

RELATO DE EXPERIÊNCIA: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO LACTENTE COM SÍNDROME DE DOWN E CARDIOPATIA CONGÊNITA

Bárbara Thuane Aguiar dos Santos¹; Cindy Campêlo de Araújo¹; Larissa Cavalcante Carneiro²; Erika Acioli Gomes Pimenta³.

¹Universidade Federal da Paraíba (UFPB) (barbarathuanes@gmail.com)

¹Universidade Federal da Paraíba (UFPB) (cindycampelo97@gmail.com)

²Universidade Federal da Paraíba (UFPB) (larissaaccarneiro@gmail.com).

³Universidade Federal da Paraíba (UFPB) (erikacioli@gmail.com)

Resumo: **INTRODUÇÃO:** A Síndrome de Down (SD) é uma anomalia genética que acarreta mudanças estruturais e funcionais de vários órgãos, afetando o crescimento e desenvolvimento da criança em diversos aspectos. Assim, a Enfermagem enquanto ciência do cuidado deve atuar na assistência integral à saúde do binômio (criança/família) levando em consideração os aspectos psicológicos e sociais, bem como favorecendo os ajustes familiares às novas demandas de cuidados advindas da condição crônica da síndrome. **OBJETIVO:** Descrever a experiência no cuidado da Enfermagem ao binômio durante hospitalização com base na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). **METODOLOGIA:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência, utilizando como instrumento: o histórico da criança (avaliação dos sinais vitais, investigação das necessidades psicobiológicas e o conhecimento materno sobre a doença). **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Após avaliação da lactente, pode-se identificar diversos diagnósticos de Enfermagem, dentre os quais: “Padrão respiratório prejudicado” e “Desenvolvimento infantil prejudicado”. Inicialmente as ações de intervenção se voltaram a fim de melhorar o padrão respiratório. Já na avaliação do desenvolvimento e crescimento, a criança não apresentou resposta ativa aos estímulos corroborando com o atraso do crescimento e desenvolvimento relacionado à SD. Assim, foi criada uma abordagem sistemática com a acompanhante, apoiando-a no desenvolvimento e estímulos da criança, a serem realizados em atividades de reabilitação. **CONCLUSÃO:** A união da teoria com a utilização da SAE oportunizou o cuidado humanizado ao binômio, refletindo uma avaliação imediata satisfatória e promissora, assegurando um apoio técnico e empático em um momento tão frágil da vida dessa família.

Palavras-chave: Síndrome de Down, Cardiopatia congênita, Cuidado de Enfermagem, Assistência ao binômio.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Down (SD) é uma anomalia genética originada em 95% dos casos por um erro na divisão celular que conseqüentemente dá origem a um cromossomo extra (trissomia 21); os outros 5% dos casos são causados por mosaïcismo ou translocação dos genes. Este “erro genético” acarreta em mudanças estruturais e funcionais de vários órgãos. Ainda se sabe muito pouco sobre os fatores de risco, porém existe uma forte relação entre a idade avançada da mãe e a probabilidade de a criança nascer com a síndrome (KOZMA, 2007).

A SD atinge aproximadamente 1 para cada 700 nascidos vivos, tendo uma média de 8000 novos casos no Brasil. O último Censo IBGE estima que há mais de 300.000 indivíduos com a síndrome no país (FIGUEIREDO et al, 2012). A probabilidade de uma criança nascer com SD aumenta principalmente com o avanço da idade materna, na qual por volta dos 20 anos é de 1:1600, subindo para 1:370 aos 35 anos. A expectativa de vida tem crescido nos últimos anos com os avanços tecnológicos que auxiliam no diagnóstico e no aspecto terapêutico (PEREIRA,2007).

Alguns dos achados mais comuns no recém-nascido com SD são: cabelos finos e lisos, hipotonia muscular, língua protrusa, hipermobilidade articular, dificuldade de sucção e deglutição, reflexo de Moro fraco, fontanelas amplas, perfil facial plano, fendas palpebrais oblíquas para cima, orelhas pequenas e hipogenitalismo; de acordo o crescimento e desenvolvimento da criança outras características físicas, comportamentais e cognitivas serão percebidas. Dentre as condições médicas mais recorrentes observa-se: dificuldades auditivas e visual, apneia obstrutiva do sono, cardiopatia congênita, atresias gastrintestinais, doenças tireoidianas, convulsões e condições hematológicas e cardíacas (MAROSTICA et al., 2018).

