

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

CARLA NIERO DE ROCHE

**PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM NA TRANSFERÊNCIA
INTER-HOSPITALAR DE RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO
ATENDIDOS PELO SAMU, FUNDAMENTADA EM WANDA DE
AGUIAR HORTA**

CRICIÚMA, JULHO DE 2011

CARLA NIERO DE ROCHE

**PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM NA TRANSFERÊNCIA
INTER-HOSPITALAR DE RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO
ATENDIDOS PELO SAMU, FUNDAMENTADA EM WANDA DE AGUIAR
HORTA**

Monografia apresentada ao Setor de Pós-graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC, para a obtenção do título de especialista em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência.

Orientadora: Prof^ª. Esp. Luciana Rosa

CRICIÚMA, JULHO DE 2011

RESUMO

Conhecendo o SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, em especial a Unidade de Suporte Avançado, percebi que esta presta serviços de transferências inter-hospitalares por ser capaz de transportar o paciente em condições de suporte avançado de vida, não interrompendo seu suporte hemodinâmico, ventilatório e medicamentoso. Com isso escolhi trabalhar a transferência de recém-nascido de alto risco. Em nossa região temos um hospital infantil equipado com uma UTI neonatal, mas por vezes este não consegue suprimir a demanda da região, onde o SAMU é acionado para realizar a transferência. Este trabalho está fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa com relato de caso. Foi realizada uma entrevista semi-estruturada com as enfermeiras que trabalham no serviço. Durante a realização do estágio da prática assistencial foi possível acompanhar uma transferência de um recém-nascido de alto risco e aplicar a sistematização da assistência de enfermagem, bem como observar o empenho da equipe, realizar o exame físico e como elaborar diagnósticos de enfermagem, segundo a taxonomia NANDA.

Palavras-chave: Serviço de Atendimento Móvel; Transferência; Recém-nascido.

LISTA DE SIGLAS

RN – Recém-nascido

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

USA - Unidade de Suporte Avançado

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

APH – Atendimento Pré-Hospitalar

IG – Idade Gestacional

AIG - Adequado para Idade Gestacional

PIG - Pequeno para Idade Gestacional

GIG - Grande para sua Idade Gestacional

UTIM - Unidade de Terapia Intensiva Móvel

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

DMH - Doença da Membrana Hialina

LATM - Líquido Amniótico Tinto de Mecônio

SAM – Síndrome da Aspiração de Mecônio

SAR - Síndrome da Angústia respiratória

SUMÁRIO

SUMÁRIO	3
1 CONTEXTUALIZAÇÃO	4
2 REVISÃO DE LITERATURA	6
2.1 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU	6
2.2 TRANSFERÊNCIAS INTER-HOSPITALARES	7
2.3 RECÉM-NASCIDO.....	8
2.4 RECÉM-NASCIDOS DE ALTO RISCO	10
2.5 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E INTERCORRÊNCIAS MAIS FREQUENTES EM RECÉM NASCIDOS PRÉ-TERMO	13
2.5.1 Asfixia Perinatal	13
2.5.2 Instabilidade térmica.....	13
2.5.3 Insuficiência respiratória	14
2.5.4 Infecções Adquiridas	14
2.5.5 Hiperbilirrubinemia.....	15
2.5.6 Malformações Congênitas.....	15
2.5.7 Síndrome de Aspiração de Mecônio.....	15
2.5.8 Síndrome da Angústia Respiratória.....	17
2.6 Transporte de RN	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
3.1 WANDA DE AGUIAR HORTA: TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	19
4 METODOLOGIA	21
4.1 TIPO DE ESTUDO	21
4.2 TIPO DE PESQUISA	21
4.3 LOCAL DE ESTUDO	22
4.4 SUJEITOS DO ESTUDO	22
4.5 COLETA DE DADOS.....	22
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	24
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	25

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO.....	25
5.2 TEMA 1: RELATO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	26
5.3 TEMA 2: RESULTADOS DA ENTREVISTA COM O ENFERMEIRO.....	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
APÊNDICE A – Ofício de Encaminhamento.....	36
APÊNDICE B.....	37
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	42
UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC.....	42
Av. Universitária, 1105 Bairro Universitário – CEP: 8880.6000. CP 3165 –.....	42
Fone: 48 – 3431 2500 Fax: 48 34312527.....	42
Site: www.unesc.net.....	42

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O que me incentivou a fazer a pós-graduação em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência foi a paixão pelo serviço pré-hospitalar.

No verão, um pouco antes da graduação, alguns amigos que trabalham no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, organizaram um curso básico de primeiros socorros, ministrado por um médico e um enfermeiro que trabalhavam no SAMU de outra região. A forma dinâmica de apresentar o conteúdo, a paixão que eles transmitiam em cada palavra, cada gesto, os vídeos que eles mostraram de como trabalhavam, tudo isso proporcionou perceber a relevância do atendimento pré-hospitalar.

Já na pós-graduação, apaixonada pelo pré-hospitalar me deparei com uma dificuldade que não esperava, o “cuidar” de crianças. Crianças em geral, desde recém-nascidos até pré-adolescentes, pois esses também estão dentro do campo de atuação do SAMU, segundo a portaria de nº 814/GM em 1º de junho de 200. O SAMU foi implantado para garantir uma “assistência rápida e de qualidade aos cidadãos acometidos por agravos de urgência, sejam pacientes adultos, pediátricos ou gestantes”

Na busca por um melhor entendimento dos Serviços de Urgência Móvel, percebi que este presta atendimentos de transferências hospitalares, por ser capaz de transferir o paciente em condições de suporte avançado de vida, não interrompendo de seu suporte hemodinâmico, ventilatório e medicamentoso.

Sabendo disso, optou-se por um desafio: aprofundar-se na transferência de recém-nascido de alto risco. Em nossa região temos um hospital infantil equipado com UTI neonatal, mas por vezes este não consegue suprimir a demanda da região, onde o SAMU é acionado para realizar a transferência.

Esse trabalho refere-se a um relato de experiência da prática assistencial relacionada à transferência inter-hospitalar de recém-nascidos de alto risco atendidos pelo SAMU. Acredita-se tratar-se de um tema pertinente, pois há em nossa região um número significativo desse tipo de atendimento, carecendo desta maneira, de novos trabalhos na busca de aperfeiçoar e contribuir para o conhecimento de prática.

Para tanto, se elencou como questão norteadora: Que estratégias podem ser desenvolvidas para qualificar a assistência de enfermagem na transferência inter-hospitalar de recém-nascido de alto risco na SAMU de Criciúma/SC, segundo a Teoria de Wanda de Aguiar Horta?

Para responder a questão norteadora traçou-se como objetivo geral: Desenvolver e aplicar uma proposta de Prática Assistencial de Enfermagem na transferência inter-hospitalar de recém-nascido de alto risco no SAMU, segundo a Teoria de Wanda de Aguiar Horta. Como objetivos específicos, propomos: Realizar um levantamento das transferências de recém-nascidos de alto risco atendidos pelo SAMU, por meio do acionamento da Central de Regulação Médica; Identificar as ações desenvolvidas pelo setor voltadas ao cuidado com a transferência inter-hospitalar de recém-nascidos de alto risco, focalizando as ações desenvolvidas pela enfermagem; Identificar as patologias que mais acometem os recém-nascidos de alto-risco transferidos pela Unidade de Suporte Avançado (USA); Elaborar um protocolo para consulta de enfermagem ao paciente com base na Teoria de Wanda de Aguiar Horta; Aplicar a consulta de Enfermagem desenvolvida ao grupo de pacientes participantes da Prática Assistencial; Avaliar a proposta desenvolvida segundo o olhar do enfermeiro e dos pacientes participantes da prática assistencial.

Para apresentar o estudo de forma mais organizada, organizamos a pesquisa, conforme segue: **Capítulo 1** – Contextualização, em que se apresentam a justificativa, questão norteadora, objetivo geral e objetivos específicos; **Capítulo 2** – Revisão de literatura: neste capítulo são explanados os conteúdos que dão subsídios teóricos referentes ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, transferências inter-hospitalares, recém-nascido, recém-nascido de alto risco, características clínicas e intercorrências mais frequentes em recém-nascidos pré-termo, asfixia perinatal, instabilidade térmica, insuficiência respiratória, crises de apnéia, infecções adquiridas, hiperbilirrubinemia, malformações congênitas, síndrome de aspiração de mecônio, síndrome da angústia respiratória e transporte de RN. **Capítulo 3** – Referencial Teórico. **Capítulo 4** - Trajetória Metodológica: são apresentados os caminhos percorridos para o alcance dos objetivos; **Capítulo 5** – Apresentação e discussão dos resultados: utilizou-se a categorização proposta por Minayo (2002), **Capítulo 6** – Considerações finais e **Capítulo 7** – Referências.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU

A Lei nº. 8.080 (BRASIL, 1990) dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, regulamentando o capítulo da Saúde na Constituição. Reafirmam princípios e diretrizes, como a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a integralidade da assistência, a descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera de governo e ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, além da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, entre outros.

