

Intervenções de enfermagem para pacientes oncológicos com odor fétido em ferida tumoral

RESUMO

Objetivo: identificar intervenções de enfermagem para o diagnóstico de odor fétido em ferida tumoral. **Métodos:** revisão integrativa da literatura realizada por meio das bases de dados MEDLINE, CINAHL, LILACS e Cochrane, que culminou com a seleção de 48 artigos científicos sobre a temática pesquisada. **Resultados:** com base nas evidências empíricas identificadas nos artigos incluídos no estudo, foram elaboradas 24 intervenções de enfermagem para o controle e a redução do odor fétido em feridas tumorais. **Conclusão:** as intervenções de enfermagem apresentadas neste estudo possibilitam a promoção da qualidade de vida ao paciente com ferida tumoral em cuidado paliativo. Como sugestão posterior ao Conselho Internacional de Enfermeiros, devem ser validadas clinicamente para que sua inserção seja feita no subconjunto terminológico cuidados paliativos para uma morte digna, da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).

PALAVRAS-CHAVE

Ferimentos e lesões; cuidados paliativos; enfermagem oncológica; Cuidados de enfermagem; Pacotes de assistência ao paciente (Fonte: DeCS, BIREME).

DOI: 10.5294/aqui.2017.17.3.2

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Freitas de Castro MC, Santos WA, Fuly PSC, Santos MLSC & Ribeiro-Garcia T. Intervenções de enfermagem para pacientes oncológicos com odor fétido em ferida tumoral. *Aquichan*. 2017; 17(3): 243-256. Doi: 10.5294/aqui.2017.17.3.2

- 1 orcid.org/0000-0001-5229-7756. Universidade Federal Fluminense, Brasil. mcfcastro@id.uff.br
- 2 orcid.org/0000-0003-0190-2199. Universidade Federal Fluminense, Brasil. willian_alves@id.uff.br
- 3 orcid.org/0000-0002-0644-6447. Universidade Federal Fluminense, Brasil. patriciafuly@enf.uff.br
- 4 orcid.org/0000-0002-3713-7700. Universidade Federal Fluminense, Brasil. mcaleo@id.uff.br
- 5 orcid.org/0000-0003-3086-0565. Universidade Federal da Paraíba, Brasil. tegarcia@ccs.ufpb.br

Recibido: 19 de marzo de 2015
Enviado a pares: 04 de mayo de 2015
Aceptado por pares: 03 de noviembre de 2016
Aprobado: 21 de noviembre de 2016

Intervenciones de enfermería para pacientes oncológicos con olor fétido en herida tumoral

RESUMEN

Objetivo: identificar intervenciones de enfermería para el diagnóstico de Olor fétido en herida tumoral. **Métodos:** revisión integradora de la literatura a partir de las bases de datos MEDLINE, CINAHL, LILACS e Cochrane, que resultó en la selección de 48 artículos científicos acerca de la temática investigada. **Resultados:** con base en las evidencias empíricas identificadas en los artículos incluidos en el estudio, se elaboraron 24 intervenciones de enfermería para el control y la reducción del olor fétido en heridas tumorales. **Conclusiones:** las intervenciones de enfermería presentadas en el estudio posibilitan la promoción de la calidad de vida al paciente con herida tumoral en cuidado paliativo. Como sugerencia posterior al Consejo Internacional de Enfermeros, se deben validar clínicamente para que su inserción se realice en el subconjunto terminológico cuidados paliativos para una muerte digna, de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE®).

PALABRAS CLAVE

Cuidados de enfermería; cuidados paliativos; enfermería oncológica; heridas y lesiones; paquetes de asistencia al paciente (Fuente: DeCS, Bireme).

Nursing Intervention for Cancer Patients Experiencing Foul Odor from Malignant Wounds

ABSTRACT

Objective: The objective of the study was to identify nursing interventions to diagnose foul odor from malignant wounds. **Methods:** An integrative review of the literature in the MEDLINE, CINAHL, LILACS and Cochrane databases resulted in the selection of 48 scientific articles on the subject. **Results:** Based on the empirical evidence found in the articles included in the study, 24 nursing interventions were developed to control and reduce foul odor from malignant wounds. **Conclusions:** The nursing interventions outlined in the study make it possible to improve the quality of life for patients in palliative care who have malignant wounds. A subsequent suggestion to the International Council of Nurses is that these interventions be clinically validated so they can be inserted into the subset of the International Classification of Nursing Practice (ICNP) concerning palliative care for a dignified death.

KEYWORDS

Nursing care; palliative care; oncological nursing; wounds and injuries; patient care packages (Source: DeCS, BIREME).

Introdução

O câncer, nome dado ao conjunto de mais de uma centena de doenças, é caracterizado pelo crescimento desordenado de células malignas que invadem tecidos e órgãos, o que leva à perda funcional destes. No Brasil, sua incidência é alarmante e é nomeado como segunda causa de morte, o que o mantém como importante problema de saúde pública (1, 2).

Observa-se que o aumento da incidência do câncer tem sido acompanhado pela mortalidade, o que evidencia a importância do diagnóstico precoce e do tratamento adequado e oportuno. Entretanto, nos dias atuais, ainda é evidente o retardamento no diagnóstico e no acesso à rede de serviço terapêutica adequada, o que repercute negativamente no prognóstico da doença (3).

Para aqueles com câncer em estágio avançado, ou seja, cuja doença não responde ao tratamento curativo, o foco da atenção multiprofissional é voltado para o controle de sinais e sintomas. Nessa etapa, o cuidado paliativo é de grande importância, caracterizando-se por um conjunto de ações multiprofissionais que buscam a promoção da qualidade de vida do paciente e de seus familiares por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, atingindo aspectos de natureza física, psicossocial e espiritual (4, 5).

