

0492132
R 96 4603/99
02.02.99

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO CHOQUE HIPOVOLÊMICO

Maria Socorro Pereira Rodrigues

TESE SUBMETIDA AO CORPO DOCENTE DA ESCOLA DE ENFERMAGEM ANA NERI, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, COMO PARTE DOS REQUISITOS NECESSARIOS À OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM

FC-00006160-9

Rio de Janeiro, RJ - BRASIL

Abril de 1981

SE
10.73677
R 614a
1981

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO CHOQUE HIPOVOLÊMICO

Maria Socorro Pereira Rodrigues

TESE SUBMETIDA AO CORPO DOCENTE DA ESCOLA DE ENFERMAGEM ANA NÊRI, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, COMO PARTE DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM

APROVADA POR

Prof. Presidente da Banca

Professora

Professora

Rio de Janeiro, RJ - BRASIL

Abril de 1981

RODRIGUES, Maria Socorro Pereira

Atuação do Enfermeiro na prevenção do
choque hipovolêmico

X , 71 f.

Tese : Mestre em Enfermagem

1. Enfermagem
2. Choque hipovolêmico
3. Prevenção do choque hipovolêmico
4. Teses

I. Universidade Federal do Rio de Janeiro

II. Título

O R I E N T A D O R A
Dra. Teresa de Jesus Sena

D E D I C A T Ó R I A

Aqueles dos quais nasci e
a quantos me ajudaram .

. A G R A D E C I M E N T O S

- . À Dra. Maria Grasiela Teixeira Barroso, pelo estímulo, apoio e confiança .
- . À Dra. Teresa de Jesus Sena, pela atenciosa o rientação .
- . À Dra. Haydée Guanais Dourado, pelas orienta ções e estímulo quando da escolha do tema .
- . À Dra. Doris E. Chaves, pelas orientações pres tadas .
- . Aos enfermeiros que pacientemente contribuíram com as suas respostas para a identificação de um problema relevante para a Enfermagem .
- . Deixo aqui expresso o meu agradecimento aos professores : Berenice Xavier Elsas ; Fernando Shiyoshi, Ana Jaguaribe da Silva Nava ; ao meu irmão Juarez, a minha cunhada Nice e a todos a queles que de alguma forma contribuíram para a concretização deste trabalho .

. R E C O N H E C I M E N T O

- . A Universidade Federal do Ceará
- . Ao Departamento de Enfermagem da Universidade do Ceará .
- . A Escola de Enfermagem Ana Néri - Coordenação do Mestrado , da Universidade Federal do Rio de Janeiro
- . A CAPES / SESU / MEC.
- . A Coordenação Regional de Controle e Avaliação do INAMPS - Ceará .

. R E S U M O

O estudo teve como objetivo verificar se o enfermeiro, ao lidar com o paciente hospitalizado, está adotando medidas preventivas e eficazes visando detectar precocemente crises de choque hipovolêmico e interceptar seu curso antes que ocorram complicações graves . A população trabalhada constou de 75% dos enfermeiros lotados em unidades de internação médico - cirúrgicas de seis hospitais gerais de Fortaleza - Ceará . Os resultados indicaram que apesar de alguns fatores básicos que interferirem, os enfermeiros da amostra estão atentos à ocorrência, adotando estratégias de ação que lhes possibilitam detectar e/ ou prevenir precocemente episódios de choque hipovolêmico .

. A B S T R A C T

The purpose of the study was to verify if the nurse, treating the patient admitted to the hospital, is adopting measures that are preventive and efficacious toward the detection of hipovolemic crises in their early stages, and to intercept their course before some grave complications could occur. The population included in the experience consisted of 75 percent of the nurses assigned to the medical - surgical units of six general hospitals in Fortaleza, Ceará . The result indicated that despite some basic factors that interfere, the nurses to whom was applied the test, are attentive to what occurs, and are adopting strategies of action that make possible to detect and / or foresee episodes of hipovolemic shock in the early stages .

S U M Á R I O

. <u>RESUMO</u>	vii
. <u>ABSTRACT</u>	viii
I . <u>INTRODUÇÃO</u>	
1.1. Considerações preliminares	1
1.2. O Problema	2
1.3. Importância do Estudo	4
1.4. Objetivos	6
II . <u>REVISÃO DA LITERATURA E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</u>	
2.1. Assistência ao paciente hospitalizado e res ponsabilidade do Enfermeiro	7
2.2. Considerações básicas sobre o choque hipovo lêmico	13
2.3. Estudo sobre medidas de Intervenção desen volvidas pela equipe	17
2.4. O Enfermeiro e as ações de prevenção do cho que hipovolêmico	20
III . <u>METODOLOGIA</u>	
3.1. Tipo do Estudo	27
3.2. População	27
3.3. Amostra	27
3.4. Instrumentos de coleta de dados	28
3.5. Outros procedimentos	29
3.6. Tratamento Estatístico	29
IV . <u>ANÁLISE DOS RESULTADOS</u>	
4.1. Caracterização da força de trabalho	30
4.2. Perfil profissional dos enfermeiros	32
4.3. Ações específicas dos enfermeiros	37

V . <u>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</u>	49
VI . <u>CONCLUSÕES</u>	56
VII . <u>SUGESTÕES</u>	57
VIII . <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	58
. <u>ANEXOS</u>	63

I . INTRODUÇÃO

1.1. CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

A profissão do enfermeiro, dentro do conjunto de profissões que prestam serviço à sociedade, é uma das que mais têm crescido e se desenvolvido nos últimos dez anos , OLIVEIRA ³⁴. Dia a dia novas tendências e perspectivas se delineiam em decorrência da natural expansão provocada pelo seu desenvolvimento, o qual é impulsionado pelo avanço social e tecnológico, que exige do enfermeiro maior atualização e participação mais efetiva no conjunto de ações dos profissionais de saúde .

Essa realidade vem levando os educadores a fazer avaliações e adequações nos currículos escolares. Diretrizes e normas profissionais e ético-filosóficas são redimensionadas, visando integrar o enfermeiro no atual contexto político social, em condições de igualdade com os demais profissionais que militam nos serviços de saúde e que, têm por objetivo comum, orientar e tratar condignamente o indivíduo , sadio ou doente, promovendo o seu bem estar e prevenindo complicações .

A sociedade, a família, a equipe de saúde, esperam do enfermeiro um desempenho que o distinga junto ao paciente como líder e perito na função de prevenir problemas de saúde, identificar precocemente as anormalidades e prestar cuidados ao paciente, promovendo seu bem estar bio-psico-sócio-espiritual .

Sabe-se que é também da competência do enfermeiro diagnosticar uma situação existente e agir sobre ela, através da elaboração de sistema de cuidados pertinentes ao problema. Esse sistema, a ser desenvolvido pelo profissional e pela equipe de auxiliares, objetiva promover o bem estar do paciente e preservar o seu equilíbrio, uma vez que a formação e o preparo do enfermeiro, visam zelar, tratar e preservar a integridade do indivíduo, sadio ou doente, principalmente quando carente de cuidados ou sob ameaça de risco

de vida .

Em se tratando da assistência de enfermagem volta da para a prevenção do choque hipovolêmico, tem se observado uma certa defasagem entre o que se preconiza em termos de prevenção e intervenção, o que ratifica as afirmativas de PAIM ³⁶, ao se referir que na prática esse profissional nem sempre tem correspondido às expectativas .

Tem-se observado nessa área de trabalho que a forma como o enfermeiro está trabalhando nos hospitais e clínicas tende a levá-lo a um verdadeiro estado de alienação intelectual, resultando em falta de motivação ao estudo, à pesquisa, ao aprimoramento, enfim, de conhecimentos, que deveriam ser aplicados no desempenho de suas atividades .

Tal situação, permite configurar o nível inadequado de assistência que vem sendo oferecido ao paciente , o que poderia ser evitado ou sanado, através de uma assistência planejada, executada e apoiada num corpo de conhecimentos teórico-prático, que permitisse o desenvolvimento de métodos e técnicas voltados para a promoção da saúde, prevenção de riscos e atuação eficaz da enfermagem, destinados à cura e à reabilitação do paciente .

1.2. O PROBLEMA

Tem sido amplamente destacada por vários autores, a diversificação de necessidades do paciente, quando submetido à internação, podendo-se ressaltar, dentre elas, a presença de adaptação, o receio quanto ao tratamento , as expectativas em relação à família e à situação econômica, bem como, o medo do desconhecido (ambiente físico e psico-social da unidade de internação) e a sensação de dependência e insegurança .

A condição de hospitalizado, contribui, portanto, para o aumento do grau de vulnerabilidade do paciente em relação aos cuidados de enfermagem, uma vez que, via de regra, ele possui limitações em sua estrutura biológica que

o torna susceptível a algum tipo de complicações .

O fato do paciente hospitalizado estar física e emocionalmente comprometido já constitui uma razão suficiente, para incliná-lo a procurar no enfermeiro, um profissional competente que trabalhe sobre seus problemas, planejando e executando ações que resultem na promoção do bem estar, da tranquilidade e da prevenção de desgastes, riscos ou complicações .

No que concerne ao choque hipovolêmico, reconhece-se que a existência de alguns fatores predisponentes procedentes ou não da patologia, quando presentes, poderão suscetibilizar o paciente a uma crise de choque, ocasionado pela desproporção entre o volume sanguíneo circulante e o calibre do leito vascular .

Tal patologia, quando ocorre, caracteriza-se por hipotensão arterial, palidez, confusão mental, extremidades frias, oligúria ou anúria, sudorese e colapso das veias superficiais, resultando em deficiência circulatória e anoxia.

Considerando-se que, na maioria das vezes o choque hipovolêmico é uma ocorrência evitável, desde que os sinais e/ou sintomas precoces sejam identificados e as medidas de prevenção instaladas a tempo, a atuação do enfermeiro que trabalha em unidade de internação - médica ou cirúrgica - deve ser desenvolvida de forma responsável, precisa e adequada, a fim de evitar a incidência de crise ou o seu agravamento .

A falta de atenção da enfermagem, quanto à iminência de choque nos pacientes hospitalizados, pode acarretar sérios prejuízos, muitas vezes irreparáveis. Pode ainda resultar numa série de transtornos para a equipe, que, no intuito de compensar a falha, tem que se multiplicar nos cuidados para atender as complicações da patologia e também limitar os danos, o que implica em maior desgaste na tentativa de controlar o grau de agravamento do problema . Merecem ainda destaque os prejuízos para o atendimento das necessidades individuais de outros pacientes admi

tidos na mesma unidade de internação .

Outro aspecto a ser evidenciado, é o fato de que uma complicação no estado de saúde do paciente, já com sua resistência reduzida, o fará permanecer internado por tempo maior do que o programado, acarretando angústia para o paciente, que desejava retornar à sua residência e para outros pacientes que esperam por uma vaga no hospital .

Diante do exposto pode-se perceber a importância e a extensão das ações do enfermeiro e da equipe de enfermagem, no controle, na avaliação, ajuda e orientação do paciente, visando evitar ou reduzir o índice do choque hipovolêmico em pacientes adultos internados susceptíveis ao mesmo .

1.3. IMPORTÂNCIA DO ESTUDO

O choque hipovolêmico constitui uma das patologias que ocorre com significativa frequência nos pacientes hospitalizados, tendo-se a considerar ainda a complexidade configurada pela maneira como o mesmo se processa, acarretando sérios transtornos para o paciente, a família e a equipe .

Diante da ocorrência do choque hipovolêmico, o paciente apresenta alterações bio-psico-sociais, podendo-se destacar dentre as primeiras, as alterações dos sinais vitais, astenia, extremidades frias, mucosas descoradas, sudorese e acidose metabólica. Convém ressaltar, para o lado psíquico-social, o medo ao tratamento, angústia, ansiedade, podendo chegar, inclusive, à alteração do nível de consciência .

Do ponto de vista social, o paciente, face à problemática, tende a permanecer maior parte do tempo no leito, resultando conseqüentemente no maior distanciamento da família, do trabalho e vida comunitária .

O reconhecimento da ação preventiva nesse particular, quando desenvolvida de forma quantitativa e qualitativamente satisfatória, reflete sobremaneira o valor e a po

sição do enfermeiro e sua equipe, na prevenção e na detecção precoce dos sinais e sintomas e na ação imediata diante dos casos surgidos .

Como se pode perceber, a prevenção primária do choque hipovolêmico, é de importância capital, nas prescrições de enfermagem. Entretanto, por motivos alheios à assistência e peculiares ao paciente, pode ocorrer o choque. Porém , quando é detectado aos primeiros sinais ou sintomas o paciente pode estar ainda em condições de reagir ao choque, desde que, se lhe ajude a desenvolver os seus mecanismos de compensação .

