

ALGUNS ASPECTOS QUE FUNDAMENTAM A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES EM TRAÇÃO

Terezinha Aparecida Neves *
Celina de Arruda Camargo *
Marlúcia N. Comarú *

RBEEn/07

NEVES, T.A., CAMARGO, C.A. e COMARÚ M.N. — Alguns aspectos que fundamentam a assistência de enfermagem a pacientes em tração. *Rev. Bras. Enf.*; DF, 29 : 56-63, 1976.

I. INTRODUÇÃO

Dando prosseguimento aos aspectos que englobam a assistência de enfermagem a pacientes com comprometimento do sistema músculo-esquelético, é nosso propósito nesta oportunidade abordar a atuação da enfermeira na assistência do paciente em tração.

Em Traumatologia o atendimento de enfermagem objetiva participar da promoção, manutenção e recuperação da saúde do indivíduo traumatizado com a finalidade de torná-lo independente, tanto quanto possível, da ação e ajuda de outros. Desta forma a enfermeira durante o tratamento deve elaborar, participar de execução e supervisionar o plano de assistência de enfermagem que deve ter como objetivo ajudar o paciente a satisfazer suas necessidades e evitar complicações secundárias.

II. CONCEITUAÇÃO

O início do programa de assistência

deve ocorrer quando o paciente é admitido no Hospital e prosseguir durante todo o período de internação sujeito naturalmente a reformulações, conforme a evolução do estado do paciente.

A elaboração do plano de atendimento de enfermagem, deve fundamentar-se nos conhecimentos de enfermagem geral e também nos conhecimentos específicos de traumatologia.

A determinação dos objetivos de enfermagem na assistência do paciente em tração, depende dos propósitos a serem alcançados, entretanto existem alguns objetivos que podem ser constantes no atendimento de pacientes com afecções traumatológicas, tais como:

1. ajudar o paciente a satisfazer as necessidades condicionadas pela lesão e pelo tratamento a que é submetido.

2. evitar complicações secundárias conseqüentes da imobilização no leito, imposta pelo próprio tratamento, tais como:

- diminuição da amplitude articular
- diminuição da força muscular

* Enfermeiras da Divisão de Reabilitação Profissional de Vergueiro — Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

- instalação de deformidade
- problemas respiratórios
- problemas circulatórios
- distúrbios urológicos
- distúrbios gastro-intestinais
- formação de escaras.

Para alcançar estes objetivos, o programa de assistência de enfermagem deve seguir par e passo o tratamento médico que no caso de imobilização por tração, poderá ou não sofrer algumas alterações no decurso do tratamento. Para assegurar o bom êxito do tratamento a ser oferecido, acreditamos ser oportuno lembrar alguns princípios que norteiam este tipo de tratamento.

a) Imobilização por tração — o princípio da tração aplicada ao corpo humano pode ser entendida como uma força externa e contínua aplicada sobre um segmento corporal, na tentativa de neutralizar a contratibilidade muscular.

Dependendo do tipo de lesão e da região que sofreu o impacto, verificamos no osso, desvio no seu eixo original e conseqüente encurtamento do segmento. Isto se deve por contração de alguns grupos musculares que atuam isoladamente, uma vez que se desfez o equilíbrio entre o ponto de aplicação e o ponto de resistência da força muscular.

b) Tipo de tração — para vencer a resistência muscular e proporcionar a imobilização desejada, o médico ortopedista muitas vezes recorre à tração. Os tipos de tração mais comumente utilizados são: tração óssea e tração através da pele.

A tração da pele atua indiretamente sobre o osso, uma vez que é aplicada sobre a pele; é conseguida mediante a aplicação de tiras adesivas sobre a pele do segmento a ser traicionado. É indicada quase sempre para a redução de fraturas em crianças, e para adultos, somente quando deve permanecer por curto espaço de tempo. Este tipo de tração tem algumas desvantagens; não suporta quantidade elevada de peso, e é contra-indicada na presença de lesões de pele e de alergias.

