

# **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MATERNO INFANTIL NO ALOJAMENTO CONJUNTO<sup>1</sup>**

## ***ROLE OF THE NURSE IN MATERNAL CHILD HEALTH PROMOTION ROOMING IN<sup>1</sup>***

Santos, Fabiana Regina<sup>2</sup>; Santos, Francisca Fabia<sup>2</sup>; Souza, Jackeliny Calixto<sup>2</sup>; Santos, Rayanne de Oliveira<sup>2</sup>; Silva, Taisnara Pereira<sup>2</sup>; Vila, Ana Carolina Dias<sup>3</sup>.

### **RESUMO**

Este estudo objetivou analisar as vantagens que o alojamento conjunto exerce sobre binômio mãe-filho e identificar a atuação do enfermeiro como contribuinte na promoção da saúde materno infantil no sistema de alojamento conjunto. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, utilizando bases de dados virtuais LILACS e BDEENF e os descritores: alojamento conjunto e enfermagem, com publicações compreendidas no período de 2000 a 2010. O estudo evidenciou que o alojamento conjunto propicia o fortalecimento do vínculo entre binômio mãe-filho e promoção do aleitamento materno exclusivo. Identificou que o enfermeiro possui papel de destaque sendo responsável por acolher o binômio mãe-filho e desenvolver uma assistência humanizada voltada à construção do cuidado materno.

**Descritores:** Alojamento conjunto; Enfermagem.

### **ABSTRACT**

*This study aimed to analyze the advantages that Rooming in has on the mother-child relationship and to identify the role of the nurse as a contributor in promoting maternal child health in Rooming system. It is an integrative literature review, using virtual databases LILACS and BDEENF and descriptors: Rooming and nursing, with publications ranging from 2000 to 2010. The study showed that Rooming strengthens the bond in the mother-child relationship and the promotion of exclusive breastfeeding. It identified that nurses have a prominent role in being responsible for promoting the mother-child relationship and developing a humanized assistance focused on the construction of maternal care.*

**Descriptors:** Rooming in; Nursing.

## **1. INTRODUÇÃO**

O Alojamento Conjunto (AC) é um sistema hospitalar em que o recém-nascido (RN)

---

<sup>1</sup> Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade Estácio de Sá, para obtenção do título de Bacharel em enfermagem.

<sup>2</sup> Graduando em enfermagem da Faculdade Estácio de Sá.

<sup>3</sup> Professora Orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso.

sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe em tempo integral, num mesmo ambiente até a alta hospitalar. Para que este atendimento possa ser oferecido, o neonato deverá apresentar boa vitalidade e as puérperas, ausência de patologias que impossibilite e não coloque em risco a saúde do neonato. Este sistema se dá sob a orientação e supervisão de uma equipe multiprofissional de saúde, a qual inclui a equipe de enfermagem; psicólogo; nutricionista; assistente social; médica obstetra e neonatologista prestando assim, cuidados integrais ao binômio mãe-filho (BRASIL, 1993).

No contexto histórico, segundo Fulchignoni e Nascimento (2004), anterior à criação do sistema de AC, as mães davam a luz em casa assistidas por parteiras e acompanhadas pela família, o parto era tido como um trabalho exclusivamente feminino, desvinculado da prática médico-cirúrgica, assim, o binômio mãe-filho se formava de maneira natural e fisiológica, possibilitando à mãe o cuidar do seu filho desde o nascimento. Foi somente a partir do século XX, que os partos passaram a ocorrer predominantemente no ambiente hospitalar, nesse período, mãe e filho eram separados, a mãe ficava em uma unidade de puerpério e o RN permanecia no berçário. Estudos realizados por Edith Jackson e Grover Powers, nos Estados Unidos nos anos 40, constataram que o AC era de grande relevância na prevenção de contaminação, porém, gerava receio e insegurança nas mães quanto aos cuidados com o RN. Estes estudos e movimentos sociais de mulheres, que exigiam a permanência do RN com a mãe após o parto, levaram ao desenvolvimento de um projeto de AC, denominado *Rooming-in Unit*, com o intuito de humanizar o nascimento e promover o aleitamento materno (PASQUAL; BRACCIALI; VOLPONI, 2010).