O atendimento as urgências e emergências foi normatizado pela Portaria n. 814/GM, de 1º de junho de 2001, e faz parte da Política Nacional de Urgências e Emergências de 2003.

Segundo a portaria n. 814/GM de 2001, havia a necessidade de implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral às Urgências, com uma organização regional, regulação médica, hierarquia resolutiva, “universalidade de acesso, integralidade na atenção e equidade na alocação de recursos e ações do Sistema Único de Saúde, de acordo com as diretrizes gerais do SUS”.

E a Portaria de n. 2048/GM de 2002, ainda relata:

Considera-se como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência, o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde [...] Podemos chamá-lo de atendimento pré-hospitalar móvel primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento pré-hospitalar móvel secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento.

Segundo o SAMU-SC, as Centrais de Regulação Médica de Urgência do SAMU-192, são oito em Santa Catarina, estão interconectadas, por meio de telefonia. Dentre estas oito, quatro são Centrais Integradas com a Polícia Militar e o Corpo de Bombeiros.

2.2 TRANSFERÊNCIAS INTER-HOSPITALARES

O transporte inter-hospitalar refere-se à transferência de pacientes entre unidades não-hospitalares ou hospitalares de atendimento às urgências e emergências, unidades de diagnóstico, terapêutica ou outras unidades de saúde que funcionem como 127 Portaria GM nº2.048 (2002), bases de estabilização para pacientes graves, de caráter público ou privado.

Todo cidadão, nos casos de transferências, para que seja transportado gratuitamente pelo SUS, deve estar sendo atendido ou internado pelo SUS, pois a responsabilidade inicial é do ente ou da entidade de origem, ou do convênio de saúde, que faz a cobertura do atendimento ou internação.

Segundo Pereira (2007), “O transporte do paciente crítico sempre envolve uma série de riscos, sendo que o problema mais freqüente é a falha no controle das funções cardiorrespiratórias, resultando em instabilidade fisiológica.” Então para este transporte, necessita-se de um veículo equipado, a unidade de suporte avançado se adéqua para esta tarefa.

A Unidade de Suporte Avançada (USA) ou Unidade de Terapia Intensiva Móvel (UTIM) é um veículo com equipamentos para cuidados médicos intensivos, usado para paciente de alto risco e que necessite de atendimento de urgência e transporte inter-hospitalar. A mesma “[...] tem como características manobras invasivas, de maior complexidade e, por este motivo, esse atendimento é realizado exclusivamente por médico e enfermeiro.” (RAMOS; SANNA, 2005).

No SAMU – SC (2010) consta que:

Cada UTIM tem, além de material de consumo, no mínimo: uma incubadora para transporte, um aspirador cirúrgico para ambulância, um respirador a volume, um monitor multiparâmetros, um oxímetro digital e bomba de infusão para seringas, além de todo o material para imobilização e medicamentos de cuidados intensivos (samu.saude.sc.gov.br, em 3 de novembro de 2010).

Sendo este equipado para realizar o transporte de recém-nascidos de alto risco, é o transporte de primeira escolha.

2.3 RECÉM-NASCIDO

Quando a mulher entra em trabalho de parto começa o período de adaptação do RN, segundo Segre (2002) depois do parto o processo de adaptação aconteceria dentro de 6 a 12 horas de vida.

Segre (2002) relata que na ocasião do parto, ocorre um aumento de noradrenalina e epinefrina, e esse aumento é responsável por algumas mudanças como aumento de débito cardíaco e da contratilidade do músculo do coração, liberação do surfactante pulmonar, inibição do líquido pulmonar e promoção da sua absorção.

A transformação do feto em recém-nascido é notável. A placenta, que até este ponto fornecia alimento e oxigênio e removia os resíduos fetais, é removida e o neonato deve adaptar-se imediatamente para assumir responsabilidade por essas funções. Pulmões colapsados e cheios de líquido tornam-se insuflados em questão de segundos, e os capilares e vasos linfáticos drenam a maior parte do líquido pulmonar dentro de algumas horas. [...] Cerca de 95% dos recém-nascidos estabelecem a respiração espontânea 1 minuto após o nascimento e, em segundos tornam-se róseos e vigorosos espontaneamente. (MACDONALD, 2007, p. 322)

Segundo o manual de assistência ao recém-nascido - MS (p.39, 1994), qualquer dos métodos usados para obter a idade gestacional, permite classificar os RN em:

- Prematuros: idade gestacional inferior a 37 semanas;
 - A termo: idade gestacional entre 37 e 41 semanas e 6 dias;
 - Pós-termo: idade gestacional igual ou maior que 42 semanas;
- Quando associamos o peso à idade gestacional, o RN é classificado segundo o seu crescimento em peso intrauterino:
- RN grande para a idade gestacional: Peso acima do percentil 90 - GIG.
 - RN adequado para a idade gestacional: peso entre o percentil 10 e 90-AIG.
 - RN pequeno para a idade gestacional: peso abaixo do percentil 10 - PIG.

Segundo Leoni e Tronchin (2001) é muito difícil caracterizar o RN “normal”, pois podem aparecer malformações e doenças que aparecem no decorrer dos meses ou anos. Mas as autoras aceitariam como “normais”:

Um recém-nascido de termo (37 a 42 semanas de idade gestacional), nascido com boa vitalidade (com uma contagem de Apgar de 7 ou mais com 1 e 5 minutos de vida), sem sinais de desvios do crescimento intra-uterino (com peso situado entre os percentis 10 a 90, (...) e sem sinais de doença crônica ou aguda ou de malformações. (LEONI E TRONCHIN, 2001 p. 33).

Sendo o RN termo ou pré-termo, a família deve estar preparada para a chegada do bebê, pois este exige um cuidado e atenção especial, pois estará em um período de adaptação ao novo ambiente. Ao nascer o bebê sofre mudanças em seu meio ambiente e funções fisiológicas, abruptas e completas, considerando que está deixando um ambiente bem protegido para sofrer todo o tipo de estímulo externo, essas mudanças são tão importantes que a vida depende delas.

A transição da vida fetal para a neonatal representa um dos períodos mais difíceis e dinâmicos do ciclo evolutivo humano. Adaptações neuro-hormonais, metabólicas e cardiorrespiratórias importantes devem ocorrer ao longo de horas ou dias durante a época do parto para garantir a transição suave e bem sucedida a vida extra-uterina. (MACDONALD, 2007, p. 270).

No intraútero o feto tinha tudo o que precisava para crescer e se desenvolver, temperatura ideal, não fazia esforços para respirar e estava protegido contra muitos sons, não precisava ter todos os sistemas do corpo em atividade plena, mas quando ele nasce precisa se adaptar ao novo ambiente e com rapidez, porque muitas vezes a própria vida depende disso.

A idade gestacional do RN é avaliada, utilizando-se o cálculo do intervalo de tempo entre a última menstruação e o parto, então a classificação de RN **pré-termo** é com até 37 semanas e 6 dias; para ser **termo** o RN precisa estar entre 38 a 41 semanas e 6 dias e **pós-termo** deve ter mais que 42 semanas.

SEGRE (2002) relata que muitas vezes é difícil saber a IG a partir das informações maternas de antecedentes menstruais, pois muitas mulheres têm ciclos irregulares.

A caracterização do RN deve ser feita como rotina nas maternidades, portanto, deve-se saber a idade gestacional, esta pode ser uma informação obtida através da puérpera ou por métodos clínicos de avaliação (Capurro). Leoni e Tronchin (2001, p. 35) afirmam que “os nascidos termo, como os de pré-termo ou os de pós-termo poderão ser de peso adequado (AIG), pequenos (PIG) ou grandes para sua idade gestacional (GIG)”. Então, os adequados para idade gestacional são aqueles cujo peso fica entre o percentil 10 e 90.

A assistência ao RN deve suprimir suas necessidades mínimas de ambiente físico e de recursos humanos, tendo uma equipe de enfermagem e de

médicos que sejam capazes de reconhecer qualquer anormalidade. Leoni e Tonchin (2001).

