

INOVAÇÕES NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ORTOPÉDICO

Sonia Hespanhol P. Corrêa^{1*}, Duzolina Maria Bortoletto¹, Maria Luiza de Castro e Silva², Márcia Regina A. C. Mello³

CORRÊA, S. H. P. et alii. Inovações na assistência de enfermagem ao paciente ortopédico. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 37(2): 139-146, 1984.

RESUMO. Tratam-se de descrições, justificativas, resultados e indicações de oito peças criadas por uma equipe de enfermagem do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Campus Universitário, face às dificuldades encontradas e superadas, no manuseio com pacientes ortopédicos e traumatológicos.

ABSTRACT. A nurses' team developed several kinds of appliances which are presented and discussed in the present article, in order to try to solve difficulties encountered in the inpatients' care of an Orthopaedic and Traumatologic Unit.

INTRODUÇÃO

A Ortopedia e Traumatologia cuidam de patologias ligadas ao aparelho locomotor, sejam essas de ossos, articulações, músculos ou nervos periféricos. Em muitas ocasiões se faz necessária a manutenção do paciente internado para o tratamento adequado e conseqüente reabilitação.

O paciente ortopédico apresenta características bem distintas que o diferenciam de outras especialidades, tornando-o um paciente que requer uma abordagem especial.

A manutenção de um paciente com problemas ortopédicos no leito é muito importante e difícil, pois, com isso, buscamos vários objetivos concomitantemente. Assim, ao mesmo tempo em que pretendemos a manutenção

de um paciente em determinada posição terapêutica, devemos por outro lado realizar a mobilização precoce das articulações lesadas ou não. Donde a necessidade de se programarem os cuidados de enfermagem específicos a cada patologia e a cada paciente individualmente.

O doente internado em uma clínica de ortopedia tem como características a total ou parcial dependência física para a manutenção de suas necessidades básicas; a alteração do fator psicológico, em conseqüência da interrupção, às vezes repentina, de suas atividades biopsicossociais; permanência por muito tempo internado ou em tratamento de reabilitação, pois todos os procedimentos nesse sentido são lentos; em geral esses pacientes devem permanecer em determinadas posições que limi-

*1. Relatora do trabalho no XXXV Congresso Brasileiro de Enfermagem, São Paulo, 24 a 30/09/83.

1. Enfermeiras Chefes da Seção de Enfermagem de Ortopedia e Traumatologia, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

2. Enfermeira da Seção de Enfermagem de Ortopedia e Traumatologia, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

3. Enfermeira da Seção de Enfermagem de Ortopedia e Traumatologia, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (atualmente Enfermeira Chefe da Seção de Enfermagem de Oftalmologia).

tam suas atividades básicas; necessidade do máximo conforto, dentro das posições possíveis.

Dadas estas características temos em mente destacar os cuidados de enfermagem que são prestados a esses pacientes.

O serviço de enfermagem de ortopedia e traumatologia cuida basicamente das necessidades higiênicas e nutricionais; proporciona posições de conforto, evitando deformidades; auxilia o tratamento conforme conduta médica; oferece apoio psicológico, visando o retorno às suas atividades normais o mais breve possível.

Para se colocar em prática estes cuidados fomos sentindo progressivamente muita dificuldade dada a falta de recursos disponíveis nesta área e a escassez de informações bibliográficas abordando o assunto. Na tentativa de se diminuir as dificuldades encontradas, fomos criando e aperfeiçoando, com o decorrer do tempo, formas que melhor se adequassem ao tratamento e ao mesmo tempo proporcionassem maior conforto ao paciente.

De acordo com a orientação médica, para o bom êxito das cirurgias realizadas, os pacientes deveriam assumir posições que colocavam em repouso este ou aquele membro. Para se conseguirem estas posições, encontrávamos uma série de dificuldades, dada a falta de material indispensável, isto é, acessórios próprios para cada caso. À medida que se faziam necessários, esses acessórios foram sendo modificados e melhorados, tendo como re-

sultado as improvisações que atualmente utilizamos. Nossa preocupação sempre foi proporcionar cuidados integrais ao paciente, usando as formas mais propícias ao tratamento terapêutico a ser feito.