No Brasil, o sistema de AC não era frequente até a década de 70, a primeira experiência ocorreu em 1971 no Hospital Distrital de Brasília, e em 1977 o Ministério da Saúde, recomendou que o RN sem risco permanecesse ao lado da mãe e não mais em berçários (MARQUES; MELO, 2008). Em 1983 o AC foi normatizado, através da Resolução nº 18 – Instituto de Assistência e Previdência Social (INAMPS), que tornava o sistema de AC obrigatório a todos os hospitais próprios e conveniados, e posteriormente, em 1987, pela Portaria nº 508 do Ministério da Educação (MEC), direcionado aos hospitais universitários. Em 1990 constituiu-se como direito do neonato à permanência junto à mãe após o nascimento, resguardado no Estatuto da Criança e do Adolescente, em que obriga os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde das gestantes, públicos e privados a manter AC. Por fim, através da Portaria do Ministério da Saúde GM5 nº 1016, de 26 de agosto de 1993, com o intuito de oferecer condições adequadas de atendimento ao binômio mãe-filho, e essencialmente manter o RN junto à mãe, logo após o nascimento, é regulamentada a implementação do sistema de AC (BRASIL, 1987; BRASIL, 1990; BRASIL, 1993).

Pela importância do AC, constitui-se o sétimo dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno, conforme a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), título acreditado aos hospitais que seguem rigorosamente o programa, implantado no Brasil em 1992. Os dez passos têm como objetivo promover, proteger e apoiar o aleitamento materno e diminuir o índice de mortalidade infantil. O Brasil já possui cerca de 3.750 maternidades, das quais apenas 9% são credenciadas na IHAC, totalizando 335 no período de 1992 a julho de 2010, a cobertura varia entre 78%, no Distrito Federal, a 1% no Mato Grosso, sendo que Roraima e Rondônia ainda não possuem hospital credenciado na IHAC (BRASIL, 2010).

Pizzato e Poian (1984), afirmam que as maternidades devem encarar o sistema de AC, sobretudo, como meio de criar novas e mais adequadas condições de atendimento materno

infantil, que as transforma de “agência de assistência técnica de manutenção da saúde” em “centro de educação sanitário de longo alcance”. A permanência contínua do RN junto à mãe no AC transforma a metodologia de prestação de cuidados e de educação para a saúde, que impõe a integração dos diferentes profissionais, colocando-os perante uma nova situação de atendimento materno infantil, onde mãe e filho são postos no centro do sistema de saúde, não mais como paciente, mas como coparticipantes, ampliando a programação terapêutica além dos limites das evidências clínicas e estendendo-se as dimensões psicológicas; sociais; culturais; econômicas e ambientais.

O sistema de AC merece atenção especial dos profissionais de saúde, pois estes devem prestar assistência integral ao binômio mãe-filho, onde têm como atribuições: preparar a gestante no pré-natal para o sistema de AC; encorajar o aleitamento materno sob livre demanda; não dar ao RN nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno; não dar chupetas as crianças amamentadas ao seio; orientar quanto a não participação em amamentação cruzada (mães amamentarem outros RN's, que não são seus); orientar a participação gradual da mãe no atendimento ao RN; realizar visitas diárias as puérperas, esclarecendo, orientando e dando segurança a mãe quanto ao binômio; ministrar palestras abordando conceitos de higiene, controle de saúde e nutrição; participar do treinamento em serviço como condição básica para garantir a qualidade da assistência e por fim identificar e enfatizar os recursos disponíveis na comunidade para atendimento continuado das mães e da criança (BRASIL, 1993).