O diagnóstico da SD pode ser feito durante a gestação através de procedimentos não invasivos que funcionam como marcadores de risco para a doença (ex.: triagem do soro materno e diagnóstico de imagem); ou por procedimentos invasivos que trazem diagnósticos confirmatórios (ex.: cordoncentese, amniocentese ou biopsia das vilosidades coriônicas). Como a SD é mais prevalente em crianças nascidas de mães com idade avançada, esses testes invasivos são preferíveis nestes casos (MATOS et al., 2007).

À vista de que o desenvolvimento cognitivo desta criança não acontece da mesma forma que o de uma sem a síndrome, os estímulos nos primeiros anos de vida são primordiais para tais aspectos. O apoio da família é fundamental na atenção ao cuidado, proteção e compreensão. O profissional de saúde tem que

trabalhar em parceria com essa família esclarecendo as dúvidas e priorizando o bem-estar do portador da SD e de seus familiares (NUNES et al., 2011).

Os atrasos no desenvolvimento de reflexos e marcos da criança com SD são explicados por Markiz e Sabatés (2004) no seguinte trecho:

O fato de o bebê com Síndrome de Down balbuciar, imitar ações e usar gestos um pouco mais tarde que os outros bebês e ser mais lento para responder as estimulações, são provavelmente os resultados de ações mais lentas no sistema nervoso. Ele precisa de um tempo maior para entender a informação que recebe do meio ambiente e dar a resposta [...] O estado de alerta pode não ser tão bom quanto o das outras crianças, ou seja, o bebê portador da Síndrome de Down “desliga” mais facilmente dos estímulos apresentados (MARKIZ e SABATÉS, p. 80, 2004).

A SD é uma condição crônica, é necessário tratar as outras patologias concomitantes para proporcionar qualidade de vida ao indivíduo. As malformações cardíacas ocorrem em 40% a 50% dos casos e a mais recorrente é o defeito de septo atrioventricular (DSAV) com prevalência de 30% a 60% (SICA, 2012).

Dependendo do grau de alteração estrutural o DSAV pode ser classificado de três formas: total, transitório e parcial. Aproximadamente 35 a 45% dos casos de DSAVs estão associados a pacientes com SD e destes, 80% apresentam a forma completa (MAROSTICA et al., 2018). Nesta forma da anomalia existe ampla comunicação intraventricular (CIV) e a interatrial (CIA), o que ocasiona um aumento do fluxo sanguíneo para os pulmões.

Como resultado desse defeito completo, grande parte dos recém-nascidos apresentam cansaço, taquicardia, taquipneia, cianose intermitente, tiragem subcostal e intercostal, atraso estatura-ponderal e infecções respiratórias recorrentes. O estudo ecocardiográfico é o método principal para o diagnóstico dado que permite a análise das cavidades cardíacas, defeitos septais, válvulas e cardiopatias associadas (GOUVEIA, 2016).

O tratamento deve ser precoce e consiste na correção cirúrgica do defeito, através da reconstrução do septo e das válvulas (MANUAL MSD, 201-). Pacientes com SD possuem maior necessidade de ventilação e complicações respiratórias no período pós-operatório, desencadeando assim uma maior permanência em Unidade de Cuidados Intensivos (UTIs) (GOUVEIA, 2016).

Como resultado desse defeito completo, grande parte dos recém-nascidos apresentam cansaço, taquicardia, taquipneia, cianose intermitente, tiragem subcostal e intercostal, atraso estatura-ponderal e infecções respiratórias recorrentes. O estudo ecocardiográfico é o método principal para o diagnóstico pois permite a análise das

cavidades cardíacas, defeitos septais, válvulas e cardiopatias associadas (GOUVEIA, 2016).

O tratamento deve ser precoce e consiste na correção cirúrgica do defeito, através da reconstrução do septo e das válvulas (MANUAL MSD, 201-).