Frente a problemática do paciente hospitalizado e a iminência de choque pode-se evidenciar a necessidade de preparo do enfermeiro no que se refere às ações específicas , em seus diferentes níveis de prevenção e etapas de assistência progressiva de enfermagem .

Nesse particular, é importante que o enfermeiro se sinta responsável pelo paciente e seu bem estar, além de possuir conhecimentos científicos específicos e atualizados, a fim de ser capaz de identificar a problemática geral e discriminar os sinais e/ou sintomas indicadores de uma provável e insidiosa crise de choque hipovolêmico .

Desse preparo e responsabilidade, muito vai depender a sua aptidão, inclusive para selecionar cuidados adequados, determinar ações à equipe de enfermagem, atentar para a evolução e o prognóstico de enfermagem, tornando - se portanto capaz de prevenir ou evitar o agravamento do choque hipovolêmico .

Cabe portanto ao enfermeiro planejar, e executar ações específicas de prevenção, a fim de que não ocorram deficiências assistenciais e que somente se faça a identificação do episódio de choque quando este já esteja completamente instalado, o que contribui para reduzir as chances de recuperação, altera o prognóstico, exacerba as necessidades bio-psico-sócio-espirituais afetadas e contribui para o agravamento das condições de saúde do paciente .

Diante do exposto, questiona-se :

- . Os enfermeiros estão selecionando adequadamente os cuidados a serem prestados ao paciente susceptível ao choque hipovolêmico ?
- . Os enfermeiros estão adotando cuidados prevenivos do choque hipovolêmico em clínicas médico - cirúrgicas ?
- . Na atuação do enfermeiro em clínicas, médicas ou cirúrgicas, está ele se preocupando em avaliar o paciente e estabelecer adequadas estratégias de cuidados, ao identificar anormalidades ?

1.4. OBJETIVOS

Ao realizar-se este estudo, pretendeu-se alcançar os objetivos :

1. Verificar se os enfermeiros envolvidos no estudo estão utilizando técnicas e princípios ciêntíficos adequados para detectar precocemente o choque hipovolêmico no paciente hospitalizado .
2. Identificar se os enfermeiros de unidades de internação médica ou cirúrgica conhecem metodologia de assistência e prevenção do choque hipovo^lêmico no paciente hospitalizado .
3. Oferecer subsídios aos enfermeiros concernentes a prevenção do choque hipovolêmico; promoção do bem-estar e preservação do equilíbrio bio- psíquico-sócio-espiritual do paciente hospitalizado .

II. REVISÃO DA LITERATURA E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. ASSISTÊNCIA AO PACIENTE HOSPITALIZADO E RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO

O paciente hospitalizado geralmente defronta - se com uma série de tensões, preocupações, medo, angústia, dentre outros, procedentes em sua maioria da patologia, da experiência nova ou mesmo residual, do tratamento, prognóstico, além das reações oriundas dos problemas familiares, sociais e econômicos, a serem enfrentados .

ABDELLAH ¹ enfoca dentre as necessidades afetadas do paciente, a instabilidade em um ou mais centros fisiológicos vitais que o torna suscetível a uma recuperação (que poderá ser rápida, gradual ou lenta), ou a uma regressão inesperada para estágios intermediários até que atinja uma realização satisfatória no seu complexo integral .

Estes tipos de sensações e reações, quando não detectadas a tempo, podem refletir-se em sérios prejuízos biopsico-sócio-espirituais para o paciente, afetando o tratamento, recuperação, prognóstico e maior permanência/leito.

No que se refere a equipe, vai implicar em maior mobilização de recursos humanos e materiais; além de necessitar de uma assistência mais específica, redundando conseqüentemente em gastos de energia, recursos e tempo .

Para a Instituição, a intervenção inadequada da enfermagem, resulta em pulverizações de recursos, dispêndios financeiros elevados e redução da oferta de assistência a outros clientes, da polarização dos recursos em favor daqueles, pelo seu estado e longa permanência .

Para KRON ²⁶ a condição de hospitalizado eleva, em geral o nível de dependência do paciente em relação ao enfermeiro, a quem cabe a responsabilidade de detectar neste problemas e necessidades, por meio de conversas simples e objetivas, pesquisa de reações, queixas ou desejos expressados por palavras, gestos, atitudes, dentre outros. Ao re

ferir-se aos problemas de enfermagem, classifica-os em manifestos (o que é perceptível) e ocultos (o que é de difícil identificação) .

A hospitalização, em vista de sua responsabilidade pela integridade da clientela, por si só, requer do enfermeiro e sua equipe uma grande atenção para os aspectos decorrentes desta situação .

A assistência dispensada pelo enfermeiro ao paciente hospitalizado é, no seu conjunto de ações, o que mais tem preocupado aos educadores e profissionais de enfermagem em geral. Deve abranger a proteção do paciente, ações preventivas e de reabilitação, principalmente quando o paciente é susceptível a crise aguda, como no caso de choque hipovolêmico .

A assistência de enfermagem envolve preparo, habilidade, aplicação dos princípios científicos, poder decisório e intervenção adequada e eficiente. Compete portanto ao enfermeiro exercer a enfermagem com o desempenho integral de seu papel na assistência ao paciente .

É considerada por ABDELLAH, como um serviço destinado a atender a sociedade, baseia-se na arte e na Ciência que molda as atitudes, desenvolve a habilidade técnica e promove a competência intelectual .

PAIM ³⁵ descreve assistência de enfermagem como um processo de agir e interagir com o paciente, no sentido de estabelecer seu bem estar, intervindo em seu favor, pelas sucessivas operações de enfermagem .

Para que o enfermeiro possa liderar, intervir, conduzir, coordenar e avaliar a assistência de enfermagem, necessita de conhecimentos abalizados, experiência, interesse, responsabilidade e poder decisório .

Para tal, o enfermeiro deve estar preparado para enfrentar situações, onde sua atenção pode representar a primeira linha na prevenção de vidas humanas, por ter contacto direto e permanente com os doentes, o que lhes possibilita oportunidade de receber uma assistência integral e

pormenorizada .

KRON ratifica esta afirmativa ao enfatizar que a direção dos cuidados ao paciente implica em conhecimento de princípios científicos e administrativos .

PAIM³⁶ entretanto afirma que em um país de renda per-cápita como o Brasil, formar enfermeiros a nível universitário é importante desde que esses possam atuar com todo o seu potencial, no sentido de maximizar a sua atuação .

Para uma atuação eficaz do enfermeiro e equipe frente ao paciente hospitalizado, alguns requisitos são indispensáveis, podendo-se destacar :

- a- O atendimento às necessidades de seus pacientes, pelo enfermeiro, observando e preservando as funções vitais, conforme preconiza GOMES²¹.

Este atendimento implica num planejamento adequado e avaliação dos cuidados de enfermagem .

- b- Habilidade para observar inteligente e cientificamente o paciente conforme refere DUGAS¹⁷.

ABDELLAH complementa o enfoque de DUGAS, ao citar a necessidade de domínio técnico, além de especificar alguns tipos de habilidades como : observar e relatar com clareza sinais, sintomas e desvios de um comportamento normal que o paciente apresenta; habilidade de selecionar um curso de ação adequada que ajude ao paciente a atingir realmente o objetivo estabelecido no seu plano geral de cuidados .

- c- Observação sistemática para o conhecimento e processamento dos sintomas e reações apresentados pelo paciente; para uma tomada de decisão , ou processo deliberativo, através do qual são determinadas as prioridades de enfermagem; para a prestação de cuidados ao paciente, sejam estes realizados pelo enfermeiro ou pelo auxiliar, segundo refere CARVALHO¹¹ .

- d- Estar voltado para a necessidade de orientação da equipe .
- e- Estabelecer as prioridades dos cuidados a serem prestados, supervisionando ou executando procedimentos específicos .
- f- Tomar continuamente decisões para solução de problemas de seus pacientes .

Orientar, estabelecer prioridades e tomar decisões são três funções referenciadas por PAIM ³⁵ .

- g- Utilizar e desenvolver ao máximo o seu potencial de conhecimento, a fim de que possa melhor identificar situações problemas, pesquisar fatores interferentes, avaliar e planejar, selecionando um curso adequado de ações .

A esse respeito lembra SCHURR ³⁸ que deve o enfermeiro saber onde e quando tem direito de tomar decisão e colocá-la em prática, conhecendo a extensão e os limites de sua responsabilidade .

- h- Avaliar permanentemente os cuidados de enfermagem oferecidos aos pacientes e fazer uma auto-avaliação das formas e sistemas de intervenção que vem adotando .
- i- Competência técnica e especificidade de funções, as quais são ressaltadas por FERREIRA - SANTOS ¹⁸ .

Neste particular, ABDELLAH ² assevera que a atuação do enfermeiro deve ser profundamente avaliada de acordo com os efeitos da prática de enfermagem sobre os pacientes. Diz que as decisões tomadas por cada um, são influenciadas por conceitos básicos pessoais e responsabilidades na atenção aos pacientes e na ajuda a outros membros do grupo a contribuir com essa atuação .

KRON também enfatiza a necessidade de avaliação, destacando que os procedimentos de enfermagem devem incluir esta atividade, tanto durante a administração de cuidados

como do seu término. Prossegue afirmando que para fazer una avaliação eficaz, o enfermeiro deve estabelecer metas e critérios para execução, avaliando cada um dos passos dos procedimentos, como também o produto final .

CHAVES ¹⁰ considera a avaliação como um instrumento essencial e refere que mede-se o valor de um indivíduo na Instituição pela sua capacidade de tomar as melhores decisões em tempo mais curto e com o menor custo .

Os requisitos anteriormente discriminados, já demonstram o valor e a necessidade do embasamento científico do profissional, para que possa atender adequado e condignamente as necessidades do paciente, da Instituição e da Enfermagem como profissão .

MCCLAIN ²⁹ refere, a necessidade deste conhecimento científico e da perícia à beira do leito, além de atitudes adequadas. Diz que as atitudes são subjetivas e manifestam-se pelas características do indivíduo, algumas das quais são essenciais ao enfermeiro .

MENDES ³⁰ ao referenciar as funções do enfermeiro, registra que estas são bem complexas e demandam julgamento, habilidade e perícia e que requerem a utilização de conchecimentos pertinentes ao problema, adquiridos através de atuação e experiências .

KRON no concenso com os demais autores especifica como fatores que influem no papel do enfermeiro, a sua educação, o grau de experiência em trabalho e o desejo de aceitar as responsabilidades para dirigir .

Sendo o país, uma comunidade em fase de desenvolvivimento, os seus elementos, principalmente os pacientes , vêem exigindo da Enfermagem, novas atitudes, implicando em renovação das estratégias de ação e na aquisição e desenvolvimento do conhecimento técnico-científico .

Para KRON, à medida que as atenções se fazem mais complexas, o planejamento se torna mais importante .

OLIVEIRA ³² ressalta que as estratégias, os modos

de ação e o grau de participação dos diferentes grupos sociais nas decisões, condicionam as formas de organização dos vários subsistemas .

O reconhecimento da necessidade de renovações no papel e desempenho de enfermagem, no tocante principalmente a atuação do enfermeiro no hospital, vem contribuindo para que um grande número de profissionais estejam se empenhando em definir e delimitar a sua área de ação .

A este respeito pronuncia-se CARVALHO ¹² "não obstante no contexto onde se desenvolve a prática, o que se observa é que as enfermeiras dificilmente poderão definir, elas próprias, a sua profissão, haja visto que as ações profissionais são determinadas tanto por fatores intrínsecos como extrínsecos. Os últimos referem-se às estruturas e aos sistemas organizacionais, e exercem tremenda pressão sobre a prática atual da enfermagem, agravada pelo fato de que a classe é pouco participante no processo de transformação social; desse modo, nem sempre alcança o sentido maior dos acontecimentos, e não compreendendo o que se passa, não consegue interpretar devidamente seu papel profissional, nem definir adequadamente suas funções " .

OLIVEIRA ³³, confirmando as referências de CARVALHO, põe em evidência que os condicionamentos internos e externos, exercem uma função marcante no equilíbrio necessário com a sociedade de que é parte, dela resultando a configuração da prática e a definição das tendências e papéis profissionais .

A busca contínua da definição da Enfermagem na sociedade atual, é referida por PAIM ³⁶, busca esta que significa para todos aqueles que exercem a profissão, um continuum que revigora a consciência crítica que precisamos ter quanto aos valores da profissão diante dos interesses de uma população na qual somos parte integrante. Para a autora a verdadeira caracterização da enfermagem virá quando, além dos próprios enfermeiros, a sociedade venha a perceber o que eles fazem e não somente seja informada sobre o que eles sabem .

