ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NA UNIDADE DE TRAUMATOLOGIA

Marlúcia Nunes Comarú *

RBEEn/12

COMARÚ, M.N. — Atuação da enfermeira unidade de Traumatologia. *Rev. Bras. Enf.*, Rio de Janeiro, 28 : 81-87, 1975.

I — INTRODUÇÃO

É bastante freqüente, ouvir-se comentários de enfermeiras e de estudantes de enfermagem, de que sua atuação nas unidades de Ortopedia e Traumatologia é limitada e se resume numa rotina a ser obedecida.

Diante desta conceituação, achamos oportuno tecer algumas considerações sobre a atuação da enfermeira nesta especialidade, tendo em vista que este campo está ainda pouco explorado. Julgamos que uma das causas do desconhecimento deste campo por parte das enfermeiras e estudantes seja a reformulação do Currículo Mínimo nas Escolas de Enfermagem, que incluiu a Enfermagem em Ortopedia dentro da disciplina de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Por outro lado, as Escolas de Enfermagem para atingirem seus objetivos precisam oferecer ao estudante, oportunidade para estágio em todas as especialidades. Isto nos parece natural, uma vez que a enfermeira precisa acompa-

nhar o progresso científico, assim não fosse, os estágios certamente seriam distribuídos de outra forma. Em consequência da atual distribuição, é comum verificar-se que o período de experiência na unidade de Traumatologia fica representado na vida do estudante, apenas como “uma passagem”, um “estágio de observação”.

É do conhecimento geral, que atualmente os acidentes trânsito são muito mais numerosos e violentos, fazendo um número elevado de vítimas que necessitam de cuidados especiais incluindo os recebidos na unidade de Traumatologia. E, como assistir esse paciente e sua família, em tais circunstâncias? Estamos preparadas para oferecer o que o paciente e sua família esperam receber do Hospital? As informações e oportunidades oferecidas pelas Escolas de Enfermagem durante o estágio da disciplina Médico-Cirúrgica são suficiente para dar à enfermeira segurança para atuar

* Diretora do Serviço de Enfermagem da Divisão da Reabilitação de Vengueiro — H.C.

junto ao paciente? Poderão ser estas informações fundamentais para a escolha do campo de trabalho, pelo profissional recém-formado?

Nossa meta, nesta exposição, é difundir alguns aspectos da assistência de Enfermagem em Traumatologia; procuramos alertar a futura enfermeira sobre os problemas que o paciente poderá apresentar e a conduta a ser tomada.

II — CAMPO DE AÇÃO

Um dos primeiros aspectos a ser considerado numa unidade de Traumatologia, é que o indivíduo que ocupa o leito hospitalar era, salvo algumas exceções, sadio e ativo, até o momento em que ocorreu o acidente.

As conseqüências deste, podem ser mais ou menos graves para o indivíduo, dependendo da violência do impacto. O diagnóstico médico pode variar desde fraturas simples até fraturas complicadas de membros, coluna, bacia ou costelas, sem esquecer de mencionar os extensos e graves ferimentos descolantes e as amputações traumáticas.

Merecem atenção especial, os pacientes politraumatizados que além de fraturas múltiplas, estão sujeitos a apresentar comprometimento neurológico — pelo trauma craneano; urológico — pelo trauma da pelvis; respiratória pelo trauma de torax, circulatório — em conseqüência da própria fratura e/ou deslocamento, ou ainda lesão dos órgãos internos — pela violência do choque.

Sabe-se que o paciente traumatizado, apesar de apresentar fraturas aparentemente simples, está sujeito a complicações tardias no seu funcionamento geral. E, o que dizer dos politraumatizados?

Ambos necessitam receber, por parte da enfermeira, uma atuação efetiva e segura que, através de observação acurada, poderá detectar sinais e sintomas

que exijam ação imediata do médico assistente.

Nesta fase, muitas vezes o tratamento traumatológico se limita à aplicação de medidas de urgência, que permitem uma imobilização provisória do membro ou região afetada, tendo como objetivos reduzir a dor e favorecer a melhoria do estado geral. É aqui, junto ao paciente, que a enfermeira precisa aplicar seus conhecimentos de enfermagem geral, que, concomitantemente aos recursos terapêuticos poderão decidir sobre o futuro daquele indivíduo sadio, que assumiu bruscamente o papel de paciente.