2.4 RECÉM-NASCIDOS DE ALTO RISCO

Acompanhamos pelos jornais a crescente evolução do cuidado e dos aparelhos para os recém-nascidos. O RN que há alguns anos poderia ser considerado inviável hoje tem grandes chances de vida. Em 1960 um RN com 2,500g seria classificado como baixo peso, mas com o passar dos anos e o aumento da sobrevivência desses bebês, nas décadas de 70 e 80 criou-se uma nova categoria para o recém-nascido. Considera-se muito baixo peso ao nascerem aqueles que pesam menos de 1,500g. Já na década de 90, acrescentou-se outra categoria, extremamente baixo peso, seriam considerados os RNs com menos de 1000g, porém os avanços na ciência e nas tecnologias são apresentados todos os anos, e nos últimos tempos podemos observar que bebês com 500g, apresentam resultados positivos nas unidades de tratamento intensivo. (MACDONALD, 2007)

Entre as causas perinatais de mortalidade infantil, estão associadas com a prematuridade, como síndrome de sofrimento respiratório, hipóxia e outros problemas respiratórios. Isso confere à prematuridade um importante papel nos óbitos infantis, com o pré-natal adequado, poderemos pensar em maneiras efetivas para a redução desta mortalidade. (SILVEIRA, 2008)

O trabalho de parto quando se inicia prematuramente pode ter sido causado por: Infecções maternas, ascendentes no trato genital ou as sistêmicas, que liberam citocinas inflamatórias como interleucinas podem iniciar o trabalho de parto. Distensão uterina patológica que pode resultar em ativação do miométrio, secundária aos efeitos dos receptores da superfície celular (integrinas) que aumentam o número de junções e de receptores de ocitocina. Porém, as causas do parto prematuro, permanecem na maioria das vezes desconhecidas.

Em 2004, a combinação da estimativa da mortalidade infantil pelo IBGE de 26,7 por mil com a mortalidade infantil, proporcional por causas perinatais de 57%, permite estimar um coeficiente de mortalidade infantil por causas perinatais ainda menor, de 15,2 por mil. (SILVEIRA, 2008)

Existem muitos fatores que levam um RN a ser de alto risco, por exemplo; extremos da idade materna; nível socioeconômico; hábitos sociais diversos; doenças maternas; infecções ginecológicas; pré-natal incompleto ou não realizado e nos tempos de fertilização *in vitro* gestação múltiplas.

Segundo Segre a caracterização do RN de risco inclui qualquer criança com peso igual ou menor que 1,500g ou que apresentou os seguintes problemas: (SEGRE, 2002, p. 873):

- Pequenos para idade gestacional.
- Pequenos simétricos para idade gestacional.
- Asfixia de nascimento – Apgar menor igual de 3 no 1º minuto e/ou menor de 6 no 5º minuto.
- Hemorragia intraventricular graus III e IV.
- Leucomalacia periventricular.
- Infarto cerebral (..).
- Meningite neonatal – casos ocorridos ao nascimento ou nas primeiras 4 semanas de vida.
- Convulsão, equivalentes convulsivos ou com uso de anticonvulsivantes.
- Persistência de circulação fetal – incluir neste grupo RN com síndrome da aspiração de mecônio.
- Displasia broncopulmonar – crianças que por ocasião da alta apresentam necessidade de oxigênio devido à doença pulmonar.
- Hérnia diafragmática (..)
- Distúrbios metabólicos sintomáticos – hipocalcemia e hipoglicemia.
- Hiperviliosidade sintomática.
- Doença hemolítica pelo sistema Rh e/ou ABO (com níveis de exsanguineotransfusão).
- Infecção congênita – neurorolues, rubéola, toxoplasmose e citomegalovírus.
- Síndrome inespecífica sistêmica (ou sepse de difícil controle) e/ou enterocolite necrosante (grau III ou IV).
- Erros inatos do metabolismo.

Comumente os RN de alto risco, são os classificados como pré-termo (idade gestacional inferior a 37 semanas) (LEONI E TRONCHIN, 2001).

De acordo com Ziegel e Cranley (1985, p. 573):

As características do bebê pré-termo dependerão da duração da gestação. [...] Pode-se prever que um bebê nascido antes do termo apresente imaturidade de todos os sistemas – pulmonar, cardiovascular, gastrointestinal e renal - e que terá problemas com o controle de temperatura, com o metabolismo e com a icterícia. Vários problemas criados pela imaturidade podem estar interligados e todos eles exigem que o bebê receba cuidados especializados.

Mas podemos ainda classificar o pré-termo como: **prematividade limítrofe** esta entre 35 e 36 semanas, constituem 65% dos nascimentos de RN pré-termo, tem entre 2.200 a 2.800g, comprimento entorno de 45 a 46 cm e seu

perímetro cefálico mede aproximadamente 32 a 33cm, com essas características o RN pré-termo pode ser encaminhado ao setor de RN normal; **Prematuridade moderada** acontece quando o nascimento ocorre entre a 30 e 34 semanas, o peso pode variar entre 1.600 a 2.300g, o comprimento fica entre 39 a 44 cm, e o perímetro cefálico mede aproximadamente 29 a 32 cm, as principais causas de óbitos podem ser a insuficiência respiratória e as infecções neonatais; **prematuridade extrema** são todos os RN pré-termos com idade gestacional menor que 30 semanas, e seu comprimento e perímetro cefálico costumam ser inferiores a 38 cm e 29 cm respectivamente. (LEONI e TRONCHIN, 2001)

Os prematuros como um todo, podem ser bastante heterogêneos, com vários problemas funcionais, em função de sua maior ou menor IG. Problemas gastrintestinais como a deficiência de vitamina K contribui para o aparecimento de fenômenos hemorrágicos. As disfunções nos rins, que não são capazes de manipular adequadamente água, solutos e eventual sobrecarga de ácidos.

A imaturidade hepática, deixando as funções deficientes, sendo comum a hipoproteinemia e hipoprotrombinemia. Problemas metabólicos e do equilíbrio acidobásico é comum um estado de acidose nos primeiros dias de vida, particularmente em RN com menos de 30 semanas de IG. A função respiratória esta prejudicada pelo desenvolvimento incompleto dos alvéolos e capilares. Imaturidade neurológica traz problemas como a imaturidade dos mecanismos de controle da respiração, levando ao aparecimento de apneia. Os reflexos de sucção e a deglutição são imaturos. Problemas hematológicos levando a hemorragias, principalmente intracraniana e pulmonar.

Em relação à viabilidade do RN Leoni e Tronchin (2001) afirmam que excluindo-se anomalias congênitas incompatíveis com a vida, devem ser ressuscitados ao nascimento todos os RN com peso superior a 500g, comprimento superior a 30 cm ou idade gestacional superior a 24 semanas.

2.5 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E INTERCORRÊNCIAS MAIS FREQUENTES EM RECÉM NASCIDOS PRÉ-TERMO

2.5.1 Asfixia Perinatal

A asfixia perinatal é uma patologia que acomete indistintamente o recém-nascido prematuro e a termo, e contribui significativamente para a mortalidade neonatal e perinatal. Quanto maior a prematuridade, maiores são as chances de asfixia perinatal. Para Marcondes (2003) a asfixia pode ser caracterizada por, avaliação de vitalidade pelo boletim de Apgar, pH de sangue de cordão, tempo de reanimação, presença de exame neurológico anormal e comprometimento sistêmico compatível com asfixia.

Segundo Leoni e Tronchin (2001) vários fatores são considerados, como: imaturidade dos centros respiratórios e do parênquima pulmonar, deficiência de surfactante, fraqueza na musculatura da caixa torácica, maior frequência de mães patológicas, com hemorragias ante ou intraparto, com rotura prematura de membranas ou com apresentação pélvica.

Na presença de hipóxia ou isquemia há uma resposta inicial do feto que consiste em uma alteração circulatória e hemodinâmica, no sentido de desviar sangue para o cérebro, miocárdio e adrenais, diminuindo-o do rim, pulmão, fígado, intestino, pele e músculo esquelético. Como consequência, aumenta a resistência periférica, eleva a pressão sanguínea na fase precoce da asfixia. À medida que a asfixia progride com hipóxia e acidose severa, há queda da frequência cardíaca, queda do débito cardíaco e inicialmente um aumento e depois queda de pressão arterial. Durante a asfixia o metabolismo anaeróbico produz ácido láctico, que fica nos tecidos por causa da má perfusão. Isso pode levar à acidose sistêmica até que a perfusão seja restabelecida e esse ácido seja mobilizado. MARCONDES (2003).