DESCRIÇÃO DOS APARELHOS

Foram usados na confecção dos aparelhos por nós desenvolvidos vários tipos de materiais como madeira, ferro fundido, borracha, espuma e napa.

Para a montagem dos mesmos, utilizamos os serviços da Divisão de Engenharia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, dentro das condições existentes e possíveis.

Serão descritos esses aparelhos sem qualquer preocupação de critérios e prioridades.

Luva d'água

Os pacientes, submetidos ao repouso contínuo e prolongado em uma mesma posição, estão sujeitos à formação de escaras de decúbito nas proeminências ósseas e em pontos de maior pressão, pelo que necessitam de melhor proteção. Nesta tentativa colocamos sob aquelas áreas, uma luva cirúrgica (Figura 1) contendo uma quantidade de água suficiente para que atinja o objetivo desejado. Concluímos que realmente a luva com água propicia melhor circulação no local sujeito a maior pressão.

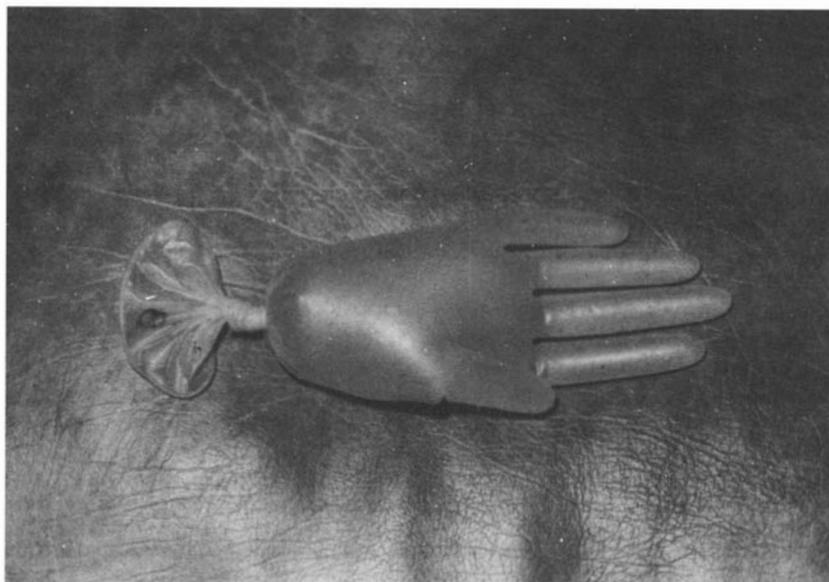


Figura 1. Luva d'água.

Almofada de espuma

Os pacientes portadores de hérnia de disco e lombalgias têm, na sua grande maioria, como tratamento conservador, o repouso em posição de Fowler. Esta posição conseguia-se com a colocação de seis a oito travesseiros superpostos sob a panturrilha, encostados na coxa, mantendo os quadris e os joelhos em posição de flexão. Pelo fato dos travesseiros serem unidades separadas, o paciente sentia-se desconfortável e, conseqüentemente, com dor devida a mobilidade dos travesseiros, que não se mantinham na posição correta ao tratamen-

to. Em substituição aos travesseiros adaptamos um objeto único. Foi feita uma almofada de flocos de espuma, de tamanho adequado ao nosso propósito. Para evitar a sua mobilidade com conseqüente desconforto e desequilíbrio do paciente, a almofada é colocada em um suporte de madeira (Figura 2) sustentada na sua base e em três laterais. A almofada e a parte interna do suporte são revestidas de napa, facilitando sua conservação e limpeza. Foram usados flocos de espuma para a sua confecção, dando-lhe consistência macia, o que evita a compressão de estruturas nobres e da pele.