Convém evidenciar-se que, apesar dos esforços no intuito de renovação, posicionamento da Enfermagem e melhor status social, vários fatores vêm impedindo a conquista tão almejada e necessária para a profissão .

A este propósito, SILVA ⁴⁰ descreve, a própria política global do país em relação aos recursos do Sistema de Saúde, permitindo e estabelecendo um tratamento desigual aos diversos membros da equipe de saúde. Refere ser tal fato constatado no recente Plano de Reclassificação do Servidor Público, no qual foi dado ao enfermeiro, um tratamento diferente dos outros membros da equipe de saúde, exigindo deste profissional uma jornada de trabalho de 40 horas semanais e concedendo aos médicos e dentistas, uma jornada de 30 horas semanais .

Prossegue afirmando que outros fatores retardam uma mudança no posicionamento do enfermeiro, no Brasil :
1) número insuficiente de enfermeiros, ou seja, cerca de 2,3 para 10.000 habitantes ; 2) resistências de determinados membros da equipe de saúde em aceitar o enfermeiro em condições de igualdade com os mesmos; 3) insegurança do enfermeiro em assumir posições que lhe compete na equipe multiprofissional de saúde; 4) formação a nível de graduação, inadequada, para desenvolver a metodologia do processo científico e promover efetiva integração docente - assistencial; 5) longa jornada de trabalho (33 à 48 horas semanais); 6) poucas oportunidades oferecidas para complementar sua qualificação através de cursos de pós-graduação.

2.2. CONSIDERAÇÕES BÁSICAS DO CHOQUE HIPOVOLÊMICO

O choque hipovolêmico constitui uma patologia que envolve uma certa complexidade, devido a maneira imprevisa como pode ocorrer e multiplicidade de fatores desencadeantes e os mecanismos diversificados que ocorrem, interferindo muitas vezes no diagnóstico e tratamento imediato e portanto, no prognóstico e recuperação do paciente .

Para que a enfermagem possa atuar adequadamente,

com precisão e eficácia torna-se imprescindível que conheça as características do choque e os processos dessa atuação .

ao considerar-se a maneira imprevista como o choque pode ocorrer, podemos classificá-lo sob dois aspectos: o choque que ocorre abruptamente-neste tipo o organismo não dispõe de tempo para iniciar seus mecanismos de compensação. O contrário se dá, se este acontecer gradativamente . Daí a importância de avaliar continuamente o grau de orientação temporo-espacial do paciente, acompanhando suas reações a fim de intervir no momento necessário e oportuno .

FLAVIO ¹⁹ refere que o choque quando não tratado precocemente, pode levar à lesão algum órgão ou sistema , além de evoluir para a irreversibilidade, levando o paciente à morte .

As diversas causas de choque hipovolêmico podem ser agrupadas de acordo com sua etiologia, daí a tendência da adoção de termos ligados a esta, como, choque hemorrágico, choque cirúrgico, choque traumático, choque dos queimados e outros, pois apesar de existir semelhança entre as formas diferentes de choque, existem fatores importantes que são característicos para cada tipo .

Baseados nesta afirmativa, pode-se dizer que vários são os fatores desencadeantes do choque hipovolêmico, podendo-se destacar :

a- qualquer falha (isolada ou associada) no equilíbrio entre o volume sanguíneo, a bomba cardíaca e o tonus vascular, leva à insuficiência circulatória e choque, ocorrendo alterações na macro e na micro-circulação - BEVILAQUA ⁵ .

LUCKMANN & SORENSEN ²⁷ dizem que o choque não é desenvolvido porque a circulação está prejudicada em um órgão específico mas, antes, o denominador comum, no problema é o fato da micro-circulação em todo o organismo estar prejudicada .

b- Perfusão tecidual inadequada para uma marcada

redução de fluxo sanguíneo através dos tecidos, considerada por LUCKMANN & SORENSEN como o problema fundamental, acrescentando que o meio tecidual é mantido através da micro-circulação, desde o transporte da nutrição dos tecidos e a remoção dos produtos inúteis. A micro-circulação, engloba cerca de 90% dos vasos sanguíneos do organismo.

- c- Queda da pressão sanguínea, cujo mecanismo já descrito por LUCKMANN & SORENSEN como um dos fatores responsáveis pela exteriorização e causa dos problemas. A pressão do sangue começa a cair quando o volume total do sangue é diminuído em média de 15 a 20% do normal; o que no entanto não é normal para algumas pessoas que reagem à perda de até 25% do seu volume sanguíneo total, sem apresentar sinais de choque.

Este mecanismo possibilita lembrar-se que a compreensão do significado da pressão do sangue em um indivíduo, depende de algumas considerações sobre sua pressão sanguínea comum e que, para a manutenção da circulação coronária, é necessário ter a pressão sistólica no mínimo de 60 a 70 mm Hg.

O choque hipovolêmico pode ser classificado, segundo a progressão.

LUCKMANN & SORENSEN, o classificam, conforme os estágios, em : 1) estágio inicial; 2) estágio compensatório; 3) estágio progressivo; 4) estágio irreversível.

Para os autores, na fase inicial do choque, os mecanismos medulares simpático-adrenais são responsáveis por transferência de sangue dos vasos e dos tecidos periféricos para os espaços viscerais internos cujos, tecidos necessitam de sangue com maior urgência. A esta ação segue-se uma vasoconstrictiva comandada pela norepinefrina. Os líquidos são empurrados dos espaços intersticiais para os va

SOS .

Essas respostas neuroendócrinas ao choque, constituem reações organicamente defensivas durante o estágio de resistência na síndrome de adaptação geral, auxiliando também na manutenção da pressão do sangue arterial. Além das respostas do sistema nervoso simpático e da glândula adrenal ao choque, muitos outros fatores compensatórios, atuam inicialmente no choque, na tentativa de manter o volume sanguíneo .

Na fase compensatória a circulação sistêmica e a microcirculação trabalham juntas, suas atividades são coordenadas preservando o sistema inteiro. Porém enquanto os grandes vasos são regulados pelo sistema nervoso autônomo, não é certo que o mesmo possa ocorrer com a micro-circulação. Explicam que o coração e os grandes vasos coordenam esforços para a cardioaceleração, aumentando o ritmo cardíaco e que a micro-circulação atua alterando seu padrão vasomotor, transportando o sangue tão rapidamente quanto possível, para o reservatório venoso .

No estágio progressivo do choque, a pressão arterial sistólica e diastólica caem, sendo que a pressão sistólica usualmente mais que a diastólica, o mesmo ocorrendo com a pressão de pulso que é igual a diferença entre as pressões sistólica e diastólica .

O choque irreversível pode ocorrer, quando o oxigênio não é suficiente para atender as necessidades orgânicas. Quando há ocorrência de cianose na hemorragia, é devido a insuficiência em quantidade no sangue, de hemoglobina (por baixo volume proporcional) e portanto, redução do oxigênio circulante, uma vez que os capilares contêm de 6 a 7% do volume sanguíneo. Os produtos do metabolismo celular devido a inadequada circulação, ficam acumulados e produzem um estado de acidose resultante da estase do sangue. Embora o organismo, através de seus sistemas tente uma compensação, estes mecanismos poderão falhar. O resultado do ritmo de produção da urina, é influenciado pelo fluxo san

guíneo e pelo balanço dos líquidos do organismo, por depender a filtração renal da pressão em que o sangue está circulando através dos capilares glomerulares .

O paciente com choque hipovolêmico, pode apresentar uma multiplicidade de sinais e sintomas, que caracterizam o estágio ou fase do choque. Estes sinais ou sintomas, são assim evidenciados e justificados por LUCKMANN & SORENSEN :

- a- ansiedade, nervosismo e irritabilidade, devido a hiperatividade do sistema nervoso simpático com o aumento de secreção de epinefrina ;
- b- estado de agitação, inquietação, confusão e redução do nível da consciência, ocorrem quando a circulação nos tecidos cerebrais torna-se altamente prejudicados ;
- c- alterações dos sinais vitais, predominando a queda da tensão arterial, pulso e temperatura.

2.3. ESTUDO SOBRE MEDIDAS DE INTERVENÇÃO DESENVOLVIDAS PELA EQUIPE

Atualmente, pode-se contar com medidas preventivas, diagnósticas e de intervenção eficazes, a fim de prevenir os possíveis eventos, diagnosticar e tratar o choque com precisão, evitando que o mesmo chegue aos estágios progressivo e irreversível .

BEVILACQUA, afirma que para proceder-se a interpretação dos sinais e sintomas, o acompanhamento das alterações e grau de comprometimento funcional do paciente, é necessário o auxílio do histórico do paciente, do exame físico, dos estudos de laboratório e de testes especiais .

Atualmente a avaliação da pressão de pulso é mais significativa do que a avaliação da pressão sanguínea , uma vez que isto serve para avaliar o débito cardíaco . A pressão sanguínea sistólica indica a inte

gridade do músculo cardíaco, das artérias e arteríolas. A pressão sanguínea diastólica indica a resistência do sangue nas veias. Assim, o nível da pressão sanguínea diastólica é utilizado como indicação da resistência ou vasoconstricção. Quando a pressão diastólica cai significativamente, sabe-se que a vasoconstricção está sendo perdida em função do mecanismo compensatório. Se porém a vasoconstricção é substituída por uma marcada vasodilatação não existe resistência no fluxo sanguíneo, e então, a pressão sanguínea não pode ser mantida .

O ritmo do pulso aumenta no choque em resultado ao aumento da estimulação simpática; assim, provoca o aumento do número de contrações cardíacas por minuto. Isto ocorre como mecanismo de compensação para manter a circulação adequada quando o volume circulante de sangue não está adequado. Esta sequência de eventos é particularmente certa nos estados de choque causados por perda de líquidos .

Para LUCLMANN & SORENSEN outra medida de suma importância, consiste na observação da pele, que pode tornar-se gelada, pegajosa e pálida, em decorrência da diminuição da perfusão tecidual e da vasoconstricção venosa periférica por deficiência de suprimento sanguíneo para a atividade do sistema nervoso simpático. Em resultado da diminuição da secreção da aldosterona, o sódio não pode ser retido no organismo levando consigo água, que é eliminada através das glândulas sudoríparas; a redução do metabolismo diminui a produção de calor .

A observação da frequência da respiração, é outro cuidado que auxilia sobremaneira, na detecção ou avaliação do choque. O aumento no ritmo da respiração, evidencia o decréscimo da perfusão tecidual, em virtude do acúmulo de excessiva quantidade de dióxido de carbono, devido a acido se metabólica e funciona como estímulo para o centro respiratório .

Deve-se ainda, atentar para a identificação de cianose, oriunda da presença de excessiva quantidade de san

gue desoxigenado nos capilares da pele .

A prevenção de anóxia tecidual ou hipóxia, representa um dos cuidados primordiais, uma vez que constitui um sintoma grave, que revela o decréscimo da circulação do sangue nos tecidos orgânicos. As células são dependentes da circulação porque é através destas que recebem seus nutrientes, eletrólitos e oxigênio e removem produtos tóxicos .

A verificação do volume urinário é outra medida valiosa na prevenção e na atenção contínua do choque hipovolêmico, por indicar o estado de circulação através dos órgãos vitais. Um bom resultado urinário indica circulação adequada. Um ml de urina por minuto ou 60 ml por hora é a excreção normal de urina dos rins .

É de grande importância a análise dos exames laboratoriais por permitirem a indicação : no momento da hemodiluição e da desidratação tecidual, expressada pela diminuição de glóbulos vermelhos; redução de hematócrito e das proteínas plasmáticas; hiperglicemia; hipocloremia; ureia nitrogenada elevada; aumento dos leucócitos polimorfonucleares. Permitem também avaliar-se o grau de gravidade do choque, tomando-se por base os seguintes índices : perda de metade do volume sanguíneo - bastante perigoso; perda de hemoglobina paralela ao volume de sangue e de 1/3 do volume sanguíneo - também perigoso .

A contagem da hemoglobina é tipicamente baixa quando há perda de volume sanguíneo. As alterações mais importantes na composição de sangue durante o choque são: alteração na homeostasia e nos mecanismos imunológicos, no conteúdo de várias substâncias vasoativas e no nível de certos hormônios .

BELLAND & PASSOS ⁶, citam que o diagnóstico do choque poderá ser feito se duas das seguintes condições estiverem presentes : 1) pressão sanguínea sistólica inferior a 80 mm/Hg; 2) excreção urinária inferior a 25 ml/h.; 3) acidose metabólica; 4) perfusão tissular deficiente .

Pode-se portanto, perceber a quantidade de recur

ses disponíveis para a prevenção e controle do choque hipovolêmico .