Para Veigas (1998), a experiência do AC é um modelo de humanização da assistência perinatal e do atendimento hospitalar, devido à oportunidade de integração da equipe de saúde com trinômio mãe-filho-família e enfatiza a enfermagem como importantíssima, pela convivência direta e contínua com os pais, sobretudo com a mãe, sendo esta a oportunidade excepcional da humanização.

A assistência prestada ao binômio mãe-filho deve ocorrer de maneira sistematizada e individualizada, voltada para o autocuidado, para isto, a puérpera ao ser admitida no sistema de AC, deve ser incentivada a participar do programa de orientações, tanto individual quanto em grupo, preconizadas por este sistema. A execução dos cuidados inicia-se com a participação ativa da equipe de enfermagem, que deve envolver os pais no planejamento, na execução e na avaliação. É necessário que o enfermeiro identifique as condições psicofísicas da mãe preparando-a para receber o RN e inicie educação da família no pré-natal, dando continuidade no pós-parto vivenciado no sistema de AC onde este possui posição de destaque (COSTA *et al.* 2002; FUCHIGNONI; NASCIMENTO, 2004).

Consolidando o raciocínio segundo Yamamoto *et al.*, (2009), o enfermeiro deve conscientizar-se da atuação no conjunto de ações de saúde, em especial a materno-infantil. A importância da assistência prestada ao binômio mãe-filho visa proporcionar bem estar e confiança, na recuperação e adaptação, desde os primeiros momentos após o parto, uma vez que a enfermagem tem como principal objetivo instrumentalizar a mãe no cuidado ao RN dando-lhe segurança; desenvolvendo habilidades maternas; promovendo relacionamento favorável ao binômio e maior interação familiar.

Este estudo se faz relevante, pois analisará os aspectos positivos do sistema de AC e identificará a inserção do enfermeiro no mesmo, como contribuinte na promoção da saúde materno infantil.

Em face de todos os aspectos descritos, observamos que o sistema de AC foram implementados nos estabelecimentos de atenção a saúde da gestante, buscando beneficiar o binômio mãe-filho e consolidar a integração de vários profissionais de saúde, tendo o enfermeiro papel de destaque.

Diante do exposto, surge o questionamento: Quais as vantagens que o alojamento conjunto exerce sobre binômio mãe-filho e a atuação do enfermeiro neste contexto?

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão literária integrativa e retrospectiva com análise sistematizada e qualitativa.

A revisão integrativa da literatura consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos. O propósito inicial deste método de pesquisa é obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O estudo bibliográfico se baseia em literaturas estruturais, obtidas de livros e artigos científicos provenientes de bibliotecas convencionais e virtuais. O estudo descritivo visa à aproximação e familiaridade com o fenômeno-objeto da pesquisa, descrição de suas características, criação de hipóteses, apontamentos, e estabelecimento de relações entre as variáveis estudadas no fenômeno (MARCONI; LAKATOS, 1991; MINAYO, 2007).

A abordagem quantitativa caracteriza-se pelo emprego da quantificação na coleta e tratamento das informações, por meio de técnicas estatísticas, a fim de evitar distorções na análise e interpretação dos dados. E o estudo retrospectivo consiste na obtenção de dados compreendidos em um espaço de tempo para análise e discussão (MARCONI; LAKATOS, 1991; MINAYO, 2007).

Após a definição do tema foi feito uma busca em base de dados virtuais em saúde, especificamente na Biblioteca Virtual de Saúde. Para estabelecer amostra de estudo foram utilizados os seguintes critérios: publicações no período de 2000 a 2010 com aderência ao tema escolhido, disponíveis em nosso país com texto em português e utilizando os descritores: alojamento conjunto e enfermagem. O passo seguinte foi uma leitura exploratória das publicações apresentadas no Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde - LILACS e Bancos de Dados em Enfermagem – BDENF, caracterizando assim o estudo retrospectivo, buscando assuntos virtuais, nos anos, os periódicos, os idiomas, os métodos e os resultados comuns. Para resgate histórico utilizou-se revistas virtuais que abordassem o tema e possibilitasse um breve relato da evolução do assunto relacionado à enfermagem.