2.5.2 Instabilidade térmica

O RN é muito sensível à perda de calor, pois a área superficial é muito grande em relação à massa corporal. A falta de tecido subcutâneo e gordura marrom e o pouco tônus muscular fazem com que o RN pré-termo perca mais rápido calor

que um RN a termo. Ainda é possível citar a oferta de oxigênio limitada por distúrbios respiratórios e imaturidade do sistema nervoso central. LEONI E TRONCHIN (2001)

Leoni e Tronchin (2001, p.84):

A hipotermia leva a uma vasoconstrição periférica, com conseqüente acidose metabólica, vasoconstrição pulmonar, hipoxemia, distúrbios metabólicos como a hipoglicemia, crises de apnéia; quando ocorre uma hipotermia mais prolongada, existe maior consumo de energia e oxigênio para a produção de calor, prejudicando assim, o ganho ponderal.

2.5.3 Insuficiência respiratória

Para Piva & Garcia (2006) a insuficiência respiratória nada mais é que a incapacidade do sistema respiratório em manter as trocas gasosas adequada.

A imaturidade pulmonar ocorre com mais frequência em RN pré-termo extremo com IG inferior a 28 semanas, limitando a superfície disponível para trocas gasosas. Doença da Membrana Hialina (DMH) mais frequente em RN pré-termo moderado é causada por deficiência de surfactante pulmonar, levando ao colapso alveolar. (LEONI e TRONCHIN, 2001).

Segundo Marcondes (2003) a produção de surfactante começa entre a vigésima quinta e a trigésima semana de gestação, mas somente na trigésima terceira semana é capaz de garantir a estabilidade pulmonar.

Barotrauma é uma complicação de patologia preexistente que requer ventilação mecânica. Atelectasia geralmente a causa é a obstrução brônquica por secreção. (LEONI e TRONCHIN, 2001).

2.5.4 Infecções Adquiridas

Segundo Leoni e Tronchin (2001) quanto menor a IG maior a probabilidade de infecções, pelos seguintes motivos: pele e mucosa facilmente penetrável por bactérias; reduzidos níveis de anticorpos ao nascimento; redução da quimiotaxia e da atividade bactericida dos polimorfonucleares.

2.5.5 Hiperbilirrubinemia

A icterícia é um dos problemas mais comuns no período neonatal, a bilirrubinemia aumenta durante alguns dias, atinge seu pico e começa a diminuir até o fim da primeira semana, já nos recém-nascidos prematuros isso acontece mais tarde, de acordo com Marcondes (2003).

Os níveis séricos de bilirrubina relacionam-se com a intensidade da coloração amarelada na pele. A icterícia é visível quando aproximadamente a quantidade de bilirrubina alcança 5 a 6mg/dl. Essa patologia torna-se mais preocupante no RN pré-termo extremo por aumentar o risco de encefalopatia bilirrubínica. (LEONI e TRONCHIN, 2001).

2.5.6 Malformações Congênitas

As malformações congênitas podem ser de causas genéticas ou não genéticas. As causas genéticas são classificadas como: cromossômica (ex: Síndrome de Down), monogênicas (ex: são hereditárias; anemia falciforme), multifatorial (ex: lábio leporino/fenda palatina). (LEONI e TRONCHIN, 2001).

Não genéticas se dividem em: infecções (ex: rubéola), doenças maternas (ex: diabetes melitus), agentes ambientais/drogas (ex: álcool). (LEONI e TRONCHIN, 2001).

2.5.7 Síndrome de Aspiração de Mecônio

O mecônio está presente no líquido amniótico em cerca de 10 a 15% dos partos, sendo que cerca de 5% dos recém-nascidos com líquido amniótico meconial desenvolverão SAM, segundo Colvero (2006).

Para MacDonald (2007) embora o mecônio apareça no intestino bem no início da gestação, o líquido amniótico tinto de mecônio (LATM) raramente ocorre antes de 38 semanas de gestação, porém é comum em RN pequenos para idade gestacional. A incidência de LATM aumenta a partir da idade gestacional, e cerca de 30% dos recém-nascidos, acima de 42 semanas têm LATM.

O mesmo autor relata na página 516 que:

A síndrome de aspiração de mecônio descreve uma doença respiratória de amplo espectro, abrangendo desde dificuldade respiratória leve a doença grave e morte, a despeito da ventilação mecânica. A **SAM** apresenta-se tipicamente como dificuldade respiratória, taquipnéia, fase expiratória prolongada e hipoxemia logo após o nascimento em um bebê intensamente tinto de mecônio nas unhas, cabelos e cordão umbilical ou nascido através de mecônio espesso. (MACDONALD, 2007, p. 516)

O mecônio pode causar uma oclusão parcial ou total das vias aéreas inferiores. A oclusão parcial da via aérea faz com que o ar entre, mas dificulta ou não permite a saída do alvéolo. Esse mecanismo é responsável pelo alçapamento progressivo de ar no pulmão, aumentando o risco de pneumotórax. Por outro lado, a obstrução completa de pequenas vias aéreas pode resultar em atelectasias regionais e alteração da ventilação-perfusão, levando à hipoxemia, relata Colvero (2006).

Macdonald (2007, p. 518) discorre sobre a utilização da ventilação mecânica em recém-nascido com SAM grave:

A ventilação mecânica é necessária em até 30% dos recém-nascidos com SAM grave e deve ser instituída com cautela. Embora tenha-se observado melhora da oxigenação em pacientes com SAM tratados com PEEP de 4 a 7cm H₂O, são necessários estudos adicionais para confirmar a segurança e a eficiência da pressão expiratória final positiva na SAM. O pneumotórax ou pneumomediastino ocorre freqüentemente durante a evolução da SAM em virtude do afeito de válvula esférica do mecônio e pode ocorrer antes da aplicação da ventilação com pressão positiva. O prolongamento do tempo expiratório do ciclo ventilatório pode reduzir a hiperinsuflação. A oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) tem sido usada com sucesso no tratamento de resgate da SAM grave refrataria à ventilação convencional.

Colvero (2006) escreve sobre outras estratégias ventilatórias que têm sido estudadas. A ventilação mecânica de alta frequência tem sido utilizada na SAM, como estratégia de resgate quando a ventilação convencional não faz efeito. A ventilação líquida com perfluorocarbono tem sido estudada em síndromes aspirativas, como a SAM, com a intenção de remover o mecônio, promover o recrutamento alveolar, reduzir a lesão pulmonar causada pelos ventiladores e melhorar a relação ventilação/perfusão.

2.5.8 Síndrome da Angústia Respiratória

A síndrome da angústia respiratória (SAR) antes chamada de doença de membranas hialinas (DMH) representa a principal causa de desconforto respiratório do RN prematuro, especialmente naqueles com menos de 34 semanas de idade gestacional; raramente são vistos recém-nascidos de termo ou próximos do termo com SAR.

Marcondes (2003, p.389) essa doença “atinge cerca de 50% dos recém-nascidos entre 26 e 28 semanas de gestação, e de 20 a 30% dos recém-nascidos entre 30 e 31 semanas de gestação”.

Segundo MacDonald (2007) os RN com SAR nas primeiras horas após o parto apresentam-se, com taquipnéia, gemência, dificuldade respiratória, retrações e cianose.

A DMH caracteriza-se pela deficiência quantidade e qualidade de surfactante pulmonar, ocasionando o colapso alveolar progressivo, diminuição da capacidade residual funcional, alteração na relação ventilação perfusão (V/Q), o que induz hipoxemia. São ainda observados, edema pulmonar, congestão vascular e lesão do epitélio respiratório, Marcondes (2003). Deve-se garantir ventilação, oxigenação, muitas vezes com a ventilação mecânica. Quando os pulmões são rígidos, é necessária uma maior pressão para expandi-los, seja ela produzida pelo recém-nascido ou por um ventilador mecânico. A terapia de reposição de surfactante e a ventilação mecânica são as principais formas de tratamento.