2.4. O ENFERMEIRO E AS AÇÕES DE PREVENÇÃO DO CHOQUE HIPVOLÊMICO

LUCKMANN & SORENSEN ²⁷, referem que na síndrome clínica comumente chamada de choque, encontram-se presentes três principais fatores : 1) reação do paciente a uma agressão funcional específica desencadeante do choque; 2) reação do paciente ao episódio de choque; 3) natureza da reação, que determinará a possibilidade da reversibilidade do choque. Dizem que os problemas psicológicos são os principais fatores contribuintes para a irreversibilidade do choque .

O Enfermeiro ocupa um papel de destaque nas ações de prevenção do choque hipovolêmico, devido a multiplicidade de cuidados que presta ao paciente e daqueles que prescreve para a sua equipe, frente a hospitalização .

Outro ponto de destaque do Enfermeiro junto ao paciente hospitalizado, se refere ao número de horas que dedica em assistência, nas 24 horas, refletindo-se em maior volume de trabalho, quando comparado aos demais elementos da equipe básica de saúde .

Partindo-se da premissa de que o choque hipovolêmico pode ocorrer em qualquer unidade do hospital, todo enfermeiro necessita conhecer sinais que indiquem o desencadeamento de uma crise .

Para tal, alguns requisitos são essenciais, podendo-se ressaltar :

- a- necessidade de utilizar-se de perspicácia e habilidades técnicas e científicas para detectar no paciente hospitalizado, sinais e/ou sintomas, capazes de evoluir para um choque hipovolêmico :

FLAVIO ¹⁹ assevera, ser de importância vital para

que o enfermeiro tenha a capacidade de reconhecer os sintomas precocemente .

- b- Ter aptidão para intervir com ações úteis, adequadas e eficazes, considerando o grau de comprometimento funcional do paciente, no sentido de interceptar o curso do quadro evidenciado , visando promover o equilíbrio e prevenir complicações graves .
- c- Atentar para as queixas do paciente - expressões fragmentárias da moléstia subjacente - devem ser usadas como condutores, podem ser acompanhadas até a verdadeira sede da doença . Os sintomas nem sempre são o que parecem, devem ser interpretados; é preciso determinar não só o que ele é, mas que papel representa na vida do indivíduo .
- d- Alertar-se de que certas perturbações na fisiologia são caracterizadas pela associação de dois ou mais sintomas ou sinais relacionados e que os sintomas são suscetíveis, de eclodir algum tempo antes de aparecerem sinais fisiológicos reveladores da doença e também antes de as provas de laboratório serem capazes de detectar distúrbios na fisiologia .

SMITH ³⁹ acrescenta como requisito, a observação da prática e dos princípios de enfermagem, salientando que são de grande importância em situações concernentes ao choque. Alerta que quanto mais rapidamente se possa intervir no estado de choque, tanto maior é a probabilidade de recuperação sem complicações para o paciente .

Merece complementar-se como requisitos, compreender os mecanismos compensatórios que são realizados ajudando-os a tempo .

Convém destacar-se quenas ações de enfermagem em geral e principalmente as voltadas para a prevenção, o enfermeiro tem opor

tunidade de lidar com situações sobre as quais nem sempre dispõe de dados suficientes para um exato encaminhamento do problema. Pesa ainda a peculiaridade que envolve as reações do paciente, tendo-se que levar em conta que pacientes diversos, reagem de forma diferente a um episódio de choque .

MACBRYDE ²⁸ chama atenção para o fato de que cada sintoma ou sinal tem um início. Cada sintoma apresenta seu curso - por assim dizer, sua vida própria; ele pode regressar e desaparecer, ou desenvolver-se e prosperar. É sempre um produto do organismo e seu caráter depende da natureza específica do indivíduo .

O papel do enfermeiro no controle do paciente suscetível ao choque hipovolêmico é bem mais simples e de grande valia no seu estágio inicial. Porém torna-se mais complexo, envolvendo responsabilidades técnicas e domínio científico específico no trato com a problemática, que inclui o cuidado ao paciente e a orientação à equipe .

Na fase inicial do choque é de grande importância a ação do enfermeiro, a qual através de ações básicas, sensatas, rápidas e inteligentes, poderá baseando-se nas reações orgânicas e nas particularidades individuais, traçar um plano de execução, simples, objetivo e eficaz, a fim de ajudar o paciente no seu ciclo de reações, evitando que o choque progrida, promovendo um estado de equilíbrio orgânico, sendo fundamental que se ajude na manutenção da eficácia dos mecanismos compensatórios, para que, desse modo, se evitem lesão de órgãos vitais .

Como ações de enfermagem centradas nas medidas de prevenção do choque hipovolêmico, pode-se evidenciar :

- a- realizar entrevista e observação do paciente hospitalizado, com conseqüente planejamento de ações e estabelecimento de prioridades, o que conduzirá o enfermeiro a detectar sintomas precoces que necessitam de sua intervenção, para evitar o agravamento dos mesmos. Dessa forma po

derá o enfermeiro, inclusive, interceptar o curso de um choque incipiente e irreversível; esse ato, quando negligenciado, constitui falta grave, passível, inclusive, de penalidade, conforme Código de Ética .

b- O registro escrito deve ser regular e metodológico, sequencial, compacto e completo .

c- MACBRYDE -a evolução dos sinais e sintomas constitui a evolução do problema, suas características podem ser altamente esclarecedoras para o diagnóstico. É importante que se façam observações repetidas, com base em um planejamento , dos sinais clínicos característicos do choque, tais sejam : aumento do pulso pela atividade do sistema nervoso simpático, palidez , pele fria, sudorese, fluxo urinário horário ou a cada meia hora .

d- Iniciar um esquema de cuidados avaliando as reações do paciente para o estabelecimento da etiologia específica do estado de choque. É este o primeiro passo no controle das manifestações do choque .

e) Apressar a ordem terapêutica que ajudará o indivíduo a obter um balanço homeostático, sem a necessidade de mecanismos compensatórios .

f) Colocar o paciente em cama tipo "Fowler", mantendo-o em ambiente com regulador de temperatura, em local próximo ao centro de enfermagem.

O paciente poderá ser mantido confortavelmente aquecido e todos os cuidados deverão ser tomados para evitá-los resfriamento, o que também danificaria muito o coração .

O paciente em choque deve ser deitado em decúbito

dorsal, extremidades elevadas (pernas) em ângulo de mais ou menos 45° protegendo as curvas do joelho para ficarem em linha reta; o tronco deve ficar em posição horizontal ou levemente inclinado, o tórax mais elevado que a pelvis; o pescoço confortavelmente posicionado com a cabeça no nível do tórax ou levemente elevada .

Deve-se evitar a aplicação de calor externo no paciente em choque, medida esta até recentemente recomendada; atualmente vista como causa de dilatação dos vasos periféricos levando à retirada de sangue dos órgãos vitais para os vasos superficiais. Interfere assim nos mecanismos compensatórios iniciais da vasoconstrição, de oxigênio e substratos, exigindo maior esforço do coração .

g- Abastecer o centro de enfermagem com drogas e soluções possivelmente necessárias, unidade de emergência respiratória, material de entubação, traqueotomia, pequena cirurgia, dentre outros.

h- Colaborar na instalação da PVC (Pressão Venosa Central), por ser um instrumento que constitui o primeiro passo no controle do paciente em choque, já que é um importante meio de estimativa da perda de líquidos .

O controle do volume sanguíneo é particularmente importante, por servir de base para determinar a terapia de reposição. Isto pode ser feito rapidamente através de técnicas com isótopos. Outros testes como hematócrito, pH, pCO_2 , servem para ajudar na avaliação. Na reposição de líquidos deve ser considerado o enchimento de capilares e veias. Essa reposição de líquidos mantém em níveis adequados a pressão venosa central e o retorno ao coração, o que resulta em aumento na produção cardíaca. A adequada reposição de líquidos diminui o nível das catecolaminas no sangue, produzindo portanto uma vasodilatação fisiológica, reforçando o fluxo capilar, o que resulta em adequada perfusão tecidual, prevenção da lentidão circulatória e da coagulação nos vasos. Uma fase de hipercoagulabilidade pode ocorrer produzindo trom

bose intravascular. No tratamento, o plasma é administrado como emergência inicial para manter a pressão sanguínea.

A infusão de sangue e outros líquidos é usualmente continuada somente enquanto a PVC estiver abaixo de 10mm/Hg. A PVC permite acompanhar o índice da pressão ventricular. A PVC cai substancialmente se existir uma marcante deficiência na resistência periférica .

i- Atentar para a administração de drogas .

O uso de drogas vasopressora e vasoconstrictora é hoje questionado, visto que elas interferem na atividade do sistema nervoso simpático, cujos efeitos tendem muitas vezes a acentuar o desenvolvimento do choque. Normalmente o objetivo da terapia vasopressora é a manutenção da pressão sanguínea entre 70 e 80 mm/Hg; nível esse suficiente para assegurar a perfusão tecidual. A perfusão dos órgãos vitais é impossível se a pressão sistólica estiver abaixo de 50mm/Hg .

As drogas vasodilatadoras são perigosas porque resultam em falência da pressão sanguínea arterial, se forem aplicadas enquanto o volume de sangue circulante estiver deficiente e o organismo com baixa pressão arterial. Se porém, o espaço vascular estiver cheio e o retorno venoso cardíaco adequado, a vasodilatação resultará na expansão das arteríolas, provocando ao final, um aumento da resistência cardíaca e da perfusão capilar .

O paciente idoso, com esclerose vascular, poderá não estar apto ao estado de hipotensão, que poderá acompanhar o tratamento do choque com drogas vasodilatadoras . Quando isto é necessário, o vasodilatador deve ser administrado associado a uma droga cardiogênica para aumentar a resistência cardíaca e manter ou elevar a pressão sanguínea.

j- Controle do volume urinário, medida esta de preservação da função renal.

Para a preservação da função renal, deve ser fei

to o controle do volume urinário horário com o apoio de diuréticos, correção da acidose metabólica e de outras medidas, que evitam a ocorrência de insuficiência na função renal e necrose renal tubular aguda .

- 1- Administrar oxigênio, uma vez que o oxigênio suplementar é necessitado pelo paciente, sempre que ocorre o choque, a fim de protegê-lo da hipoxemia .

Deve ser administrado em uma concentração de até 30% . A administração prolongada de 100% é contra-indicada, porque pode induzir a uma intoxicação .

Finalmente, os cuidados gerais podem ser sintetizados em :

- 1- Reunir material, equipamento e medicação de emergência mantendo tudo em ordem .
- 2- Controlar e observar continuamente o paciente, medida esta imperativa, uma vez que as mudanças cardiovasculares e da função respiratória, podem ocorrer rapidamente, e o tratamento precisa ser adequado a estes .
- 3- Ajudar o paciente a sentir-se repousado físico e emocionalmente, para reduzir suas necessidades físicas de oxigênio e nutrientes .
- 4- Reduzir o esforço do paciente, o medo e ansiedade face aos acontecimentos e equipamento utilizado .
- 5- Manter o ambiente regularmente aquecido , para reduzir o desgaste metabólico do paciente .
- 6- Providenciar alívio a dor, uma vez que essa intensifica o choque. Não dar narcóticos e sedativos desnecessários .

III. METODOLOGIA

A metodologia adotada nesta pesquisa, envolveu os aspectos abaixo descritos :

3.1. TIPO DO ESTUDO

O presente estudo, do tipo descritivo foi realizado na cidade de Fortaleza-Ceará, no período de abril a dezembro de 1979, visando identificar a atuação do enfermeiro na prevenção e intervenção junto ao paciente hospitalizado, suscetível a choque hipovolêmico .

3.2. POPULAÇÃO

A população selecionada para o estudo, constituiu-se de enfermeiros lotados nas unidades de internação médico-cirúrgicas de seis hospitais da localidade, selecionados por apresentar as características :

- a) atender a uma grande demanda de pacientes de clínica médico-cirúrgica ;
- b) ter em sua estrutura organizacional, enfermeiros atuando nessas unidades de internação ;
- c) apresentar uma diversificação de subordinação administrativa (rede federal, estadual, municipal e particular) .

A escolha dos enfermeiros baseou-se na premissa de serem eles responsáveis diretos ou indiretos pelas ações desenvolvidas com o paciente hospitalizado, e em um levantamento prévio realizado através do Anexo I .

3.3. AMOSTRA

A amostra, compôs-se de 73 enfermeiros, seleciona

dos segundo critérios estabelecidos, a saber :

- . Estar o enfermeiro lotado em unidade de internação médico-cirúrgica destinada a pacientes adultos .
- . Estar em plena atividade por ocasião da pesquisa, independente de horário de trabalho (manhã, tarde, noite) .
- . Aquiescer à participação neste estudo .

