçar o perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com feridas neoplásicas atendidos em um hospital referência de Campina Grande-PB. Trata-se de um estudo documental, retrospectivo e descritivo, com abordagem quantitativa, em que foram utilizados dados secundários – sociodemográficos, clínicos e terapêuticos – extraídos de prontuários de pacientes com feridas neoplásicas, no intervalo de janeiro de 2009 a dezembro de 2015. A amostra foi composta por 852 prontuários, destes, 447 eram mulheres (53%), com idade igual ou maior que 60 anos (58,2%), casadas (28,6%), sem escolaridade (28,5%), agricultoras (23,9%) e aposentadas (36,3%). A maioria (50,6%) foi diagnosticada com câncer de pele, as lesões apresentavam dor (9,6%), sangramento (3,9%), odor (2,5%), exsudato (2,0%) e sinais de infecção (1,1%). Quanto à modalidade terapêutica, a maioria (50,7%) dos pacientes realizou biópsia, seguida de radioterapia (42,2%). Conclui-se que faz-se necessário implementar políticas públicas no tocante à prevenção dos cânceres de pele, boca e mama, a fim de diminuir o risco para adoecimento; educação em saúde para esses pacientes, como também reduzir complicações locais e sistêmicas, tais como as lesões neoplásicas; e criar estratégias efetivas para o registro das informações sociodemográficas, clínicas e terapêuticas completas do paciente em prontuários eletrônicos ou convencionais pelos profissionais de saúde.

**Palavras-chave:** Neoplasias Cutâneas; Oncologia; Cuidados de Enfermagem.

### ABSTRACT

The study aims to describe the sociodemographic, clinical and therapeutic profile of patients with neoplastic wounds treated at a referral hospital in Campina Grande-PB. This is a retrospective and descriptive documentary study with a quantitative approach, in which secondary data were used - sociodemographic, clinical and therapeutic - extracted from medical records of patients with neoplastic wounds, between January 2009 and December 2015. The sample consisted of 852 medical records, of which 447 were women (53%), aged 60 years or older (58.2%), married (28.6%), and had no schooling (28.5% %), Women farmers (23.9%) and retirees (36.3%). The majority (50.6%) were diagnosed with skin cancer; the lesions presented pain (9.6%), bleeding (3.9%), odor (2.5%), exudate (2.0%) and Signs of infection (1.1%). Regarding the therapeutic modality, the majority (50.7%) of the patients underwent biopsy, followed by radiotherapy (42.2%). It concluded that it is necessary to implement public policies regarding the prevention of skin, mouth and breast cancers, in order to reduce the risk of becoming ill; health education for these patients, as well as to reduce local and systemic complications, such as neoplastic lesions; and to create effective strategies for the registration of the patient's complete sociodemographic, clinical and therapeutic information in electronic or conventional medical records by health professionals.

**Keywords:** Cutaneous Neoplasms; Oncology; Nursing Care.

### NOTA

<sup>1</sup>Enfermeira. Universidade Federal de Campina Grande/UFCG, campus Cuité. Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. João Pessoa – Paraíba, Brasil. Autor correspondente. E-mail: deborathaise\_@hotmail.com.

<sup>2</sup>Enfermeiro. Universidade Federal de Campina Grande/UFCG, campus Cuité. Residente de Enfermagem em Cancerologia no Hospital Universitário Oswaldo Cruz/HUOC-UPE. Recife – Pernambuco, Brasil.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba/UFPB. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande/UFCG, campus Cuité. João Pessoa – Paraíba, Brasil.

<sup>4</sup>Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande/UFCG, campus Cuité. Cuité – Paraíba, Brasil.

<sup>5</sup>Psicólogo. Doutor. Docente no programa de pós-graduação em psicologia organizacional e comportamento do consumidor na Universidade Potiguar (UNP)/Laureate International Universities. João Pessoa - Paraíba, Brasil.

<sup>6</sup>Enfermeira. Doutora. Docente do Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa – Paraíba, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A incidência das neoplasias vem aumentando nas últimas décadas e a doença se caracteriza como um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, constituindo-se a segunda maior causa de morte brasileira, com 190 mil óbitos por ano<sup>1</sup>.

No Brasil, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA)<sup>1</sup>, a estimativa para o ano de 2016 e 2017 aponta a ocorrência de aproximadamente 600 mil casos novos de câncer, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. O câncer de pele do tipo não melanoma (182 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (69 mil), mama feminina (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil).

As feridas neoplásicas são formadas pela infiltração das células malignas do tumor nas estruturas da pele, que levam, conseqüentemente, à quebra da sua integridade, com posterior formação de uma ferida evolutivamente exofítica. Sua prevalência, independente da localização anatômica, não é bem documentada, mas estima-se a partir de estudos internacionais, que 5 a 10% das pessoas com câncer as desenvolvem<sup>2-3</sup>.

Estas lesões constituem mais um agravo na vida da pessoa com doença oncológica, porque, progressivamente, desfiguram o corpo e se tornam friáveis, dolorosas, exsudativas e liberam odor fétido. A deformidade corporal por ela causada, pode provocar no paciente distúrbio da autoimagem e desgaste psicológico, sensação de desamparo, humilhação e isolamento social<sup>3</sup>.

Diante disto, faz-se necessário, que o enfermeiro tenha conhecimento sobre a avaliação da etiologia oncológica, das características da ferida, do estado físico e emocional do paciente e do estadiamento da ferida; assim como da realidade econômica do paciente, de seus familiares e da instituição em que está hospitalizado, para assim oferecer um cuidado holístico e integral, que transcende além das necessidades básicas<sup>4</sup>.

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

Na intenção de aprofundar o conhecimento acerca da temática, emergiu a seguinte questão: qual o perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com feridas neoplásicas atendidos em um hospital referência de Campina Grande-PB? Este questionamento representou o ponto de partida para o desenvolvimento da pesquisa por considerar que há necessidade de conhecer a clientela na qual prestam-se diversas formas de cuidados e, assim direcionar o seu atendimento. Ressalta-se que explorar este tema com pesquisas originais é necessário e oportuno, devido ao aumento relevante das taxas dos tipos de câncer que evoluem com lesões cutâneas.

Desse modo, o objetivo geral deste estudo é traçar o perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com feridas neoplásicas atendidos em um hospital referência de Campina Grande-PB.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo documental, retrospectivo e descritivo, com abordagem quantitativa, no qual foram utilizados dados secundários extraídos de prontuários de pacientes com câncer do Serviço de Arquivo Médico e Estatística de um hospital filantrópico do município de Campina Grande na Paraíba.

