

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR À PESSOA COM ESFACELO GRAVE DA MÃO: ESTUDO DE CASO

Data de aceite: 02/12/2024

Carlos Emanuel Soares Ferreira

Escola Superior de Saúde da
Universidade de Aveiro, Portugal.
Unidade Local de Saúde Entre Douro e
Vouga, EPE, Serviço de Ortopedia, Santa
Maria da Feira, Portugal.

Maria Elisabete Gaspar Valente Vinhas

Escola Superior de Saúde da
Universidade de Aveiro, Portugal.
Unidade Local de Saúde da Região de
Aveiro – UCC Ovar, Portugal.

Maria de Jesus Lopes Alves de Melo

Escola Superior de Saúde Da
Universidade de Aveiro, Portugal.
Unidade Local de Saúde Entre Douro e
Vouga, EPE, Serviço de Cirurgia Geral,
Santa Maria da Feira, Portugal.

RESUMO: O trauma da mão representa uma das lesões, que com maior frequência, pode deixar sequelas funcionais importantes. A idade mais afetada é a economicamente ativa. A amputação remete para a perda de uma parte do corpo humano, implicando um conjunto de mudanças não só físicas, mas também psicológicas e sociais, com impacto ao nível da imagem corporal. Além disso, parece interferir de forma marcada

no ajustamento psicossocial dos indivíduos que vivenciam o fenómeno, quer com influência na sua autoestima, mas também no possível aparecimento de sintomatologia psicopatológica e no funcionamento social. A metodologia utilizada foi a entrevista ao utente, a observação direta e realização de pesquisa bibliografia sobre esta temática. Este estudo, baseia-se no caso clínico de um homem de 58 anos de idade, casado, construtor civil, vive com a esposa e filha e como habilitações literárias detém a 4^a classe. Tem como antecedentes pessoais dislipidemia e artroplastia total da anca esquerda. Deu entrada no serviço de urgência de um Hospital da Região Centro de Portugal, com esfacelo grave da mão direita, com fratura do carpo e metacarpo, causada por serra de corte de madeira. O objetivo deste estudo de caso é demonstrar a importância de uma intervenção multidisciplinar na abordagem da pessoa com ferida traumática, nomeadamente do papel do enfermeiro enquanto elemento integrante dessa equipa. A área de formação e atuação profissional do enfermeiro prevê a intervenção ao nível da educação, gestão e implementação de intervenções e posteriormente a sua avaliação. Conclui-se que é imperativo uma abordagem

multidisciplinar na abordagem à pessoa portadora de uma ferida, centrada nas suas reais necessidades e características da ferida, para que se alcancem verdadeiros ganhos em saúde e qualidade de vida da pessoa portadora de ferida.

PALAVRAS-CHAVE: Amputação traumática; Imagem corporal; Enfermagem

MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO THE PATIENT WITH SEVERE HAND TRAUMA: STUDY CASE

ABSTRACT: Hand trauma represents one of the injuries that most frequently can leave important functional sequelae. The most affected age is the economically active. Amputation refers to the loss of a part of the human body, implying a set of changes that are not only physical, but also psychological and social, with an impact on body image. Furthermore, it appears to significantly interfere with the psychosocial adjustment of individuals who experience the phenomenon, both with an influence on their self-esteem, but also on the possible appearance of psychopathological symptoms and social functioning. The methodology used was interviewing the user, direct observation and carrying out bibliographical research on this topic. This study is based on the clinical case of a 58 years old male, married, construction worker, lives with his wife and daughter and has 4th class educational qualifications. His personal history is dyslipidemia and total arthroplasty of the left hip. He was admitted to the emergency department of a Hospital in the Central Region of Portugal, with a severe traumatic injury on his right hand, with a fracture of the carpal and metacarpal, caused by a wood-cutting saw. The objective of this case study is to demonstrate the importance of a multidisciplinary intervention in approaching people with a traumatic wound, namely the role of the nurse as an integral member of this team. The area of training and professional practice of nurses provides for intervention at the level of education, management and implementation of interventions and subsequently their evaluation. It is concluded that a multidisciplinary approach is imperative in approaching the person with a wound, focused on their real needs and characteristics of the wound, so that true gains can be achieved in the health and quality of life of the person with the wound.

KEYWORDS: Traumatic amputation; Body image; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Em Portugal ainda se torna difícil contabilizar o número de amputações. Numa investigação efetuada no serviço de Medicina Física e Reabilitação de um Hospital da Região Centro de Portugal, constatou-se que a maior parte das amputações eram devidas a causas traumáticas (47%), a insuficiência arterial crónica (35%), a patologia tumoral (12%) e, em menor extensão a causas infecciosas. De notar que neste estudo, 80% dos indivíduos amputados pertenciam ao sexo masculino (DIAS, 2006).