3.4. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Dois foram os instrumentos utilizados para a coleta de dados :

- a) Ficha de identificação (para ser respondida pela coordenadora do Serviço de Enfermagem) da força de trabalho - Anexo I , destinada a situar a subordinação do hospital, identificar a disponibilidade/leito e verificar a composição de pessoal de enfermagem .

Esse instrumento constituiu-se de três itens, sendo um referente a natureza administrativa da Instituição ; outro sobre a relação leito/enfermeiros, e o último se refere a composição da enfermagem, abrangendo : distribuição destes, jornada de trabalho e critério para sua escala nas unidades .

- b) Questionário destinado aos enfermeiros em serviço nas unidades, no intuito de caracterizá-los, verificar a real força de trabalho e a dinâmica de prestação de cuidados ao paciente .

Esse instrumento foi elaborado contendo 16 itens, sendo 5 referentes à caracterização do profissional, voltados para a formação, atualização e exercício profissional. Quanto à força de trabalho, procurou-se detectar o número

de leitos da clínica onde atua e o tipo de escala que é seguida, totalizando duas questões .

O terceiro item, que trata da dinâmica de prestação de cuidados pelo enfermeiro ao paciente, fez 8 perguntas, sendo 4 de ordem geral e 5 eminentemente voltadas para a prevenção e intervenção precoce pelo profissional em casos de choque hipovolêmico .

3.5. OUTROS PROCEDIMENTOS

Outros procedimentos foram adotados, a saber :

- . Informações aos profissionais envolvidos na amostra, quanto aos objetivos e métodos empregados na pesquisa e tempo previsto para cada respondente (em média 20 minutos) .
- . Distribuição dos questionários, devendo esses serem respondidos preferentemente na presença do pesquisador, a fim de evitar dúvidas, atrasos na devolução e extravio dos mesmos .
- . Estabelecimento de critério para avaliar as ações gerais e específicas de prevenção e intervenção no choque hipovolêmico (Anexo III) .

3.6. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Nessa etapa, realizamos :

- . O tratamento descritivo dos dados distribuídos em números absolutos e transformados em percentuais .
- . A classificação e o agrupamento dos dados em tabelas e seu comentário .

IV. ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise dos resultados neste estudo, será feita de forma agrupada, em três ordens sequenciais .

4.1. CARACTERIZAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO DAS INSTITUIÇÕES

Neste particular, enfatizaremos o perfil do hospital, bem como a composição de enfermeiros - Tabela 1 .

TABELA 1

DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS ESTUDADOS SEGUNDO CATEGORIA ADMINISTRATIVA, COMPOSIÇÃO DE LEITOS/ENFERMEIROS E JORNADA DE TRABALHO

CODIFICAÇÃO (Hospitais)	CATEGORIA ADMINISTRATIVA	NÚMERO DE		PROPORÇÃO Enf./Pac.	JORNADA semanal de trabalho	TOTAL DE HORAS : Enfermeiros/ semana
		leitos	enfermeiro			
A	Federal	149	25	1: 6	40	1.000
B	Federal	168	26	1: 6	40	1.040
C	Federal	190	21	1: 9	40	840
D	Municipal	151	11	1: 14	30	330
E	Particular	496	10	1: 49	40	400
F	Estadual	75	5	1: 15	20	100

A Tabela 1 demonstra a distribuição dos hospitais segundo categoria administrativa, composição de leitos / en

fermeiros e jornada de trabalho .

Quanto a categoria administrativa, percebe-se que 3 são federais, 1 municipal, outro particular e 1 estadual, totalizando 6 hospitais .

Em relação ao número de leitos, observa-se que os hospitais federais, compõem-se de 507 leitos de clínica mé^{dic}o-cirúrgica e a seguir, o hospital particular, com 496 leitos .

A rede estadual foi a que apresentou o menor número de leitos .

No que se refere ao número de enfermeiros, verifica-se que os hospitais federais são os que mais comportam enfermeiros na sua estrutura organizacional, globalizando 72, seguindo-se do municipal com 11, e particular 10. O estadual no entanto só dispõe de 5 profissionais .

A relação enfermeiro/paciente nas clínicas estudadas, demonstra maior desproporção no hospital D (1:14) , no E (1:49) e no hospital F (1:15) .

As relações proporcionais mais aproximadas entre si encontram-se nos hospitais A e B, ou seja 1:6, respectivamente .

Quanto a jornada de trabalho, do ponto de vista individual, existe uma homogeneidade numérica nos hospitais A, B, C e D, uma vez que constitui-se de 40 horas semanais. No entanto, no hospital D a jornada individual é de 30 horas e no F de 20 horas .

O total de horas/enfermagem/por semana, é mais significativo no hospital B (1.040 horas) e no A (1.000 horas). Os menos significativos foram do hospital D (330 horas) e F apenas 100 horas .

A descrição dos demais itens que caracterizam os enfermeiros, está retratada no Quadro Demonstrativo - Anexo I, que retrata o tipo de escala e sua distribuição nas 24 horas .

4.2. PERFIL PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS CONSTITUTIVOS
DA AMOSTRA - TABELA 2 A 5

A amostra constituiu-se de 75% do total dos enfermeiros das clínicas médico-cirúrgicas dos hospitais, somando-se 73 enfermeiros .

TABELA 2

DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS COMPONENTES DA AMOSTRA,
SEGUNDO FORMAÇÃO PROFISSIONAL

CURSO DE FORMAÇÃO	F	%
. Graduação sem habilitação	01	1,4
. Graduação antes do parecer 163/63	22	30,1
. Graduação com habilitação em enfermagem médico-cirúrgica	23	31,5
. Graduação com habilitação em enfermagem de saúde pública	18	25,0
. Graduação com habilitação em enfermagem obstétrica	09	12,0
T O T A L	73	100,0

A Tabela 2 referente a distribuição dos enfermeiros, segundo a formação, evidencia que 23 respondentes , 31,5% da amostra, possuem graduação com habilitação em enfermagem médico-cirúrgica; 22 respondentes, 30,1% da amostra foram graduados antes do parecer 163/63 e 18 respondentes, 25,0% da amostra foram graduados e têm habilitação em enfermagem de Saúde Pública .

TABELA 3

DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS, SEGUNDO A FREQUÊN
CIA DE PARTICIPAÇÃO EM CURSOS DE ATUALIZAÇÃO

PARTICIPAÇÃO	F	%
. Frequentemente	29	40,0
. Raramente	42	57,5
. Não participa	02	2,5
TOTAL	73	100,0

A Tabela 3 reflete a frequência de participação dos enfermeiros nos cursos de atualização, sendo que 42 respondentes, 57,5% da amostra afirmou raramente cursá-lo; 29 respondentes, 40,0% da amostra frequentemente; 2 respondentes, 2,5% da amostra confirmou não participar de cursos de atualização .

TABELA 4

DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS, SEGUNDO CARGO QUE
OCUPA NA EQUIPE

C A R G O	F	%
. Enfermeiro chefe de unidade	28	38,4
. Enfermeiro supervisor	45	61,6
. Enfermeiro de cabeceira	-	-
T O T A L	73	100,0

A Tabela 4 mostra a distribuição dos enfermeiros, conforme cargo que ocupa na equipe : 45 respondentes, ou seja 61,6% da amostra referiu exercer o cargo de supervisor e 28 respondentes, 38,4% da amostra, enfermeiro chefe de unidade . A categoria enfermeiro de cabeceira não foi encontrada nas unidades .

TABELA 5

DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS, SEGUNDO OS ANOS DE ATIVIDADES, PROFISSIONAL E EM CLÍNICA MÉDICA - CIRÚRGICA

P E R I O D O (anos)	ATIVIDADE PROFISSIONAL		ATIVIDADE EM CLÍNICA MED. CIRÚRG	
	F	%	F	%
1 - 3 anos	8	11,0	17	23,3
4 - 7 anos	18	24,6	24	32,9
8 - 11 anos	24	32,9	17	23,3
12 - 20 anos	13	17,8	5	6,8
21 a mais anos	10	13,7	10	13,7
T O T A L	73	100,0	73	100,0

A Tabela 5 ressalta a distribuição dos enfermeiros conforme os anos de atividades profissional e em clínica médico-cirúrgica .

Quanto a atividade profissional, observa-se que 24 enfermeiros, 32,9% da amostra referiu 8 a 11 anos; 18 enfermeiros, 24,6% da amostra, 4 a 7 anos; 13 enfermeiros, 17,8% da amostra 12 a 20 anos; 10 enfermeiros, 13,7% da amostra, 21 a mais anos e 8 enfermeiros, 11,0% da amostra, 1 a 3 anos .

No que se refere as atividades exercidas em clínicas médico - cirúrgicas, constata-se que 24 enfermeiros, 32,9% da amostra, afirmaram atuar nessas clínicas entre 4 a 7 anos; 17 enfermeiros, 23,3% da amostra, 8 a 11 anos; 5 enfermeiros, 6,8% da amostra, 12 a 20 anos; 10 enfermeiros, 13,7% da amostra, 21 a mais anos e 8 enfermeiros, 11,0% da amostra, 1 a 3 anos .

mostra, 1 a 3 anos e 8 a 11 anos respectivamente..
Entretanto, 5 enfermeiros, 6,8% da amostra confirmaram
exercer funções nessas clínicas entre 12 e 20 anos.

4.3. AÇÕES ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS, CENTRADAS NAS DIFERENTES FORMAS DE PREVENÇÃO DO CHOQUE HIPOVOLÊMICO - TABELAS DE 6 A 14

TABELA 6

DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS, SEGUNDO AS FORMAS DE CONHECIMENTO DA EVOLUÇÃO DO PACIENTE

FORMAS DE CONHECIMENTO DA EVOLUÇÃO DO PACIENTE	F	%
. Através das anotações no relatório de enfermagem	53	73,0
. Examinando pessoalmente o paciente	38	52,0
. Através de relato feito pelo médico	31	42,5
. Através de informações da auxiliar	27	37,0
. Através do enfermeiro supervisor	18	24,5

A Tabela 6 ressalta a distribuição dos enfermeiros segundo as formas de conhecimento da evolução do paciente .

Pode-se constatar que 53 respondentes, 73,0% da amostra afirmaram se informarem através de anotações no relatório de enfermagem; 38 respondentes, 52% da amostra, examinando pessoalmente o paciente; 31 respondentes, 42,5% da amostra através do relato feito pelo médico e 18 respondentes, 24,5% da amostra, através do enfermeiro supervisor .

TABELA 7

DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS SEGUNDO AÇÕES QUE NUNCA DE
LEGA OU DELEGA SEMPRE AO PESSOAL AUXILIAR

A Ç Õ E S	NUNCA DELEGA		DELEGA SEMPRE	
	F	%	F	%
. Inspeção para checar o estado geral do paciente	47	64,0	12	16,0
. Observação frequente do paciente	42	58,0	29	40,0
. Anotações no prontuário do paciente	35	48,0	33	45,0
. Controle do balanço hidroeletrólítico	35	48,0	34	46,0
. Controle da permeabilidade tecidual de vias aéreas e de catéteres	32	43,0	17	23,0
. Mudança de posição e conforto no leito	17	23,0	55	75,0
. Verificação de sinais vitais	17	23,0	54	74,0
. Administração de medicação por via parenteral e infusões	14	19,0	41	56,0
. Cuidados de higiene	09	12,0	60	82,0
. Administração de medicação por via oral e tópicos	05	7,0	58	79,0

A Tabela 7 faz sobressair as ações que os enfermeiros nunca delegam ou delegam sempre ao pessoal auxiliar.

Dentre as ações que nunca delegam, verifica-se : 47 respondentes, 64,0% da amostra, inspeção para checar o estado geral do paciente; 42 respondentes, 58,0% da amostra, observação frequente do paciente; 35 respondentes, 48,0% da amostra, anotações no prontuário e, controle do ba

lanço hídrico respectivamente; 32 respondentes, 43,0% da amostra, controle da permeabilidade tecidual, das vias aéreas e catéteres; 9 respondentes, 12,0% da amostra, cuidados de higiene e 5 respondentes, 7,0% da amostra, administração de medicamentos por via oral e tópicos .

As ações que os enfermeiros informaram delegar sempre, são : 60, 82,0% da amostra, cuidados de higiene; 58, 79,0% da amostra, administração de medicamentos por via oral e tópicos; 55, 75,0% da amostra, mudanças de posição e conforto no leito; 17, 23,0% da amostra, controle da permeabilidade tecidual, de vias aéreas e de catéteres e 12, 16,0% da amostra, inspeção para checar o estado geral do paciente .