A coleta de dados foi realizada durante o período de agosto de 2015 a abril de 2016, na qual foram analisados 8.360 prontuários de pacientes com câncer. Após a leitura destes, foram identificados 852 prontuários que atendiam aos critérios de inclusão, constituindo-se, assim, a amostra final do estudo, sendo esta do tipo intencional.

Os critérios de inclusão adotados para a amostra foram: prontuários de pacientes com idade igual ou maior que 18 anos, que possuíssem o diagnóstico de câncer de pele, mama e boca, independente da fase da doença, com presença de ferida neoplásica exofítica, no espaço temporal de 2009 a 2015. Este intervalo é justificado devido à primeira publicação do Manual para Cuidados de Pacientes com Feridas Tumorais ter datado de 2007. Nessa perspectiva, levou-se em consideração pelo menos um intervalo mínimo de dois anos para que o manual apresentasse um alcance à rede de serviço público do país. Como critério de exclusão, adotaram-se prontuários que apresentaram preenchimento dos dados com letras ilegíveis ou em branco.

Para coleta de dados, utilizou-se um roteiro estruturado adaptado do Manual do Instituto Nacional do Câncer<sup>2</sup> que aborda recomendações acerca do controle de sinais e sintomas de feridas tumorais. Ao finalizar a coleta, os dados foram transferidos para o *Microsoft Word*, dispostos em tabelas, e em seguida, foi realizada a análise descritiva das variáveis do estudo.

Apesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro sob CAAE nº 42918715.1.0000.5182 e 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 em vigor no país. Também foram respeitadas as observações éticas presentes no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – Resolução nº 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), capítulo III, que trata das responsabilidades, deveres e proibições referentes ao ensino, pesquisa e produção técnico-científica.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os anos de 2009 e 2015, 8.360 pessoas foram atendidas em um hospital referência da Paraíba, *locus*

da pesquisa, para diagnóstico e tratamento de câncer. A amostra final (n) foi composta por 852 prontuários de pessoas que progrediram com feridas neoplásicas exofíticas, em que se observou uma incidência de 188 (22,1%) pessoas no ano de 2015.

O Nordeste foi uma das regiões em que mais registrou crescimento nas taxas de incidência de câncer, quando comparado ao primeiro semestre do ano de 2015 no mesmo período dos últimos cinco anos. Nesta região, o principal aumento estava relacionado à faixa prioritária de risco para câncer de mama, ampliando em cinco vezes o número de

**Tabela 1.** Distribuição de prontuários de pessoas com feridas neoplásicas segundo as características sociodemográficas dos pacientes. Campina Grande, PB, Brasil, 2016.

Variável	n	%
<b>Ano</b>		
2009	92	10,8
2010	89	10,4
2011	119	14,0
2012	96	11,3
2013	123	14,4
2014	145	17,0
2015	188	22,1
<b>Sexo</b>		
Masculino	405	47
Feminino	447	53
<b>Idade</b>		
18 – 19	2	0,2
20 – 59	354	41,6
≥ 60	496	58,2
<b>Raça</b>		
Caucasiana	280	32,9
Amarela	54	6,3
Parda	292	34,3
Negra	39	4,6
Não especificado	187	21,9
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	90	10,6
Casado	244	28,6
Viúvo	96	11,3
Separado	18	2,1
Divorciado	23	2,7
Não especificado	381	44,7
<b>Número de filhos</b>		
Nenhum	39	4,6
01 a 03	194	22,8
04 a 05	70	8,2
Mais de 05	100	11,7
Não especificado	449	52,7

**Tabela 1.** continuação

Variável	n	%
<b>Escolaridade</b>		
Sem escolaridade	243	28,5
Ensino fundamental incompleto	153	17,9
Ensino fundamental completo	57	6,7
Ensino médio incompleto	33	3,9
Ensino médio completo	4	0,5
Ensino superior incompleto	1	0,1
Ensino superior completo	10	1,2
Não especificado	351	41,2
<b>Profissão</b>		
Agricultor	204	23,9
Outros <sup>1</sup>	173	20,3
Não especificado	475	55,8
<b>Ocupação</b>		
Desempregado	1	0,1
Empregado	46	5,4
Aposentado	309	36,3
Autônomo	14	1,6
Não especificado	482	56,6
TOTAL	852	100,0

<sup>1</sup>Utilizou-se a parcimônia científica na variável profissão, uma vez que houve uma estratificação de múltiplas categorias profissionais, dentre eles: Ambulante; Agente de engenharia; Auxiliar de contabilidade; Costureiro; Do lar; Eletricista; Faxineiro; Ferroviário; Funcionário Público; Industriário; Jardineiro; Mecânico; Motorista; Operador de máquina; Porteiro; Professora; Servente; Soldador; Tecelão; Técnico em Eletrônica; Vigilante; Zootecnia; Auxiliar de escritório; Caixa; Comerciante; Costureira; Manicure; Merendeira; Recepcionista; Técnica de Enfermagem; Agente de Endemias; Auxiliar Financeiro; Auxiliar de Odontologia; Auxiliar de Serviços; Balconista; Cabelereira; Carpinteiro; Diretora de Escola; Eletricista; Encanador; Gari; Mestre de Obras; Militar; Pedreiro; Pescador; Sacoleira; Segurança; Soldador; Técnico de Enfermagem; Técnico em Impressora; Vendedora; Vigilante.

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

mamografias realizadas, passando de 124 mil para 629.517. No geral, o número de exames saltou de 261.341 para 401.421<sup>5</sup>.

Vale salientar que o aumento da incidência do câncer no ano de 2015, provavelmente, pode estar relacionado ao melhor acesso dos usuários às rotinas de detecção e diagnóstico precoce e programas de prevenção de cânceres oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, assim como o início imediato do tratamento da doença, garantidos pela Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013<sup>6</sup>.

Geralmente, as feridas neoplásicas aparecem em pacientes que estão passando pelo processo de terminalidade do câncer e/ou durante o desenvolvimento de tumores de alto grau de malignidade. Presume-se que as feridas neoplásicas malignas sejam mais comuns em países em desenvolvimento do que nos desenvolvidos, todavia, os dados da literatura são muito limitados para confirmar isso. Postula-se que nos países mais carentes, a limitação da educação e da conscientização pública juntamente com a escassez de programas de rastreio sejam os motivos que levam o paciente a apresentar formas avançadas dessas lesões<sup>7</sup>.