Pacientes com SD possuem maior necessidade de ventilação e complicações respiratórias no período pós-operatório, desencadeando assim uma maior permanência em Unidade de Cuidados Intensivos (UTIs) (GOUVEIA, 2016).

Segundo Gasparino et al (2016) o profissional de enfermagem deve acompanhar a criança com síndrome de Down desde o seu nascimento, atuando na identificação e assistência de suas necessidades físicas, incluindo integridade de sistemas e aparelhos. As intervenções podem ser realizadas a partir de exames de acuidade de órgãos e sentidos.

O enfermeiro necessita também criar uma abordagem sistemática com a família e reconhecer suas potencialidades e dificuldades, além de apoiá-los no desenvolvimento de treinamentos, avaliações contínuas e anotações acerca dos progressos da criança. O propósito desse processo é proporcionar comportamentos mais independentes na criança, formando um ambiente favorável para aprendizagem. É essencial o acompanhamento das famílias o quanto antes porque a ausência de apoio e informação pode aumentar a inexperiência, preconceitos e medo nos familiares. Além disso, a criança que é estimulada tardiamente pode encontrar obstáculos na adaptação à sua família e poucos resultados favoráveis (DITTBERNER, 2017).

Diante disso, esse estudo tem como objetivo descrever a experiência de três acadêmicas de enfermagem no cuidado ao binômio (mãe-filho) através da investigação dos aspectos fisiopatológicos, definição dos diagnósticos relacionados ao caso e aplicação da sistematização da assistência de enfermagem, visando assim contribuir no processo de ensino-aprendizagem mediante o raciocínio crítico e argumentativo das discentes quanto à situação problema.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência realizado durante as aulas teórico-práticas da disciplina de Enfermagem na Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente II do 6º período do curso de Enfermagem na Universidade Federal da Paraíba no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) no município de João Pessoa – PB.

As atividades teórico-práticas desenvolvidas no campo de estágio ocorreram no período de 20 a 22 de março de 2018 e incluíram:

análise do prontuário, prestação dos cuidados gerais, exame físico, verificação dos sinais vitais, além de orientações sobre cuidados com a criança.

Tais atividades eram registradas e descritas no prontuário. As atividades foram supervisionadas pelas docentes responsáveis no campo de estágio e acompanhadas pela equipe de enfermagem do local. Os cuidados só eram realizados após o consentimento da mãe.

Sabe-se que o Hospital Universitário é um hospital referência de média e alta complexidade dentro da rede de atenção à saúde (RAS). Assim, a atuação da Enfermagem, mais especificamente, na Clínica Pediátrica ocorre de modo dinâmico e sistemático na realização da assistência hospitalar.

Desta forma, a assistência de Enfermagem abordada na experiência desse estudo foi desempenhada de acordo com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), por meio do processo de enfermagem, baseado em (Avaliação, Diagnósticos de Enfermagem, Prescrição de Cuidados). A partir de uma boa anamnese e exame físico, fez-se necessário a elaboração dos diagnósticos para então planejar e implementar os cuidados de acordo com as necessidades da paciente, acompanhando-a de forma holística. A avaliação da implementação dos cuidados foi acompanhada pelas docentes da disciplina, como já exposto anteriormente.

Para o estudo do caso foi utilizado inicialmente um instrumento de coleta de dados abordando o histórico da criança, avaliação dos sinais vitais, investigação sobre as necessidades psicobiológicas (oxigenação, circulação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, marcos do desenvolvimento, cuidado, integridade cutâneo-mucosa, integridade física e locomoção, situação vacinal e doenças anteriores); e o conhecimento da mãe sobre a doença.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A experiência se deu com a lactente M.C., que nasceu prematura e está internada desde então. Mãe relatou que não houve doenças na gravidez, porém o parto foi adiantado devido sofrimento fetal. A lactente nasceu no HULW de parto cesáreo (23/11/2017), pré-termo (35 semanas de gestação) e com baixo peso (2.050g); foi encaminhada à UTI neonatal com suspeita de face sindrômica e diagnóstico de pâncreas anular. No dia 24/11/2017 foi submetida à cirurgia de correção do pâncreas e instalação de cateter venoso central. Segundo informações colhidas no prontuário da criança, um ecocardiograma detectou defeito do septo atrioventricular (DSAV) completo; foi indicada

traqueostomia devido à impossibilidade de manter via aérea pérvia. A lactente se alimenta e recebe medicações através de uma sonda nasoenteral (SNE).