TABELA 8

DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS, SEGUNDO DEPOIMENTOS DA REAVALIAÇÃO DO PACIENTE E SEU PROPÓSITO

PROPÓSITO DA REAVALIAÇÃO	F	%
. Inteirar-se sobre as condições de saúde do paciente	62	85,0
. Fazer atualização no plano de cuidados do paciente	49	67,0
. Fazer anotações no prontuário / relatório	39	53,0
. Atender rotina de trabalho	07	9,0

A Tabela 8 põe em relevo os propósitos da reavaliação de um paciente pelos enfermeiros, podendo-se perceber que 62, 85,0% da amostra expressaram o propósito de inteirar-se sobre as condições de saúde do paciente; 49, 67,0% da amostra, fazer atualização no plano de cuidado do paciente; 39, 53,0% da amostra, fazer anotações no prontuário/relatório e 7, 9,0% da amostra, atender a rotina do serviço.

TABELA 9

DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS, SEGUNDO DADOS QUE OS ADVERTEM PARA A NECESSIDADE DE UMA REAVALIAÇÃO DO ESTADO DO PACIENTE

DADOS QUE ADVERTEM	F	%
. Alteração nos níveis dos sinais vitais	64	88,0
. Alteração no comportamento	53	73,0
. Queixas referentes a <u>al</u> gias	40	55,0
. Dados laboratoriais <u>alte</u> rados	39	53,0

A Tabela 9, põe em evidência, os dados que advertem os enfermeiros quanto a necessidade de reavaliação do estado do paciente, destacando-se : 64, 88,0% da amostra, alteração nos níveis dos sinais vitais; 53, 73,0% da amostra, alteração no comportamento; 40, 55,0% da amostra , queixas referentes a algias e 39, 53,0% da amostra, dados laboratoriais alterados .

TABELA 10

INSTRUMENTOS UTILIZADOS PELO ENFERMEIRO PARA PESQUISAR
SINAIS OU SINTOMAS DE ALTERAÇÃO NO ESTADO GERAL DO
PACIENTE

I N S T R U M E N T O S	F	%
. Observação visual	39	53,0
. Tensiômetro	32	44,0
. Termômetro	29	40,0
. Estetoscópio	25	34,0
. Comunicação com o paciente	17	23,0
. Anotações-prontuário e rela tório	19	26,0
. Apalpações	10	14,0

A Tabela 10, apresenta os instrumentos utilizados pelos enfermeiros, para pesquisar sinais ou sintomas de alteração no estado geral do paciente .

Observa-se como instrumentos referidos pelos elementos constitutivos da amostra, a observação visual, 39 , 53,0%; tensiômetro, 32, 44,0%; termômetro, 29, 40,0%; estetoscópio, 25, 34,0%; anotações no prontuário e relatório 19, 26,0% e apalpação, 10, 14,0% .

TABELA 11

DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS, SEGUNDO AS CAUSAS SOBRE AS QUAIS COSTUMAM TOMAR MEDIDAS DE PRECAUÇÃO NO SENTIDO DE SURPREENDER SINAIS DE CHOQUE

CAUSAS DESENCADEANTES	F	%
. Hemorragias	47	64,0
. Uso de drogas com algum teor de toxicidade	44	60,0
. Distúrbio no equilíbrio ácido básico	33	45,0
. Infecções	18	25,0
. Miocardiopatias	13	18,0
. Distúrbios endócrinos	9	12,0

A Tabela 11 põe em relevo a distribuição dos enfermeiros, segundo as causas sobre as quais costumam tomar medidas de precaução, no sentido de surpreender sinais de choque aos primeiros sinais ou sintomas .

As respostas obtidas como causas desencadeantes , foram 47 respondentes, 64,0% da amostra, referiram hemorragias; 44, 60,0% da amostra, uso de drogas com algum teor de toxicidade; 33, 45,0% da amostra, distúrbio no equilíbrio ácido - básico; 13, 18,0% da amostra, miocardiopatias e 9, 12,0% da amostra, distúrbios endócrinos .

TABELA 12

DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS SEGUNDO CUIDADOS PREVENTIVOS QUE COSTUMAM PRESTAR, QUANDO DIANTE DAS CAUSAS DESENCADEANTES DO CHOQUE

CUIDADOS PREVENTIVOS	F	%
. Verificação frequente da Tensão Arterial	60	82,0
. Observação das condições da pele e do tonus muscular	47	64,0
. Observação visual frequente	46	63,0
. Verificação frequente de T.P.R.	46	63,0
. Iniciar balanço hídrico	28	38,0
. Recomendar repouso no leito	19	26,0

A Tabela 12 expressa a distribuição dos enfermeiros, conforme os cuidados preventivos diante das causas de terminantes de choque .

Dentre as causas destacadas, ressalta-se: verificação frequente da Tensão Arterial, 60, 82,0%; observação das condições da pele e do tonus muscular, 47, 64,0%; observação visual frequente e verificação de T.P.R., 46,

33,0%, respectivamente; iniciar o balanço hídrico, 28,
38,0% e recomendar repouso absoluto no leito, 19,
26,0% .

TABELA 14

TIPOS DE APRAZAMENTOS UTILIZADOS PELOS ENFERMEIROS EM CASOS DE HEMORRAGIA, SEGUNDO ATIVIDADES DE PREVENÇÃO DO CHOQUE HIPOVOLÊMICO

ATIVIDADE DE PREVENÇÃO	APRAZAMENTOS (Tipos)		Até de 1/1 hora		De 2 a 4 horas		Acima de 4 horas		Conforme Rotina		Não respondem	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
a.Verificação da temperatura	44	60,0	13	18,0	1	1,1	-	-	-	-	15	20,0
b.Verificação de pulso	53	73,0	9	12,0	-	-	-	-	-	-	11	-
c.Verificação da respiração	50	68,0	9	12,0	-	-	-	-	-	-	14	19,0
d.Verificação da P.A.	58	79,0	9	12,0	-	-	-	-	-	-	6	8,0
e.Verificação da P.V.C.	36	49,0	11	15,0	-	-	1	1,1	22	30,0	-	-
f.Verificação da coloração da pele e anexos	42	57,0	10	14,0	1	1,1	4	5,0	16	22,0	-	-
g.Observação de atitude de inquietação e estado de angústia	39	53,0	8	11,0	5	7,0	4	5,0	17	23,0	-	-
h.Observação de ocorrência de dispnéia	41	56,0	6	8,0	-	-	7	9,0	19	26,0	-	-
i.Posição adequada no leito	15	20,0	24	33,0	2	3,0	11	15,0	21	29,0	-	-
j.Medidas de aquecimento	13	18,0	17	23,0	3	4,0	10	14,0	30	41,0	-	-
l.Balanço hídrico	27	37,0	9	12,0	4	5,0	14	19,0	19	26,0	-	-
m.Manutenção de vela puncionada	14	19,0	1	1,1	2	3,0	29	40,0	27	37,0	-	-
n.Administração de soluções hidratantes	3	4,0	3	4,0	1	1,1	32	44,0	34	46,0	-	-
o.Administração da medicação prescrita	4	5,0	1	1,1	2	3,0	39	53,0	27	37,0	-	-

A Tabela 14 apresenta os tipos de aprazamentos utilizados pelos enfermeiros em casos de hemorragia, segundo a atividades de prevenção do choque hipovolêmico .

Os aprazamentos de até 1 em 1 hora referenciados pelos enfermeiros foram : 58, 79,0% da amostra, verificação da Pressão Arterial; 53, 73,0% da amostra, verificação do pulso; 50, 68,0% da amostra, verificação da respiração; 44, 60,0% da amostra, verificação da coloração da pele e anexos e 41, 56,0% da amostra, observação de ocorrência de dispnêia; 39, 53,0% da amostra, observação de atitude de inquietação e estado de angústia .

O aprazamento de 2 a 4 horas destacado, trata-se das atividades : posição adequada no leito, 24, 33,0% da amostra; medidas de aquecimento, 17, 23,0% da amostra verificação da PVC, 14, 19,0% da amostra e verificação da temperatura, 13, 18,0% da amostra .

Destacaram como aprazamento acima de 4 horas, a observação de atitude de inquietação e estado de angústia, 5, 7,0% da amostra; balanço hídrico, 4, 5,0% da amostra e medidas de aquecimento, 3, 4,0% da amostra .

Não responderam os itens formulados, 34 enfermeiros, 46,0% da amostra no que se refere a administração de solução hidratante; 30, 41,0% da amostra, medidas de aquecimento e 27, 37,0% da amostra, manutenção da veia puncionada e administração de medicação prescrita .

V . DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos neste estudo, permitem evidenciar alguns aspectos importantes quanto a :

5.1. caracterização da força de trabalho, abrangendo o posicionamento do hospital na estrutura administrativa, bem como o número de leitos e a composição numérica de enfermeiros nessas Instituições.

No que se refere a subordinação administrativa, pode-se perceber a maior frequência de hospitais da rede federal (Tabela 1).

Quanto ao número de leitos, verifica-se que esses hospitais possuem 507 leitos seguindo-se os hospitais particulares, com capacidade para receber 494 pacientes, ocorrendo a menor frequência no hospital estadual, que, se compõe de apenas 75 leitos.

Presume-se que a expressão numérica se deve aos convênios atualmente estabelecidos entre as Instituições de assistência e os órgãos de Previdência Social.

No que se refere ao número de enfermeiros que compõem o quadro funcional dessas Instituições observa-se que a rede federal é a que mais dispõe desses profissionais, ou seja, 72 enfermeiros, seguindo-se a rede municipal com 11, enquanto a particular só apresenta 10.

Tal situação revela uma discrepância entre o número de leitos e número de enfermeiros, acentuando-se no hospital particular o que leva novamente à cogitação de que tal evento decorra da disponibilidade de mercado de trabalho oferecido pela rede previdenciária.

Face à desproporção leito/enfermeiros, analisando-se a referida desproporção frente às jornadas de trabalho, fica evidenciado que existem menores proporções enfermeiros x pacientes nos hospitais D, E e F, ocorrendo o inverso nos hospitais A, B e C.

No que concerne às jornadas de trabalho, os hospitais federais (A, B e C), exigem uma jornada de 40 horas o mesmo ocorrendo com o hospital particular. No entanto, o hospital D, da rede municipal, e o F, estadual, estabelecem uma jornada de 30 e 20 horas respectivamente.

Nesse particular, pode-se constatar um total de hora / enfermagem maior nos hospitais federais e particular, em contraposição com os demais hospitais.

Deu-se continuidade à pesquisa, estudando-se o perfil profissional dos enfermeiros constitutivos da amostra.

Quanto à formação (Tabela 2), 23 enfermeiros, (31%), possuem habilitação em enfermagem médico - cirúrgica e 22, (30,1%), Graduação antes do Parecer 163/ 63, seguindo-se a Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública, caracterizando dessa forma, o preparo profissional necessário, conforme o que preconiza ABDELLAH², KRON²⁶, dentre outros .

Ao investigar-se a participação em cursos de atualização (Tabela 3), a maior frequência recaiu em torno de 42 (57,5%), enquanto que 29 (40,0%) afirmaram fazê-lo periodicamente .

Esses dados demonstram a tendência dos enfermeiros ao pouco comparecimento aos cursos de atualização, levando a questionar-se :

- deve-se o pouco comparecimento aos cursos ,ao desinteresse dos enfermeiros ?
- existe na realidade oferta, oportunidade ou divulgação dos cursos de atualização ?
- não estaria a baixa frequência dos enfermeiros aos cursos, diretamente ligada à jornada e ao regime de trabalho que lhe são propostos pelo sistema assistencial ?

Para melhor configurar o enfermeiro na Instituição, inqueriu-se quanto ao cargo que ocupa na equipe (Tabela 4), predominando os cargos administrativos, como enfermeiro su

pervisor, 45 (61,6%) e enfermeiro chefe de unidade , 28 (38,4%) .

Aspecto relevante quanto a função do enfermeiro se encontrava na caracterização deste pelo exercício de atividades afastadas da enfermagem junto ao paciente ou de cabeceira .

Outro fator estudado quanto ao perfil do enfermeiro foi a duração em anos de atividades profissionais de naturezas diversas (Tabela 5) . Assinalando-se uma predominância de muitos anos na atividade profissional - de 8 a 11 anos, uma frequência de 24 (32,9%) dos enfermeiros da amostra .

Quanto ao número de anos na atividade específica em clínica médico - cirúrgica, ocorre o oposto, uma vez que se verifica maior número de enfermeiros que declaram atividade em clínica médico - cirúrgica nas faixas de : 4 a 7 anos , 24 enfermeiros (32,9%) e nas de 1 a 3 e de 8 a 11 anos, 17 enfermeiros (23,0%), respectivamente, dados estes independentes da atividade profissional como enfermeiro .