Realizado a leitura e seleção do material, principiou a leitura analítica, das obras selecionadas, que possibilitou a organização das ideias por ordem de importância e a sintetização destas que visou à fixação das ideias essenciais para a solução do problema da pesquisa (MARCONI; LAKATOS, 1991; MINAYO, 2007).

Foram identificados 20 artigos dos quais após serem submetidos aos critérios estabelecidos restaram 10 com conteúdo aderente a pergunta norteadora. A partir das anotações, da tomada de apontamentos, foram confeccionados fichamentos, em fichas estruturadas, que objetivaram a identificação de elementos estruturados das obras, conforme pode ser observado no quadro I.

A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento chave. É descritiva. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem (MARCONI; LAKATOS, 1991).

Verifica uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo e a subjetividade do sujeito que não pode ser trazido em números (MINAYO, 2007).

### **3. DESENVOLVIMENTO**

#### **3.1 Fluxograma**

Após as buscas nas bases de dados virtuais LILACS e BDENF foram identificados 20 artigos sendo descartados 10, onde 3 não possuíam conteúdo relevante ao tema, 3 referiam-se ao AC pediátrico e 4 relatavam as dificuldades enfrentadas pelas puérperas durante a hospitalização. Restaram 10 estudos que atendiam aos critérios de elegibilidade proposto pelo estudo. Os anos das publicações foram: 2000, 2004, 2009 e 2010.

#### **QUADRO I - Aspectos bibliométricos e nível de evidência.**

IDENTIFICAÇÃO	OBJETIVO	VANTAGENS	ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO	METODOLOGIA	NÍVEL
FONSECA, L. M. M.; SCOCHE, C. G. S, 2000	Construir com a mãe, conhecimentos acerca dos cuidados com recém-nascido e o aleitamento materno.	Incentivo ao aleitamento materno. Educação e treinamento das puérperas em relação ao autocuidado e o cuidado com recém-nascido.	Orientar e facilitar o processo de ensino-aprendizagem.	Relatório de especialista	7
PILOTTO, D. T. S.; VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M, 2009	Refletir sobre o espaço do alojamento conjunto como facilitador do cuidado materno.	Facilita a comunicação entre os que cuidam e os que são cuidados. Possibilita assistência humanizada.	Facilitar o processo de comunicação entre os que cuidam e os que são cuidados. Orientar a puérpera quanto ao autocuidado e os cuidados com recém-nascido, considerando seu contexto sociocultural. Estimular e incentivar a prática do aleitamento materno.	Revisão Bibliográfica	7