Contudo, mesmo apresentando formas avançadas da doença, a sobrevida de pacientes com feridas neoplásicas malignas têm aumentado nas últimas quatro décadas. Estudo retrospectivo realizado em uma unidade de cuidados paliativos com 418 pacientes com câncer avançado apresentando problemas cutâneos (lesões por pressão, neoplásicas malignas e outras), utilizou-se análise multivariada e controle de co-ocorrência de ferida, idade, sexo, índice de comorbidade de *Charlson* e Escala de *Performance*, revelando os seguintes resultados: houve aumento do risco de morte estatisticamente significativa para mulheres que apresentavam lesão por pressão; associação da presença de lesões diversas com redução de sobrevida; não houve associação da presença de feridas neoplásicas malignas com diminuição da sobrevivência dos pacientes. Quando casos de diminuição de sobrevida são destacados, estes podem estar relacionados com o avanço ou recidiva da doença; procura tardia pelo médico para detecção da patologia e consequentemente descoberta de estágio terminal, bem como uso concomitante de várias terapêuticas durante anos<sup>8</sup>.

Neste estudo, no período de 2009 a 2015, de 8.360 pacientes com câncer, 852 progrediram para ferida neoplásica, ou seja, um percentual de quase 10%, sendo o maior sítio de incidência a pele. Deste modo, observa-se que o câncer vem tomando proporções alarmantes, sobretudo com o aparecimento de lesões, que são consideradas complicações desta enfermidade.

Quanto ao sexo, dos 852 participantes, 447 (53%) era do sexo feminino. Esse fato pode ser explicado devido à quantidade de mulheres no Brasil ser maior que 105 milhões e de homens maior que 102 milhões, conforme estatísticas de 2017<sup>1</sup>. Até os 60 anos de idade, há um equilíbrio quantitativo entre homens e mulheres, acentuando-se a partir desta faixa etária o predomínio feminino. Esse fato pode ser explicado devido à mulher ser menos atingida por doenças cardiovasculares, causa mais frequente de morte após os 40 anos, por procurar serviços de saúde antecipadamente com o objetivo de prevenir doenças. O número de mulheres na população paraibana é de mais de três milhões e de homens, mais de um milhão, ou seja, há predomínio da população feminina. Já no que se refere ao câncer, a estimativa 2016/2017 para a Paraíba, é que ocorram 4.140 casos novos de neoplasias em mulheres e 4.110 em homens<sup>1-9</sup>.

Estudo<sup>10</sup> tipo coorte, realizado nas unidades de oncologia de um hospital da Dinamarca verificou que dos 75 pacientes com câncer avançado apresentando feridas malignas, 67 (88%) eram do sexo feminino, com idade entre 64 a 90 anos e com diagnóstico de câncer de mama. Já um estudo nacional<sup>11</sup> de caráter transversal e retrospectivo, realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, verificou que, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2011, 62 (100%) mulheres que apresentaram câncer de mama, progrediram para lesões vegetantes malignas. Todos esses dados corroboram com os resultados do estudo.

No que concerne à idade, 496 (58,2%) participantes tinham idade igual ou maior que 60, anos. Estudos internacionais<sup>10</sup> citados anteriormente verificaram que os pacientes com câncer que apresentavam feridas neoplásicas estavam em estágio avançado da doença e apresentavam idades entre 60 e 90 anos de idade. Já estudos nacionais<sup>12</sup> evidenciaram uma idade média de 60 anos, o que demonstra que as feridas neoplásicas é uma complicação presente e crescente nas faixas etárias avançadas.

Em relação à raça, 292 (34,3%) dos pacientes eram pardos e 280 (32,9%) eram caucasianos. No Brasil, em 2014, 53,6% da população se dizia parda e 45,5% caucasiana; enquanto que no Nordeste, a maioria (61,9%) das pessoas se autodenominou parda. Estudos genéticos<sup>13</sup> realizados em habitantes de capitais nordestinas têm confirmado a origem mestiça dessa população, formada pela miscigenação de europeus, africanos e índios.

A predominância da raça parda do estudo (34,3%) diverge de um estudo<sup>11</sup> que encontrou maior proporção de casos de feridas em pessoas brancas (80,6%), porém, a porcentagem da raça caucasiana desta pesquisa (32,9%) confirma a proporcionalidade da raça/cor para a população geral do Nordeste. Vale destacar que a variável raça/cor deste estudo não é autodeclarada.

Quanto à variável estado civil, 381 (44,7%) prontuários não especificavam este registro, contudo, 244 (28,6%) informavam que as pessoas eram casadas. Esse dado é de grande relevância, uma vez que o companheiro tem papel importante no diagnóstico e tratamento da doença.

No quesito número de filhos, 449 (52,7%) prontuários não possuíam essa informação registrada, entretanto, 194 prontuários (22,8%) apresentavam registros de que a pessoa tinha entre 01 e 03 filhos. Diante disto, faz-se necessário enfatizar a necessidade dos profissionais que trabalham em instituições de saúde registrarem adequadamente as informações sociodemográficas dos pacientes, uma vez que estes dados são importantes e contribuem para a qualidade da assistência, pesquisa e auditoria.

A contribuição dos filhos para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar das pessoas com câncer está relacionada a vários aspectos, dentre eles destacam-se: os cuidados com a higiene, alimentação específica, medicação, curativos, bem como manifestações de afeto e solidariedade. Enfim, o suporte dos filhos no cuidado à pessoa com feridas neoplásicas contribui significativamente para o desenvolvimento do bem estar físico, emocional e social daquele que padece da doença e da lesão<sup>14</sup>.

É crucial ressaltar que, de acordo com o IBGE<sup>15</sup>, o número de filhos por mulher diminuiu nos últimos 15 anos no Brasil, passando de 2,39 filhos/mulher no ano 2000 para 1,72, entre 2000 e 2015. Associado à queda na taxa de fecundidade, aumentou o percentual de mulheres sem filhos no país, fato que pode explicar os achados do estudo em questão.

Conforme o item escolaridade, 351 (41,2%) prontuários não possuíam essa informação, porém, em 243 (28,5%) havia a informação de que não eram escolarizados, seguido de 153 (17,9%) com ensino fundamental incompleto.