O período de permanência do enfermeiro em atividade profissional e atividade em clínica médico - cirúrgica, expresso em anos é significativo, em termos de formação de habilidades, desenvolvimento técnico-científico e de experiêências, fatores esses essenciais à qualidade de assistência de enfermagem, ressaltados por PAIM ³³ , KRON e DUGAS ¹⁷ .

A terceira parte deste trabalho, prendeu-se à identificação das ações do enfermeiro, centradas nas diferentes formas de prevenção do choque hipovolêmico, motivo precípuo deste estudo .

A Tabela 6 reflete as formas de conhecimento da evolução do paciente, adotada pelos enfermeiros, sendo mais representativos as anotações do relatório de enfermagem, o exame do paciente e o relato feito pelo médico .

Apesar dessas formas de conhecimento serem importantes na identificação do choque hipovolêmico, verifica - se uma certa tendência às observações procedentes de relatos escritos, em detrimento do exame geral e das observações

diretas pelo enfermeiro, ao nosso ver, indicadores do interesse pelo paciente e do conhecimento científico na matéria.

Fundamentou-se ainda este estudo nas ações nunca delegadas pelo enfermeiro e naquelas sempre delegadas (Tabela 7). Verificou-se que as ações, inspeção para checar o estado geral do paciente, 47 (64,0%); controle do balanço hidroeletrólítico, 35(48,0%); controle da permeabilidade tecidual, de vias aéreas e de catéteres, 32 (43,0%); observação frequente do paciente, 42 (58,0%), geralmente nunca delegáveis, estão sendo delegadas com alguma frequência, de notando neste aspecto níveis abaixo do desejado na assistência de enfermagem, em especial no que se refere ao problema em estudo (Tabela 7) .

Entretanto, ao considerar-se a frequência relativa entre as funções delegadas e as nunca delegadas percebe-se uma ocorrência de critérios em relação às atividades referidas como nunca delegadas pois recaem justamente nessas a menor frequência .

Como ações que sempre se delegam, destacam-se os cuidados de higiene 60 (82,0%); administração de medicamentos por via oral e tópica, 58 (79,0%); mudança de posição e conforto no leito, 55 (75,0%) .

Essas ações mesmo vistas sob dois ângulos, permitem evidenciar a responsabilidade dos enfermeiros quanto às atividades que lhes são peculiares, ora nunca delegando algumas, ora delegando outras, atividades estas descritas por BELLAND & PASSOS ⁶, LUCKMANN & SORENSEN ²⁷ e FLAVIO ¹⁹ .

Ao inquirir-se sobre a reavaliação do paciente e seus propósitos (Tabela 8), 62 enfermeiros (85,0%), afirmaram que tinham como objetivo se inteirar sobre as condições de saúde do paciente e 49 (67,0%), fazer atualização no plano de cuidados. Apenas 39 enfermeiros (53,0%) afirmaram ter como propósito, fazer anotações no prontuário / relatório, sendo a questão proposta, dentre outras , de múltiplas alternativas .

Esses achados confirmam, mais uma vez, que os enfer

meiros estão assumindo as suas funções principais, apesar das dificuldades administrativas que defrontam .

Outro aspecto considerado importante no estudo, foi o fato de os enfermeiros reconhecerem a necessidade de reavaliação do estado do paciente, (Tabela 9), destacando - se itens referentes a alterações nos níveis dos sinais vitais, 64 (88,0%); alterações no comportamento, 53 (73,0%); queixas referentes a algias e dados laboratoriais alterados, 39 (56,0%), mostrando um certo nivelamento numérico nas opções, ressaltando portanto, que os enfermeiros estão c^oscios da necessidade de reavaliação dos dados advertentes .

Os instrumentos utilizados pelo enfermeiro para pesquisar sinais e/ou sintomas de alterações no estado geral do paciente (Tabela 10), foram descritos como, observação visual, 39 (53,0%); dados fornecidos pelo tensiômetro, 32 (44,0%); pelo termômetro 29, (40,0%) e pelo estetoscópio, 25 (34,0%) .

A comunicação com o paciente, as anotações no prontuário e relatório, bem como as apalpações, não tiveram o mesmo realce, evidenciando uma tendência ao diagnóstico mais perceptivo ou aquele feito à base de instrumentos, convergindo em parte para os dados encontrados, no que se refere ao conhecimento da evolução do paciente pelos enfermeiros .

A necessidade de atenção do enfermeiro para os sinais que advertem a presença de uma reavaliação e para os instrumentos a serem utilizados para pesquisar sinais ou sintomas de alteração no estado geral do paciente, vem sendo ressaltada por ABDELLAH ¹, ao enfatizar que dentre as necessidades afetadas no paciente, a instabilidade em um ou mais centros fisiológicos vitais, o torna suscetível a uma recuperação ou regressão inesperada para estágios intermediários de choque .

O mesmo autor refere que as sensações e reações quando não detectadas a tempo podem acarretar sérios pre

juízos bio-psico-sócio-espirituais para o paciente, interferindo, conseqüentemente no tratamento, no prognóstico e na recuperação .

KRON ²⁶, confirma as expressões de ABDELLAH, ao registrar que cabe ao enfermeiro a responsabilidade de detectar os problemas e necessidades do paciente, evidenciando, inclusive, alguns instrumentos como, conversas simples e objetivas, pesquisas de reações, queixas ou desejos .

GOMES ²¹, num consenso com os demais autores, também expressa a necessidade de se observar e preservar as funções vitais .

Estudou-se, outrossim, se os enfermeiros seriam capazes de identificar as principais causas desencadeantes de choque e se costumavam tomar medidas de prevenção a fim de surpreendê-lo (Tabela 11), ficando consignado dentre as principais causas, as hemorragias, o uso de drogas com algum teor de toxicidade e distúrbios no equilíbrio ácido-bá sico .

Essas causas são também evidenciadas por BEVILACQUA ⁵ e LUCKMANN & SORENSEN ²⁷, mostrando que os enfermeiros estão alertados para esse aspecto .

Ao inquerir-se sobre os cuidados preventivos que costumam prestar diante das causas desencadeantes do choque (Tabela 12), as respostas recaíram na verificação da pressão arterial, 60 (82,0%); observação das condições da pele e do tonus muscular, 47 (64,0%); observação visu al frequente e verificação de T.P.R., 46 (63,0%) e ini ciar o balanço hídrico, 28 (38,0%) .

Esses dados permitem considerar-se a atuação razoá vel do enfermeiro diante das causas de choque, atuação es sa referida por BEVILACQUA, LUCKMANN & SORENSEN E MACKBRY DE, apesar de em alguns itens não terem demonstrado sufi ciente presteza nas respostas .

Particularizando-se a pesquisa, a uma das principais causas do choque hipovolêmico, a hemorragia, questionou-se quanto às ocorrências que os enfermeiros costumam

ficar atentos, obtendo-se em primeiro plano de respostas , palidez e suores frios, 56 (77,0%); hipotensão, 54(74,0%); hipotermia, 52 (70,0%) e as alterações do estado de consciência, 46 (63,0%) .

Convém destacar-se que a constatação da presença de acidose metabólica, tão importante na prevenção e direção do tratamento, ocupou o terceiro plano de respostas, o que também pode ser atribuído a qualquer distorção na compreensão do instrumento de pesquisa . Pesquisas posteriores poderão elucidar se os enfermeiros estão atentos a esta ocorrência típica do choque hipovolêmico .

Os aspectos incluídos no primeiro plano de questões, permitem portanto, ratificar as premissas anteriores .

Como última questão, os enfermeiros foram inqueri dos através de uma prancha com diversos tipos de aprazamen to, segundo atividades de prevenção do choque hipovolêmico, em casos de hemorragia , ficando destacada, a tendência dos enfermeiros ao aprazamento adequado à prevenção do choque hipovolêmico .

Este instrumento teve o efeito de revelar que, ques tões que traduzem a experiência sobre o choque hipovolêmico, refletiu-se em bom manejo da situação ; enquanto que aque las que envolvem no enclatura científica pouco usada, ou re querem argumentação, obtiveram baixo rendimento nas respos tas .

Os achados obtidos neste estudo, justificam plena mente os questionamentos feitos na elaboração deste estudo e a consecução dos objetivos propostos .

VI . CONCLUSÕES

Diante dos resultados apresentados, conclui-se :

- O acompanhamento da evolução do paciente, pelos enfermeiros da amostra, conforme os dados coletados, baseia-se principalmente nos relatos escritos, na observação direta e em exames feitos pelo profissional .
- O estudo revelou satisfatório conhecimento científico da matéria, ao lado de uma experiência clínica bem desenvolvida, o que permite ao enfermeiro, utilizar técnicas adequadas de prevenção do choque hipovolêmico .
- A formação profissional e o período de atividade em clínica médico-cirúrgica, dos enfermeiros envolvidos na amostra, capacita-os na realidade ao planejamento, execução e avaliação de medidas adequadas de prevenção do choque hipovolêmico .
- O grande índice de atividades que vêm sendo delegadas pelo enfermeiro, reflete-se em prejuízos no nível da assistência que é prestada ao paciente .

VII . SUGESTÕES

Com base no estudo realizado e nos resultados obtidos, sugere-se :

- Que as chefias dos Hospitais e as Escolas de Enfermagem, promovam cursos de atualização e / ou facilitem a participação dos enfermeiros, uma vez que constatou-se pouco comparecimento a estes .
- Que as chefias dos Hospitais, realizem avaliações periódicas sobre a atuação do enfermeiro junto ao paciente hospitalizado, através de seminários ou outras reuniões, a fim de melhorar as metodologias utilizadas na assistência .
- Que os enfermeiros utilizem-se em maior escala, de instrumentos de medida de precisão na avaliação do paciente e não se apoiem apenas nos relatos escritos, a fim de obterem resultados mais seguros ao pesquisarem sinais e sintomas de alterações no paciente hospitalizado .
- A adoção de sistemas de assistência nos hospitais, que favoreçam ao enfermeiro maior aproximação do paciente, reduzindo o índice de atividades delegadas por este e conseqüentemente melhorando o nível de assistência ao paciente .

VIII . REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01 . ABDELLAH, et alii.-Patient centered approaches to nursing - New York : The Macmillan Company, 1960 .
- 02 . _____ .-Critérios de Avaliação em enfermagem. Nursing Research, 10 (1) : 21-26, Winter, 1961. Trad. Circo de M. Ribeiro - Rev. Bras. Enf. Jan/Fev. 1973 .
- 03 . ALCANTARA, G.-A Enfermagem Moderna como Categoria Profissional-obstáculos a sua expansão na sociedade brasileira, (tese de doutora do apresentada a E.B.U.S.P.) Ribeirão Preto, 1966 .
- 04 . AYRES, D. R.-Atuação da Enfermeira na Equipe de Saúde. Rev. Bras. Enf. R.J., 4 : 253 - 255, 1965 .
- 05 . BEVILACQUA e col.-Manual de Fisiopatologia Clínica.-Livraria Atheneu, Rio de Janeiro, 1976 .
- 06 . BELAND, L. & PASSOS, J.-Enfermagem Clínica, v. 3. Ed. da Universidade de São Paulo, 1979 .
- 07 . BOGOSSIAN, L.-Choque. 3^a Ed. Livraria Atheneu. Rio de Janeiro, 1976 .
- 08 . BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, C.A. MAH. - Conceitos e definições em Saúde, 1977 .
- 09 . CHAPARRO, I.-Terapia Intensiva y Unidad coronaria - Ed. Panamericana, R.J., 1973 .

- 10 . CHAVES, M. M. - Saúde e Sistema - R. J. Fund. Getúlio Vargas, 1972 .
- 11 . CARVALHO, V. - Observação Sistematizada, Rev. Bras. Enf. 24 (5) : 46-53, Jul/Set., 1971 .
- 12 . CARVALHO, V. de & CASTRO, I. B. - Reflexões sobre a prática da Enfermagem - Anais do XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem . ABEn , 1979 .
- 13 . CASTRO, I. B. - Aspectos Críticos do desempenho de Funções Próprias da Enfermeira na Assistência ao Paciente não hospitalizado - (dissertação de mestrado apresentado a E.A.N. da U.F.R.J.)
- 14 . CUTAIT, D. E. e col. - Termos de Terapia Intensiva - Editora Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro , 1977 .
- 15 . DI LASCIO, C. M. D. S. - Satisfação no Desempenho Profissional da Enfermeira - (Tese de mestrado apresentada a E.P.G. de Ciências Sociais da FESP de S. P.) Recife, 1977 .
- 16 . DCURADO, H. G. - Funções do Enfermeiro - Rev. Bras. Enf. R. J. , Junho, 1968 .
- 17 . DUGAS, B. W. - Enfermagem prática. Rio de Janeiro, Interamericana, 3^a Ed. 1978 .
- 18 . FERREIRA, SANTOS, C. A. - A Enfermagem como profissão - Ed. Univ. S. Paulo, 1973 .