A tração transesquelética é aplicada diretamente sobre o osso, e se faz mediante a passagem de um fio metálico no seu segmento distal. Esta tração tem a vantagem de suportar uma força bastante elevada, sendo portanto freqüentemente indicada no tratamento das fraturas dos membros superiores e membros inferiores de pacientes adultos. Outra vantagem da tração óssea transesquelética é que esta forma de tratamento pode ser mais demorada.

Dadas as suas características, alguns ortopedistas consideram a tração da pele como transitória e a tração óssea como prolongada. Visto, embora de forma genérica, os princípios que fundamentam o tratamento por tração, vejamos suas implicações na assistência de enfermagem.

III. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

1. O paciente face ao traumatismo e tratamento

A maioria dos pacientes que necessitam de assistência em hospital traumatológico, são pessoas sadias que devido a um acidente suas atividades foram abruptamente interrompidas para dar início ao tratamento que suas condições físicas exigem no momento.

Em que esta interrupção de atividade afeta o paciente? Estaria ele preparado para ausentar-se de seu lar e separar-se de sua família no momento? Como ficaram seus filhos? Seus familiares estão a par do acidente? Quem poderia assumir a responsabilidade de seus filhos e de sua casa? Quais as informações que o paciente já tem, se as tem, sobre fratura? O que significa para ele ficar imobilizado por determinado período de tempo? A resposta a estas indagações devem fazer parte das informações que a enfermeira vai utilizar-se para planejar a assistência de enfermagem ao paciente. Quando a enfermeira conhece a reação do paciente face ao problema do traumatismo e do tratamento por tração, é mais pro-

vável que ela consiga sua indispensável cooperação e ajuda durante o tratamento. Utilizando-se de sua habilidade de comunicação a enfermeira deve procurar inteirar-se das preocupações do paciente, suas angústias e ansiedade, a dor física e às vezes moral, e, na medida do possível, procurar atendê-lo nestas necessidades. Na verdade, muitas vezes ele necessita mais de apoio e compreensão do que de fortes sedativos. Assim atuando a enfermeira estará prestando uma assistência de enfermagem ao cliente que segundo Horta (5) é definida como: "a ciência e a arte de *assistir* o ser humano (indivíduo, família e comunidade) no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover sua saúde em colaboração com outros profissionais. Assistir, em enfermagem, é: fazer pelo ser humano tudo aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar, orientá-lo ou ensiná-lo, supervisioná-lo e encaminhá-lo a outros profissionais."

2. Passagem do fio da tração

Um paciente que de um momento para o outro é transportado para o hospital, nem sempre está em condições higiênicas adequadas para se submeter a um tratamento médico, seja em razão dos seus hábitos higiênicos ou das sujidades resultantes do próprio acidente.

Remover as sujidades, desde que as condições do paciente o permitem, é um dos primeiros passos para a prevenção ou diminuição de possível contaminação. O preparo da pele consta de limpeza com água e sabão e tricotomia, se necessário, da área onde vai ser introduzido o fio de tração ou aplicado o adesivo.

Enquanto se procede ao preparo da pele deve-se explicar ao paciente: no que consiste a passagem do fio ou aplicação do adesivo; como é feita; o material usa-

do; a fraca sensação de dor semelhante à dor causada por introdução de uma agulha de injeção, não sendo portanto, indicado o uso de anestésico.

Após proceder à assepsia, o médico necessitará do seguinte material esterilizado: fio de tração e o aparelho próprio para seu uso; rolha de cortiça; gaze; algodão ortopédico e atadura de crepe. O estribo deve adaptar-se não somente ao fio passado mas também à região corporal submetida ao tratamento.

Quando se trata de tração de esparadrapo o material utilizado é esparadrapo largo, algodão ortopédico, atadura de crepe, um pedaço de madeira medindo aproximadamente 10 cm x 10 cm com orifício central e cordão de nylon.

Depois do procedimento médico o paciente deve ser acamado.

3. Transferência do paciente para o leito

A primeira preocupação quando se recebe um paciente com tração, é a escolha da cama; esta deve ser ortopédica ou adaptada com quadro balcânico, contendo barras transversais e longitudinais, roldanas e trapézio. O estrado deve ser firme e o colchão macio, permitindo distribuição uniforme do peso do corpo do paciente.