Pesquisa<sup>12</sup> realizada com pacientes acometidos por feridas neoplásicas do Hospital do Câncer de Pernambuco revelou que a maioria (47,1%) possuía o ensino fundamental incompleto, seguido da variável analfabeto (39,2%). Possivelmente, o menor grau de instrução influencia diretamente na progressão da doença e da lesão, uma vez que a pessoa pode possuir uma percepção reduzida do processo de saúde-doença e conseqüentemente, demorar a procurar atendimento médico para fins de diagnóstico e tratamento da doença, dificultando o acesso a terapêuticas mais avançadas, que poderiam elevar as chances de cura. Nesse sentido, vale ressaltar que a ferida tumoral surge em processos avançados de carcinogênese, tendo, assim, forte associação com o conhecimento deficiente do paciente.

Em relação à profissão, 482 (56,6%) prontuários não especificavam a profissão dos pacientes e 204 (23,9%) informavam que eram agricultores. Estudo<sup>16</sup> realizado com trabalhadores rurais apontou que as atividades agrícolas expõem os trabalhadores à condições que favorecem o desenvolvimento de câncer de pele, ou seja, exposição à radiação solar ultravioleta e aplicação de pesticidas. Desta forma, corrobora com os achados desse estudo, em que o câncer de maior prevalência foi o de pele.

Ademais, no que concerne à ocupação, 482 (56,6%) prontuários não continham essa informação, porém, 309 (36,3%) apresentavam o registro de aposentadoria. Essa circunstância pode ser explicada pelo fato da maior parte da amostra ser composta por pessoas idosas.

A Tabela 2 dispõe sobre os dados clínicos da doença dos pacientes com feridas neoplásicas. Ao analisá-la, constatou-se que a neoplasia mais incidente foi a de pele, registrada em 431 (50,6%) prontuários, seguido de câncer de boca, presente em 271 (31,8%) participantes e o de mama em 150 (17,6%) pessoas.

O câncer de pele é uma doença heterogênea que possui diversas linhagens de neoplasias cutâneas, sendo estas classificadas em: não melanoma, formada pelo carcinoma basocelular (responsável por 70% dos diagnósticos) e carcinoma epidermóide ou espinocelular (representando 25% dos casos); e o melanoma (abarcando todos os tumores que tem origem nos melanócitos). O câncer de pele não melanoma possui maior ocorrência, porém é o menos agressivo; já o melanoma apresenta menor incidência (representa apenas 4% das neoplasias malignas do órgão), contudo, possui alta possibilidade de metástases<sup>1</sup>.

Vale salientar que o número de casos novos de câncer de pele não melanoma estimado para o Brasil em 2016/2017 é de 175.760, sendo 80.850 em homens e 94.910 em mulheres. O câncer de pele não melanoma na região Nordeste é o segundo mais incidente tanto em homens quanto em mulheres. Quanto ao melanoma, o

**Tabela 2.** Distribuição de prontuários de pessoas com feridas neoplásicas segundo as características clínicas da doença. Campina Grande, PB, Brasil, 2016.

Variável	n	%
<b>Tipos de câncer</b>		
Câncer de pele	431	50,6
Câncer de boca	271	31,8
Câncer de mama	150	17,6
<b>Tempo de diagnóstico</b>		
Menos de 06 meses	577	67,7
06 a 12 meses	134	15,7
Mais de 12 meses	141	16,6
<b>Extensão da doença</b>		
Tumor local	643	75,5
Disseminação regional	177	20,8
Disseminação distante	32	3,7
<b>Doenças associadas</b>		
Uma <sup>2</sup>	61	7,2
Múltiplas <sup>3</sup>	36	4,2
Não especificado	755	88,6
<b>Fatores de risco</b>		
Hábito tabagista	86	10,1
Hábito alcoolista	53	6,2
Exposição à radiação ultravioleta	115	13,5
Histórico de câncer na família	229	26,9
Não especificado	369	43,3
<b>Sinais e Sintomas</b>		
Um <sup>4</sup>	54	6,3
Múltiplos <sup>5</sup>	115	13,5
Não especificado	683	80,2
<b>Reincidência</b>		
Sim	86	10,1
Não	31	3,6
Não especificado	735	86,3
<b>Desfecho Clínico</b>		
Alta	18	2,1
Óbito	1	0,1
Não especificado	833	97,8
TOTAL	852	100,0

<sup>2</sup> Hipertensão Arterial (HA); Diabetes Mellitus (DM); Gastrite crônica; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica(DPOC); Derrame pleural; Herpes labial; Acidente Vascular Cerebral (AVC); Síndrome de Frey; Gastrite.

<sup>3</sup> HAS + DM; DM + Insuficiência Renal Crônica; HAS + Asma + Parkinson; HAS + AVC; Esquizofrenia + Déficit visual e auditivo; Gastrite crônica + Talassemia; Erisipela + Hérnia de disco; Osteopenia + Esteatose hepática + Ateroma na aorta + Hiperinsuflação pulmonar; HAS + DPOC; HAS + Insuficiência Renal Crônica; HAS + Insuficiência Cardíaca Congestiva; HAS + Cardiomegalia + Hanseníase; Alzheimer + Artrite + Osteoporose.

<sup>4</sup> Dor; Ardência; Astenia; Prurido; Bursite; Cefaleia; Dermatite; Disfonia; Linfedema; Nictúria; Odinofagia.

<sup>5</sup> Disfagia + Odinofagia + Otalgia + Dislalia; Cefaleia + Epistaxe; Vômito + Sialorreia + Sonolência + Diarreia; Vômito + Náuseas + Perda de peso; Xerostomia + Mal-estar; Mucosite + Vertigem; Alopecia + febre; Cefaleia + Tosse + Parestesia; Astenia + Disfagia + Dispneia; Descamação + Constipação; Edema + Hiperemia; Astenia + Perda de peso; Diarreia + Vômito; Estenose no meato + Disúria + Balanite; Queimação + Dormência; Tremores + Parestesia.

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

número estimado é de 5.670, sendo 3.000 casos novos em homens e 2.670 em mulheres<sup>1</sup>.

No que se refere ao tempo do diagnóstico, 577 (67,7%) prontuários informavam que o diagnóstico de câncer de pele, mama e boca foi obtido em menos de seis meses até o início do tratamento. Esse dado provavelmente se deve à procura rápida de ajuda médica pelos pacientes, uma vez que a Lei nº 12.732/2012 garante ao paciente com doença oncológica, o direito ao início do tratamento em um período igual ou inferior a 60 dias após confirmado o diagnóstico<sup>17</sup>.