Após anamnese e exame físico, pudemos identificar os seguintes diagnósticos de enfermagem, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): padrão respiratório prejudicado, desenvolvimento infantil prejudicado, risco de desnutrição, risco de aspiração, risco de infecção.

Inicialmente nossas ações se voltaram ao diagnóstico prioritário de “Padrão respiratório prejudicado”, visando como resultado a melhora da qualidade respiratória. Foi possível observar nos três dias que a criança se encontrava sempre dispneica. Esse esforço respiratório e cansaço da criança são causados pela condição cardíaca caracterizada pelo hiperfluxo sanguíneo que sobrecarrega os pulmões. Para tratar dessa condição, administramos os medicamentos de horário destinados ao tratamento da insuficiência cardíaca. Para diminuir este desconforto administramos a nebulização com soro fisiológico e Berotec como na prescrição. Ao observar a saturação de oxigênio e o desconforto respiratório, buscamos intervir através da avaliação da frequência, ritmo e a profundidade respiratória; ausculta dos sons respiratórios, observando a presença de ruídos adventícios; administração oxigênio conforme prescrição e necessidade; e elevação da cabeceira da cama.

Diante do conhecimento sobre o atraso do crescimento e desenvolvimento relacionado à SD, elencamos o diagnóstico de “desenvolvimento infantil prejudicado”. Nesse aspecto, avaliamos os níveis de desenvolvimento e crescimento da criança; os reflexos motores e neurológicos; atentamo-nos às formas de comunicação utilizadas pela criança. Sobre o seu desenvolvimento, utilizamos os parâmetros da AIDPI (2017) para identificar os padrões da faixa etária. A infante não apresentou resposta ativa ao contato social; não emite sons devido traqueostomia; existe movimento voluntário dos músculos, mas a hipotonia muscular limita esses movimentos como é o caso dela não conseguir levantar a cabeça. Para um melhor prognóstico incentivamos a mãe a continuar interagindo com o bebê, estimulando-a constantemente com comunicação oral e brinquedos coloridos.

Como se trata de uma criança traquesotomizada e com uso da sonda nasoentérica, o risco de aspiração é iminente. Para prevenção, procuramos sempre manter a cabeceira do leito elevada, onde a criança repousava; fazíamos ausculta sons respiratórios, observando a presença de sons adventícios; verificamos a posição da criança antes do início da alimentação, avaliando a posição da SNE e velocidade do fluxo. Tivemos ainda a oportunidade de observar

a fisioterapeuta durante a aspiração da cânula de traqueostomia.

Através da medição dos dados antropométricos constatamos que a criança apresentava padrões baixos aos esperados para a idade (altura: 50,2 cm; peso: 3.370 g; índice de massa corporal (IMC): 13,32; perímetro cefálico (PC): 33,2 cm). O índice de massa corporal (IMC) de 13,32 nos confirma a suspeita de que a criança está muito abaixo do peso e com isso listamos o diagnóstico "Risco de Desnutrição". Na tentativa de reverter esse quadro, buscamos sempre investigar o padrão alimentar da criança e suas necessidades nutricionais; determinar fatores que prejudiquem o ganho de peso; observar aceitação da dieta; e administrar a quantidade correta da dieta de leite materno ordenhado (LMO) nos horários indicados. Avaliamos uma boa aceitação, já que não houve episódios de regurgitação nos horários que administramos.

Devido à presença da traqueostomia, elencamos o diagnóstico " Risco de infecção" objetivando a ausência de infecção na lactente durante seu período de hospitalização até o momento da alta hospitalar. Utilizamos como medidas de precaução a avaliação do local da ferida cirúrgica e seu processo de cicatrização; instrução da acompanhante sobre os cuidados necessários com o local de descontinuidade na pele; higienização das mãos antes e após manusear a lactente; e uso de equipamento de proteção individual (EPI) e técnicas assépticas durante a realização dos procedimentos.