Diversas práticas assistenciais são executadas junto aos pacientes com câncer avançado no âmbito dos cuidados paliativos, dentre as quais se destaca o atendimento àqueles com feridas tumorais (6, 7). Historicamente, a incidência dessa condição não é bem documentada, o que dificulta a obtenção de dados estatísticos oficiais, embora estudos apontem que entre 5% e 10% dos pacientes oncológicos são acometidos por essas afecções em decorrência de tumor primário ou de tumores metastáticos, as quais determinam grande impacto na vida do paciente (6, 8-11).

Do ponto de vista fisiopatológico, as feridas tumorais são lesões crônicas formadas pela infiltração de células malignas nas estruturas que compõem a pele, o que causa a quebra do tegumento mediante o processo de oncogênese. Caso as células malignas não sejam controladas por meio de quimioterapia, radioterapia ou hormônios, elas podem se espalhar e, como consequência, ocasionar danos no local da ferida, com uma combinação de perda de vascularização, crescimento proliferativo e ulceração (6, 12).

Essas feridas acometem de forma progressiva a pele e desfiguram o corpo; assim, elas se tornam friáveis, dolorosas, se-

cretivas e fétidas, e estão presentes, na maioria dos casos, nos últimos seis meses de vida (6, 13). Ressalta-se que o cuidado dessas lesões possui como finalidade o tratamento e o controle de sinais clínicos e sintomas, já que são os principais fatores que influenciam no declínio da qualidade de vida dos pacientes oncológicos com feridas tumorais (14).

O cuidado aos pacientes com feridas tumorais é complexo e envolve um olhar multidisciplinar. Além disso, pode acarretar em aumento das despesas para a saúde pública, caso não haja um controle efetivo dos sinais e dos sintomas, já que pode resultar em internações e tratamentos que poderiam ser evitados. A enfermagem deve implementar intervenções no âmbito dos cuidados paliativos e promover, por meio de curativos estéticos e efetivos, um atendimento individualizado ao paciente que resulte em controle da dor, do odor e da quantidade de exsudato e sangramento (15).

O odor é um sinal clínico de presença constante e que implica grande impacto no cotidiano dos pacientes com ferida maligna. Estima-se que 10,4% dos pacientes com feridas tumorais o apresentam. O problema é oriundo do crescimento desordenado e anormal das células neoplásicas, que ocasiona a formação de agregados de massa tumoral necrótica no leito da ferida, na qual comumente ocorre a contaminação por micro-organismos aeróbicos (*Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus*) e anaeróbicos (bacteroides). O produto final do metabolismo desses micro-organismos são os ácidos graxos voláteis (ácido acético, caproico), bem como gases putrescina e cadaverina, que conferem odor fétido às feridas tumorais (6, 14, 16).

Com o avanço da doença e da lesão, o odor desagradável pode gerar constrangimento, angústia, isolamento social e familiar e, conseqüentemente, exigir um maior cuidado, que abranja as necessidades físicas, psicossociais e espirituais do paciente e seus familiares. O declínio do estado nutricional deficitário também é notado, decorrente do odor exalado pela ferida, que pode ser tão impactante a ponto de ocasionar náuseas e vômitos no paciente (14, 17-19). Assim, o acesso a cuidado especializado, com profissionais capacitados, e a curativos modernos, com vistas ao controle efetivo dos sinais e dos sintomas, permite mais conforto ao paciente, menos angústia e redução do estigma e do isolamento social (20).

A práxis profissional de enfermagem dispõe de vários instrumentos que subsidiam o atendimento em saúde em várias áreas

de atuação, no âmbito do cuidado paliativo. O subconjunto terminológico *Cuidados paliativos para uma morte digna* da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe®) sustenta o raciocínio clínico e a padronização da documentação da prática profissional no momento da prestação de cuidados. Munido de diagnósticos, resultados e intervenções para os cuidados paliativos de enfermagem, proporciona uma assistência individualizada em vários domínios (21).

Apesar dos vários domínios que são contemplados nesse subconjunto terminológico da Cipe®, observa-se que não há descrição de diagnóstico e intervenções específicas para o controle do odor em feridas tumorais. Isso aponta para a demanda de mais investimento científico para aperfeiçoamento de tal subconjunto, já que, para os pacientes com feridas tumorais, o odor fétido caracteriza-se como um fator determinante na deterioração da sua qualidade de vida.

Assim, o objetivo deste estudo foi o de identificar, na literatura, intervenções de enfermagem para o diagnóstico de *Odor fétido em ferida tumoral*.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada a partir de levantamento bibliográfico digital nas seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System online (MEDLINE) via PubMed e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Cochrane Database of Systematic Reviews (Cochrane).

A pesquisa foi orientada pela seguinte questão: que intervenções são descritas na literatura para o controle de odor em pacientes com feridas tumorais?

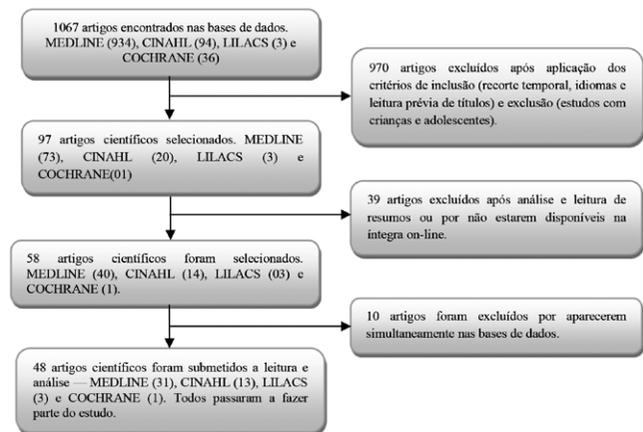
Para elaboração da questão norteadora, utilizou-se a estratégia Pico: P — pacientes com feridas tumorais, I — intervenções e CO — controle de odor.