Em relação à extensão da doença, o tumor local se sobressaiu, estando presente em 643 (75,5%) pacientes. Possivelmente, essa dimensão do tumor esteja relacionada com o início precoce do tratamento do câncer, bem como pelo câncer de pele basocelular, tipo histológico menos agressivo da doença, ter prevalecido nos pacientes<sup>1</sup>.

Quanto às doenças associadas, 755 (88,6%) dos prontuários não possuíam essa informação, contudo, 61 (7,2%) apresentaram apenas uma doença associada ao diagnóstico do câncer, e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) se sobressaiu em 47 dos 61 pacientes. É imperioso destacar que a presença de comorbidades pode ser explicada pelo fato do câncer ser uma doença que compromete e debilita o paciente das mais variadas formas. Autores<sup>18</sup> afirmam que a HAS é a comorbidade mais frequentemente registrada em pacientes com câncer e sua incidência aumenta com o tratamento quimioterápico, principalmente com a utilização de inibidores de angiogênese.

No que diz respeito aos fatores de risco, 369 (43,3%) prontuários não especificavam esse dado, porém, identificou-se que 229 (26,9%) possuíam histórico de câncer na família, 115 (13,5%) expunham-se frequentemente à radiação ultravioleta, 86 (10,1%) tinham hábito tabagista e 53 (6,2%) eram alcoolistas. A história familiar constitui um importante fator de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, uma vez que existem fatores genéticos que, ao serem herdados, tornam as pessoas mais sensíveis à ação de agentes ambientais causadores do câncer<sup>1</sup>.

Em relação ao câncer de pele, a exposição solar é o principal fator de risco. Vale salientar que as pessoas de pele, cabelo e olhos claros, que se expõem de forma excessiva à radiação solar se incluem no grupo de maior risco de desenvolver a neoplasia<sup>1</sup>.

Ademais, o risco de desenvolver câncer de cavidade oral atribuído ao tabagismo e etilismo é de aproximadamente 65%. Quando esses dois fatores são utilizados em associação de modo contínuo podem levar à hiperproliferação de células anormais de forma acelerada, levando à carcinogênese<sup>1</sup>.

No tocante aos sinais e sintomas, 683 (80,2%) prontuários não apresentaram esta informação. No entanto, em 115 (13,5%) apresentavam múltiplos sintomas em decorrência do câncer. Ressalta-se que dentre os sinais e sintomas mais prevalentes, neste estudo, destacaram-se:

dor, náuseas, vômitos, diarreia, disfagia, odinofagia e perda ponderal com maior significância.

Habitualmente, os sinais e sintomas do câncer estão relacionados à localização e ao tipo de tumor. A dor é um sintoma comum em pessoas com neoplasia maligna, sendo considerada uma das piores experiências individuais, que inclui aspectos físicos e psicossociais e que afetam a qualidade de vida do paciente. A dor pode ser resultado de múltiplas causas, dentre elas destacam-se: pressão e/ou invasão das estruturas e terminações nervosas decorrente do crescimento acelerado do tumor; quimioterapia, radioterapia ou síndromes pós-cirúrgicas; edema resultante da permeabilidade capilar aumentada; infecções; limpeza das lesões e remoção de coberturas<sup>3-11</sup>.

Além da dor, as náuseas e vômitos relacionados à quimioterapia são sintomas considerados desagradáveis pelos pacientes e são determinantes na queda da qualidade de vida relacionada ao tratamento. Estudo<sup>19</sup> realizado com 79 mulheres com câncer de mama verificou que 93% apresentaram náuseas e 87% vômitos, pelo menos uma vez durante o tratamento. No entanto, ressaltar-se que os autores identificaram outros sintomas como dor, diarreia e perda de apetite, que conseqüentemente, levam à perda ponderal, corroborando os dados da presente pesquisa.

No que concerne à reincidência do câncer, 735 (86,3%) prontuários não especificavam esse dado e em 86 (10,1%) essa informação estava presente. Autores<sup>20</sup> afirmam que o tamanho do tumor está diretamente ligado ao risco de recidiva, sendo fator preditor. Outrossim, quanto ao desfecho clínico, 833 (97,8%) prontuários não possuíam esse dado, no entanto 18 (2,1%) apresentaram registro de alta hospitalar.

A Tabela 3 destaca o perfil clínico das feridas neoplásicas com ênfase no aspecto da lesão, tipo de tecido e sinais e sintomas presentes. Ao analisá-la, percebe-se que em relação ao aspecto clínico da lesão, 365 (42,9%) prontuários não continham essa informação, contudo, a ulceração infiltrante estava registrada em 175 (20,5%) prontuários.

Do ponto de vista clínico, as lesões neoplásicas podem ser classificadas em nodulares, ulceradas e vegetantes. As nodulares se caracterizam por serem recobertas de mucosa normal e podem ser benignas ou malignas; as ulceradas são divididas em superficial, quando situam-se paralelamente ao epitélio e infiltrante, quando invadem os tecidos subjacentes e as vegetantes caracterizam-se pela exteriorização e são denominadas exofítica<sup>2-12</sup>.

A predominância da ulceração infiltrante diverge de um estudo documental<sup>21</sup>, realizado em um hospital de João Pessoa na Paraíba que atende pacientes com câncer avançado apresentando feridas malignas, onde, dos 128 participantes, 48 (37,2%) apresentaram ulceração superficial.

Quanto ao tipo de tecido, observou-se que 845 (99,2%) prontuários não possuíam este registro, seguido de 04

**Tabela 3.** Distribuição de prontuários de pessoas com feridas neoplásicas segundo as características clínicas da lesão. Campina Grande, PB, Brasil, 2016.