A transferência do paciente da maca para a cama deve ser feita com o máximo cuidado, de forma a evitar a exacerbação da dor devido à mobilização da parte afetada, podendo vir a ocasionar complicações de ordem circulatória.

Nas trações de um dos membros inferiores e/ou de membros superiores, simplifica-se o trabalho quando se inicia a transferência pelo lado não traumatizado. O paciente, quando pode, utiliza-se do trapézio da cama, flete o joelho do membro, não lesado, apoiando parte do peso do corpo sobre a perna e o pé e, com movimentos coordenados com o servidor de enfermagem, eleva o corpo e movimentam-se em direção ao centro da cama.

As pessoas que o atendem nesta ocasião, devem ter sua atenção voltada para o foco da fratura, mantendo leve tração na articulação distal; desta forma previne-se a dor, que é decorrente da mobilização dos fragmentos ósseos em contato com as partes moles.

Caso o paciente não tenha condições para ajudar, duas ou mais pessoas deverão transferi-lo para o leito, utilizando para isto lençol da maca. Os movimentos deverão ser seguros e coordenados.

Uma vez acamado, a mesa de cabeceira deverá ser colocada do lado que ofereça melhores condições de uso por parte do paciente.

4. Instalação da tração

Para um atendimento rápido e eficiente é necessário que o material a ser utilizado na instalação da tração esteja em condição de uso imediato e em local de fácil acesso.

Esse material varia de acordo com a tração:

- a) Tração de esparadrapo — material:
 - lençol para apoio
 - suporte de peso
 - peso.
- b) Tração transesquelética — material:
 - cordões de nylon
 - pesos e suporte de peso
 - goteiras de Brown ou Thomas
 - faixas de algodãozinho
 - esparadrapo
 - tesoura
 - algodão ortopédico

Selecionado o material a ser usado na instalação da tração a mesma deve seguir a prescrição médica quanto à quantidade de peso, angulação, alinhamento e tipo.

Para atuar com segurança e precisão

a enfermeira deve aplicar seus conhecimentos de anatomia e fisiologia do sistema músculo-esquelético e os princípios de física (lei do equilíbrio e de biomecânica) nos quais se fundamentam o tratamento por tração.

Ao se instalar a tração deve-se considerar o conforto do paciente, a liberdade necessária para os cuidados higiênicos e a manutenção da tração, conforme a prescrição médica.

Quando se faz uso de goteiras, travessieiros ou alças de suspensão deve-se observar a angulação dos mesmos para que coincidam com as articulações do paciente. A extensão dos planos inclinado e horizontal do aparelho de Brown deve ser proporcional à extensão do membro que sobre eles se apóia.

Enquanto a tração está sendo instalada, a enfermeira deve aproveitar este momento para conversar com o paciente. Ele está passando por uma adaptação da imagem corporal primitiva substituída pela imagem atual; acrescido de estar num ambiente estranho, afastado de seus familiares, sujeito a dor e a incerteza quanto à evolução do tratamento e ao prognóstico. Tudo isto pode levar a alterações de comportamento; portanto necessário se faz estabelecer um meio de comunicação que ofereça segurança ao paciente dando-lhe oportunidade para falar de si, do acidente, dos problemas, olvidar e portanto aliviar a preocupação.

Existe um relato de experiência (4), cuja autoria é de um paciente, no qual ele finaliza dizendo: "esta foi minha experiência e faço um apelo às Marias Isabels, aos Josés, aos Carlos e às Cristinas, aos "anjos brancos" que passam alguns dias por nossa vida. Nós precisamos de muito calor humano, nós precisamos ser orientados, nós precisamos mais do que nunca de uma verdadeira afeição e não de um quase "mecânico." Como passou a noite "seu" Gilberto?

"Precisamos sentir que há desejo imen-

so de nos ajudar a vencer o pavor daqueles penosos momentos.”

Há vários fatores de interação que irão afetar a dinâmica da situação e há várias técnicas a serem usadas, sendo primordial atingir o resultado final qual seja: a interação futura da enfermeira x paciente oferecendo a este um ambiente de cordialidade onde o medo seja reduzido e a confiança aumentada.