A estratégia de busca foi efetuada por meio do cruzamento dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) ferimentos e lesões

e cuidados paliativos pelo Medical Subject Headings (Mesh), com os termos: *wounds and injuries, palliative care*; bem como com as palavras-chave: feridas neoplásicas, feridas tumorais, *malignant wound* (ferida maligna); *fungating wound* (ferida fungosa); *malignant fungating wound* (ferida maligna fungosa). A não existência de descritores nacionais e internacionais específicos para feridas tumorais culminou na necessidade do cruzamento entre descritores e palavras-chave, conectados com os operadores booleanos AND e OR.

A seleção de artigos científicos realizou-se a partir da adoção dos seguintes critérios de inclusão: aderência ao eixo temático; texto na íntegra disponível on-line; horizonte temporal de janeiro de 2002 a dezembro de 2015; idiomas português, inglês ou espanhol. Foram excluídos artigos cujo conteúdo envolvesse crianças e adolescentes. A pesquisa nas bases de dados foi realizada entre setembro e outubro de 2013, e em julho de 2017 para atualização. Foram identificados 1067 artigos científicos nas bases de dados, dentre os quais, ao final da estratégia metodológica, selecionaram-se 48, o que viabilizou a execução deste estudo (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma esquemático da estratégia utilizada para seleção de artigos



Fonte: fluxograma elaborado com base nos artigos encontrados em base de dados.

Após a seleção e a leitura analítica dos 48 artigos, organizou-se um quadro com as intervenções recomendadas pelos autores para o controle do odor em feridas tumorais, com discriminação dessas intervenções e indicação dos artigos que as recomendaram (Quadro 1).

Quadro 1. Intervenções recomendadas para o controle do odor em feridas tumorais

Intervenções recomendadas para o controle do odor na ferida tumoral	Discriminação/Referências
Debridamento	<ul style="list-style-type: none"> • Debridamento autolítico: manter ambiente úmido/hidrogel/esferas ou pastas de polissacarídeos/coberturas de espuma ou alginato (9, 15, 22, 23, 24-27); • Debridamento enzimático (23, 28); • Métodos mecânicos suaves (esfregaço suave com gaze saturada com solução salina ou solução de limpeza) (9, 26); • Irrigação com baixa pressão (uso de solução salina em seringa agulhada) (9); • Debridamento cirúrgico (9).
Limpeza da ferida/Manejo da colonização bacteriana local	<ul style="list-style-type: none"> • Banho de chuveiro (9, 27, 29-30); • Irrigação com solução salina ou limpeza com sabão neutro com ingredientes antibacterianos (9, 17, 25-27, 29); • Limpeza da ferida (13, 22, 23, 26, 29); • Uso de soluções antissépticas (clorexidina 0,05% ou ácido acético 0,25%) (22, 25-26).
Manejo da sobrecarga bacteriana com uso tópico de agentes antimicrobianos	<ul style="list-style-type: none"> • Uso tópico de metronidazol gel 0,75%-0,8% (6, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 22- 25, 28-39); • Uso tópico de metronidazol creme 1% (7, 25, 32); • Uso tópico de comprimidos de metronidazol macerados (6, 7, 9, 13, 23, 29, 32, 40); • Uso de metronidazol spray (36); • Uso tópico de metronidazol (18, 26, 27, 40- 42); • Uso tópico de metronidazol pomada vaginal (6); • Compressa de gaze embebida com solução venosa (6, 7, 13); • Uso tópico de flagyl em pó (41, 43); • Sulfadiazina de prata (6, 13, 22, 25); • Iodosorb (gel de cadexômero com liberação lenta de iodo) (9, 23, 27); • Peróxido de hidrogênio (6, 9); • Solução de Dakin (hipoclorito de sódio) (9, 27, 41); • Povidine iodado-PVP-I (6, 9, 25, 40).
Curativos	<ul style="list-style-type: none"> • Curativos oclusivos de prata (22, 24, 26-27, 32, 33-36, 40, 44-46); • Curativos de carvão (4, 6- 7, 9, 11, 13, 15,17, 22-27, 29, 32-36, 37, 39-42, 44, 47-48); • Curativos antimicrobianos (20, 23, 41, 48); • Curativos de espuma (15, 20, 32, 35); • Curativos de alginato de cálcio (15, 23, 27, 32); • Curativos de hidrofibras (32); • Carvão ativado (coberturas ou tabletes macerados envoltos em gaze estéril e aplicados na camada superior do curativo) (26-27, 40, 46); • Uso de curativos de carvão ativado impregnados de prata (43); • Curativo à base de solução salina (28); • Curativos hidropolímeros (28); • Curativos absorventes de hidrocoloide (36); • Uso de gaze impregnada de sódio (23); • Gazes embebidas com hidróxido de alumínio-odor I (6); • Curativos bem ajustados à ferida para não escapar agentes odoríferos/hermeticamente fechados (24, 32, 34, 42, 44).