Variável	n	%
<b>Aspecto da lesão</b>		
Nódulo superficial	36	4,2
Nódulo profundo	19	2,2
Nódulo ulcerado	21	2,5
Ulceração superficial	98	11,5
Ulceração infiltrante	175	20,5
Ulceração vegetante	65	7,6
Multinodular	73	8,6
Não especificado	365	42,9
<b>Tipo de tecido</b>		
Liquefação	4	0,5
Coagulase	2	0,2
Granulação	1	0,1
Não especificado	845	99,2
<b>Sinais e Sintomas</b>		
<b>Dor</b>		
Sim	169	19,8
Não especificado	683	80,2
<b>Odor</b>		
Sim	24	2,8
Não especificado	828	97,2
<b>Sangramento</b>		
Sim	56	6,6
Não especificado	796	93,4
<b>Exsudato</b>		
Sim	26	3,1
Não especificado	826	96,9
<b>Sinais de Infecção</b>		
Sim	9	1,1
Não especificado	843	98,9
TOTAL	852	100,0

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

(0,5%) prontuários que apresentavam a informação de tecido de liquefação. A detecção e descrição do tipo de tecido presente no leito da ferida é indispensável durante a avaliação da mesma, por isso devem ser registradas, para que desse modo, oriente o profissional da saúde escolher o melhor método terapêutico<sup>2</sup>. Estudo<sup>12</sup> realizado com pacientes com feridas neoplásicas evidenciou que dos 51 participantes da pesquisa, 34 (66,7%) possuíam tecido de liquefação, entrando em consonância com os achados desta análise.

Em relação aos sinais e sintomas presentes nas lesões, observou-se que houve subnotificação da dor, odor, sangramento, exsudato e sinais de infecção, uma vez que

a maioria dos prontuários não possuía informações sobre estes dados.

Quanto à dor, observou-se que 683 (80,2%) prontuários não apresentavam registros de dor e somente 169 (19,8%) prontuários continham essa informação, contudo, não havia detalhamento da intensidade e características do episódio algico. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS),<sup>22</sup> a dor pode ser avaliada em vários aspectos. No que tange à intensidade, pode ser classificada em leve, moderada e intensa. Para atribuir valores a estes aspectos qualitativos, a OMS lançou mão de várias escalas, a fim de mensurar e atribuir um valor a dor verbalizada pelo paciente. Uma das escalas mais utilizadas é a numérica, em que a pontuação de 0 a 3 é considerada “dor leve”, 4 a 7, “dor moderada” e 8 a 10, “dor intensa”.

Estudo<sup>11</sup> realizado com 62 pacientes com câncer de mama avançado em um Hospital de São Paulo revelou que, dentre os sinais e sintomas mais frequentes, a dor se sobressaiu de forma significativa na amostra, em 12 (32,2%) participantes, corroborando com a pesquisa.

Em relação ao odor, dos 852 prontuários analisados, 828 (97,2%) não possuíam esta informação, apenas 24 (2,8%) apresentavam esse registro, contudo não havia a classificação deste sintoma. O odor é um sintoma constante no dia a dia do paciente com ferida maligna em estágio avançado da doença, tornando-se uma preocupação frequente e angustiante não só para o paciente, mas também para seus familiares e cuidadores, uma vez que pode provocar isolamento social, depressão, vergonha, constrangimento e falta de apetite, o que gera impacto negativo em sua qualidade de vida<sup>3</sup>.

Em relação ao sangramento, observou-se que 796 (93,4%) prontuários não apresentavam esse registro e somente 56 (6,6%) continham essa informação, contudo, não havia a classificação desse sinal.

É importante enfatizar que o sangramento pode ocorrer durante a realização do curativo ou espontaneamente, e que além das causas supracitadas pode ser ocasionado devido a distúrbios de coagulação relacionados à doença ou ao tratamento. Além disso, a proliferação de células cancerígenas pode causar erosão de vasos sanguíneos adjacentes, ocasionando sangramento, que pode levar o paciente a óbito<sup>11</sup>.

No tocante ao exsudato, 826 (96,9%) prontuários não continham este dado. Observou-se que apenas 26 (3,1%) prontuários apresentaram esse registro, contudo, não havia informações acerca da quantidade desse sinal. A presença de exsudato no leito da lesão é comum durante o processo inflamatório, porém, níveis excessivos podem ter efeitos prejudiciais. Nas feridas oncológicas, o exsudato resulta de processos inflamatórios e infecciosos decorrentes da liquefação do tecido necrótico, e consequente ativação das proteases pelas bactérias que colonizam a lesão, bem como pelo fato do tumor ser hiperpermeável ao fibrinogênio e plasma<sup>3-11</sup>.

Ademais, em relação à infecção, 843 (98,9%) prontuários não especificavam este registro, sendo identificado apenas em 09 (1,1%) prontuários, contudo não houve registros de informações específicas sobre esse sinal. Os episódios infecciosos, geralmente, estão relacionados à redução da resposta imunológica, da proliferação de microrganismos anaeróbios e tecido desvitalizado na ferida neoplásica, que podem ser verificados pela presença de sinais sistêmicos e locais, como: febre, aumento do odor, da dor, da exsudação, da mudança de coloração do leito da ferida dentre outros<sup>5-11-12</sup>.

A Tabela 4 exibe as modalidades terapêuticas utilizadas pelos pacientes com feridas neoplásicas, segundo as variáveis: procedimento cirúrgico, radioterapia, quimioterapia, tratamento medicamentoso para a dor e produtos utilizados na ferida. Ao analisá-la, percebe-se que em relação ao procedimento cirúrgico, 432 (50,7%) pacientes realizaram biópsia.

**Tabela 4.** Distribuição de prontuários de pessoas com feridas neoplásicas segundo as modalidades terapêuticas utilizadas durante a assistência. Campina Grande, PB, Brasil, 2016.

Variável	N	%
<b>Procedimento Cirúrgico</b>		
Biópsia	432	50,7
Retirada parcial do órgão	100	11,7
Retirada total do órgão	75	8,8
Reconstrução	112	13,2
Não especificado	133	15,6
<b>Radioterapia</b>		
Sim	360	42,2
Não	189	22,2
Não especificado	303	35,6
<b>Quimioterapia</b>		
Sim	257	30,2
Não especificado	595	69,8
<b>Tratamento Medicamentoso para a Dor</b>		
Analgésicos não opioides/Anti-inflamatórios	26	3,0
Opioides fracos	4	0,5
Opioides fortes	17	2,0
Não especificado	805	94,5
<b>Produtos Utilizados na Ferida</b>		
Lidocaína gel	1	0,1
Dexametasona	1	0,1
Sulfadiazina de prata	2	0,2
Óleo de girassol	2	0,2
Sulfato de neomicina	1	0,1
Não especificado	845	99,3
TOTAL	852	100,0

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

A biópsia cirúrgica é realizada em casos de lesões tumorais e doenças que atingem a área mais profunda da pele, na qual, o fragmento de tecido retirado é enviado para estudo histopatológico com objetivo de se obter informações precisas sobre a natureza das lesões ou o grau de comprometimento de um tecido<sup>23</sup>.