Ultrapassada a fase crítica, o paciente é submetido ao tratamento traumatológico específico, sob forma de tração trans-esquelética, cirurgia ou colocação de aparelho de gesso, ou ainda, de dois ou mais tratamentos combinados.

É nossa intenção, proceder a uma abordagem de enfermagem em relação aos tratamentos acima mencionados, procurando dessa forma, contribuir para complementar as informações recebidas nos cursos de Enfermagem.

Nesta oportunidade, abordaremos aspectos da assistência de enfermagem a ser prestada aos pacientes com aparelho gessado, tendo em vista a identificação das suas necessidades.

III — CUIDADOS ESPECÍFICOS

— Preparo do paciente — o período de imobilização com um aparelho de gesso, em geral é longo e é necessário que o paciente seja ajudado pela enfermeira, a compreender e suportar esta modalidade de tratamento. O sentimento de aprisionamento, a impossibilidade de locomoção quando são mobilizados os membros inferiores e/ou bacia, levando a uma situação de dependência para atendimento de algumas necessidades fisiológicas, são os fatores que mais assistam o paciente. Na fase que antecede a colocação do aparelho de gesso a

enfermeira precisa interpretar para o paciente e família a importância do tratamento, com vistas na recuperação do seu funcionamento efetivo. Uma atitude serena e compreensiva pode encorajar o paciente a expor suas ansiedades relativas ao tratamento e possibilitar à enfermeira, melhores condições para ajudá-lo nas suas dificuldades futuras.

— Preparo da pele — a limpeza rigorosa e cuidadosa da região que vai ser imobilizada com aparelho de gesso, é a próxima etapa do trabalho. Somente após a remoção da sujeira, com água e sabão, é que o paciente está pronto para receber o aparelho gessado.

No caso de imobilização de membro inferior, as unhas dos pés devem ser aparadas e limpas. Merecem atenção específica, a limpeza e secagem dos espaços interdigitais.

A evidência de qualquer ferimento ou de lesão dermatológica localizada na região a ser imobilizada, assim como de lesão sistêmica, o médico deverá ser informado, antes da confecção do aparelho de gesso.

Providências anteriores à colocação do aparelho gessado.

— Antecedendo a aplicação das ataduras gessadas, é necessário proteger a pele da região a ser imobilizada, contra possíveis lesões posteriores. Utiliza-se malha tubular e algodão ortopédico bem distribuído, para revestir a região. As proeminências ósseas merecem atenção especial por estarem mais sujeitas à compressão; o acolchoamento com algodão ortopédico ou feltro poroso oferece a proteção desejada.

O acabamento das bordas do aparelho gessado merece cuidado especial, com o propósito de prevenir escarificações na pele e enfraquecimento do gesso. Rebate-se a extremidade da malha

tubular sobre as bordas do gesso e passa-se nova camada de atadura gessada, para fixar as extremidades da malha.

— Transporte e acomodação do paciente

As condições do leito no qual vai ser acomodado um paciente com aparelho gessado, são de relevante importância no seu tratamento. Em se tratando de paciente com aparelho que envolve grande área corporal-pelvi-podálico, calção gessado, colete gessado, minerva gessada — é de se esperar que o peso do seu corpo acrescido do peso do aparelho, exerçam grande pressão sobre o colchão. Este deve ser firme e estar apoiado sobre estrado também firme, para prevenir afundamento das áreas mais pesadas.

A cama deve ser do tipo ortopédico — alta e com trapézio — de modo a facilitar o trabalho executado pelo pessoal de enfermagem.

Uma vez selecionada a cama e o colchão, é necessário reservar travesseiros revestidos de plástico, para ajudar a manter a forma do aparelho gessado e apoiar o corpo do paciente.

O aparelho gessado, quando molhado, está sujeito a sofrer alteração na sua modelagem, portanto, a manipulação do paciente com aparelho recentemente confeccionado precisa ser bastante cuidadosa, para evitar áreas de compressão. Estas, produzindo deformidades no gesso, podem levar a conseqüências às vezes gravíssima, tais como lesões vasculares, neurológicas e de pele. Recomenda-se, portanto, que ao recebermos um paciente com aparelho molhado, se solicite a participação de outras pessoas para acomodá-lo no leito; estas devem suportar a região envolvida pelo aparelho de gesso, com as mãos espalmadas e os dedos levemente fletidos; assim procedendo, o peso do paciente é distribuído entre as pessoas, sem haver ex-

cesso de solicitação de força, o que poderia levar a flexão dos dedos; além disto proporciona-se segurança ao paciente e protege-se as pessoas que o manipulam.