	<p>Outras substâncias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de sachês de chá verde como curativo secundário (43); • Uso tópico de extrato de chá verde (26, 28); • Uso tópico de iogurte (11, 22, 29, 35, 42); • Uso de iogurte + metronidazol (11); • Pasta de açúcar (15, 22); • Uso tópico de buttermilk (resíduo ácido resultante da produção da manteiga) (29, 35); • Uso tópico ou oral de clorofila (46); • Uso tópico de óleos essenciais (20, 26, 28, 30, 33, 35). <p>Regime de troca de curativos (22, 23, 29, 32-34, 36, 42)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar regime de troca diária do curativo; • Trocar curativos quando estiverem molhados/trocas frequentes; • Manter curativos secos.
Medidas para controle do odor ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de desodorizantes de ambientes (26-29, 32, 35); • Uso de bandeja com areia para gatos no ambiente (7, 9, 13, 25, 27-28, 32); • Almofadas de ervas (46); • Óleo essencial (46); • Neutralizadores ambientais de odor (38, 46); • Colocação de tigela com pó de café no quarto (13, 27, 46); • Aromaterapia (hortelã pimenta) (9, 27, 34, 42); • Bicarbonato de sódio embaixo da cama (7, 25, 27); • Uso de difusores aromáticos (28); • Carvão estrategicamente espalhado pelo quarto (9, 13, 30, 36); • Uso de perfumes ou fragrâncias para mascarar o odor (36); • Ventilação do ambiente na troca dos curativos/ abrir janelas (26, 34-36, 44); • Uso de odores fortes: vinagre, baunilha (13). • Disposição apropriada dos curativos sujos (13, 35).
Outras medidas	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de bolsas ou coletores na ferida (42); • Higiene pessoal constante (34, 44, 48).

Fonte: intervenções de enfermagem encontradas nos artigos selecionados a partir das bases de dados pesquisadas.

Resultados

Todos os 48 artigos selecionados nas bases de dados eletrônicas citaram o odor como evidência empírica que confere grande impacto no cotidiano dos pacientes com feridas tumorais e interfere, assim, em sua qualidade de vida. Ressalta-se também que, ainda que esse sinal clínico apresente grande relevância no cenário referido, ele não é incluído no modelo de Cuidados paliativos para uma morte digna.

Com base nos achados da revisão integrativa da literatura, foram elaboradas 24 intervenções de enfermagem para o controle do odor em pacientes com feridas tumorais (Quadro 2).

São inúmeras as intervenções que o profissional de enfermagem pode aplicar aos pacientes com o diagnóstico de *Odor fétido em ferida tumoral*. A escolha depende da análise clínica e do saber crítico-reflexivo, a fim de atender melhor às necessidades desses indivíduos e buscar, assim, promover sua qualidade

Quadro 2. Intervenções de enfermagem para o diagnóstico *Odor fétido em ferida tumoral*

Intervenções de enfermagem
Fazer debridamentoI.
Avaliar necessidade de debridamentoI por cirurgia.
Esfregar suavementeII a ferida com curativo de gaze com solução salinaI.
Esfregar suavementeII a ferida com curativo de gaze com solução para limpar.
Irrigar a ferida com solução salinaI em seringa com agulha.
Autorizar banhar a ferida no chuveiro.
Limpar a ferida com solução apropriada.
Aplicar terapia tópica com antibiótico.
Aplicar terapia com solução apropriada.
Aplicar curativo de ferida.
Aplicar curativo oclusivoI de ferida.
Aplicar bolsas de drenagem de ferida.
Orientar trocar curativo de ferida a cada dia.
Instruir sobre cuidados com a ferida.
Gerenciar controle do odor fétido no local da ferida.
Implementar aromaterapia no local da ferida.
Estimular habilidade para fazer higiene.
Orientar paciente e família sobre como descartar curativos após trocar.
Instruir sobre controle do odor no edifício residencial.
Ventilar edifício residencial ao trocar o curativo.
Coletar amostra de secreção na ferida.
Avaliar necessidade de administrar antibiótico.
Evitar demonstrar desconforto ao odor fétido.
Fornecer material instrucional sobre controle do odor fétido no local da ferida.

Fonte: intervenções de enfermagem elaboradas a partir de mapeamento cruzado com o Cipe®.

Nota: ISugestão de termos para inclusão no eixo Meios da Cipe®; IISugestão de termos para inclusão no eixo Ação da Cipe®.

de vida. Dessa forma, o enfermeiro possui autonomia profissional para planejar e executar as intervenções de acordo com as necessidades individuais de cada paciente, não se limitando às intervenções sugeridas neste trabalho.

Discussão

Para a equipe de enfermagem de cuidados paliativos, é um grande desafio o manejo dos sinais e dos sintomas relacionados à ferida tumoral, com destaque para o odor, responsável por situações de isolamento social e declínio da qualidade de vida do paciente (41). Nesse contexto, o odor é caracterizado como um sinal clínico que implica grande impacto na vida do paciente, pois a constante lembrança do avanço da doença causa angústia, isolamento social e conseqüente perda em qualidade de vida, o que torna imprescindível a implementação da sistematização da assistência de enfermagem.

Mesmo sendo uma grande problemática para os pacientes com feridas tumorais, o odor e as intervenções para o seu manejo não estão presentes no subconjunto terminológico Cipe® —*Cuidados paliativos para uma morte digna*—, bem como um domínio específico direcionado para ferida tumoral. Portanto, as evidências empíricas presentes na amostra coletada por meio da trajetória metodológica e do mapeamento cruzado com a Cipe® Versão 2013 (50) possibilitaram a construção do diagnóstico *Odor fétido e intervenções para o seu manejo*.

O odor em feridas tumorais tem sido historicamente atribuído ao tecido desvitalizado e à mistura de gases voláteis (putrescina e cadaverina) produzidos por bactérias anaeróbicas e aeróbicas presentes no leito da lesão (23).

A técnica de debridamento é frequentemente citada na literatura atual para a diminuição do tecido desvitalizado por meio do uso de procedimentos mecânicos e/ou químicos (51). A escolha do método a ser utilizado deve ser feita pelo enfermeiro de acordo com a indicação e as características da lesão. No contexto do cuidado às feridas tumorais, são indicados os debridamentos autolítico, enzimático, mecânico e cirúrgico (9, 22, 24).