A amputação remete para a perda de uma parte do corpo humano, implicando um conjunto de mudanças não só físicas, como psicológicas e sociais. O impacto da amputação na vivência de qualquer indivíduo, traduz-se em alterações ao nível da sua imagem corporal, transformando geralmente a forma como se olha para o corpo.

A pertinência deste trabalho é apoiada pelo forte impacto que uma amputação provoca num indivíduo, em termos sintomatológicos, na autoestima e no funcionamento social, como uma grelha de análise compreensiva das representações pessoais do fenómeno e da vivência do corpo nestes indivíduos.

O acidente de trabalho e doméstico, é um problema grave em todo o mundo. Uma das sequelas decorrentes destes acidentes é o surgimento de feridas traumáticas causadas pelo trauma grave.

A abordagem da ferida complexa deve ser sistemática e sistematizada, em equipa multidisciplinar, mediada por um gestor de ferida, e em centros dedicados ao tratamento da mesma. O portador da ferida deve estar no centro dos cuidados como parceiro o que requer por parte dos profissionais de saúde formação na capacitação da pessoa/família/cuidador (JORGE et al., 2021). É fundamental que a equipa trabalhe em conjunto e em permanente comunicação, pois assim é possível promover a qualidade de vida, uma melhor abordagem terapêutica e um menor tempo de internamento.

As grandes mudanças ocorridas nas últimas décadas nos conceitos referentes à cicatrização têm mobilizado as indústrias a desenvolver e disponibilizar no mercado produtos mais específicos, eficazes e adequados a cada tipo de ferida. A terapia de pressão negativa (TPN) é considerada como um método de tratamento de feridas em uso clínico de rotina, desde meados de final da década de 1990.

De acordo com a EWMA (2017), em casos de amputações incompletas ou completas secundárias a trauma, em que o reimplante esteja fora de questão, um reparo definitivo do coto de amputação muitas vezes não é possível devido às condições locais do tecido. Assim, o desbridamento dos tecidos moles, como parte do tratamento será necessário e a escolha de TPN poderá ser o procedimento de escolha.

Para a realização deste estudo de caso, a metodologia utilizada foi a observação direta, entrevista ao utente e realização de pesquisa bibliografia sobre esta temática, com o objetivo de demonstrar a importância de uma intervenção multidisciplinar na abordagem da pessoa com ferida traumática, nomeadamente do papel do enfermeiro enquanto elemento integrante dessa equipa.

2 | DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Masculino, com 58 anos de idade, casado, construtor civil, vive com a esposa e filha em habitação própria de tipologia T3 e como habilitações literárias detém a 4ª classe.

Deu entrada no serviço de urgência de um Hospital da Região Centro de Portugal no dia 05.01.2022, com esfacelo grave da mão direita, com fratura do carpo e metacarpo, causada por serra de corte de madeira. Em contexto de urgência foi observado pela especialidade de ortopedia, realizando uma limpeza dos tecidos esfacelados e encaminhado para o serviço de imagiologia para realização de Rx da mão direita (ver Figura 1).



Figura 1. Resultado do RX pré-operatório da mão direita (Fonte: Original)

De seguida, deu entrada no bloco operatório, onde foi submetido a exploração da ferida, com tenodese do extensor próprio do indicador (EPI) ao extensor comum, fixação com fios kirschner dos metacarpos, correção de esfacelo cutâneo e colocação de tala gessada (ver Figura 2).



Figura 2. Correção cirúrgica/ RX de controlo (Fonte: Original)

Foi admitido no internamento de ortopedia, realizada a avaliação inicial de enfermagem e confirmados os seguintes antecedentes pessoais: dislipidemia, antecedentes cirúrgicos de artroplastia total da anca esquerda e medicado com estatinas.

Permaneceu internado durante 45 dias, no qual apresentou episódios de dor não controlada. Ao 5º dia de internamento, desenvolveu isquemia do indicador, foram realizados tratamentos à ferida cirúrgica e pensos com álcool a 70°, para mumificação e delimitação da necrose do indicador para posterior amputação. Ao 15º dia de internamento desenvolveu sépsis grave, de ponto de partida abdominal (peritonite secundária, apendicite perfurada), realizando apendicectomia laparotômica com colocação de dreno de Pezzer, sendo transferido para os cuidados intermédios. Ao 3º dia de pós-operatório foi transferido para o serviço de cirurgia geral, sob antibioterapia sistêmica e analgesia. Ao 25º dia de internamento, após completa mumificação do dedo, foi reintervencionado, realizando amputação do 2º raio da mão direita e desbridamento de necrose da mão.