2.6 Transporte de RN

Os primeiros transportes neonatais foram realizados por Pierre Budim (obstetra) no início do século, que dispunha de bolsa de água quente para aquecer os prematuros, observando o aquecimento como fator importante na redução da mortalidade. Em 1903, De Lee cria a primeira incubadora de transporte denominada, na época, a menor ambulância do mundo. Feita de carvalho e revestida por metal, possuía caixas de água quente para aquecimento e luz gerada por bateria para observação do RN. (MARBA, 1998)

Os primeiros centros de aquecimento a prematuros surgiram na década de 40. Na cidade de Nova York de 1948 a 1950, 1.209 RN's prematuros foram transferidos para tais centros, com redução significativa na mortalidade. Nesta época, os transportes eram realizados por enfermeiras. Em 1958, ocorre o primeiro transporte aéreo por avião e, em 1967 por helicóptero. Em 1978, a maioria dos estados americanos tinha seus programas regionais de cuidados perinatais. Surge, nesta época a preocupação com aumento da morbidade, já que um número maior de crianças estava sobrevivendo. (MARBA, 1998)

O princípio geral do transporte do RN deve ser assegurado à manutenção da homeostase respiratória, hemodinâmica e da temperatura, além do cuidado para a prevenção de infecções. (LEONI e TRONCHIN, 2001).

A principal medida a ser tomada antes de efetivamente remover o recém-nascido é avaliar a gravidade do caso. Recém-nascidos muito pequenos, abaixo de 1.000 g com sofrimento respiratório devem estar sempre intubados, antes de serem removidos.

Não se deve remover um recém-nascido sem o consentimento e conhecimento da família. A família deve estar bem informada das condições clínicas do RN, do risco de sua patologia, para onde este ele vai ser levado e o possível prognóstico. É desejável que os pais possam ver este RN antes da remoção. MS (1994).

Situações especiais no transporte de RN segundo Marba (1998, p.11):

Atresia de esôfago – Posição semi-ereta, sondagem e aspiração freqüentes do coto esofágico proximal.

Defeitos do tubo neural – Proteção das meningomielocelas com plásticos ou compressas estéreis molhadas em soro morno e introdução de antibióticos profiláticos se estiverem rotas, posição mais cômoda para evitar compressão.

Obstrução intestinal – Hidratação adequada, sondagem gástrica com drenagem continua.

Hérnia diafragmática – Evitar utilização de mascara com pressão positiva considerar CPAP, traqueal ou ventilação. Manter o paciente em próclive e com sonda gástrica aberta.

Cardiopatias congênitas complexas – atenção para aquelas dependentes de canal arterial pérvio; nessa situação utilizar prostaglandina E1 em infusão continua.

Onfalocele e gastrosquise – Sondagem gástrica hidratação adequada, proteção com plásticos ou compressas estéreis e úmidas, iniciar antibióticos profiláticos, cuidado especial com a temperatura.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

As teorias de enfermagem constituem a base teórica que fundamenta o processo de enfermagem. A teoria das necessidades humanas básicas foi escolhida por se adequar as necessidades do paciente que se encontra em estado crítico. Sendo assim, suas principais necessidades devem supridas e acompanhadas no decorrer da transferência/trajeto.

3.1 WANDA DE AGUIAR HORTA: TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Os modelos teóricos são marcos conceituais e as teorias de enfermagem são ferramentas que possibilitam a sistematização da assistência de enfermagem, por meio da aquisição de um referencial teórico e de sua utilização na construção de métodos que possam organizar o processo de enfermagem, os modelos de cuidado precisam estar fundamentados. O processo de enfermagem evolui e torna-se concreto, através de protocolos.

No Brasil, a sistematização da assistência de enfermagem começou com os estudos da Dra. Wanda Horta e que nas últimas décadas, os enfermeiros conquistaram um modelo, uma linguagem, uma legislação e alguns compromissos. (CRUZ, 2004).

Wanda de Aguiar Horta nasceu em 11 de agosto de 1926. Graduou-se no ano de 1948, em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP, e, em 1953, diplomou-se em História Natural na Faculdade de Fisiologia, Ciências e Letras da Universidade do Paraná. Já em 1962 fez pós-graduação em Pedagogia e Didática Aplicada à Enfermagem pela Escola de Enfermagem na Escola Ana Néri, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e, ao longo de sua carreira profissional Wanda Horta exerceu funções didáticas, técnicas e administrativas, (LEOPARDI, 2006, p. 190).

Wanda Horta em sua teoria, apresenta os três seres da enfermagem, o ser- enfermeiro (ser enfermeiro é gente que cuida de gente), ser- paciente (pode ser o indivíduo, a família ou a comunidade que necessite de cuidados de outros seres humanos em qualquer fase do ciclo vital ou do ciclo saúde enfermidade) e ser-

enfermagem (é um ser que tem como objetivo assistir as necessidades humanas básicas). (HORTA, 1979).

Segundo Leopardi (2006) dentre as pressuposições de Horta são consideradas que a enfermagem é prestada ao ser humano e não a sua doença, e que o ser humano deve ser reconhecido como membro de uma família e de uma comunidade.

Leopardi (2006, p.192) ainda reflete que “a enfermagem é uma ciência aplicada que visa o reconhecimento de ser humano-cliente, que tem necessidades humanas básicas”, que são resultantes de um desequilíbrio hemodinâmico.

Horta utiliza as necessidades humanas básicas classificadas por Mohana como psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. (HORTA, 1979).

Então segundo Leopardi (2006) os conceitos de necessidades significariam: Necessidades psico-biológicas: são as necessidades primárias para manter a vida, tais como oxigenação, alimentação, hidratação, eliminação e assim por diante; Necessidades psico-espirituais: são valores e crenças de cada indivíduo; Necessidades psico-sociais: são os relacionamentos com família, trabalho, lazer, ter direito a privacidade.

Sendo assim, Horta (1979) define a enfermagem como:

Ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto-cuidado, de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais. (HORTA, 1979, p.29).

E autora ainda define (1979, p. 30) assistir o ser humano como “fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo”.

4 METODOLOGIA

A metodologia coloca a disposição do pesquisador um conjunto de diretrizes que podem auxiliá-lo na tarefa de pesquisa em diferentes conteúdos científicos.

Metodologia é a explicação minuciosa, detalhada, rigorosa e exata de toda ação desenvolvida na trajetória do trabalho de pesquisa. Segundo Leopardi (2002, p.163), “metodologia é a arte de dirigir o espírito na investigação da realidade por meio do estudo dos métodos, técnicas e procedimentos capazes de possibilitar o alcance dos objetivos”.

4.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo realizado foi de natureza qualitativa. A pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. A boa amostragem é aquela que possibilita observar como um todo o problema investigado (MINAYO, 2000).

No caso da pesquisa qualitativa, tal conhecimento é originário de informações de pessoas diretamente vinculadas com a experiência estudada, por tanto não podem ser controladas ou generalizadas. No entanto, por serem experiências verdadeiras de pessoas, não podem ser suspeitas ou tidas como não verdades (LEOPARDI, 2002, p.196).

4.2 TIPO DE PESQUISA

Lakatos e Marconi (1991, p. 186) conceitua a pesquisa de campo como “aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações ou conhecimentos a cerca de um problema, para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese que se queira comprovar”.

4.3 LOCAL DE ESTUDO

O estudo deu-se no SAMU de uma região do Sul de Santa Catarina.

4.4 SUJEITOS DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada com um grupo de recém-nascidos de alto risco em transferência inter-hospitalar atendidos pelo SAMU (USA), sendo o mínimo de quatro consultas de enfermagem, no entanto, as ações para a organização da assistência foram extensivas a todos os pacientes.

4.5 COLETA DE DADOS

Primeiro Momento – Autorização para desenvolvimento da prática Assistencial por meio de ofício endereçado ao enfermeiro gerente do setor em que o a Prática Assistencial foi desenvolvida. (Apêndice A)

Segundo Momento – Apresentação do projeto de Prática Assistencial ao Enfermeiro Gerente do Serviço de Saúde.

Terceiro Momento – Reconhecimento detalhado do Setor em que a prática Assistencial de Enfermagem foi desenvolvida.

Quarto Momento – Reconhecimento dos recém-nascidos de alto-risco em transferência inter-hospitalar.

Quinto Momento – Desenvolvimento do protocolo para consulta de enfermagem (Apêndice B).

Sexto Momento – Aplicação das consultas de enfermagem aos recém-nascidos de alto risco em transferência inter-hospitalar.

Sétimo Momento – Avaliação da Prática Assistencial desenvolvida por meio de entrevista semiestruturada com enfermeiro do setor. (Apêndice C)

A entrevista semiestruturada (apêndice C) foi realizada conforme disponibilidade dos enfermeiros no ambiente de trabalho.