	NARCHI, N. Z.; FERNANDES, R. Á. Q.; DIAS L. A.; NOVAIS, D. H, 2009	Verificar se a manutenção do aleitamento exclusivo nos primeiros seis meses é influenciada pelas variáveis: contato precoce na primeira hora após o nascimento, permanência em alojamento conjunto, tipo de parto e tipo de hospital.	Incentivo ao aleitamento materno.	Estimular e incentivar a pratica do aleitamento materno.	Documental	5
	SOARES, A. V. N.; GAIDZINSKI, R. R.; CIRICO, M. O. V, 2010	Identificar as atividades de enfermagem realizadas no alojamento conjunto do HU-USP; classificar as atividades em intervenções de enfermagem, segundo a Nursing Intervention Classification, e validar as intervenções.	Educação e treinamento das puérperas em relação ao autocuidado e o cuidado com recém-nascido. Interação trinômio mãe-filho-família e destes com a equipe de saúde.	Acolher binômio mãe-filho. Facilitar o processo de comunicação entre os que cuidam e os que são cuidados. Planejar e avaliar a assistência de enfermagem. Supervisionar e coordenar a equipe de enfermagem. Prestar uma assistência humanizada.	Pesquisa de campo	5
	ODININO, N. G.; GUIRARDELLO, E. B, 2010	Avaliar a satisfação das puérperas com os cuidados de enfermagem recebidos em um alojamento conjunto e verificar se a mesma difere com relação a algumas variáveis demográficas e obstétricas.	Fortalece o vínculo entre mãe-filho. Incentivo ao aleitamento materno.	Facilitar o processo de comunicação entre os que cuidam e os que são cuidados.	Observacional	5
	PASQUAL K. K.; BRACCIALI, L. A. D.; VOLPONI, M, 2010	Objetivou conhecer as possibilidades e os limites existentes no sistema de alojamento conjunto e analisar o papel da equipe multiprofissional inserida nesse local.	Fortalece o vínculo entre mãe-filho. Incentivo ao aleitamento materno. Diminuição do risco de infecção hospitalar. Interação trinômio mãe-filho-família e destes com a equipe de saúde. Educação e treinamento das puérperas em relação ao autocuidado e o cuidado com recém-nascido.	Facilitar a comunicação entre os que cuidam e os que são cuidados.	Revisão Bibliográfica	7

	FARIA, C. F.; MAGALHÃES, L.; ZERBETTO, S. R, 2010	Objetivou identificar por meio da perspectiva da equipe de enfermagem, as dificuldades encontradas para implementação do alojamento conjunto em uma maternidade do interior de São Paulo, bem como analisar se o sistema respeita as normas básicas para o alojamento conjunto, preconizadas pelo Ministério da Saúde.	Fortalece o vínculo entre mãe-filho. Incentivo ao aleitamento materno. Facilita o contato precoce entre mãe-filho. Diminuição do risco de infecção hospitalar. Interação trinômio mãe-filho-família e destes com a equipe de saúde.	Desenvolver nas mães a prática do cuidar.	Observacional	5
--	---------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------	---------------	---

**Legenda.** Nível 1, as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados. Nível 2, evidência derivadas pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado e bem delineado. Nível 3, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização. Nível 4, evidências provenientes de estudo de coorte e de caso controle-bem delineado. Nível 5, evidências originárias de revisão sistêmica de estudo descritivo e qualitativo. Nível 6, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo. Nível 7, evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialista.

Após leitura critica dos estudos selecionados identificamos que o AC é um ambiente que objetiva promover ações de saúde e prevenção de eventuais problemas ao binômio mãe-filho, assim, destacam-se duas categorias: as vantagens do sistema de AC e a atuação do enfermeiro no AC.

#### 4. VANTAGENS DO SISTEMA DE ALOJAMENTO CONJUNTO

O AC é um ambiente que ampara a puérpera e RN, possibilitando que todos os cuidados assistenciais sejam prestados atendendo as necessidades básicas do binômio, propiciando a mãe observar e atender seu filho sempre que for solicitada (FARIA; MAGALHÃES; ZERBETTO, 2010).

Dentre todos os benefícios ofertados pelo AC destaca-se o fortalecimento do vínculo mãe-filho que se dá de forma natural e tranquila devido ao contato precoce vivenciado no sistema de AC, ainda promove e incentiva o aleitamento materno exclusivo que é de fundamental importância para o desenvolvimento do binômio (FARIA; MAGALHÃES; ZERBETTO, 2010; ODININO; GUIRARDELLO, 2010; PASQUAL; BRACCIALI; VOLPONI, 2010).

Odinino e Guirardello (2010) e Pasqual, Bracciali e Volponi (2010), evidenciaram que o AC interfere diretamente na precocidade da lactação por incitar o vínculo, que por sua vez é determinante no êxito e na manutenção por tempo prolongado da amamentação, pois é

gerada sob livre demanda. Narchi *et al.*,(2009), afirmam que os índices de amamentação exclusiva na alta hospitalar e nos primeiros meses de vida são maiores quando o cuidado no período puerperal imediato se dá no sistema de AC.