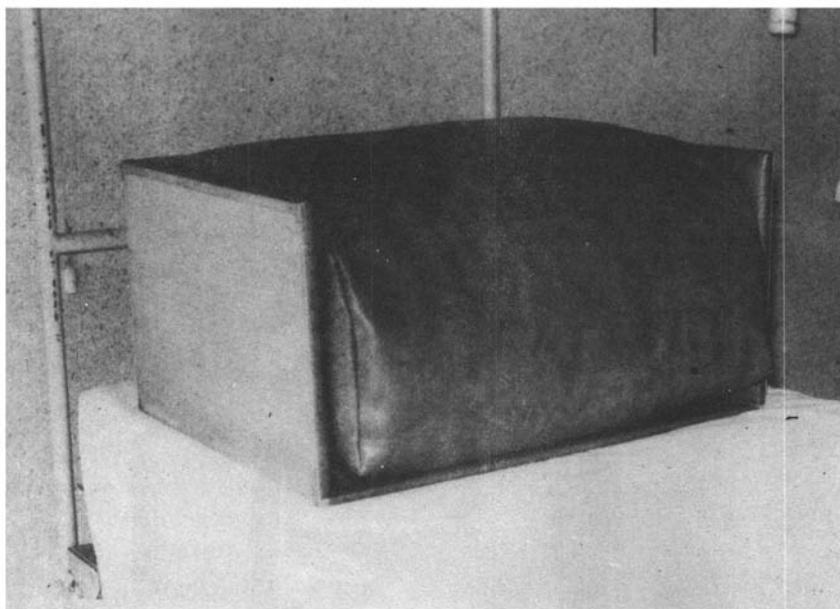


Figura 2. Almofada de espuma.

Suporte 90°

Em algumas ocasiões, é necessário manter o paciente, durante o período pós-operatório imediato, com o quadril e joelhos fletidos a 90°. Para se conseguir isso, tentávamos essa posição colocando travesseiros superpostos até formar o ângulo desejado. Este recurso, além de trazer desconforto ao paciente, não oferecia segurança, pois a posição do mesmo nunca permanecia estável. Daí surgiu a idéia de se fazer um suporte de madeira (Figura 3), revestido com uma fina camada de espuma e napa, que proporcionasse ao paciente a posição correta **desejada, com maior conforto e segurança.** Concluímos que o expediente adotado oferecia tal segurança e melhor posição, o que justifica o seu emprego.

Tábua em L

O paciente ortopédico sobretudo deve ser estimulado a sair do leito o mais breve possível. Devido à incapacidade existente no aparelho locomotor, ele necessita de ajuda de macas, pessoas e de cadeiras especiais, as quais nem sempre resolvem o problema. Na tentativa de superar essas dificuldades, procuramos uma maneira que facilitasse a tarefa, de modo a tornar o paciente menos dependente de um número excessivo de pessoas ou de aparelhos.

Para isso, idealizamos a chamada Tábua em L (Figura 4), que de uma maneira muito simples nos levou a alcançar o objetivo desejado. Essa Tábua em L possui a extremidade mais larga para encaixar no assento da cadeira de rodas, sob o paciente. A outra extremidade,

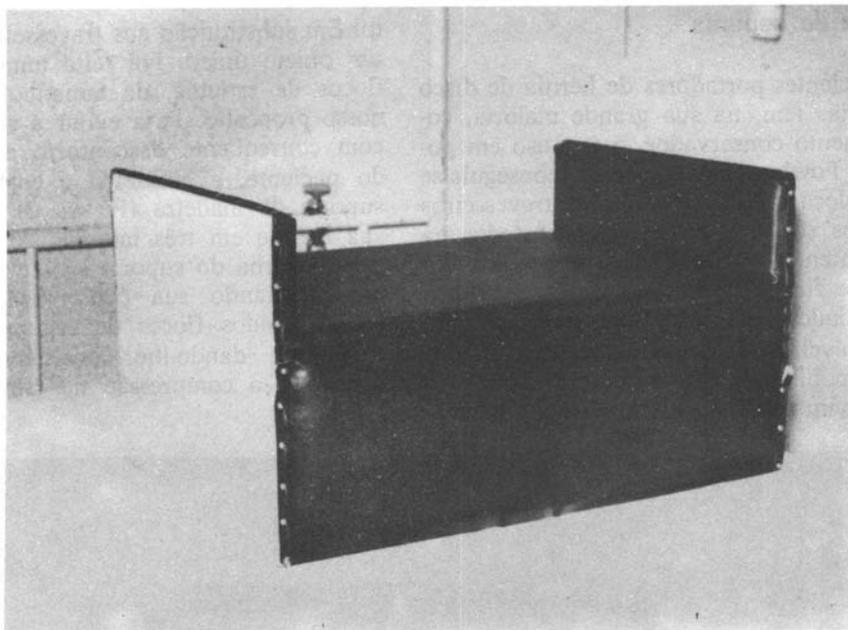


Figura 3. Suporte 90.º.