A entrevista é opção em que o informante conta com a presença do pesquisador, enquanto o questionário é preenchido na ausência do pesquisador. Neste caso, as instruções devem ser claras e sucintas [...]. As questões de um instrumento de pesquisa podem ser abertas ou fechadas. Com perguntas abertas, o pesquisador pode apenas formular a questão e deixar o informante expressar-se. Já, com perguntas fechadas, o informante deve ter opções de respostas que se aproximem ao máximo de sua impressão (LEOPARDI, 2002, p. 178).

Após o término das consultas de enfermagem e entrevista a pesquisadora realizou a condensação dos dados, segundo o proposto por Minayo (2008, p.78) que orienta os seguintes passos:

Ordenação dos Dados: neste momento, faz-se o mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo. Aqui estão envolvidos, por exemplo, transcrição de gravações, releitura do material, organização dos relatos e dos dados da observação;

Classificação dos Dados: Nesta fase é importante termos em mente que o dado não existe por si só. Ele é construído a partir de um questionamento que fazemos sobre eles, com base numa fundamentação teórica, através de uma leitura exaustiva e repetida dos textos, estabelecemos interrogações para identificarmos o que surge de relevante (“estruturas relevantes dos atores sociais”). Com base nesse processo se elaboram as categorias específicas. Nesse sentido determinamos o conjunto ou os conjuntos das informações presentes na comunicação.

Análise Final: Neste momento, procuramos estabelecer entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões da pesquisa com base em seus objetivos. Assim, promovemos relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, teoria e a prática.

Segundo Leopardi (2002, p.261) a análise de conteúdo é:

Toda observação, relação, conjectura, imagem, omissão, objeto, movimento, enfim, tudo aquilo que pode refletir a realidade, e que, além de permitir a formulação de postulados explicativos ou compreensivos, pode ainda produzir novas interrogações sobre a mesma realidade.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi desenvolvida com base na resolução 196/96 do Ministério da Saúde que dispõem sobre pesquisas com seres humanos.

A resolução 196/96 incorpora quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência e justiça e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do estado. O respeito ao indivíduo pesquisado, por meio do consentimento livre e esclarecido. O esclarecimento dos sujeitos se faz em linguagem acessível e que inclua aspectos tais como: a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão realizados durante a pesquisa; a liberdade do sujeito se recusar ou retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum tipo de punição e sem prejuízo ao seu cuidado; a garantia de sigilo, privacidade.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise e interpretação dos dados qualitativos foram realizadas pela categorização dos dados, através da ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados, conforme Minayo (2003).

Serão analisados em 4 momentos:

- **Primeiro momento:** Caracterização do campo de estágio;
- **Segundo momento:** Relato das atividades desenvolvidas;
- **Terceiro momento:** Dificuldades na prática assistencial;
- **Quarto momento:** Avaliação da prática assistencial.

Os momentos doravante serão denominados temas, conforme propõe Minayo (2003) para que se possa melhor organizar a apresentação dos dados e discussão dos resultados.

O levantamento dos dados ocorreu no período de 17 a 29 de novembro de 2011. Foram concluídas 80 horas para observação, realização das consultas de enfermagem e entrevistas.

Para preservação da identidade dos participantes e manutenção do sigilo das informações obtidas, por meio da realização das entrevistas, obedecendo às diretrizes e normas regulamentadoras, da Resolução 196/96, a qual envolve pesquisa com Seres Humanos e Grupos Vulneráveis, utilizou-se a sigla “S” para identificar o profissional.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

O estágio teve início com uma ótima recepção por parte da enfermeira coordenadora do SAMU, e também pelas demais enfermeiras que trabalham na USA. Fazem parte da equipe cinco enfermeiras que trabalham doze por trinta e seis horas.

Em todos os momentos houve colaboração por parte da equipe no desenvolvimento do trabalho, em orientações, relatos de experiências apresentação do setor e das rotinas de trabalho.

O tempo foi pouco para observar todas as equipes trabalhando juntos, pois, motoristas, enfermeiros e médicos dificilmente fazem plantão juntos por vezes repetidas, mas é claramente visível o entrosamento de todos, sendo possível perceber que todos trabalham de forma integrada, sempre buscando maneiras de prestar o atendimento rápido e da melhor forma possível.

5.2 TEMA 1: RELATO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Durante o período de realização do estágio foi possível confirmar uma grande demanda de transferências de RN pela USA-01, do dia primeiro ao dia vinte e cinco novembro foram doze, porém, dessas somente uma ocorreu durante o período de estágio. Um RN de vinte e quatro semanas de gestação, com seiscentas gramas de peso, em estado debilitado. Caracterizado como prematuridade extrema, pois a idade gestacional é menor que 30 semanas, (LEONI e TRONCHIN, 2001), além de poder ser classificado como extremamente baixo peso ao nascer, pois tem menos de 1000g. (MACDONALD, 2007).

O parto aconteceu em um Hospital geral da região, onde o RN foi transferido ao hospital de referência para a UTI neonatal.

Segundo Costa (2010

A assistência neonatal vem passando por muitas transformações e o advento de novas tecnologias trouxe um universo mais amplo ao cuidado aos recém-nascidos (RN). Durante décadas, os avanços nos cuidados intensivos têm possibilitado maior sobrevida aos RNs prematuros extremos.

A importância desta transferência ser realizada pela USA significava a viabilidade do RN, pois se fosse realizado por outro transporte e principalmente sem a presença do médico e da enfermeira, provavelmente não teria o mesmo sucesso.

Quando a USA-01 foi acionada para a transferência em questão, todo um cuidado já vinha se seguindo, por exemplo, a incubadora fica sempre ligada, pronta para qualquer eventualidade, e a equipe se prepara para manter sempre nesta a

temperatura adequada, para estar sempre higienizada e em condições uso, e que todos os materiais específicos para RN estejam em bom estado.

A manutenção da temperatura é um ponto crucial, pois a hipotermia está associada ao aumento da morbimortalidade. A temperatura é medida na região axilar e o transporte só deve ser iniciado se o recém-nascido estiver normotérmico. A manutenção da temperatura poderá ser atingida por meio da utilização de [...] utilização de incubadora de transporte de dupla parede com a temperatura regulada de acordo com o peso do paciente. (BRASIL, 2010).

A enfermagem neonatal tem uma variedade de funções, capacidades e responsabilidades exclusivas, que são essenciais para avaliar, entender e apoiar com segurança o recém-nascido de alto risco. (KLAUS & FANAROFF, 1995).

A causa que mais acomete RN de alto risco a serem transferidos pela USA seria a pré-maturidade, RN pré-termo extremo, necessitando de cuidados intensivos.

Segundo Segre (2002), pré-maturo são todos os recém-nascidos antes da 38ª semana de idade gestacional. Na prematuridade extrema estão todos os RN pré-termos com idade gestacional menor que 30 semanas. (LEONI e TRONCHIN, 2001).

5.3 TEMA 2: RESULTADOS DA ENTREVISTA COM O ENFERMEIRO

Categoria 1: Avaliação da prática assistencial aplicada pela acadêmica de enfermagem durante o período de estágio

Das cinco enfermeiras que trabalham na USA-01, foi possível estar em horário de estágio com três, dessas uma não respondeu o questionário, e os demais responderam que não foi possível avaliar a prática assistencial devido aos poucos chamados para a USA-01, durante o período de estágio. Desses onze dias de estágio curricular no SAMU, tentei estar em diferentes horários para poder acompanhar de uma forma geral, manhã, tarde e noite, porém existiram intercorrências, como uma transferência de um paciente à Florianópolis minutos antes de minha chegada ou ainda, a própria manutenção da USA-01 que ocupou todo um dia de estágio.

Categoria 2: Importância da prática de enfermagem direcionada a RN com transferência inter-hospitalar

Todas as entrevistadas responderam essa pergunta, logo foram numeradas.

S 1 “ importante sim, porém com dificuldade de aplicabilidade devido ao tempo resposta e quadro clínico”.

S 2 “sim”.

S 3 “ acho importante pois qualifica o trabalho, com consequente melhoria da qualidade de vida do paciente”.

Atualmente, no Brasil a USA tem como características manobras invasivas, de maior complexidade e, por este motivo, esse atendimento é realizado exclusivamente por médico e enfermeira. Assim, a atuação da enfermeira está justamente relacionada à assistência direta ao paciente grave sob risco de morte. (RAMOS e SANNA, 2005).