Faria, Magalhães e Zerbetto (2010) e Pasqual, Bracciali e Volponi (2010), afirmam que o AC configura-se como facilitador ao acesso de familiares à mãe e à criança, além de promover diminuição do risco de infecção hospitalar e uma maior interação do binômio mãe-filho, trinômio mãe-filho-família, e destes com a equipe de saúde.

O sistema de AC é relatado por alguns autores como uma “escola de mães”, por permitir educação e treinamento das puérperas em relação aos cuidados com seu filho; a técnica do aleitamento materno; o reconhecimento das necessidades da criança e a satisfação de suas necessidades integrais, tornando o sistema de AC agente multiplicador de saúde em âmbito individual; familiar; social e ecológico (FONSECA; SCOCHI, 2000; PASQUAL; BRACCIALI; VOLPONE, 2010; SOARES; GAIDZINSKI; CIRICO, 2010).

Pasqual, Bracciali e Volpone (2010) e Soares, Gaidzinski e Cirico (2010), ressaltam que o ponto forte do sistema de AC, são as orientações que as mães e os pais recebem onde têm oportunidade, além de esclarecer duvidas; de aprender a cuidar de forma adequada do filho sendo também o local ideal para reforçar o relacionamento do trinômio mãe-filho-família.

Para Pilotto, Vargens e Progianti (2009), este ambiente é idealizado como um local que facilita o cuidado materno, livre de experiências traumáticas, no qual o binômio não é considerado como paciente, mas como coparticipante no processo de assistência, gerando nas mães maior confiança; satisfação; realização e habilidades para os cuidados com seu filho, ainda favorece a comunicação e possibilita no ambiente hospitalar, uma assistência mais humanizada.

## **5. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ALOJAMENTO CONJUNTO**

O sistema de AC é espaço de atuação da equipe multiprofissional, que deve atuar de maneira integrada e interdisciplinar, voltadas ás necessidades integrais do binômio mãe-filho (PASQUAL; BRACCIALI; VOLPONI, 2010).

O enfermeiro e sua equipe possuem um papel essencial no sistema de AC, por permanecer mais tempo ao lado da mãe e RN, sendo responsável pela assistência ininterrupta do binômio até o momento da alta hospitalar, e tem como função facilitar o processo de comunicação entre os que cuidam e os que são cuidados (PILOTTO; VARGENS; PROGIANTI, 2009; ODININO; GUIRARDELLO, 2010).

Soares, Gaidzinski e Cirico (2010), classificam a assistência as puérperas no sistema de AC como cuidados mínimos de enfermagem, pelo perfil de paciente que não requer equipamentos sofisticados ou mesmo grandes procedimentos. Contudo requer grande habilidade de comunicação; disponibilidade; monitoramento; avaliação e postura de acolhimento o que, sem dúvida, demanda tempo e competência profissional.

Para Faria, Magalhães e Zerbetto (2010), o enfermeiro possui papel de cuidador, desenvolvendo nas mães a prática do cuidar referente ao RN, e salientam que o profissional de enfermagem deve atentar-se para que o cuidado seja feito com relações menos desiguais e menos autoritárias, permitindo a puérpera resgatar sua autonomia; desenvolver um cuidado de modo mais tranquilo e absorver novos elementos para melhor entender esse momento da vida.

Pilotto, Vargens e Progianti (2009) e Faria, Magalhães e Zerbetto (2010), afirmam que o enfermeiro deve atentar-se e disponibilizar-se a ajudar e orientar as usuárias, considerando a história pessoal de cada puérpera e valorizando seu contexto sociocultural, estimulando-as a expressar seus sentimentos e seus valores criando oportunidade de negociação entre saberes e práticas, desta forma aproximando os saberes do senso comum aos conhecimentos científicos.