O debridamento autolítico é a quebra natural do tecido necrosado pelas enzimas e pelos leucócitos presentes no fluido da ferida que pode ser alcançado com o uso de coberturas que mantenham o leito da ferida úmido e liquefaçam as crostas e escaras

com consequente redução de odor (24, 51). Esse procedimento é importante no tratamento de feridas tumorais, pois a retirada de tecidos mortos, que contêm as bactérias, podem melhorar significativamente o desempenho de agentes antibacterianos ou até mesmo torná-los desnecessários (9, 15, 20, 22-24, 32, 35).

O debridamento enzimático é um procedimento recomendado nesses casos pela utilização de agentes químicos específicos, ou seja, substâncias enzimáticas (23, 28), usadas para suavizar e remover o tecido necrosado (28). Em pacientes com feridas tumorais, avaliar o acometimento de sangramento em menos de sete dias é uma conduta que deve ser realizada antes da escolha desse método (51).

Já o debridamento mecânico pode ser realizado com esfregaço suave de gaze embebida em soluções de limpeza, irrigação com solução salina através de seringa com agulha calibre 19 ou jatos de solução salina (9, 52). A irrigação da ferida com solução salina, à temperatura ambiente, sob baixa pressão e utilizando seringa de 20 ml com agulha de calibre 19, pode proporcionar a retirada de tecido desvitalizado solto no leito da ferida e a remoção superficial da carga bacteriana (6, 9). Esse procedimento é útil para remoção de tecido necrótico que não estiver firmemente aderido.

Vale mencionar também que o debridamento cirúrgico é uma técnica que consiste na retirada do tecido necrosado com uso de material cortante (tesoura ou bisturi) (9, 51). O enfermeiro tem competência para realização de debridamento instrumental conservador (usando pinça, tesoura ou bisturi), desde que possua conhecimentos e habilidades para isso (53, 54). De acordo com as metas do cuidado paliativo, esse tipo de debridamento pode ser indicado, a fim de permitir a prevenção de infecção, controle de odor e administração da quantidade de exsudato (9, 22), porém a sua indicação deve ser feita com precaução e de maneira criteriosa, avaliando o risco de sangramento e dor (6, 46, 51). No caso de pequena expectativa de vida, opta-se por deixar o ambiente seco e por manter o tecido necrosado (46).

Em alguns estudos, a utilização de curativos à base de solução salina para controle do mau odor e auxílio do debridamento é destacada, e a retirada de tecido necrótico local e esfacelo não firmemente aderido pode ser realizada por meio de lavagem suave com gaze saturada com solução salina aquecida à temperatura ambiente (9, 28-29).

A limpeza da ferida tem como intuito a remoção de bactérias e restos necróticos, o que previne a infecção sistêmica e a sepse. O uso da solução deve ser realizada com suave esfregaço, suficiente para a retirada do tecido desvitalizado sem causar traumas. A lavagem com o uso de sabonetes suaves utilizados no banho e ingredientes antimicrobianos (6, 9, 23, 42) são eficazes no controle e na redução da colonização bacteriana e do odor local. No entanto, o uso de determinados produtos deve ser ponderado e avaliado pelo profissional de acordo com a necessidade clínica, já que sua utilização pode causar irritação local, dessecação da ferida, com dor e sangramento após a retirada do curativo, o que gera incômodo nos pacientes (9, 22, 29, 41).

Vale mencionar que evidências empíricas apontam que a lavagem da ferida durante o banho de aspersão é um método que auxilia no controle e na redução do odor. Nos casos em que a lesão não for friável e o paciente estiver em boas condições físicas, pode-se orientar a limpeza da ferida no chuveiro, de modo a permitir que a água, em temperatura ambiente, escorra na pele acima da ferida em direção à lesão. Isso não só fornece a limpeza local, mas também promove o benefício psicológico adicional de ajudar o paciente a se sentir limpo (9, 29, 34).

A utilização tópica de antibióticos é tema controverso no tratamento de feridas. No entanto, no caso de feridas tumorais, a diminuição da perfusão e a disseminação da droga devido ao tecido necrosado e à vascularização débil no leito da ferida, torna o uso tópico uma indicação (7, 32, 42). A terapia com antibiótico na ferida possui como finalidade promover o controle da colonização bacteriana e do odor, cujos benefícios justificam seu uso em cuidados paliativos (6).

Mesmo que o uso de soluções antissépticas seja questionado devido aos efeitos tóxicos ao tecido saudável para cicatrização, a utilização desses produtos em feridas tumorais pode ser indicada, já que a cicatrização da lesão não é a meta (6).

O acesso a curativos especializados tem sido um determinante na melhoria da qualidade de vida e da autoestima do paciente com feridas tumorais (20). Conhecer os diferentes tipos de curativos, sua indicação, custo e benefício é importante para que sejam selecionados criteriosamente. O uso de coberturas com ação antimicrobiana (20, 23, 41, 48) é importante ferramenta para o manejo do odor nas feridas tumorais, assim como curativos oclusivos, hermeticamente fechados e bem ajustados à ferida, a fim

de evitar o vazamento de agentes odoríferos voláteis, para que o controle do odor possa ser alcançado (14, 24, 34, 42, 44).

Ressalta-se também que o uso de bolsas coletoras na ferida tumoral pode promover a função de contenção da quantidade de exsudato e odor, alternativa eficiente quando estes são incontroláveis. Porém, sua finalidade torna-se difícil de ser alcançada em afecções em áreas da face, pescoço e mama (35, 42-43, 55). Evidências empíricas apontam o sucesso do uso desse método em conjunto com a troca adequada de curativos em quantidade de duas a três vezes por dia.