Quanto à cuidadora, observamos que ela se sentia à vontade à medida que seguíamos fazendo as perguntas do questionário com paciência no primeiro dia. Nos dias seguintes a mãe já nos chamava pelo nome e parecia mais confortável na nossa presença. Notamos alguns sinais subjetivos responsáveis pela ansiedade e estresse. Como tentamos estabelecer uma relação de empatia, sempre perguntávamos como ela estava e a resposta era sempre que ela se sentia cansada e não conseguia descansar o suficiente durante a noite e a tensão dela sobre a situação parecia não diminuir. Elogiamos a sua relação de carinho com o bebê e ela pareceu muito agradecida quando fizemos comentários positivos a respeito do comprometimento dela no cuidado da filha.

Com a intenção de prover uma assistência além do cuidado com a criança hospitalizada, identificamos alguns diagnósticos relacionados à cuidadora o qual é importante destacar "ansiedade". Além do estresse causado pela internação da filha, outros fatores colaboram para esse diagnóstico: gravidez não planejada, relacionamento aparentemente instável com o pai da criança; observamos que elas não recebem tanto apoio externo - ao

menos nesses três dias, não vivenciamos nenhuma visita ou substituição de acompanhante.

Em virtude disso, notamos que a mãe encontrava – se quase sempre exausta, entretanto, mesmo vivenciando todo esse processo durante três meses, a mesma relatou:

"Não vejo a hospitalização de M.C. como uma interferência, mas como uma necessidade".

Toda essa atenção e carinho da mãe puderam ser bastante observados nesses três dias. Mesmo cansada, ela sempre estava alerta ao estado e cuidados realizados na filha, preocupando-se com mudanças de decúbito, técnicas de higiene e até nos instruiu em algumas ocasiões, demonstrando ser bem capacitada e ciente em relação aos procedimentos executados na filha.

Mesmo sem ter tido a oportunidade de amamentar diretamente no seio, pois a criança apresenta deglutição prejudicada e ausência do reflexo de sucção, a mãe ainda consegue produzir leite ordenhado para a filha em proporções satisfatórias. Parabenizar a cuidadora por seu trabalho e dedicação em alimentar a filha foi uma das intervenções que usamos para reforçar o cuidado e contentamento da mãe. Para diminuir sua ansiedade procuramos oferecer apoio psicológico, proporcionar tranquilidade e conforto, estabelecer vínculo e transmitir confiança à cuidadora e sempre dar explicações claras e sucintas sobre os cuidados prestados.

No atendimento hospitalar o profissional de saúde necessita prestar uma assistência humanizada ao cliente e seu acompanhante, desencadeando assim um elo de confiança entre a equipe e o binômio. O enfermeiro cumpre sua competência ao executar técnicas de cuidados para com a criança, no entanto, deve estender seu olhar e zelar também pela cuidadora, entender o quanto a situação à qual está enfrentando afeta também a saúde da mesma.

Percebe – se que a implantação da SAE é fundamental no desenvolvimento das atividades do enfermeiro, pois possibilita uma melhoria na organização e implementação de suas ações através da identificação das necessidades de cuidados ao binômio, aprimorando assim a qualidade da assistência aos mesmos (SOUZA, 2014).

CONCLUSÃO

O nascimento de uma criança com Síndrome de Down - e consequente cardiopatia- pode trazer dificuldades não apenas na criança como também em âmbito familiar. No caso de uma criança hospitalizada, o isolamento social, o distanciamento da família e do lar são fatores que dificultam ainda mais o desenvolvimento desse processo. As complicações na adaptação, a ansiedade, as inseguranças familiares e o

estresse podem resultar em impactos negativos para o desenvolvimento da criança. O trabalho de uma equipe multiprofissional, incluindo o enfermeiro, é essencial na construção desse processo de adaptação dos pais posto que a criança passa a ser observada de maneira integralizada, com um olhar multidimensional, contribuindo para a definição de metas e no processo de reabilitação da mesma.