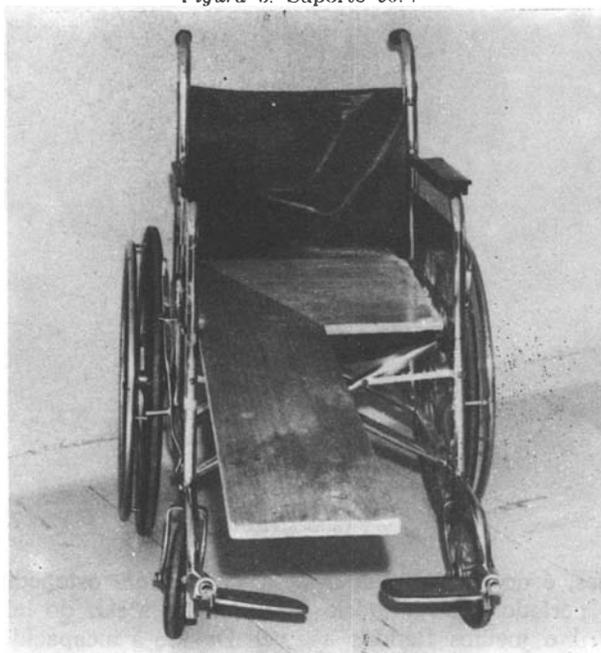


Figura 4. Tábua em L.

porque sustém o membro inferior afetado, é de um comprimento compatível ao tamanho do membro e de largura correspondente à metade da largura do assento. Graças a esse dispositivo, vários pacientes tornaram-se capazes de sair do leito mais rapidamente, de uma maneira mais livre, não necessitando de macas ou auxílio de outras pessoas.

Férula simples — férula dupla

Após certos tipos de cirurgia realizada nos

membros inferiores, era necessário, no pós-operatório imediato, manter o membro operado em uma determinada posição, estabelecida pelo cirurgião. A maior dificuldade, então, que encontrávamos era a manutenção, a longo prazo, da posição que nos era solicitada. Colocado o paciente na posição desejada, tentávamos mantê-la através de apoios feitos com travesseiros, lençóis, toalhas, coxins de areia ou cobertores.

No momento da colocação, tais recursos

eram satisfatórios, mas com o passar das horas eles iam-se tornando insuficientes permitindo que o membro operado perdesse a posição desejada. Apresentavam ainda certo desconforto ao paciente, devido à quantidade excessiva de tecidos e utensílios colocados sobre a cama. Dadas essas dificuldades procuramos desenvolver o que denominamos de fêrula simples (Figura 5). Consiste numa armação de madeira com apoios laterais e suporte terminal em prolongamento com a extremidade

distal da fêrula, sobre a qual se apóia o membro inferior. Esse suporte terminal é um apoio vertical mantendo o pé em posição anatômica. A fêrula é acolchoada com uma camada grossa de espuma e recoberta por napa, sendo levemente inclinada na porção proximal (apoio da coxa), para melhor conforto do membro*.

Para ocasiões em que a posição a ser mantida é desejada bilateralmente, desenvolvemos a Fêrula Dupla (Figura 6), que nada mais é do que a fêrula simples, montada numa única peça.