O exsudato estagnado nos curativos pode contribuir para a presença e/ou exacerbação do odor (35). Estudos indicam que curativos saturados com exsudato necessitam de troca frequente, o que, além de mantê-los secos, contribui significativamente para o manejo do mau cheiro. Um regime de troca diária ajuda a prevenir maus odores resultantes de um acúmulo de exsudato (33). O curativo ideal não deve ser volumoso e deve ocupar apenas o tamanho da ferida, oferecer conforto, aderência suave, relação custo-benefício, ambiente úmido, minimização de cisalhamento, atrito e pressão, impermeabilidade de bactérias, absorção de exsudato e facilidade de seu uso pelo paciente ou cuidador. Ressalta-se que a presença de exsudato pode desativar a ação de agentes antimicrobianos e dificultar, assim, o controle do odor (22, 32, 36). As trocas sucessivas de curativos devem ser avaliadas criticamente pelo enfermeiro, já que esse fator pode promover, além de dor e incômodo ao paciente, a diminuição do orçamento econômico familiar devido ao aumento do gasto com produtos e recursos humanos.

Estudos indicam que cuidadores estão despreparados para a tarefa de cuidar deste tipo de ferida, muitas vezes em pessoas queridas ou membros da família (56-58). O baixo nível de informação e a ausência de ajuda profissional podem levar alguns pacientes a usarem estratégias que podem exacerbar os sinais e os sintomas (20, 41). Assim, é imprescindível que o enfermeiro os mantenha informados sobre os procedimentos, promova o desenvolvimento de habilidades necessárias para o cuidado e envolva-os nesse processo, já que são essenciais para o adequado tratamento dos pacientes (35).

Dentre as várias medidas que visam ao gerenciamento do controle de odor nas feridas tumorais, pode-se destacar o uso tópico de desodorantes comerciais (23, 33) e óleos essenciais

(11, 20, 28, 33, 35), que podem ser aplicados acima do curativo ou até mesmo entre as camadas deste. Outra medida é o uso de aromaterapia; embora disponíveis e menos onerosos, esses óleos apenas mascaram o odor e não substituem a necessidade da troca de curativos (23). Devido à lacuna existente com relação a protocolos padronizados, baseados em pesquisas e evidências, o tratamento dessas lesões ainda é baseado em estudo de casos ou opinião de peritos (9, 32). Cabe, então, ao enfermeiro avaliar a situação e definir qual a melhor conduta a ser adotada, com critérios científicos, para o controle do odor.

O extravasamento de exsudato com consequente sujidade das roupas pessoais e de cama é fator de exacerbação do odor. O enfermeiro deve orientar o paciente e familiar e estimular a troca tão logo sejam de secreção, a fim de auxiliar no controle. Em alguns casos, pode ser difícil para o paciente manter a sua própria higiene, de forma independente, portanto o familiar deve ser orientado sobre a importância de que a higiene seja executada apropriadamente (34, 44, 48). A orientação deve se estender também à estratégia para o controle ambiental do odor, principalmente quanto ao descarte adequado de curativos sujos, pois a manutenção dessa bandagem em ambiente fechado favorece a estagnação do odor no ambiente depositado. Por isso, é aconselhável, após a retirada do curativo usado, o descarte fora do ambiente caseiro do paciente (13, 35). Orientações sobre medidas para controle do odor ambiental incluem o uso de desodorantes ambientais (28, 29, 32, 35) bem como a ventilação do ambiente, com as janelas abertas inclusive durante as trocas dos curativos (34-36, 44).

O odor desagradável é associado com o aumento da carga bacteriana que acontece devido à formação de verdadeiras massas necróticas no leito da ferida, infectadas por flora bacteriana mista (6). Para isso, é relevante a identificação do caráter etiológico do agente causador da contaminação, de forma a auxiliar na escolha do tratamento ideal e consequente controle da infecção e redução de odor. Porém, esse método deve ser executado com cuidado, pois pode causar traumas e dor ao paciente. Estudos evidenciam que a coleta de *swab* do local da lesão possibilita a identificação de vários agentes, o que viabiliza a gestão da contaminação com antibiótico apropriado e pode, assim, reduzir o odor (34, 44). É relevante mencionar que, caso o odor seja refratário, vale considerar o uso de antibioticoterapia sistêmica junto à equipe médica (6, 9, 11, 22, 29, 30, 36, 44, 46, 48).

O constrangimento experimentado pelo paciente devido ao odor fétido muitas vezes resulta da reação de profissionais ou familiares (34). O desenvolvimento de habilidades da comunicação é fundamental para que se possa responder de forma efetiva às necessidades do paciente. Uma abordagem calma e sensível é de extrema relevância, já que a expressão facial pode transmitir a verdadeira extensão dos sentimentos (34). Logo, é imperativo que expressões de repugnância que podem advir dos profissionais sejam evitadas para não aumentar o sofrimento do paciente em situações de constrangimento (34). A educação em saúde é uma faceta de grande importância na práxis profissional de enfermagem. Como as informações fornecidas em momentos de ansiedade e estresse podem ser de difícil compreensão para os familiares e pacientes, o apoio do material impresso com orientações sobre o manejo do odor pode facilitar o entendimento das informações inerentes ao cuidado do paciente.

A pequena expectativa de vida do paciente portador de uma ferida tumoral associada à complexidade inerente ao seu quadro clínico, a carência de pesquisas relacionadas à efetividade no controle dos sinais e dos sintomas dessas feridas nos últimos anos, e a falta de instrumentos e protocolos que subsidiem as ações de enfermagem nos cuidados a esses pacientes foram fatores determinantes nas limitações apresentadas durante o estudo.

Conclusão

Os estudos analisados identificaram inúmeras intervenções empíricas que, ao serem cruzadas com a Cipe® Versão 2013, tornaram possível a construção de fundamentais intervenções de enfermagem no âmbito dos cuidados paliativos para o controle de odor em feridas tumorais. Isso evidencia as enormes contribuições que o enfermeiro pode trazer à vida do paciente, que podem levar à melhora da qualidade de vida deste.