Após instalar a tração e revistos os pontos chaves da mesma, tais como: angulação, trajeto do cordão, posição do membro, apoio, segurança dos pesos, a enfermeira fará a apresentação do paciente aos demais companheiros de enfermaria e funcionários. Um ambiente assim trabalhado oferece ao paciente condições de acalmar a ansiedade, relaxar e confiar.

5. Manutenção da tração

A tração é considerada parte do tratamento quando atua diretamente no foco de fratura e isto é conseguido mantendo o paciente em posição anatômica. Esta posição, além de interferir no tratamento da fratura, também é causa de deformação ou implicação de processos invalidantes que o paciente pode adquirir por comodidade ou por informação insuficiente sobre sua importância.

Para que o paciente fique em posição anatômica, estando ele em tração, necessário se faz a aplicação de uma força de *contra-tração* que neutralize a força tracionadora. Estas forças, tracionadora e de contra-tração devem ser constantes em quantidade e direção até que se efetue o calo ósseo.

O tratamento postural deve ser aplicado individual e especificamente a cada paciente, segundo seu diagnóstico, embora existam alguns procedimentos que podem ser aplicados como regra geral a manutenção da posição anatômica do corpo, exemplo: uso de *coxim* para a correção de rotação de membro, posição de *trendelenburg* como contra-tração em

fratura de membros inferiores, *proclive* como contra-tração em tração craniana, ação do *peso do corpo* como contra-tração quando se usa balancim...

Além de mantermos o paciente em posição anatômica, outras medidas devem ser tomadas para evitar modificações que podem interferir no tratamento. As principais interferências são representadas por alteração de peso e desvios de posição. As alterações mais comumente encontradas com relação ao peso são representadas por: apoio do suporte sobre alguma barra da cama, diminuição da quantidade de peso (falta de peso), fricção do cordão pela presença de nós ou emendas, roupas sobre o cordão de tração, mal funcionamento das roldanas. Os desvios de posição são evitados pela escolha adequada da cama, colchão, localização da mesa de cabeceira e ação das forças tracionadoras e de contra-tração.

6. Cuidados higiênicos

Os cuidados pessoais dispensados ao paciente em tração exigem certas particularidades, para que o tratamento não seja alterado devido à mudança de posição.

Normalmente o paciente em tração tem condições de efetuar a sua higiene e esta atuação deve ser estimulada. O material para higiene pode ser colocado ao seu alcance para que inicie o banho lavando e secando: a face, parte anterior do tórax, braços e axilas; os antebraços e as mãos devem ser emergidas na bacia com água para oferecer melhores condições de limpeza e conforto. Para lavar a face posterior do tórax, o paciente deve elevar-se do leito, não se deve permitir que se movimente para o lado, pois estariam sendo deslocadas as forças tracionadoras, o que prejudicaria o tratamento. Para elevar-se, deve usar o trapézio. Quando isto não for possível, duas ou mais pessoas deverão elevá-lo, enquanto outra pessoa lava suas costas.

A higiene íntima deve ser feita com o paciente sobre a comadre; esta é colocada com o auxílio do paciente, que eleva a bacia através da utilização do trapézio. Teremos assim oportunidade de proporcionar ao paciente cuidado higiênico mais satisfatório dando-lhe maior segurança e conforto, ao mesmo tempo que evitamos que se molhe a cama, o que é muito prejudicial para a sua pele.

Perna e pé do membro não traicionado serão emergidos na bacia com água. Este aspecto do cuidado é parcialmente feito pelo paciente, pois dificilmente ele conseguirá alcançar suas extremidades; caso não possa realizar esta parte do seu cuidado deve participar, secando-se.

a) Troca de roupa da cama

A troca de roupa da cama é feita em 3 etapas:

— o paciente eleva a parte superior do tronco com o auxílio do trapézio ou ele é elevado pelos servidores de enfermagem — com o lençol limpo forra-se a parte do colchão correspondente à cabeceira da cama até a altura da bacia, ao mesmo tempo em que se remove o lençol sujo. Enquanto se prende as bordas do lençol, o paciente descansa;

— a seguir eleva o quadril, com o auxílio do trapézio e se possível do seu membro inferior não comprometido (— conforme técnica de transporte anteriormente descrita), sendo o lençol passado até a altura do aparelho de tração;

— continuando a substituição dos lençóis, com um dos antebraços o servidor eleva o aparelho de Brown e com a mão livre forra o 1/3 inferior do colchão. O lençol sujo é removido e o limpo preso sob o colchão.