A 20.01.22 inicia tratamento com TPN (Irrigação com soro fisiológico, desbridamento cortante de tecidos desvitalizados, protegidos ossos e tendões expostos com impregnado de vaselina, proteção de pregas interdigitais com compressas, aplicação de interface de espuma, selagem com filme adesivo transparente e técnica de “sanduiche”). Aplicado sistema porta conectado à unidade de pressão negativa com respetivo reservatório, e à interface de espuma e estabelecida pressão de (– 80 mmHg) – Tratamentos bissemanais (ver Figura 3). A ferida traumática apresentava dimensões de 9 cm x 7 cm x 1 cm, presença de 70% de tecido necrosado/desvitalizado, restante tecido de granulação, osso e tendões expostos e exsudado seroso escasso. Durante todo este processo, o utente manifestou sentimentos de tristeza, labilidade emocional, stress, pessimismo, incerteza, como resposta comportamental a esta situação. O utente que era previamente autónomo, ficou com autocuidado comprometido em grau moderado (de acordo com o índice de Barthel).



Figura 3. Aplicação de TPN (Fonte: Original)

No dia 15.02.2022, teve alta, apresentando a ferida traumática, com dimensões de 7cm x 6cm x 0.8cm, presença de 40% de tecido desvitalizado, com restante tecido de granulação, osso e tendões expostos, exsudado seroso moderado e dor controlada com opiáceos e anti-inflamatórios. Manteve tratamentos bissemanais de TPN na consulta externa de ortopedia com evolução favorável (ver Figura 4). Constatou-se diminuição do

tecido desvitalizado, aumento do tecido de granulação, contração evidente dos bordos, preservação de tendão e osso (viável) e exsudado seroso moderado. No dia 24.02.22 manteve TPN, mas por apresentar um aumento do exsudado seroso espesso, odor presente, e uma persistência de tecido desvitalizado, foi realizada limpeza com octenidina, desbridamento cortante com bisturi, lavagem com água bidestilada, aplicação de apósito de prata nanocristalina exceto nas zonas tendinosas e ósseas (proteção com gaze impregnada com vaselina) e aplicação de TPN segundo o método anterior. A 15.03.22 termina TPN, com leito da ferida viável para cirurgia plástica.



Figura 4. Ferida, 1 mês após o tratamento com TPN (Fonte: Original)

No dia 15 de março, foi realizado desbridamento radical do 3º metacarpo e plastia do dorso da mão direita com “*Fillet Flap*” de D3. Manteve tratamentos de ferida já sem TPN, até completa cicatrização com início de fisioterapia às 3 semanas após esta cirurgia.



Figura 5. Aspeto cicatricial e RX após alta do internamento (Fonte: Original)



Figura 6. Resultado após Fisioterapia (Fonte: Original)

3 | INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem e implementadas as respectivas intervenções/atitudes terapêuticas (ver Quadro 1):

Quadro 1. Diagnósticos de Enfermagem e respectivas Intervenções/Atitudes terapêuticas

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções/Atitudes terapêuticas
<p>Ferida traumática</p> <p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre complicações</p> <p>Potencial para melhorar a capacidade para cuidados com a ferida</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a ferida; - Executar tratamento à ferida; - Vigiar o penso; - Ensinar sobre complicações; - Prevenir complicações; - Instruir sobre cuidados com a ferida.
<p>Dor (por ferida)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a dor segundo a escala numérica; - Administrar analgesia prescrita; - Otimizar ambiente; - Providenciar apoio da Unidade de Dor Aguda (UDA); - Monitorizar a eficácia analgésica proposta pela UDA.
<p>Sobrecarga por stress</p> <p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre gestão do stress</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar Coping; - Gerir o processo de coping comprometido; - Promover coping efetivo; - Ensinar sobre gestão de stress; - Otimizar comunicação; - Incentivar a comunicação de emoções; - Reforçar imagem corporal positiva; - Prevenir isolamento; - Solicitar apoio de psicólogo.
<p>Risco de sentimentos de impotência</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gerir resposta negativa à situação; - Gerir resposta negativa ao tratamento; - Facilitar capacidade de comunicar sentimentos.
<p>Autocuidado comprometido em grau moderado</p> <p>Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre promoção do autocuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o autocuidado; - Promover o autocuidado; - Incentivar a pessoa para o autocuidado; - Ensinar o prestador de cuidados a promover o autocuidado; - Providenciar intervenção do enfermeiro de reabilitação.
<p>Risco de rigidez articular em grau elevado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Referenciar para Medicina Física e Reabilitação; - Incentivar a mobilização ativa das extremidades livres.