Categoria 3: Sugestões sobre o desenvolvimento da prática assistencial aplicada

A enfermeira S1 relacionou esta pergunta ao protocolo de atendimento e consulta de enfermagem no pré-hospitalar, e respondeu “*faria de forma sucinta e quando aplicável*”. O processo de trabalho do enfermeiro pode ser caracterizado por um protocolo de atendimento, geralmente as consultas de enfermagem são previamente estruturadas, em escutar as queixas, examinar o paciente, diagnosticar como enfermeiro e programar ações de intervenção. Para Carpenito-Moyet (2007) esse processo é organizado “para ajudar o enfermeiro a abordar de forma lógica as situações que podem causar problemas”.

S2 “trabalhamos com protocolo estabelecido. Mudanças são difíceis de acontecer. Considero

fundamental a melhoria com relação ao acolhimento, apresentação e humanização, porém é algo individual e depende da vontade de cada um, enquanto profissional”.

Para Machado e Praça (2006) a assistência humanizada é demonstrar interesse e compromisso com o outro. Na proposta de relação humanizada, as informações a serem transmitidas aos clientes e deles recebidas são fundamentais. O processo de humanização, sendo este composto por fatores como comunicação, empatia, conhecimentos técnico-científicos e respeito pelos seres humanos.

S3 *“acho que o estágio, poderia ser aplicado também nas unidades de suporte básico.”*

O APH móvel possui uma conotação peculiar: envolve várias categorias profissionais, com práticas e saberes específicos, que se inter-relacionam intimamente, num fazer coletivo segundo Ciconet (2009).

Categoria 4: Continuidade da prática assistencial de enfermagem voltada ao RN com transferência inter-hospitalar realizada pelo SAMU

Todas responderam “sim”.

O enfermeiro tem atribuições e recomendações em seu perfil para realizar a prática assistencial no paciente clínico do pré-hospitalar, como: possuir extrema competência, habilidade, capacidade de lidar com estresse, capacidade de tomar decisões rapidamente, de definir de prioridades e saber trabalhar em equipe. (RAMOS e SANNA, 2005).

O caminho percorrido desde a inserção da enfermeira no APH, seja no Brasil ou em países mais adiantados nesse sistema, ainda está por ser consolidado. Contudo, já se pode vislumbrar que, em pouco mais de duas décadas de atuação nesses serviços em nosso país, sua participação tem constantemente se ampliado e tornado-se imprescindível e definitiva. (RAMOS e SANNA, 2005).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer da prática assistencial foi possível observar uma cumplicidade entre todos os profissionais na busca da realização do melhor. E como a USA-01 durante o período de estágio não foi muito acionada, foi possível trocar muitas ideias e conhecimentos.

Estando dentro da regulação, onde todos os telefonemas são atendidos, foi possível a observação de muitos trotes e ainda ligações de pessoas que poderiam estar sendo atendidas em sua unidade de saúde de abrangência.

São necessários projetos para esclarecer a toda população o que é o serviço de urgência, em que situações recorrerem a ele. Na central do SAMU, a equipe presta orientação e atendimento, com atenção e humanização a todas as ligações. Porém, muitas destas ligações poderiam estar sendo evitadas se todos soubessem o que é realmente emergência.

Enquanto a linha está ocupada com uma pessoa tirando dúvidas ou sendo orientada a procurar uma unidade de saúde por não saber o que é de fato uma emergência, outro fato pode estar acontecendo e uma situação de emergência, deixa de ser atendida em um tempo resposta oportuno.

Casos delicados de transferências que exigem uma preparação da equipe devem ser negociados previamente, principalmente se a transferência for de um recém-nascido, pois todo um preparo anterior deve ser realizado para que o transporte seja seguro para o pequeno paciente. Preparar a ambulância para receber um RN leva tempo, tempo precioso para muitas vezes, um RN pré-termo extremo.

Realizando este trabalho pude compreender melhor o universo das equipes de APH nas transferências de uma maneira geral, e também na preparação especial para transportar um recém-nascido. Nesta área de estudos, podemos e precisamos pesquisar mais, a interação com a família, humanização na transferência, o acolhimento de RN e família no hospital de destino, o estresse das equipes, tanto do transporte como do hospital.

7 REFERÊNCIAS

ANTONIO, Maria Ângela Reis de Góes Monteiro; ZANOLLI, Maria de Lurdes; CARNIEL, Emília de Faria and MORCILLO, André Moreno. **Fatores associados ao peso insuficiente ao nascimento**. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 2009, vol.55, n.2, pp. 153-157. ISSN 0104-4230. doi: 10.1590/S0104-42302009000200018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Orientações sobre o Transporte Neonatal Série A. Normas e Manuais Técnicos**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas Brasília – DF 2010

BRASIL Ministério da Saúde. **Regulação Médica das Urgências**. Brasília – DF, 2006. Disponível em : <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual%20de%20Regulacao%20Medica%20das%20Urgencias.pdf>>. Acesso em 09 de novembro de 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 814/GM em 1 de junho de 2002**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20%20814.pdf> Acesso em: 10 de novembro de 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília – DF, 3.^a edição ampliada Série E. Legislação de Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica%20Nacional.pdf>> , acessado em 10 de novembro de 2010.

CARPENITO-MOYET, Lydia Juall. **Compreensão do processo de enfermagem: Mapeamento de conceitos e planejamento do cuidado para estudantes**. Editora Artmed, Porto Alegre – 2007.

COLVERO, Mauricio Obal et al . Novas opções terapêuticas na síndrome de aspiração de mecônio. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 4, 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000400002&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 06 maio 2011. doi: 10.1590/S1519-38292006000400002

CICONET, Rosane Mortari. **Atuação e Articulação das ações das equipes de suporte básico de um serviço de atendimento móvel de urgência com a central de regulação e as portas de entrada da urgência – manuscrito Rosane Mortari Ciconet; orient Maria Alice Dias da Silva Lima; Porto Alegre - 2009**

COSTA, Roberta; PADILHA, Maria Itayra; MONTICELLI, Marisa. **Produção de conhecimento sobre o cuidado ao recém-nascido em UTI Neonatal: contribuição da**

enfermagem brasileira. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, Mar. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100028&lng=en&nrm=iso>. access on 20 June 2011. doi: 10.1590/S0080-62342010000100028

HERDY, Gesmar Volga H. et al . Asfixia perinatal e problemas cardíacos. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 71, n. 2, ago. 1998. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X1998000800005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 maio 2011. doi: 10.1590/S0066-782X1998000800005.

HORTA, Wanda de Aguiar, com colaboração de Brigitta E. P. Castellano. **Processo de Enfermagem**. São Paulo – SP, Editora EPU, 1979.

LEONE, Cléia Rodrigues. TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto. **Assistência Integrada ao Recém-Nascido**. SP, Ed Atheneu, 2001.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teoria e Metodologia em Assistência de Enfermagem**. Florianópolis – SC, Editora Soldasoft, 2006.
LIMA LR, Stival MM, Lima LR, Oliveira CR, Chianca TCM. **Proposta de instrumento para coleta de dados de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva fundamentado em horta**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2006;8(3):349-57. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a05.htm>, acessado em 09 de novembro de 2010.

LOPES, Sérgio Luiz Brasileiro & Fernandes, Rosana Joaquim. **Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar**. **Medicina, Ribeirão Preto**, 32: 381-387, out./dez. 1999.

MARBA, Sergio Tadeu Martins. FILHO, Francisco Mezzacappa. **Manual de neonatologia UNICAMP**.RJ, Editora Revinter, 1998.

MACDOLNALD, Mahairi G. MULLETT, Martha D. SESHIA, Mary, M. K. **Avery neonatologia fisiopatologia e tratamento de recém-nascido**. 6ª edição. Ed Guanabara Koogan, 2007.

MARCONDES, Eduardo et AL. **Pediatria básica: pediatria geral e neonatal**. 9 ed, São Paulo: SARVIER, 2003.

NAGANUMA, Masuco. et al. **Procedimentos técnicos de enfermagem em uti neonatal**. São Paulo: Atheneu, 1995.

PIVA, Jefferson Pedro; GARCIA, Pedro Celiny Ramos. **Medicina intensiva em pediatria**. 2 ed, editora REVINTER, 2006.

PEREIRA, Júnior GA; Carvalho JB; Ponte Filho AD; Malzone DA; Pedersoli CE. **Transporte intra-hospitalar do paciente crítico**. Medicina (Ribeirão Preto) 2007; 40 (4): 500-8, out./dez.

RAMOS, Viviane Oliveira & SANNA, Maria Cristina. **A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais**. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2005, v. 58, n. 3, pp. 355-360.

ROLIM, KMC; Cardoso MVLML. **O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada**. Ver. Latino-am Enfermagem 2006 janeiro-fevereiro; 14(1):85-92.