O lençol que cobre o paciente não deve interferir na tração, e a extremidade do membro traicionado mantida descoberta para melhor observação.

Em caso de clima frio, o membro traicionado deve ser coberto em separado.

A lavagem da cabeça segue a técnica utilizada para paciente acamados.

b) Eliminações

A colocação da comadre deve seguir o esquema da elevação da bacia. Utilizando-se um travesseiro como apoio na região dorso-lombar oferece-se mais conforto ao paciente.

Quando o membro traicionado está com goteira de Brown deve-se estar atento para as condições higiênicas da atadura de morim que reveste o aparelho, pois em consequência da proximidade com a região genital pode haver contaminação por urina e fezes.

7. Aspectos preventivos

A função da enfermeira não se limita aos cuidados anteriormente descritos, mas além destes, também tem como função a prevenção de complicação e o paciente imobilizado está predisposto a tê-las.

Uma das principais complicações oriundas da imobilização é o aparecimento de *escaras*; rápidas para aparecerem e demoradas para desaparecerem.

O estado nutricional e a idade avançada são fatores que aceleram seu aparecimento sendo estas mais comuns nas regiões de saliências ósseas. Tentando evitá-las, a enfermeira deve proporcionar apoio a estas áreas através do uso de coxins ou discreta elevação da região.

A região sacra, por exemplo, pode ser protegida utilizando-se coxim de espuma, não muito alto, de aproximadamente 5 cm, para que não interfira no equilíbrio da tração. A compressão do calcâneo sobre o colchão ou sobre a atadura de amorim do aparelho de Brown, pode ser evitada colocando-se um pequeno coxim de espuma sob a região do Tendão de Aquiles. A enfermeira deve estar vigilante para que a área de compressão seja mudada com frequência. Sua aten-

ção deve estar voltada também para a posição do outro membro a fim de evitar escaras de calcâneo e deformidade em flexão.

Outro procedimento preventivo é a massagem após o banho, com creme hidratante nas regiões vulneráveis quais sejam: região do omoplata, cristas ilíacas; região sacra, região do trocanter, calcâneo...

Outra complicação conseqüente ao próprio tratamento são as limitações articulares e contraturas musculares que podem afetar não somente o membro em tração como as demais partes do corpo.

Uma das medidas preventivas em tais casos é a estimulação do paciente para o autocuidado, pois ao desenvolver estas atividades estará colocando em movimento os músculos e as articulações.

O controle permanente da posição do paciente no leito pode evitar deformidades tais como: pé equino e rotação do membro. O equinismo pode ser evitado oferecendo apoio plantar fixo ou articulado abrangendo toda a extensão dos pés.

Quando o membro está em tração, pode-se usar malha tubular vestindo pé (como meia), fixa a uma das hastas da cama. Para movimentar a articulação tíbio-tarsica devemos utilizar um cordão com uma das extremidades amarrada a malha tubular e a outra após passar por roldanas deve ficar ao alcance do paciente. Como os artelhos podem sofrer maior tensão da malha tubular, deve-se acolchoá-los para evitar os prejuízos que esta tensão pode causar. A rotação do membro, quando inferior, segundo Camargo (1) pode ser prevenido com auxílio de rolo de lençol. Este lençol deve ser dobrado no sentido da extensão e a largura da dobra deve corresponder à distância entre a crista ilíaca e a região do planalto tibial de forma que depois de enrolado possa impedir a rotação externa da região coxo-femural.