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções/Atitudes terapêuticas
Adesão ao regime terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> - Envolver no processo de tomada de decisão; - Apoiar na tomada de decisão; - Facilitar adesão ao regime; - Facilitar capacidade para participar no planeamento de cuidados; - Promover adesão ao regime terapêutico; - Promover apoio da família.

4 | DISCUSSÃO

Cuidar de pessoas com ferida traumática é um desafio multiprofissional, sendo uma área por excelência de enfermagem. Tendo os enfermeiros a responsabilidade acrescida do cuidar integral à pessoa com ferida, estes devem possuir conhecimentos específicos, baseados em evidência científica, que possam proporcionar a correta avaliação da lesão e a adequada execução do tratamento e com isso, uma assistência de qualidade.

Perante a complexidade desta ferida traumática que apresentava exposição óssea e tendinosa e por falta de experiência dos enfermeiros do internamento nesta área, foi crucial o pedido de intervenção da comissão de feridas do hospital, para avaliar e prescrever o tratamento mais adequado. Em concordância com o cirurgião ortopédico foi iniciada a TPN como intervenção mais diferenciada e apoiada pela literatura no período pré cirúrgico para colocação de enxerto, pois de acordo com o documento da EWMA (2017) sobre tratamento de pressão negativa, “a TPN não substitui o tratamento cirúrgico de lesões de tecidos moles e deve ser considerada uma medida temporária antes do tratamento definitivo”.

Partindo do princípio de que a dor é uma resposta frequente em situações de doença, o seu controlo inadequado poderá influenciar o sucesso de todo o processo de tratamento e transição do estado saúde-doença, pelo sofrimento provocado, tendo um impacto negativo na vida da pessoa doente. Neste âmbito, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2008), os enfermeiros têm o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado, como também têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas de controlo da dor. Neste caso em estudo, foi crucial a intervenção da equipa da Unidade de Dor Aguda (UDA) na otimização da terapêutica analgésica, da qual resultou em parceria com a equipa de enfermagem, a implementação de um plano terapêutico eficaz. Nas pessoas com dor, tendo como finalidade a promoção do bem-estar, cabe ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planejar, executar e avaliar as intervenções necessárias para que tal aconteça, detendo o enfermeiro, pela relação de proximidade que estabelece, um papel preponderante na gestão deste processo complexo.

No caso em estudo, a pessoa apresentou sentimentos negativos em relação à sua situação, nomeadamente o sentimento de rejeição à cirurgia e relutância em aceitar o facto ocorrido, um sentimento de tristeza e choro, com sintomas depressivos, perda de apetite,

ansiedade, negação e insegurança em relação ao futuro, dificuldade de aceitação, além de problemas com a autoestima e medo de rejeição. A este propósito, BERGO & PREBIANCHI (2018) relataram no seu estudo com pessoas amputadas, estes aspetos emocionais, mas também referiram que apresentaram desejo e luta pela nova independência.

Para uma intervenção apropriada neste âmbito, a colaboração do psicólogo em parceria com a equipa de enfermagem, favoreceu todo este processo adaptativo da pessoa. As estratégias de *coping* implementadas, tornaram-se fulcrais na redução da ansiedade e na aceitação da sua autoimagem. Pensamos que nesta fase de luto, o empoderamento surgiu como principal consequência da relação terapêutica estabelecida com a pessoa. Percebemos que houve melhoria das suas competências, para agir em seu próprio proveito, através de elementos de controlo, autoeficácia, competência, confiança e autoestima. A pessoa doente acreditou na sua recuperação, ultrapassou obstáculos que surgiram no seu caminho e atualmente está adaptado à sua nova condição de vida.

O acompanhamento precoce da pessoa após a amputação pela equipa de enfermagem de reabilitação, bem como a intervenção da equipa de medicina física e reabilitação da instituição de saúde em contexto de ambulatório, teve como objetivo o restabelecimento da funcionalidade e a integração biopsicossocial e profissional da pessoa, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida. A este propósito LEITE & FARO (2005) referem que a reabilitação está voltada para a restauração da independência do paciente ou recuperação do seu nível de função pré-enfermidade ou pré incapacidade no menor tempo possível. Durante o internamento verificou-se que a pessoa apresentava um comprometimento mais relevante nos autocuidados vestir-se e alimentar-se, tendo sido estas as áreas mais privilegiadas na atuação pela equipa de enfermagem de reabilitação.