KLAUS, Marshall H.; FANAROFF, Avroy A. **Alto risco em neonatologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c1995.

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Santa Catarina
–disponível em:
<http://samu.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=53> Acessado em 3 de novembro de 2010.

ZIEGEL, Erna E. CRANLEY, Mecca S. **Enfermagem Obstétrica**. 8ª edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 1985.

SILVEIRA, Mariângela F et al. **Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.42, n.5, pp. 957-964. ISSN 0034-8910. doi: 10.1590/S0034-89102008000500023.

SOUZA, Nilba Lima de et al . **Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclampsia**. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 5, out. 2007 . Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 jun. 2011. doi: 10.1590/S0034-89102007000500003.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Ofício de Encaminhamento**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Of. N^o. 001/ Enf. /2010.

Criciúma, 17 de novembro de 2010.

Ilma. Sr^a Isabel Scabelot
ENFERMEIRA COORDENADORA DO SAMU
CRICIÚMA - SC

Prezada Senhora,

Vimos por meio deste, solicitar campo de estágio para desenvolvimento de Trabalho de Prática Assistencial de Enfermagem da Acadêmica CARLA NIERO DE ROCHE do Curso de Especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência da UNESC, no mês novembro de 2010, no SAMU do Bairro Comerciário. Trata-se da aplicação de um projeto Assistencial utilizando a Metodologia da Assistência em Enfermagem (MAE) na transferência de recém-nascido fundamentado na Teoria de Wanda de Aguiar Horta.

A acadêmica Carla Niero de Roche (fone: 8848-0047) estará sob a responsabilidade, supervisão e orientação da Prof^a. Especialista Luciana Rosa (fone: 48-9954 3730).

Estamos disponíveis para qualquer esclarecimento, e aguardamos deferimento.

Atenciosamente,

APÊNDICE B



**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA SEGUNDO
WANDA HORTA
Danielle Just Goulart adaptado por Carla Niero de Roche**

Data do atendimento ___/___/___ Horários: J9 _____ J10 _____
 J9 _____ J10 _____
 J11 _____ J12 _____

Hospital solicitante da transferência: _____

Hospital para a transferência: _____

Nome: _____ Idade: _____

Queixa principal/situação em que o paciente foi encontrado: _____

Alguma malformação visível e/ou detectada: _____

Alergias: Sim Não

Quais: _____

Medicamentos em uso: _____

Necessidades psicobiológicas

Pressão Arterial: ___ X ___ mmHg; FC: ___ bpm; FR: ___ mrpm T: ___ °C; Peso: ___ Kg.

Dor: Sim Não Localização e Características _____

Nível de Consciência: Glasgow menos de 3; 4 a 8; 9 a 13; 14-15.

Pupilas Isocóricas; Pupilas anisocóricas; Fotorreagente; Não-fotorreagente

Maior à direita Maior à esquerda. OBS: _____

Pele/Tecido: Sem Alterações; Cianose; Icterícia; Hipocorado; Hiperorado;

Lesões na Pele; Úlcera de pressão. Grau: _____ OBS: _____

CABEÇA: Abaulamento; Convexidade; Sensação de cisalhamento ósseo;

Lesões com sangramento: Descrição _____

Olhos e Pálpebras: Exoftalmia; Enoftalmia; Desvio; Nistagmo; Edema.

Ouvido: Zumbido; Otorréia; Otorragia; Rubor; Secreção purulenta.

Nariz: Rinorragia; Rinorréia; Rubor; Epistaxe.

Boca: Lesões orais; Desvio mandibular; Alterações na coloração da mucosa

PESCOÇO: Linfonodos Palpáveis; Tireóide Aumentada; Carótida pulsáveis acentuadas;
 Engurgitamento jugular; Traqueostomia; Lesões ou queimadura

TÓRAX: Ginecomastia; Nódulos mamários; Mastite; Tórax chato;
 Tórax em forma de tonel; Tórax infundiforme (sapateiro); Tórax cariniforme (peito de pombo);
 Tórax piriniforme (sino); Tórax cifótico; Tórax escoliótico; Tórax cifoescoliótico;
 Tórax instável traumático.

RITMO RESPIRATÓRIO: Dispnéia; Platipnéia (aliviada em posição deitada); Ortopnéia;
 Trepopnéia (aliviada em decúbito lateral); Cheyne stokes; Kussmaul; Biot (ritmo Irregular);
 Respiração suspirosa; Respiração profunda; Respiração superficial; Taquipnéia;
 Bradipnéia; Apnéia; Eupnéia; Tiragem.

EXPANSÃO, AUSCULTA PULMONAR: Boa expansibilidade ápice e ou base; Atrito pleural;
 Expansibilidade reduzida em base a _____; Expansibilidade reduzida em ápice a _____;
 Aumento de frêmito toracovocal; Diminuição de frêmito toracovocal; Som timpânico;
 Hipersonoridade pulmonar; Submacicez e macicez; Roncos, sibilos ou estridor;
 Estertores finos e ou grossos; Atrito pleura.

INSPEÇÃO E AUSCULTA CARDÍACA: Palpação de bulhas Frêmito cardiovascular;
 Ritmo cardíaco normal; Taquicardia; Arritmico; Bradicardia; Ritmo de galope;
 Sopro Bulha ___hiperfonética; Bulha ___hipofonética Bigeminismo; Triginismo.

OBS.: _____

ABDÔMEN: Normal; Globoso; Batráquio; Avental; Pendular; Côncavo;
 Timpanismo; Macicez; RHA +; RHA -; Dor a Palpação ponto _____;
 Blumberg +; Rechaço +; Merphy +; Jordano +; Gersuny+; Vascolejo +.

Obs _____

MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES: Pulsos Periféricos Palpáveis; Pulsos Periféricos não Palpáveis; Paresia; Plegia; Edema; Lesões; Amputações; Gesso; Fraturas: localização e descrição _____; Tala Gessada; Lesões; Tônus muscular diminuído a _____; Babinski.

Obs: _____

GENITOURINÁRIO E ANAL: Sangramento no meato uretral; Sangramento retal Piúria
 Menstruação presente; Anúria; Polaciúria; Nictúria; Incontinência urinária
 Hematúria; Disúria; Lesões genitais: características _____;
 Constipação; Diarréia.

RESULTADOS DE EXAMES: Gasometria: _____
 ECG: _____
 Glicemia Capilar: _____ mg/dl Uréia: _____; creatinina: _____
 Amilase: _____ Outros: _____
 RX: _____ USG: _____
 _____ TC: _____

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

D1: _____
 D2: _____
 D3: _____

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Enfermeiro (a): _____ Coren: _____

APÊNDICE C

AVALIAÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL SEGUNDO O OLHAR DO ENFERMEIRO DO SETOR

1. Como você avalia a prática assistencial aplicada pela acadêmica de enfermagem durante o período de estágio?
2. Você considera importante uma prática de enfermagem direcionada a pacientes clínicos no pré-hospitalar?
3. O que você mudaria com relação ao desenvolvimento deste trabalho na prática assistencial aplicada?
4. Você considera viável a continuidade da prática assistencial de enfermagem voltada ao paciente clínico no pré-hospitalar realizada pelo SAMU de Criciúma?

ANEXOS

**ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
Av. Universitária, 1105 Bairro Universitário – CEP: 8880.6000. CP 3165 –
Fone: 48 – 3431 2500 Fax: 48 34312527
Site: www.unesc.net

Estamos realizando um projeto de Prática Assistencial do Curso de Especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência intitulado: Prática assistencial de enfermagem na transferência inter-hospitalar de recém-nascido de alto risco no SAMU fundamentado em Wanda Horta. Estará participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como objetivos principais: Realizar a prática assistencial de enfermagem na transferência inter-hospitalar de recém-nascido de alto risco no SAMU.

Embora o (a) sr(a) venha a aceitar a participar neste projeto, estará garantido que o (a) sr (a) poderá desistir a qualquer momento bastando para isso informar sua decisão. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro o (a) sr (a) não terá direito a nenhuma remuneração. Desconhecemos qualquer risco ou prejuízos por participar dela. Os dados referentes ao sr (a) serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o (a) sr (a) poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

A coleta de dados será realizada pela acadêmica, Carla Niero de Roche (fone: 88480047) do Curso de Pós Graduação, Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência da UNESC e orientado pela professora Luciana Rosa (fone:99543730).

Criciúma (SC)_____de novembro de 2010.

Assinatura do Participante