Além destes problemas, a imobilidade

no leito pode ocasionar distúrbios digestivos, intestinais e respiratórios. Os distúrbios digestivos e intestinais podem ser evitados oferecendo ao paciente alimentação de fácil digestão, rica em celulose e oferecendo-lhe a comadre nos seus horários habituais de evacuação.

Problemas respiratórios podem ser prevenidos através da utilização de frascos para exercícios respiratórios (sifonagem) ou encher bolas de ar e luvas ou respirar profunda e lentamente. A elevação do tórax que ajudaria bastante na dinâmica respiratória só poderá ser feita após permissão médica, pois interfere na tração.

Outro problema que o paciente em tração está sujeito é o desenvolvimento de infecção ao redor do orifício de entrada e saída do pino de tração. Para prevenir esta infecção deve-se manter cobertos estes orifícios tendo o cuidado de removê-lo periodicamente para verificação do local.

8. Preparo para alta

A permanência do paciente em repouso exige menor gasto energético dando ao organismo oportunidade de "diminuir" suas atividades. Ao lado disto, há também diminuição das atividades musculares e articulares. O paciente estando há algum tempo nestas condições ao levantar-se do leito poderá sofrer lipotímia ou dificuldade em manter posição ereta por diminuição de força muscular. Para evitar que isto ocorra o paciente deve ser levantado lentamente, utilizando quando possível a prancha ortostática, caso não haja prancha, pode-se iniciar com travesseiros, aumentando gradativamente a flexão do tórax. Para estar em condições de alta é necessário que o mesmo desempenhe seus cuidados pessoais independentemente.

A família deve ser informada sobre as limitações de mobilidade do paciente, assim como das suas possibilidades de cuidar-se. Quando é possível fazer uma

programação para alta o membro da família mais relacionado com o paciente deve ser convidado a vir vê-lo cuidar-se no leito. Se forem apresentados problemas que interfiram nas atividades do paciente no lar, estes devem ser discutidos e procurada uma solução antes que o mesmo deixe o hospital.

IV. CONCLUSÃO

O planejamento e execução de técnicas apropriadas de enfermagem, proporcionam aos pacientes submetidos ao tratamento por tração, condições para um restabelecimento mais rápido e livre de sequelas invalidantes ocasionadas pela imo-

bilidade no leito ou atuação deficiente daqueles que o assistem.

Através de planejamento da assistência de enfermagem a enfermeira terá recursos para verificar se os objetivos estão sendo alcançados; avaliar o trabalho que está sendo realizado com o paciente; avaliar e reformular o programa quando necessário e proceder a supervisão do pessoal de enfermagem com base na assistência que deseja oferecer ao paciente.

Desempenhando o papel de enfermeira clínica ou de educadora, a enfermeira que utiliza-se dos recursos aqui expostos, estará contribuindo para que o paciente reassuma, o quanto antes, seu papel junto à família e à sociedade.

BIBLIOGRAFIA

1. CAMARGO, C.A. — O paciente de acidente vascular cerebral e os aspectos de enfermagem em reabilitação. *Rev. Bras. Enf.*; 28 : 35-42, 1975.
2. CANELA, H.M. — Manual de Clínica Neurológica. São Paulo, Sarvier, 1967.
3. CONNOLL and FISCHER — Promotion of physical confort and safety. Boston University.
4. CORRIJO, G.D. — Eu, paciente! *Enf. Novas Dimensões*; 1(6): — 309-310, 1976.
5. HORTA, W.A. — Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processos. *Rev. Esc. Enf. USP*, 8(1): 7-17, março, 1974.
6. KOIZUMI, M.S. — O atendimento de enfermeira em relação à necessidade de auto-imagem. *Enf. Novas Dimensões*; 1(2): 69-74, 1975.
7. KAMIYAMA, Y e NAKAZAWA, C.K. — Problemas sentidos por pacientes de um hospital particular de São Paulo. *Enf. Novas Dimensões*; 1(6): 354-359, 1976.
8. LARSON, C.B. and GOULD, M. — Orthopedic Nursing the C.U. — Mosby Company — 17.º ed., Saint Louis, 1970.
9. WIEBE, A.M. — Orthopedic in Nursing — W.B. Saunders Company; Philadelphia and London, 1961.