- 19 . FLÁVIO, J.A. - Manual Básico de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. - Horizonte Editora Ltda. Brasília, 1980 .
- 20 . FUERST, E. V. & col. - Fundamentos de Enfermagem, Interamericana 5^a ed. R.J., 1974 .
- 21 . GOMES M.G. & OLIVEIRA, C. - Organização e atuação do Serviço de Enfermagem - Temas de Terapia Intensiva. Edit. Guanabara, 1977 .
- 22 . HORTA, W.A. - A Função Específica da Enfermagem, Enf. Nov. Dimens. Vol. 2, Nº 3. Jul/Ag, 1976 .
- 23 . KAMMIYAMA, Y. - O doente hospitalizado e sua percepção quanto a prioridade de seus problemas. - (Tese de doutoramento apresentada a E.E.U.S.P.) 1972 .
- 24 . KOIZUMI, M.S. & CIANCIARULLO, T.I.- Assistência de Enfermagem e cuidados de enfermagem.- Enf Nov. Dimens., 4 (1) : 40-43, 1978 .
- 25 . KOZIER, B.B. & DUGAS, S.B.W. - Enfermaria prática. - México. Interamericana, 1970 .
- 26 . KRON, T. - Manual de Enfermeria. Nueva Editorial Interamericana. México, 1973 .
- 27 . LUCKMANN, J. & SORENSEN, C.K.-Medical. Surgical Nursing. - A psychophysiologia Approach, W.B. Saunders Company/Philadelphia, 1974 .

- 28 . MACBRYDE, C.M. & BLACLOW, R.S.-Sinais e Sintomas.-Editora Guanabara, Koogan S.A. Rio de Janeiro, 5^a ed., 1975 .
- 29 . MCCLAIN, M.E. & GRAGG, S.H.-Princípios Científicos da Enfermagem.-Editora Científica.Rio de Janeiro, 1970 .
- 30 . MENDES, I.A.C. e col.-Análise Crítica do Processo Decisório em Enfermagem.-Rev. Bras. Enf. D.F. 30 : 404-411, 1977 .
- 31 . MIURA, M. e col.-Parada Cardio-respiratória : Assistência de Enfermagem.-Enf. Nov.Dimens. 3 (2) : 69-74, 1977 .
- 32 . NORDMARK, N.G. & ROWWEDEK, A.W.-Princípios Científicos, aplicados a la enfermeira.-Lá Prensa Médica Mexicana. México, 1967 ..
- 33 . OLIVEIRA, M.I.R.-A Enfermeira como Coordenadora da Assistência ao Paciente.-(Tese de doutoramento apresentada à USP).Salvador,1972.
- 34 . OLIVEIRA, M.I.R.-Enfermagem e Estrutura Social. Anais do XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem. ABEn, 1979 .
- 35 . PAIM, L.-A Prescrição de Enfermagem.Unidade Valorativa do Plano de Cuidados-(dissertação de mestrado apresentada a E.A.N. da UFRJ), 1975 .
- 36 . _____ .-Questões e Mitos Acerca de Modelos de Assistência de Enfermagem.-Anais do XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1979 .

- 37 . PAIM, R.C.N.-Problemas de Enfermagem e Terapia Centrada nas Necessidades do Paciente.União dos Cursos Cariocas, Rio de Janeiro, 1978 .
- 38 . SCHURR, C.M.-Enfermagem e Administração.E.P.U. 1976, S.P.
- 39 . SMITH, D.W. & GIPS, C.D.-Enfermagem Medicocirúrgica, Interamericana, R.J., 2^a Ed. 1966.
- 40 . SILVA, A.X. Enfermeiro.-Profissional Autônomo ou Subsidiário ?-Anais do XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem. ABEn, 1979 .

ANEXO I

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DA
FORÇA DE TRABALHO

- 1 . Natureza administrativa da Instituição
 - a. Federal
 - b. Estadual
 - c. Municipal
 - d. Filantrópica

- 2 . Disponibilidade leito x enfermeiro
 - 2.1. Número de leitos de unidades de internações
 - 2.2. Número de enfermeiros lotados em unidades
de internação médico-cirúrgica/adulto

- 3 . Composição dos enfermeiros
 - 3.1. Distribuição dos enfermeiros por unidades

	manhã	tarde	noite
a. um enfermeiro por unidade	()	()	()
b. dois enfermeiros por unidade	()	()	()
c. um enfermeiro para duas unidades	()	()	()
d. um enfermeiro para três ou mais unidades	()	()	()

 - 3.2. Jornada de trabalho
 - a. 48 horas semanais
 - b. 40 horas semanais
 - c. 30 horas semanais
 - d. 20 horas semanais

 - 3.3. Critério para escala nas unidades
 - a. atender a solicitação do enfermeiro
 - b. seguir a escala de rodízio
 - c. conforme necessidades do serviço

ANEXO II

Fortaleza,

Prezado (a) colega,

Este questionário tem como objetivo coletar dados para elaboração de trabalho final de conclusão de Curso de Mestrado na Escola de Enfermagem Ana Néri, da Universidade Federal do Rio de Janeiro .

Queremos ressaltar que sua colaboração é muito importante, pois pretendemos fazer uma análise das ações reais do enfermeiro junto ao paciente nos hospitais da Cidade de Fortaleza. Esclarecemos que, na maioria das questões deste questionário não existem respostas pré-padronizadas por certas ou erradas, interessa-nos sobremaneira, a dinâmica de atuação de cada enfermeiro no desempenho de suas atividades. A sua sinceridade será um ponto de grande valia nas respostas dadas. Podemos assegurar que as informações obtidas serão de caráter sigiloso e confidencial , não particularizadas na apresentação de dados .

Desde já agradeço sua colaboração

MARIA SOCORRO PEREIRA RODRIGUES

COREN Nº 765

QUESTIONARIO DESTINADO AO ENFERMEIRO

I . CARACTERIZAÇÃO DO ENFERMEIRO

Nº

1. Formação profissional

- a. Graduação
- b. Graduação antes do parecer 163/63
- c. Graduação com habilitação ou especialização em enfermagem em Saúde Pública
- d. Graduação com habilitação ou especialização em enfermagem obstétrica
- e. Graduação com habilitação ou especialização em enfermagem médico-cirúrgica

2. Participação em cursos de atualização

- a. Frequentemente
- b. Raramente
- c. Não participa

3. Cargo que ocupa na equipe

- a. Enfermeira supervisora
- b. Chefe de enfermaria
- c. Enfermeira de cabeceira
- d. Líder da equipe

4. Anos de atividade profissional

5. Anos de atividade em clínica médico-cirúrgica

II. FORÇA DO TRABALHO DO PACIENTE

6. Tipo de escala que é seguida :
- a. () Horário fixo
 - b. () Com rodízio

III. AÇÕES GERAIS E ESPECÍFICAS VOLTADAS PARA A PREVENÇÃO

7. De que forma você toma conhecimento da evolução do paciente :
- a. () Através das anotações no relatório de enfermagem
 - b. () Através de informações dadas pelo auxiliar
 - c. () Através de relato clínico feito pelo médico (oral ou escrito)
 - d. () Através de enfermeira supervisora, que lhe transmite um relato da inspeção feita por ela
 - e. () Examinando o paciente
8. Verifique as ações abaixo e marque com o N° 1 aquelas que você delega sempre, e com o N°2 aquelas que você nunca delega :
- a. () Observação frequente do paciente
 - b. () Inspeção para checar o estado geral do paciente
 - c. () Verificação de sinais vitais
 - d. () Cuidados de higiene
 - e. () Administração de medicação oral e tópicos
 - f. () Mudanças de posição e conforto no leito
 - g. () Anotações no prontuário do paciente
 - h. () Administração de medicação por via parenteral e infusões
 - i. () Controle da permeabilidade tecidual, de vias aéreas e de catéteres
 - j. () Controle de balanço-hidroeletrolítico

9. Na maioria das vezes você reavalia um paciente, a fim de :

- a. Atender a rotina do serviço
- b. Fazer atualização no plano de cuidados do paciente
- c. Inteirar-se sobre as condições de saúde do paciente
- d. Fazer anotações no prontuário e/ou relatório

10. Que dados lhe advertem para a necessidade de uma reavaliação do estado do paciente :

- a. Alterações nos níveis dos sinais vitais
- b. Alteração no comportamento
- c. Queixas referentes a algias
- d. Dados laboratoriais alterados

11. Para pesquisar sinais e/ou sintomas de alteração no estado geral do paciente com risco de choque, você utiliza-se de :

- a. Comunicação (falada, escrita, mímica)
- b. Estetoscópio
- c. Tensiômetro
- d. Anotações do prontuário e/ou relatório
- e. Apalpação
- f. Termômetro
- g. Observação visual

12. Considerando a existência de diversos fatores no desenvolvimento do choque, responda dentre as causas a baixo relacionadas, quais você costuma tomar alguma medida de precaução, no sentido de surpreender um choque aos primeiros sinais e/ou sintomas

- a. Infecções
- b. Uso de drogas com algum teor de toxicidade
- c. Distúrbio do equilíbrio ácido básico
- d. Miocardiopatias
- e. Distúrbios endócrinos
- f. Hemorragias

13. Caso você tenha marcado algum dos itens da pergunta anterior, os cuidados preventivos costumam ser :
- a. () Verificação frequente de Pressão Arterial
 - b. () Verificação frequente de T.P.R.
 - c. () Observação visual frequente
 - d. () Observações das condições da pele e do tonus muscular
 - e. () Recomendar repouso no leito
 - f. () Iniciar balanço hídrico
14. Ao cuidar de um paciente com hemorragia, mesmo moderada, sem causa infecciosa, você costuma ficar atento para alguma das ocorrências abaixo citadas ?
- a. () Hipotermia, devido a diminuição das trocas metabólicas e menos consumo de oxigênio
 - b. () Acidose metabólica, em virtude da insuficiente perfusão tecidual e conseqüente acúmulo de metabólitos
 - c. () Obstrução respiratória por edema de glote, em virtude de liberação de histamina
 - d. () Oligúria, resultante da diminuição da irrigação renal e da infiltração glomerular
 - e. () Hipotensão, por diminuição da volemia
 - f. () Palidez e suores frios, por intensa vasoconstrição
 - g. () Alteração da consciência em virtude da diminuição da irrigação cerebral
 - h. () Taquicardia, como mecanismo compensatório para manter o volume minuto

ANEXO III

CRITÉRIOS PARA AVALIAR AS AÇÕES GERAIS E ESPECÍFICAS DE
PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO NO CHOQUE HIPOVOLÊMICO

C O N C E I T O S	CRITÉRIOS ESTABELECIDOS
<p>A . <u>EM RELAÇÃO AS AÇÕES</u></p> <p>. ADEQUADO OU SATISFATÓRIO</p> <p>. INADEQUADO</p>	<p>. Quando o total dos resultados dos itens questionados perfizer o percentual entre 60 a 100%.</p> <p>. Quando o total dos resultados dos itens questionados for inferior a 60% .</p>
<p>B . <u>EM RELAÇÃO AO APROXIMAMENTO</u></p> <p>. ADEQUADO</p> <p>. INADEQUADO</p>	<p>. Quando na Questão 15, os itens a, b, c, d, e, f, g, h, expressarem de 1/1 hora .</p> <p>. Quando os itens i, j, expressarem "rotina" .</p> <p>. Se o item l, expressar de 1/1 hora</p> <p>. Quando os itens m,n,o, expressarem rotina .</p> <p>. Quando os itens acima referidos não estiverem incluídos dentro do padrão adequado .</p>

ANEXO IV

QUADRO DEMONSTRATIVO I

CARACTERIZAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS, SECUNDO ESCALA

CODIFICAÇÃO Hospitais	CATEGORIA ADMINISTRATIVA	TIPO DE ESCALA TURNO	RELAÇÃO ENFERMEIRO/ UNIDADE DE INTERNAÇÃO						CRITÉRIO DE ESCALONAMEN TO NAS EN FERMARIAS
			MANHÃ		TARDE		NOITE		
			Enfº	U.I.	Enfº	U.I.	Enfº	U.I.	
A	Federal	Rodízio	1	1	1	1	1	2	Conforme soli citação do enfermeiro
B	Federal	Rodízio	1	1	1	1	1	3	Conforme ne cessidade do serviço
C	Federal	Rodízio	1	1	1	3	1	3	Idem
D	Municipal	Fixo	1	1	1	1	1	1	Idem
E	Particular	Fixo	1	1	1	3	1	3	Idem
F	Estadual	Fixo	1	1	1	3	1	3	Idem