No tocante à radioterapia, dos 852 prontuários analisados, observou-se que 360 (42,2%) apresentavam a informação deste tipo de tratamento e destes, 155 (43,1%) tinham realizado mais de 30 sessões. A radioterapia se constitui em uma modalidade terapêutica na qual é aplicada uma dose pré-calculada de radiação, por um determinado tempo, a um volume de tecido que engloba o tumor, buscando erradicar todas as células tumorais com o menor dano possível às células normais circunvizinhas. Com este método de tratamento, pretende-se a erradicação do tumor, melhorar a autoestima e sobrevida do paciente<sup>24</sup>.

No quesito quimioterapia, 595 (69,8%) prontuários não especificavam esta modalidade terapêutica, entretanto, em 257 (30,2%) havia registros de uso de quimioterápicos. A quimioterapia consiste na utilização de medicamentos administrados continuamente ou com intervalos que variam de acordo com esquemas terapêuticos; atua de forma sistêmica, em que os medicamentos agem indiscriminadamente nas células do paciente, estejam elas normais ou cancerosas, e pode ser utilizada isoladamente ou em combinação com outras modalidades de tratamento<sup>25</sup>.

A radioterapia e quimioterapia são modalidades terapêuticas que melhoram o controle da dor, do exsudato e do sangramento da ferida neoplásica, bem como reduzem o tumor e, geralmente, são utilizadas como tratamento paliativo<sup>12</sup>. Vale salientar que as drogas quimioterápicas podem trazer inúmeros efeitos colaterais, dentre eles: náuseas, vômitos, diarreia, anorexia, estomatite, desconforto ou dor abdominal<sup>19</sup>.

Em relação ao tratamento medicamentoso para a dor, 805 (94,5%) prontuários não especificavam os medicamentos utilizados pelos pacientes para o alívio da mesma; apenas 47 traziam esta informação e destes, 26 (3,0%) informavam o uso de analgésicos não opioides/anti-inflamatórios; 17 (2,0%) mencionavam o uso de opioides fortes e quatro (0,5%) referiam o uso de opioides fracos.

A OMS<sup>22</sup> criou um método específico de classificação da dor e de medicamentos que devem ser utilizados de acordo com sua intensidade, com a finalidade de orientar os profissionais de saúde na condução correta do alívio deste sintoma. A Escada Analgésica da OMS padroniza o tratamento analgésico da dor baseado em uma escada de quatro degraus conforme a intensidade de dor que o paciente apresenta e verbaliza.

É imperioso destacar que ao analisar os dados da pesquisa, ficou explícito que a dor sentida pelos pacientes não é tratada conforme sua intensidade, uma vez que em nenhum prontuário havia o registro da intensidade da dor e os medicamentos correspondentes. Infere-se, dessa



forma, que a dor não é avaliada corretamente e a condução terapêutica é subvalorizada pelos profissionais de saúde.

No que diz respeito aos produtos utilizados nas feridas, em 845 (99,3%) prontuários, esta informação não estava especificada. Apenas 07 prontuários possuíam registros sobre os produtos utilizados nas lesões. Ao considerar esses dados, percebeu-se que 02 (0,2%) participantes faziam uso de sulfadiazina de prata e 02 (0,2%) de óleo de girassol.

A sulfadiazina de prata é recomendada nos casos de persistência do prurido, ao se observar áreas de hiperemia ao redor da ferida, associada à pápulas esbranquiçadas, bem como nos casos de odor grau I, em que a substância posta em gaze umedecida com soro fisiológico a 0,9%, e em seguida deve-se ocluir com outra gaze embebida em vaselina líquida<sup>2</sup>.

O óleo de girassol, é um produto originado de óleos vegetais poli-insaturados, composto fundamentalmente de ácidos graxos essenciais (AGEs) que não são produzidos pelo organismo, tais como: ácido linoleico, ácido caprílico, ácido cáprico, vitamina A, E e lecitina de soja. Os AGEs são necessários para manter a integridade da pele e a barreira de água, cujo objetivo é promover quimiotaxia e angiogênese, manter o meio úmido e acelerar o processo de granulação tecidual, sendo indicado na prevenção e tratamento de dermatites, lesões por pressão, venosa e neurotrófica, bem como no tratamento de úlceras abertas com ou sem infecção<sup>2</sup>.

Ressalta-se que não existem estudos que recomendam ou contraindicam a utilização deste produto nas feridas malignas, porém, é indispensável se questionar sobre o uso de produtos cicatrizantes que induzem a divisão celular para fins de reparação tecidual, uma vez que a recidiva do tumor pode ser consequência de uma única célula alterada.

Estudo<sup>12</sup> realizado com mulheres acometidas por feridas malignas mamárias avançadas, evidenciou que a sulfadiazina de prata e os AGEs foram utilizados, porém em menor quantidade. Outro estudo<sup>11</sup> mencionou a utilização de sulfadiazina de prata (22,5%) seguida de ácido graxo essencial (16,1%) nas lesões de mama de 62 mulheres com câncer de mama avançado e ferida maligna.

É oportuno ressaltar que os cuidados das lesões neoplásicas seguem os mesmos preceitos do curativo ideal. Todavia, as feridas neoplásicas possuem características peculiares que devem ser abarcadas no momento de se iniciar a conduta com o paciente, como o controle de exsudato, odor, sangramento, dor e prurido, levando sempre em consideração curativo confortável, funcional e estético.

## CONCLUSÃO

O estudo evidenciou a necessidade tanto de melhoras de políticas públicas quanto de treinamento de profissionais voltados aos programas de rastreamento de câncer de pele, de boca e de mama com vistas a incentivar a prevenção destas patologias.

No que concerne aos limites deste estudo, podem-se destacar: registros e informações incompletos ou ausentes nos prontuários, principalmente, relacionados à avaliação e tratamento da ferida; espaços físicos e recursos humanos destinados à pesquisa e registros de prontuários ainda se apresentam de forma física, dificultando a coleta em tempo, amostra e velocidade da mesma.

Vale ressaltar que os dados obtidos nos prontuários analisados no tocante às informações acerca das lesões, sinais e sintomas, avaliação e tratamento das mesmas foram obtidas por meio de evoluções médicas. Diante disto, torna-se urgente atentar para a importância dos registros e anotações nos prontuários por todos os profissionais de saúde referente à evolução do paciente, uma vez que estas informações facilitam a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional; fornecem dados para a elaboração de planos de cuidados para o paciente e família; auxilia no acompanhamento da evolução do paciente; constitui um documento legal, de carácter sigiloso e científico; facilita auditoria; bem como contribui para dados epidemiológicos, ensino e pesquisa na área de saúde.