No decorrer da vivência tivemos a oportunidade de analisar o quão importante é a assistência de enfermagem ao binômio (mãe-filha), que deve ser realizada sob uma perspectiva individual e sistematizada, de forma humanizada, para desencadear assim um elo de confiança entre a equipe e o binômio. O enfermeiro deve estender seu olhar e zelar também pelo cuidador (a), entender o quanto a situação à qual está enfrentando afeta também a saúde do (a) mesmo (a).

Prestar assistência sistematizada a um binômio nesta situação foi desafiador, entretanto nos impactou de uma maneira muito positiva. Essa prática nos permitiu observar e cuidar de uma criança com uma condição genética relativamente comum, a qual já havíamos escutado muito a respeito, porém nunca tivemos a oportunidade de acompanhar de uma maneira tão ampla e com a visão da enfermagem. Apesar das dificuldades encontradas na implementação da SAE, essa experiência também nos contribuiu de forma real em uma reflexão crítica da necessidade da evolução de diferentes formas de abordagem geral da assistência, bem como a utilização da SAE no processo do cuidar. Encerramos essa etapa compreendendo as dimensões que uma doença crônica afeta na vida do binômio e dos profissionais que estão diariamente comprometidos na assistência. Ademais, reforçamos a importância de oferecer um cuidado integral, humanizado e seguro aos indivíduos que tanto confiam no nosso trabalho e esperam nosso apoio técnico e empático em um momento tão frágil de suas vidas.

REFERÊNCIAS

BAFFA, J.M. et al. **Defeito no septo atrioventricular**. Manual da MSD, 201-. Disponível em: < <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/pediatria/anomalias-cardiovasculares-cong%C3%AAnitas/defeito-no-septo-atrivoentricular> >. Acesso em: 24 de março de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Aidpi Criança: 2 meses a 5 anos** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

DITTBERNER, L. **Síndrome de Down: reações dos pais e ações dos pais**. Universidade de Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul-RS, 2017.

FIGUEIREDO, A.E. et al. **Síndrome de Down: aspectos citogenéticos, clínicos e epidemiológicos**. Universidade Federal do Pará-UFPA. Belém-PA, 2012.

GASPARINO, D. O. et al. **Cuidado de enfermagem a criança portadora de Síndrome de Down**. Universidade Estadual Paulista – UNESP, Assis-SP, 2016.

GOUVEIA, CM.C. **Cardiopatía Congênita na Síndrome de Down**. Universidade de Lisboa. Lisboa- PT, 2016.

KOZMA, C. (2007). **O que é a síndrome de Down?** In: STRAY-GUNDERSEN, K. Crianças com síndrome de Down: guia para pais e educadores. 2ª ed. p.16-17;28-32. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MARKIZ, H.F.; SABATÉS, A.L. **A criança de 01 a 12 meses de idade portadora de Síndrome de Down: comunicando suas necessidades para a mãe**. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped., São Paulo. Vol.4 nº2, pp. 79-86, 2004.

MAROSTICA, P.J.C. *et al.* **Pediatria – Consulta Rápida**. 2 ed. Artmed Editora Ltda., 2018.

MATOS, S.B. et al. **Síndrome de Down: avanços e perspectivas.** Rev.Saúde.Com., Ilhéus. Vol.3 n°: p.77-86, 2007.

NÓBREGA, M.M.L. **Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes hospitalizados em unidades clínicas, utilizando a CIPE®.** João Pessoa: Ideia, 2018.

NUNES, M.D.R.; DUPPAS, G.; NASCIMENTO, L. C. **Atravessando períodos nebulosos: a experiência da família da criança portadora da Síndrome de Down.** Rev. bras. enferm., Brasília. Vol.64 n°2, p.227-233, 2011.

PEREIRA, J.F.C. **Obesidade na Síndrome de Down.** Universidade do Porto. Porto-PT, 2009.

SICA, C.D.A. **Síndrome de Down e cardiopatia congênita: estado nutricional em diferentes faixas etárias.** Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul. Porto Alegre- RS, 2012.

SOUZA, M.O.L. **Discussão sobre a implantação da sistematização da assistência de enfermagem no alojamento conjunto, de um hospital, no município de Salvador-Bahia.** Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC, 2014.