Valorizar o contexto sociocultural das puérperas possibilita a construção de um cuidado que seja coerente com a cultura, inclusive reconhecendo-as como geradoras; transmissoras e modificadoras do sistema de símbolos e significados que compõe a teia cultural. Desta forma gerando um cuidado centrado numa relação interativa de confiança e apoio entre puérpera e profissional (PILOTTO; VARGENS; PROGIANTI, 2009; FARIA; MAGALHÃES; ZERBETTO, 2010).

Segundo Fonseca e Scuchi (2000), o papel do enfermeiro é orientar e facilitar o processo de ensino-aprendizagem, através de ações educativas, ousando; criando; improvisando e agregando o uso de tecnologia simplificada, de maneira a promover as condições ideais, para que os resultados ocorram através do conhecimento, promovendo assim uma assistência integral participativa e efetiva com intuito de construir junto à mãe conhecimentos relacionados ao RN.

Para que as ações sejam bem sucedidas o enfermeiro deve manter-se atualizado quanto às atividades educativas contendo interesse e cooperação mutua entre a equipe de saúde e família, utilizando a comunicação verbal e não verbal, como estratégias individuais a fim de promover qualidade nas suas orientações (PILOTTO; VARGENS; PROGIANTI, 2009; PASQUAL; BRACIALLI; VOLPONI, 2010).

O enfermeiro deve prestar um cuidado embasado em atitudes sensíveis de acolhimento, um cuidado que favoreça a mãe e o RN para que exerçam integralmente suas possibilidades, transformando o AC num ambiente suficientemente bom para binômio mãe-filho. Também estimular e incentivar a prática do aleitamento materno fortalecendo o vínculo precoce entre o binômio. Ato este que contribui para a vitalidade do RN, recuperação e

equilíbrio emocional da mãe (NARCHI *et al.*, 2009; PILOTTO; VARGENS; PROGIANTI, 2009).

Consequentemente deve haver cooperação mutua entre a equipe de saúde e família a fim de promover maior qualidade na assistência prestada ao binômio mãe-filho, sendo o enfermeiro o responsável por oportunizar no sistema de AC a participação da família e incentivar em especial o pai no processo de fortalecimento do vínculo após o nascimento através de contribuições educativas que considerem a importância deste período para o desenvolvimento humano (PASQUAL; BRACIALLI; VOLPONI, 2010).

Para Soares, Gaidzinski e Cirico (2010), à assistência de enfermagem no AC é classificada em cuidados diretos e indiretos, sendo os diretos realizados junto à mãe como treinamento e educação e os indiretos as intervenções de organização da estrutura física da unidade; o planejamento e avaliação da assistência; a coordenação da equipe de enfermagem focada na qualidade e humanização da assistência prestada.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise de dados dos artigos selecionados e considerando-se os objetivos propostos nesse estudo, observou-se que o AC é o espaço de inúmeras possibilidades. Ambiente este que propicia benefícios ao binômio mãe-filho, sendo mais evidente o fortalecimento do vínculo entre mãe e RN, e destes com o pai e família, que, além de sua dimensão afetiva e social possui também uma dimensão fisiológica ao binômio.

A promoção e o incentivo do aleitamento materno exclusivo, sob livre demanda e sua manutenção por tempo prolongado é amplamente discutido na literatura por ser bem sucedido dentro do sistema de AC, sendo uma consequência da formação precoce do vínculo.

Os estudos sugerem que o melhor lugar para o RN é junto à mãe, e o sistema de AC é o ambiente ideal para manter esse contato, pois constitui-se em espaço concreto de construção do cuidado materno, onde as puérperas têm a oportunidade de receber orientações e treinamento prático e teórico em relação ao autocuidado e o cuidado com RN. A experiência de cuidar do RN precocemente sob supervisão tende a deixar a mãe mais tranquila a respeito do filho.