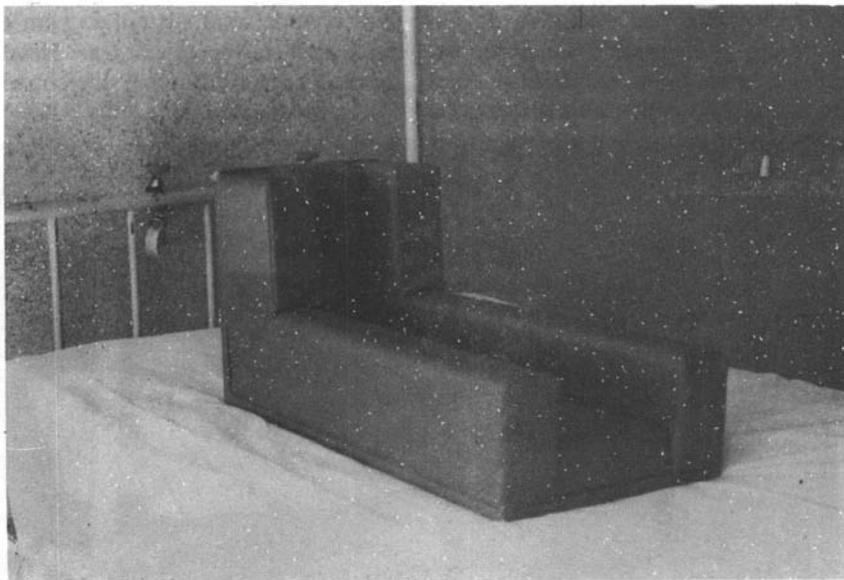


Figura 5. Fêrula simples

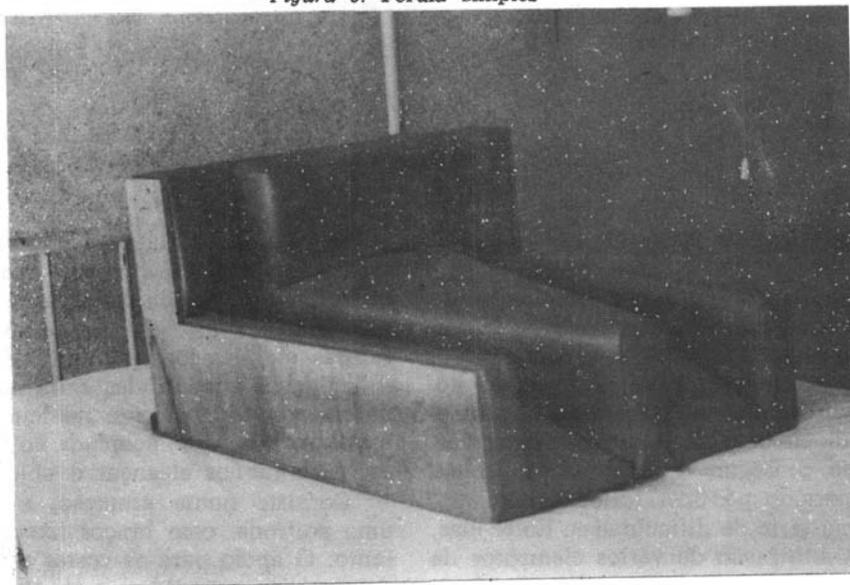


Figura 6. Fêrula dupla.

* Para a confecção desta peça utilizamos como modelo uma fêrula que foi por nós aprimorada, oferecida pelo Prof. Dr. Cleber A. Jansen Paccola, da área Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto — USP.

Com esse recurso conseguiu-se maior estabilidade para os membros operados, facilitando o pós-operatório, simplificando o trabalho de enfermagem e proporcionando maior conforto ao paciente, o que determina o restabelecimento desejado.

Suporte para leito gessado

Nas patologias que exigem repouso absoluto em decúbito dorsal, em que se usam leitos gessados para manter esse repouso, encontramos dificuldades quanto aos cuidados de enfermagem a serem dispensados ao paciente, tais como higiene, troca de cama, além do desconforto para o mesmo, principalmente porque

o paciente permanece por longo espaço de tempo no leito gessado e, se colocado sobre a cama sem apoio, determina uma instabilidade para o paciente que também não encontra apoio para os braços. Tais dificuldades eram apenas contornadas por meio de apoios feitos com travesseiros, toalhas, etc. Experimentamos então colocar o leito gessado sobre um suporte de madeira com encaixes dando maior estabilidade e facilitando o cuidado de enfermagem. Este suporte (Figura 7) consiste numa peça inteiriça de madeira colocada sobre a cama, que sustenta-o com estabilidade e, inclusive, a certa altura. Nesse suporte há apoios para os braços, acolchoados com espuma e recobertos com napa.