Nessa etapa de tratamento, o foco da atenção multiprofissional não é a cura do paciente, mas sim o controle de sinais e

sintomas, a fim de promover melhor qualidade de vida. O enfermeiro, membro ativo da equipe multidisciplinar, desempenha inúmeras atribuições nesse contexto.

Diversas práticas assistenciais são executadas junto aos pacientes com câncer avançado no âmbito dos cuidados paliativos. Dentre elas, destaca-se o atendimento aos pacientes com feridas tumorais, que são responsáveis por acometer a pele e desfigurar o corpo, tornando-se friáveis, dolorosas, com sinais clínicos e sintomas limitantes, presentes, na maioria dos casos, nos últimos seis meses de vida.

Com essa demanda, torna-se evidente a importância da elaboração desse subconjunto terminológico para intervenção de enfermagem como o controle de odor em feridas tumorais, com o intuito de corroborar para uma prática de enfermagem que busca a manutenção de dignidade do paciente ao fim da vida.

A partir deste estudo e da elaboração do subconjunto terminológico, ressaltamos a importância do posicionamento do enfermeiro diante de um cuidado baseado em evidências científicas, que reverte em segurança para o paciente ao fornecer subsídios para uma ação de enfermagem segura no manejo dos sinais e dos sintomas das feridas tumorais. Pode também resultar em dados para o ensino e para a pesquisa, o que leva a novos conhecimentos, e pode facilitar o processo gerencial da prática diária, com suas tomadas de decisão, além de fornecer uma base consistente para a documentação da prática da enfermagem.

Assim, é indispensável a continuidade de pesquisas na área para proporcionar a criação de um domínio para feridas tumorais no subconjunto terminológico *Cuidados paliativos para uma morte digna* (Cipe®), bem como a construção de outras intervenções de enfermagem que atinjam o controle de outros sinais e sintomas, que são grandes responsáveis pelo declínio do bem-estar do paciente com ferida tumoral.

Referências

1. Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2012.
2. Teixeira LA, Porto M & Habib PABB. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. *Cad Saúde Colet*. 2012;20(3):375-85.
3. Barros AF, Uemura G & Macedo JLS. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e estratégias para a sua redução. *Femina*. 2012;40(1):31-6.
4. Sales CA & Alencastre MB. Cuidados paliativos: uma perspectiva de assistência integral à pessoa com neoplasia. *Rev Bras Enferm*. 2003;56(5):566-9.
5. Gomes ALZ & Othero MB. Cuidados paliativos. *Estud Av*. 2016;30(88): 155-66.
6. Firmino F. Pacientes portadores de feridas neoplásicas em Serviços de Cuidados Paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem. *Rev Bras Cancerol*. 2005;51(4):347-59.
7. Woo KY & Sibbald RG. Local wound care for malignant and palliative wounds. *Adv Skin Wound Care*. 2010;23(9):417-28.
8. Castro MCF, Cruz PS, Grellmann MS, Santos WA & Fuly PSC. Palliative care for patients with oncological wounds in a teaching hospital: an experience report. *Cogitare enferm*. 2014;19(4):780-3.
9. Seaman S. Management of malignant fungating wounds in advanced cancer. *Semin Oncol Nurs*. 2006;22(3):185-93.
10. Castro MCF, Fuly PSC, Garcia TR & Santos MLSC. ICNP® terminological subgroup for palliative care patients with malignant tumour wounds. *Acta paul enferm*. 2016;29(3):340-6.
11. Clarck J. Metronidazole gel in managing malodorous fungating wounds. *Br J Nurs*. 2002;11(6):54-60.
12. Lisboa IND & Valença MP. Caracterização de pacientes com feridas neoplásicas. *Estima*. 2016;14(1):21-8.
13. McDonald A & Lesage P. Palliative management of pressure ulcers and malignant wounds in patients with advanced illness. *J Palliat Med*. 2006;9(2):285-94.
14. Sacramento CJ, Reis PED, Simino GPZ & Vasques CI. Manejo de sinais e sintomas em feridas tumorais: revisão integrativa. *Rev enferm Cent —Oeste Min*. 2015;5(1):1514-27.
15. Dowsett C. Malignant fungating wounds: assessment and management. *Br J Community Nurs*. 2002;7(8):394-400.
16. Santos WA, Fuly PSC, Santos MLSC, Souto MD, Reis CM & Castro MCF. Evaluation of social isolation among patients with odor in neoplastic wounds: integration review. *Rev enferm UFPE on-line [internet]*. 2017 [acessado em 17 jun. 2017];11(3):1495-503. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9604/pdf_2811
17. Gozzo TO, Tahan FP, Andrade M, Nascimento TG & Prado MAS. Occurrence and management of neoplastic wounds in women with advanced breast cancer. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2014;18(2):270-6.
18. Piggitt C. Malodorous fungating wounds: uncertain concepts underlying the management of social isolation. *Int J Palliat Nurs*. 2003;9(5):16-21.
19. Aguiar RM & Silva GR. Os cuidados de enfermagem em feridas neoplásicas na assistência de enfermagem. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2012;11(2):82-8.
20. Lo S, Hu W, Hayter M, Chang S, Hsu M & Wu L. Experiences of living with a malignant fungating wound: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2008;17(20):2699-708.
21. Catálogo da Classificação internacional para a prática de Enfermagem (Cipe®). Cuidados paliativos para uma morte digna. Portugal: Ordem dos Enfermeiros; 2010.
22. Draper C. The management of malodour and exudate in fungating wounds. *Br J Nurs*. 2005;14(11):4-12.
23. Froiland KG. Wound care of the advanced cancer patient. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2002;16(1):629-39.