Uma vez acamado o paciente, deve-se apoiá-lo com travesseiros, procurando sempre manter as posições exigidas pela modelagem do aparelho. É necessário reconhecer, que na maioria das vezes, as posições exigidas pelo tratamento podem levar o paciente a um enorme desconforto, como no caso de colete ou aparelho minerca em posição de hiperextensão. As manifestações de ansiedade, inquietação ou irritabilidade exigem da enfermeira: compreensão, solicitude e observação acurada.

Quando é colocado aparelho gessado nos membros, as extremidades devem permanecer elevadas, de forma a favorecer a circulação de retorno e reduzir as possibilidades de edema e compressão.

— Secagem do aparelho gessado

Para favorecer a evaporação da água e ajudar a secagem do aparelho, é necessário deixá-lo descoberto. As partes do corpo não incluídas no aparelho, pelo contrário, deverão estar protegidas ou cobertas, incluindo os artelhos, que podem ser envolvidos com algodão ortopédico. Assim procedendo, estamos prevenindo perda de calor corporal.

Além da aeração, o calor ambiente favorece a secagem mais rápida do aparelho, portanto, sempre que possível, deve-se levar o paciente ao sol.

Uma vez terminada a secagem de uma das faces do aparelho, deve-se mudar a posição do paciente, para completar a evaporação da água na outra face.

— Mudanças de posição — Sabe-se que a permanência contínua numa mesma posição pode ocasionar uma série de distúrbios. Estes podem ser mais sérios

no paciente imobilizado com aparelho gessado; apesar do seu revestimento interno ser de algodão, é possível a formação de escaras nas regiões encobertas pelo aparelho. Por vezes o paciente recusa-se a mudar de decúbito, por receio de cansar-se mais facilmente. Para oferecer-lhe maior segurança, deve-se planejar com ele mudanças frequentes de decúbito, de forma a alternar a compressão das áreas corporais. O conforto do paciente depende da utilização de travesseiros e coxins que servem para suportar as várias regiões do corpo, independente do tipo de aparelho para ele indicado.

Um paciente com pelvipodálico ou calção gessado poderá permanecer em posição ventral, desde que sejam mantidas as curvaturas do aparelho e seu corpo fique relaxado no leito. Isto se consegue, colocando-se um travesseiro sob o tronco e outro apoiando os membros inferiores, deixando os artelhos livres do contato com o colchão.

Sempre que se vai mudar o decúbito do paciente com aparelho pelvipodálico ou calção, deve-se fazê-lo girar, sobre o lado não afetado. Este critério deve também ser adotado, quando se coloca o paciente em decúbito lateral.

— Conservação do aparelho — A eficiência do tratamento através do uso de aparelho gessado depende dos cuidados que devem ser dispensados para manter a sua dureza e integridade. Um aparelho amolecido ou quebrado pode alterar totalmente o curso do tratamento. É importante que, ao serem atendidas as necessidades de higiene e eliminação do paciente, seu aparelho seja protegido contra a umidade. Proporciona-se melhor proteção, nos pacientes com aparelhos que incluam a pelve, colocando-se um impermeável e papel absorvente na parte posterior do recorte do aparelho, quando há necessidade de usar a comadre. Nesta ocasião, eleva-se

a cabeceira da cama e apoia-se a região dorso-lombar com um travesseiro colocado no sentido longitudinal. Este recurso, além de reduzir o desconforto pelo uso da comadre, favorece a eliminação, através da ação da gravidade e evita que o aparelho entre em contato com fezes e urina. Caso o aparelho fique molhado ou sujo, a secagem e redução dos odores é conseguida através das mudanças de decúbito e exposição do paciente ao sol.

Quando não é utilizada malha tubular para confecção do aparelho, deve-se aplicar nas suas bordas tiras justapostas de esparadrapo. Estas, pelo fato de fixarem também o algodão interno, impedem o enfraquecimento dos bordos, pela fricção contínua do aparelho no leito.