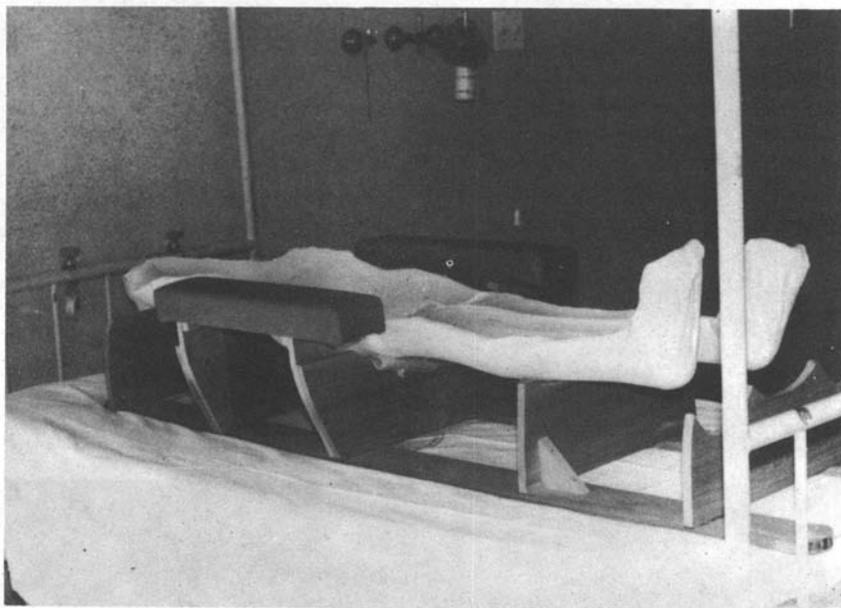


Figura 7. Suporte para leito gessado.

Encosto para sentar paciente no leito

A mobilização do paciente, principalmente o idoso, no leito, em período pós-operatório, é de extrema importância na sua recuperação. Graças a essa mobilização do paciente no leito, prevenimos escaras, complicações pulmonares, cardiocirculatórias, atrofia muscular, etc. Para se conseguir a mobilização do paciente em período pós-operatório, defrontamos com uma série de dificuldades. Entre elas, destacamos: utilização de vários elementos da equipe de enfermagem para realização dessa tarefa, num único paciente; presença de dor quando dessa manipulação; falta de equipamentos adequados para tal mister. Essa última dificuldade citada nos despertou a atenção,

pois sentíamos a falta de equipamentos para manter o paciente na posição adequada, o que dificultava a ação da enfermagem e gerava no paciente uma insegurança muito grande para futuras mobilizações. A partir de todas essas dificuldades encontradas e da importância da mobilização do paciente no leito, desenvolvemos uma peça que, acoplada ao leito ortopédico, permitiu-nos alcançar o objetivo desejado.

Consiste numa armação, no formato de uma poltrona, com braços laterais, sem o assento. O apoio para as costas e os braços são de madeira revestidos com espuma e napa. Este encosto, ao ser usado, é encaixado sobre a cama ortopédica, no seu sentido transversal, sendo que o colchão serve como assento (Figura 8).

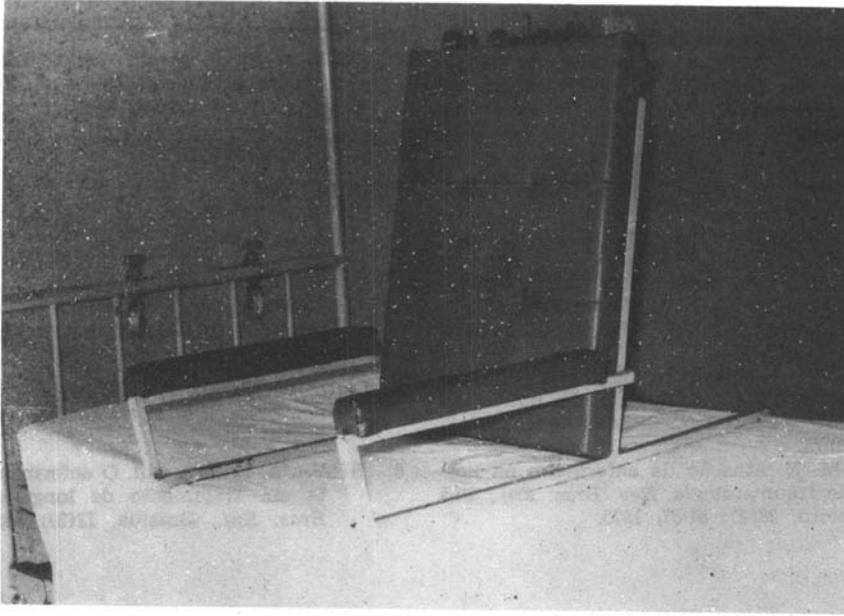


Figura 8. Encosto para sentar paciente no leito.