Neste sentido, sugere-se que a Comissão de Pele da instituição *locus* da pesquisa construa e implemente um protocolo para avaliação e 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 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.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Incidência do Câncer no Brasil. Estimativa 2016. Rio de Janeiro: INCA; 2016.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado. Série cuidados paliativos. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
3. Gethin G, Grocott P, Probst S, Clarke E. Current practice in the management of wound odour: na internacional survey. *Int J Nurs Stud*. [Internet]. 2013 [acesso em 03 Jun 2015];51(6):865-74. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24238490>.
4. 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 [acesso em 20 Ago 2016];16(4):208-14. Disponível em: [http://journals.lww.com/jhpn/fulltext/2014/06000/Management\\_of\\_Fungating\\_Tumors\\_and\\_Pressure\\_Ulcers.5.aspx](http://journals.lww.com/jhpn/fulltext/2014/06000/Management_of_Fungating_Tumors_and_Pressure_Ulcers.5.aspx).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Brasil avança no diagnóstico do câncer de mama. Rio de Janeiro: INCA; 2016.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº874 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
7. Beh SY, Leow LC. Fungating breast cancer and other malignant wounds: epidemiology, assessment and management. *Expert Rev Qual Life Cancer Care* [Internet]. 2016 [acesso em 03 Set 2016]; 1(2):137-44. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/23809000.2016.1162660>.
8. Maida V, Ennis M, Kuziemsky C, Corban J. Wounds and survival in cancer patients. *Eur J Cancer* [Internet]. 2009 [acesso em 13 Set 2016]; 45(18):3237-44. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19481927>.
9. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
10. Lund-Nielsen B, Adamsen L, Kolmos HJ, Rorth M, Tolver A. The effect of honey-coated bandages compared with silver-coated bandages on treatment of malignant wounds - a randomized study. *Wound Rep Reg by the Wound Healing Society* [Internet]. 2011 [acesso em 07 Out 2016]; 19:664-70. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22092836>.
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* [Internet]. 2014 [acesso em 10 Out 2016]; 18(2):270-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140039>.
12. Lisboa IND, Valença MP. Caracterização de Pacientes com Feridas Neoplásicas. *Estima* [Internet]. 2016 [acesso em 07 Nov 2016]; 14(1):21-8. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/116/pdf>.
13. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas de população 2015 [Internet]. Disponível em: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativa\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2015/estimativa\\_2015\\_TCU\\_20160712.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativa_de_Populacao/Estimativas_2015/estimativa_2015_TCU_20160712.pdf).
14. Reyonlds H, Gethin G. The psychological effects of malignant fungating wounds. *Ewna J.* [Internet]. 2015 [acesso em 15 Ago 2016]; 15(2):29-32. Disponível em: [http://ewma.org/fileadmin/user\\_upload/EWMA.org/EWMA\\_journal\\_archive/Articles\\_latest\\_issue/4.The\\_Psychological\\_Effects\\_of\\_Malignant\\_Fungating\\_Wounds.pdf](http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA.org/EWMA_journal_archive/Articles_latest_issue/4.The_Psychological_Effects_of_Malignant_Fungating_Wounds.pdf).
15. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População do Brasil: taxa de fecundidade total no período de 2000 à 2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
16. Cezar-Vaz MR, Bonow CA, Piexak DR, Cezar-Vaz SKJ, Borges AM. Câncer de pele em trabalhadores rurais: conhecimento e intervenção de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [acesso em 13 Ago 2016]; 49(4):564-71. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt\\_0080-6234-reeusp-49-04-0564.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0564.pdf).
17. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de pacientes com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
18. Souza VB, Silva EN, Ribeiro ML, Martins WA. Hipertensão Arterial no Paciente com Câncer. *Arq. Bras Cardiol* [Internet]. 2015 [acesso em 02 Dez 2016]; 104(3):246-52. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2015000300011&script=sci\\_arttext&tlnq=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2015000300011&script=sci_arttext&tlnq=pt).
19. Gozzo TO, Moyses AMB, Silva PR, Almeida AM. Náuseas, vômitos e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2013 [acesso 21 Set 2016]; 34(3):110-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000300014>.
20. Souza CB, Fustinoni SM, Amorim MHC, Zandonade E, Matos CJ, Schirmer J. Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil. *Rev Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [acesso em 26 Ago 2016]; 20(12):3805-16. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015001203805](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001203805)
21. Nogueira WP, Agra G, Formiga NS, Costa MML. Perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com feridas neoplásicas. *Rev enferm UFPE* [Internet]. 2017 [acesso em 04 Set 2017]; 11(8):3039-49. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10639/pdf\\_3719](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10639/pdf_3719).
22. Wiermann EG, Diz MPED, Caponero R, Lages PSM, Araújo CZS, Bettega RTC et al. Consenso brasileiro sobre manejo da dor relacionada ao câncer. *Rev Bras Oncol Clínica* [Internet]. 2015 [acesso em 14 Set 2017]; 10(38):132-43. Disponível em: <http://www.sbc.org.br/sbc-site/revista-sbc/pdfs/38/artigo2.pdf>
23. Brasil. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Biópsia. Rio de Janeiro; 2016.
24. Simões AR, Eiras M, GrilloIM. Desvio de posicionamento em radioterapia para patologias de cabeça e pescoço e próstata: revisão de literatura. *Rev Saúde Tecnologia* [Internet]. 2012 [acesso em 14 Fev 2016]; 8:24-30. Disponível em: <https://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/s%26t8%20art3.pdf>.
25. Cruz FS; Rossato LG. Cuidados com o Paciente Oncológico em Tratamento Quimioterápico: o Conhecimento dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2015 [acesso 25 Ago 2016]; 61(4):335-41. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_61/v04/pdf/04-artigo-cuidados-com-o-paciente-oncologico-em-tratamento-quimioterapico-o-conhecimento-dos-enfermeiros-da-estrategia-saude-da-familia.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_61/v04/pdf/04-artigo-cuidados-com-o-paciente-oncologico-em-tratamento-quimioterapico-o-conhecimento-dos-enfermeiros-da-estrategia-saude-da-familia.pdf).