— Complicações que podem ocorrer

Para proporcionar uma assistência eficiente ao paciente em Traumatologia, é indispensável que a enfermeira desenvolva habilidade para identificar sinais e sintomas das complicações a que os mesmos estão sujeitos. A manipulação das partes do corpo do paciente, durante o preparo do aparelho gessado, pode condicionar a dor, no entanto, não é suficiente conhecer este aspecto, é necessário que as reações globais do paciente sejam acompanhadas pela enfermeira. A presença de dor pode estar relacionada também a compressão ou garroteamento que talvez tenha ocorrido no momento de aplicar o algodão e as ataduras. É indispensável, portanto, verificar nos pacientes cujos membros estão incluídos no aparelho, a coloração das extremidades — cianose ou palidez, possível alteração de temperatura local em relação ao outro membro, alteração da sensibilidade, presença de edema, possibilidade de movimentação dos artelhos e possíveis manchas de sangue no aparelho gessado. Uma vez que se identifique qualquer sinal de alteração, embora o paciente não se queixe de dor, o médico

precisa ser imediatamente informado, pois pode estar ocorrendo alguma complicação, cuja consequência pode ser lesão nervosa ou vascular.

É desnecessário comentar sobre a importância das anotações completas e precisas que devem ser feitas no prontuário, sobre as observações realizadas e as providências tomadas. Com muita frequência, a intervenção médica se limita a um período inicial de observação, quando todos os controles mencionados devem ser rigorosamente registrados, de forma a seguir a evolução do problema. A partir de então, o médico decide sobre a próxima conduta.

IV — CUIDADOS GERAIS

— Higiene — apesar da imobilização com aparelho gessado, os hábitos de higiene corporal do paciente precisam ser mantidos.

As áreas corporais não imobilizadas devem ser levadas diariamente e as extremidades livres mergulhadas na água. Os pacientes cujas extremidades estão engessadas, devem ter seus dedos e artelhos lavados cuidadosamente, devendo ser dada atenção especial aos espaços interdigitais. Desta forma, evita-se a formação de crostas, ao mesmo tempo em que se favorece a circulação local, através da fricção.

Nos pacientes com calção gessado ou pelvipodálico, é necessário cuidado especial com o espaço inter-glúteo, para manter a área limpa e seca.

Com exceção do paciente com imobilização por minerva, os demais devem ter seus cabelos lavados semanalmente.

A higiene corporal é mais eficaz, quando o paciente tem aparelho somente em um dos membros. Uma vez que o estado geral permita, ele poderá ser levado ao chuveiro, desde que o aparelho gessado seja totalmente protegido com plástico. Se for necessário, para oferecer-lhe mais segurança, pode-se colocar uma

cadeira no box do chuveiro, para que ele permaneça sentado durante o banho. Em se tratando de imobilização até a raiz da coxa, o paciente precisa sentar-se numa cadeira e apoiar o membro sobre um banco ou cadeira.

— Alimentação

A inclusão não cardápio de verduras, frutas e alimentos ricos em proteínas, é importante para manter a taxa de Nitrogênio, além de favorecer a eliminação intestinal.

— Eliminação

Deve-se estar atenta para que o ritmo do funcionamento intestinal seja conservado dentro dos limites normais. Além da adequação de alimentação e da adoção de posição mais apropriada, a enfermeira deve ensinar ao paciente a realizar exercícios respiratórios com os músculos abdominais, que também colaboram na eliminação do conteúdo intestinal.

— Movimentação

A incidência de osteoporose, nos ossos de uma região que permanece imobilizada por longo tempo, deve-se à descalcificação e desmineralização.

Dentro das limitações impostas pela imobilização, a enfermeira precisa aplicar algumas medidas preventivas relativas a esta complicação; trata-se da mudança freqüente de posição — ativa ou passiva.

A participação do paciente na sua higiene corporal, nas atividades de vestir-se e despir-se, sentar-se e colocar ou retirar objetos da mesa de cabeceira, não deve ser considerada somente como uma forma de torná-lo o mais independente possível. É algo mais importante, é a forma de mantê-lo ativo, contraindo e relaxando continuamente seus músculos e utilizando ao máximo suas articulações livres do aparelho gessado.

Ele precisa também aprender a con-

trair regularmente os músculos das regiões imobilizadas, para prevenir a atrofia muscular.