Conseguimos com este dispositivo resultados satisfatórios em benefício do paciente e do serviço de enfermagem, como os que seguem: conforto para o paciente sentado no leito com segurança, o que lhe proporciona maior ventilação pulmonar; estímulo para uma alimentação mais eficaz; facilidade para o lazer do paciente que pode ler, escrever, etc.; maior amplitude de visão sobretudo para pacientes idosos; facilidade para higiene pessoal, troca de roupas e fisioterapia, determinando tudo isso a reabilitação desejada para o paciente.*

CONCLUSÃO

A necessidade de solução para os problemas que vimos enfrentando, ao longo de três anos de trabalho contínuo e direto com pacientes nesta Unidade de Ortopedia, despertou-nos a criatividade no sentido de procurar resolvê-los de uma maneira mais prática.

Temos observado que estes vários aparelhos muito têm contribuído na execução de nossa tarefa dentro da Enfermaria de Ortopedia e Traumatologia.

Durante a utilização dos mesmos, torna-se cada vez mais evidente o seu auxílio aos pacientes, permitindo a estes um maior conforto em período pós-operatório, realização mais eficiente dos cuidados, prevenção de

complicações do tratamento e outros fatores, que juntos têm levado a uma recuperação mais rápida e mais fácil dos pacientes.

Do ponto de vista da enfermagem estes aparelhos têm facilitado nossa atuação, tornando nosso trabalho mais eficiente e menos penoso.

Outro fator que merece menção é o baixo custo e a facilidade da confecção destes aparelhos, que contrastam com sua utilidade.

RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES

É nosso objetivo divulgar os recursos citados com a intenção de que outros profissionais possam conhecê-los, aplicá-los e aperfeiçoá-los. Esperamos que as dificuldades por nós encontradas e superadas, possam estimular outras equipes de enfermagem, que convivem com problemas ortopédicos e traumatológicos, a encontrarem e desenvolverem novos métodos e experimentos, tendo sempre como objetivo único o bem estar do paciente e o auxílio em sua recuperação.

Agradecimentos: A Maria Auxiliadora Trevizan, Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto — USP. Ao Dr. Helton L. A. Delfino, Auxiliar de Ensino da Área Ortopedia e Traumatologia, Hospital das Clínicas da Faculda-

* Esta peça é conhecida no nosso Serviço como Cadeira Vecchi, em homenagem à Diretora de Serviço deste, e está sendo providenciada sua patente.

de de Medicina de Ribeirão Preto — USP. À Lellys Ballesteros Vecchi, Diretora de Serviço da Seção de Enfermagem de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto — USP.

CORREIA, S. H. P. et alii. Innovations in nursing care to the orthopaedic patients. *Rev. Bras. Enf. Brasília*, 37(2): 139-146, 1984.

BIBLIOGRAFIA

1. ASTON, J. N. Ortopedia: descrição e termos ortopédicos. In: Guia básico de ortopedia e traumatologia. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1981.
2. COMARÚ, M. N. Paciente hospitalizado: atuação da enfermeira na prevenção de limitações físicas. *Rev. Bras. Enf.*, Rio de Janeiro, 28(4): 22-29, 1975.
3. COMARÚ, M. N. Atuação da enfermeira na unidade de traumatologia. *Rev. Bras. Enf.*, Rio de Janeiro, 28(2): 81-87, 1975.

CONSULTADA

4. COMARÚ, M. N. & CAMARGO, C. A. Assistência de enfermagem no pré e pós-operatório de ortopedia e traumatologia. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 29(2): 30-35, 1976.
5. DONAHOO, C. A. & DIMON, J. H. *Enfermagem em ortopedia e traumatologia*. São Paulo, E.P.U., 1979.
6. SILVA, A. L. C. et alii. O enfermeiro e o paciente em tratamento de longa duração. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 33(3): 356-364, 1980.