24. Grocott P. Care of patients with fungating malignant wounds. *Nurs Stand.* 2007;21(24):57-66.
25. Bergevin R. Assessing wounds in palliative care. *Nursing.* 2014;44(8):68-9.
26. Vargas E, Alfonso I, Solano D, Aguilar M & Gómez V. Heridas neoplásicas: aspectos básicos del cuidado de enfermeira. *Repertorio de Medicina y Cirugía.* 2015; 24(2):95-104.
27. Emmons KR, Dale B & Crouch C. Palliative Wound care Part 2: application of principles. *Home Healthcare Nurse.* 2014;32(4):210-22.
28. Grocott P, Gethin G & Probst S. Malignant wound management in advanced illness: new insights. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2013;7(1):101-5.
29. Gerlach MA. Wound Care Issues in the Patient with Cancer. *Nurs Clin North Am.* 2005;40(1):295-323.
30. Weirs D. Managing complex malignant wounds. *Journal for community nurses.* 2005;10(3):21-2.
31. Adderley UJ & Holt IG. Topical agents and dressings for fungating wounds. *Cochrae Database Syst Rev.* 2014;15(5):1-26.
32. Chrisman CA. Care of chronic wounds in palliative care and end-of-life patients. *Int Wound J.* 2010;7(4):214-35.
33. Naylor WA. A guide to wound management in palliative care. *Int J Palliat Nurs.* 2005;11(11):572-9.
34. West D. A palliative approach to the management of malodour from malignant fungating tumours. *Int J Palliat Nurs.* 2007;13(3):137-42.
35. Wilson V. Assessment and management of fungating wounds: a review. *Br J Community Nurs.* 2005;10(3):28-34.
36. O'Brien C. Malignant wounds: managing odour. *Can Fam Physician.* 2012;58:272-4.
37. Burns J & Stephens M. Palliative wound management: the use of a glycerine hydrogel. *Br J Nurs.* 2003;12(6):14-8.
38. Fenton S. Reflections on lymphoedema, fungating wounds and the power of touch in the last weeks of life. *Int J Palliat Nurs.* 2011;17(2):60-2, 64, 66-7.
39. Kalmykow B & Walker S. Cutaneous metastases in breast cancer. *Clin J Oncol Nurs.* 2011;15(1):99-101.
40. Woo KY, Krasner DL, Kennedy B, Wardle D & Mior O. Palliative wound care management strategies for palliative patients and their circles of care. *Adv Skin Wound Care* 2015;28(3):130-40.
41. Probst S, Arber A & Faithfull S. Malignant fungating wounds: the meaning of living in an unbounded body. *Eur J Oncol Nurs.* 2013;17:38-45.
42. Schiech L. Malignant Cutaneous Wounds. *Clin J Oncol Nurs.* 2002;6(5):1-5.
43. Yan LG. Case study on the effectiveness of green tea bags as a secondary dressing to control malodour of fungating breast cancer wounds. *Singapore Nurs J.* 2005;32(2):42-8.
44. Hawthorn M. Caring for a patient with a fungating malignant lesion in a hospice setting: reflecting on practice. *Int J Palliat Nurs.* 2010;16(2):70-6.
45. Lund-Nielsen B, Adamsen L, Kolmos HJ, Rorth M, Tolver A & Gottrup F. The effect of honey-coated bandages compared with silver-croated bandages on treatment of malignant wounds — a randomized sudy. *Wound Repair Regen.* 2011;19:664-70.
46. Merz T, Klein C, Uebach B, Kern M, Ostgathe C & Bükki J. Fungating wounds: multidimensional challenge in palliative care. *Breast Care.* 2011;6:21-4.
47. Harrison T. Introducing a holistic wound dressing. *Br J Nurs.* 2013;22(12):14-7.
48. Haynes JS. An overview of caring for those with palliative wounds. *Br J Community Nurs.* 2008;24-30.
49. Zakaria AD, Hassan S, Khan AH, Syed S, Syed A & Faiz A. Patient story 3:1 Fungating wound. *Br J Community Nurs.* 2013; Supplement 3:16.
50. Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe® 3.0). Portugal: Ordem dos Enfermeiros; 2013.

51. Santana FAS, Matsubara MGS & Villela DL. Terapias utilizadas no cuidado com feridas. Em: Matsubara MGS et al., coordenadores. Feridas e estomas em oncologia: uma abordagem interdisciplinar. 1ª ed. São Paulo: Ed. Lemar; 2012.
52. Castro MCF. Subconjunto terminológico Cipe[®] para pacientes em cuidados paliativos com feridas tumorais: estudo descritivo [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2015.
53. Santos ICRV, Oliveira RC & Silva MA. Desbridamento cirúrgico e a competência legal do enfermeiro. Texto & contexto enferm. 2013;22(1):184-92.
54. Conselho Regional de Enfermagem (SP). Parecer n.º 013/2009, 21/12/2009: Realização de desbridamento pelo enfermeiro. São Paulo. Coren-SP, 2009. [acesso 2013 jul. 12]. Disponível em: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2009_13.pdf
55. Recka K, Montagnini M & Vitale CA. Management of bleeding associated with malignant wounds. J Palliat Med. 2012;15(8):952-4.
56. Probst S, Arber A, Trojan A & Faithfull S. Caring for a loved one with a malignant fungating wound. Support Care Cancer. 2012;20(12):3065-70.
57. Gibson S, Green J. Review of patients' experiences with fungating wounds and associated quality of life. J Wound Care. 2013;22(5):265-75.
58. Probst S, Arber A & Faithfull S. Coping with an exulcerated breast carcinoma: an interpretative phenomenological study. J Wound Care. 2013;22(7):252-60.