A utilização da cama com trapézio, proporciona ao paciente, condições para que se movimente mais frequentemente, elevando o corpo ou movendo-se de um lado para outro. Além de manter-se ativo, ele pode cooperar melhor com o pessoal de enfermagem. É oportuno lembrar, no entanto, que se a utilização continua e prolongada do trapézio da cama fortalece os músculos flexores do antebraço, por outro lado, não solicitam os seus antagonistas, os extensores. E, caso a forma de ambulação futura do paciente seja com auxílio de muletas, suas dificuldades serão maiores, uma vez que os extensores do antebraço poderão estar enfraquecidos.

Pode-se prevenir este problema, solicitando ao paciente que estando em decúbito dorsal, aplique as mãos espalmadas sobre o colchão, de forma a elevar a cabeça e o tórax. Quando colocado em decúbito ventral, elevar o tronco, aplicando da mesma forma, as mãos espalmadas sobre o colchão.

Cuidado após a remoção do aparelho

Depois de removido o aparelho gessado, verifica-se que a pele geralmente está recoberta por uma camada grossa de células descamadas e mortas. Para auxiliar na sua remoção, aplica-se uma substância emoliente em toda área comprometida. Decorridas 24 h, pode-se iniciar cuidadosamente a remoção das crostas, utilizando-se pano macio, água morna e sabão neutro; caso não seja possível a remoção completa das crostas, por ocorrer queixa de dor e desconforto, repetir a aplicação do emoliente para que a limpeza da pele seja eficiente e não ocasione lesões ou irritações.

Talvez seja este o momento decisivo na recuperação das funções musculares e articulares do paciente. Ele necessita de encorajamento, de apoio e compre-

ensão por parte da enfermeira, para que, progressivamente, possa voltar às suas atividades anteriores.

É muito provável que o medo da dor, —a insegurança decorrente da redução da massa e da força muscular e as limitações da amplitude articular mantenham o paciente num estágio de dependência para determinadas atividades.

Ele deve ser encaminhando ao médico, para receber orientação sobre a próxima etapa do tratamento. Uma vez completada a consolidação óssea, as funções do sistema locomotor precisam ser recuperadas, sendo freqüentemente necessário, a atuação do fisioterapeuta e da terapêuta ocupacional. Desta forma, o paciente estará recebendo uma assistência mais eficiente e completa, por parte do Hospital.

Vimos que, o “caminho” percorrido pelo indivíduo após um acidente, é longo e geralmente penoso; é fundamental portanto, que durante todo o período de

imobilização, ele tenha sido motivado a recomeçar sua vida, às vezes de um ponto mais difícil por causa da interrupção e das limitações, mas o importante é que, pela sua atuação, a enfermeira tenha conseguido atingir um grau efetivo de comunicação com o paciente e família e que estes, em conjunto, possam enfrentar a próxima etapa do restabelecimento.

Conclusão

Nas unidades de Traumatologia, onde a enfermeira tem oportunidade de aplicar sistematicamente seus conhecimentos, de Anatomia e Fisiologia do sistema locomotor, o trabalho não pode ser rotineiro. É necessário desenvolvê-lo através da individualização da assistência ao paciente e assim proceder à aplicação de medidas preventivas que ajudem a evitar limitações físicas que levam o indivíduo à incapacidade funcional.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — ALVIM, E.F. — A formação profissional no mundo atual. **Rev. Bras. Enf.**, 20 (4): 229-234, 1967.
- 2 — CONNOLL and FISCHER — Promotion of physical confort and safety. Boston University.
- 3 — HORTA, W. — Aspectos do conforto do paciente em hospitais **Rev. Bras. Enf.** XVII : 115-118, jun./ago. 1964.
- 4 — LARSON, C.B. and Gould, M. — Orthopedic Nursing the C.V. Moshy Company — 17.º ed., Saint Lous, 1970.
- 5 — OLIVEIRA, M.I.R. — A reforma universitária e o curso de de graduação para enfermeiras **Rev. Bras. Enf.**, Rio de Janeiro, 20 (4) : 35, ago. 1967.
- 6 — OLIVEIRA M.I.R. — Atividade de enfermagem. In Simpósio Nacional sobre currículo do curso de Graduação em Enfermagem, São Paulo, Escola de Enfermagem, USP, 1968.
- 7 — ORTS, F.L. — Anatomio humana, 3.ª ed., Barcelona, Editorial Científico, Médica, 1963.
- 8 — WIEBE, A.M. — Orthopedics in Nursing — W.B. Saunders Company, Philadelphia and London, 1961.