Diante do exposto o enfermeiro é essencial dentro do sistema de AC por permanecer junto á mãe e ser responsável pelos cuidados assistenciais voltados às necessidades do binômio mãe-filho. Sua atuação principal é acolher o binômio e desenvolver uma assistência humanizada voltada a ações educativas, criando nas mães habilidades maternas que permitam sua autonomia.

## 7. BIBLIOGRAFIA

BRASIL, Ministério da Educação, **Portaria nº508, 30 de setembro de 1987.**

BRASIL, Ministério da Saúde, **Estatuto da Criança e do Adolescente**, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria nº 1016, de 26 de Agosto de 1993. **Dispõe sobre as normas básicas de alojamento conjunto.**

COSTA, M. T. Z.; ALBUQUERQUE, P. B.; SOARES, A. V. N.; RAMOS, J. L. A. Cuidados ao recém-nascido em Alojamento Conjunto. In: MARCONDES, E.; VAZ, F. A. C.; RAMOS, J. L. A.; OKAY, Y. **Pediatria Básica**. São Paulo. 9ª edição, Editora Sarvier, 2002. p. 335-337.

FARIA, C. F.; MAGALHÃES, L.; ZERBETTO, S. R. Implementação do Alojamento Conjunto: dificuldades enfrentadas na percepção de uma equipe de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** v. 12, n. 4, out/dez 2010.

FONSECA, L.M.M.; SCOCHI, C.G.S.; Inovando a assistência de enfermagem ao binômio mãe-filho em alojamento conjunto neonatal através da criação de um jogo educativo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8 n.5 out. 2000.

FULCHIGNONI, S.; NASCIMENTO, M. J. P. Promovendo a saúde através da educação das mães em um Alojamento Conjunto. São Paulo, **Revista Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica**, v. 4, n. 1, p. 27-34, junho de 2004.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia de pesquisa**. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 1991.

MARQUES, M. C. S.; MELO, A. M. Amamentação no alojamento conjunto. **Revista Cefac**. V.10, n. 2, 2008.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, out-dez 2008.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.

NARCHI, N. Z.; FERNANDES, R. Á. Q.; DIAS L. A.; NOVAIS, D. H. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v.43, n.1, mar. 2009.

ODININO, N.G.; GUIRARDELLO, E.B. Satisfação da puérpera com os cuidados de enfermagem recebidos em um alojamento conjunto. **Texto contexto – enferm.** Florianópolis, v.19, n.4, out. 2010.

PASQUAL K. K.; BRACCIALLI, L. A. D.; VOLPONI, M. **Alojamento Conjunto: Espaço Concreto de Possibilidades e o Papel da Equipe Multiprofissional.** São Paulo: Faculdade de Medicina de Marilia, 2010.

PILOTTO, D. T. S.; VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M. Alojamento conjunto como espaço de cuidado materno e profissional. **Rev Bras enferm.** Brasília jul-ago. 2009.

PIZZATO, M. G.; POIAN, V.R.L. **Enfermagem neonatológica.** Porto Alegre: Universidade, 1984. p. 101-127.

SOARES, A. V. N.; GAIDZINSKI, R. R.; CIRICO, M. O. V. Identificação das intervenções de enfermagem no Sistema de Alojamento Conjunto. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v.44, n.2, jun 2010.

VEIGAS, D. Alojamento Conjunto. In: BASSETO, M.C.A.; BROCK, R.; WAJNSZTEJN, R. **Neonatologia um Convite a Atuação da Fonoaudióloga.** São Paulo, Editora Lovise, 1998, p. 59-61.

YAMAMOTO, D. M.; OLIVEIRA, B. R. G.; VIEIRA, C. S.; COLLET, N. O processo de trabalho em Unidades de Alojamento Conjunto pediátrico de instituições públicas de ensino do Paraná. **Texto Contexto Enfermagem,** Florianópolis, 2009, p.224-232.