Durante a experiência vivenciada pela pessoa no internamento, percebeu-se a necessidade de numa contribuição mais efetiva a nível do Serviço Social. Foi contactada a assistente social por via telefónica e solicitada colaboração. Na sua intervenção foram fornecidas informações sobre políticas públicas direcionadas para pessoas com amputação. A intervenção do Serviço Social foi relevante, pois a pessoa apresentou maior autonomia para ir em busca dos seus direitos enquanto cidadão amputado. Atualmente encontra-se com invalidez permanente na sua área de trabalho, garantindo assim os seus direitos de trabalhador.

Neste caso em concreto o enfermeiro foi um agente promotor e gestor do processo de transição, em que a junção dos conhecimentos distintos desta equipa multidisciplinar funcionou na busca de um objetivo comum, os ganhos biopsicossociais da pessoa amputada.

5 | CONCLUSÕES

Neste caso em estudo, a avaliação rápida das condições clínicas do utente e das

condições da lesão, aliadas ao uso da TPN, foram primordiais para o início do tratamento acelerando o processo cicatricial e oferecendo melhor qualidade de vida.

A reabilitação especializada e precoce também teve influência direta na reinserção do utente no seu domicílio e comunidade. Assim, o enfermeiro especialista em reabilitação desenvolveu um papel fundamental nesta reintegração da pessoa, estando munido de conhecimentos que lhe permitiram prestar cuidados especializados e atempados, a fim de melhorar a qualidade de vida da pessoa submetida a amputação, fomentado a sua reinserção de forma positiva.

O trabalho em equipa também foi um fator favorecedor dos resultados positivos alcançados, exigindo a clareza de objetivos a alcançar, comprometimento e participação ampla de todos os grupos profissionais. Neste sentido, é de extrema importância que os profissionais de saúde desenvolvam competências para trabalharem em equipa, nomeadamente capacidade de comunicação e que tenham sempre em consideração que a pessoa tem de estar sempre no centro da tomada de decisão. O enfermeiro foi primordial enquanto gestor do processo clínico e elo de articulação entre toda a equipa multidisciplinar. Esteve desperto para todas as necessidades da pessoa portadora de ferida traumática e posteriormente com amputação, tentando através da articulação com outros profissionais, dar uma resposta promovendo desta forma cuidados de excelência.

REFERÊNCIAS

DIAS, M. (2006). **Qualidade de vida relacionada com a saúde e satisfação com a vida: um estudo em indivíduos amputados do membro inferior**. Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto. Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/97049>.

EWMA (2017). **Negative pressure wound therapy overview, challenges and perspectives**. Disponível em: https://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA.org/Project_Portfolio/EWM_A_Documents/JWC_EWMA_supplement_NPWT_Jan_2018_appendix.pdf

BERGO, M., & PREBIANCHI, H. (2018). **Aspetos emocionais presentes na vida de pacientes submetidos à amputação: uma revisão de literatura**. Revista Psicologia: Teoria e Prática, São Paulo, 20(1), 33–46. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-36872018000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

JORGE, H. et al. (2021). **Novos paradigmas no tratamento das feridas complexas**. Angiologia e Cirurgia Vascular, n.2, vol.17. p. 125-133. Disponível em: <file:///C:/Users/Betty&Rixa/Downloads/admin,+Journal+manager,+125-133-1.pdf>.

LEITE, V., & FARO, A. (2005). **O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora**. Revista Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 39(1), 92-96. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/rKBdghWh3yZdMRfc7NRZFgS/?format=pdf&lang=pt>.

APT Feridas (2018). **Terapia de pressão negativa na prevenção e tratamento da ferida complexa**. Novembro, 2018.

NEVES, M. (2012). **O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários: Revisão sistemática da literatura**. Revista de Enfermagem Referência. N.8, vol.3. p. 125-134. Coimbra, dezembro, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239967014.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008). **Dor: Guia orientador de boa prática**. Lisboa, Portugal. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2011). **Relatório mundial sobre a deficiência**. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9788564047020_por.pdf.

SILVA, J., RAMOS, R., MUÑÍZ, A. & FERDINANDO, M. (2014). **Trauma complexo da mão parte II: lesão óssea, amputação e reimplante, perda de substância dos dedos, lesão da polpa digital e lesão ungueal**. Revista da AMRIGS, 58(4), 291–301. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/297758179>.

WELICHAN, D., SANTOS, M., & LINO, C. (2019). **Deficiência adquirida por acidente de trabalho: a superação física, pessoal e profissional após uma amputação**. Ciência em Movimento I Biociências e Saúde, 21(42). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15602/1983-9480/cm.v21n42p17-30>.