

ARTIGO DE REVISÃO

PROMOVENDO A SAÚDE ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO DAS MÃES EM UM ALOJAMENTO CONJUNTO¹

*Samia Fulchignoni²**Maria de Jesus Pereira do Nascimento³***Resumo**

Este estudo teve por objetivo estudar o Sistema de Alojamento Conjunto, incluindo sua trajetória histórica e as vantagens e dificuldades para sua implantação e implementação nas instituições de saúde. Indica as atividades que devem ser desenvolvidas pelo enfermeiro, dentro do sistema, com ênfase na educação das mães sobre os cuidados com seus filhos e consigo mesmas, e propõe que o processo educativo tenha sua continuidade em domicílio, a fim de que os objetivos do sistema sejam efetivamente alcançados. Conclui que, apesar da sua aceitação, tanto pelos profissionais de saúde da área quanto pelas puérperas, muitas das instituições ainda não o adotam e, quando o fazem, isso não ocorre em toda a sua plenitude.

Unitermos: Alojamento Conjunto. Educação em saúde. Enfermagem. Neonato.

Abstract

PROMOVIENDO LA SALUD A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN DE LAS MADRES EN UNO ALOJAMIENTO CONJUNTO

Este estudio tuvo por objetivo estudiar el sistema del alojamiento conjunto, incluyendo su trayectoria histórica y las ventajas y dificultades para su implantación e implementación en las instituciones de salud. Indica las actividades que deben ser desarrolladas por el enfermero dentro del sistema, con énfasis en la educación de las madres sobre los cuidados de sus hijos y consigo mismas, y propone que el proceso educativo tenga su continuidad en domicilio, a fin de que los objetivos del sistema sean efectivamente alcanzados. Se puede concluir que a pesar de su aceptación tanto por los profesionales de la salud cuanto por las puérperas, muchas de las instituciones aún no lo adoptan y, cuando lo hacen, eso no ocurre en toda su plenitud.

Palabras Clave: Alojamiento Conjunto. Educación en salud. Enfermería. Neonato.

¹ Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Requisito Curricular do Curso de Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Santo Amaro. São Paulo.

² Enfermeira Graduada pela Universidade de Santo Amaro. Enfermeira do Hospital Geral do Grajaú. São Paulo.

³ Enfermeira. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Santo Amaro. Doutora em Enfermagem Materna e Infantil.

Resumen

HEALTH PROMOTION THROUGH MOTHER'S EDUCATION AT ONE ROOMING-IN SYSTEM

This study is related to rooming-in system, including its historical trajectory, as well as its advantages and difficulties regarding its implantation and implementation in health care facilities. It views the activities developed by nurse in that system, emphasizing the education given to mothers about caring for their children as well as their own self care, and also suggest the extension of educational process to home setting. In this meaning, we shows a goals of system may be effectively reached. Despite the acceptance expressed by healthcare providers and mothers, it was possible to conclude that many of healthcare institutions do not use system like that, and when they do, it is not totally developed.

Keywords: Rooming-in. Health education. Nursing. Neonate.

INTRODUÇÃO

O Alojamento Conjunto é um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, após o nascimento, permanece ao lado de sua mãe durante 24 horas, no mesmo ambiente, até a alta hospitalar, período em que se procura estimular a participação do pai e da família no cuidado da criança. Esse sistema se dá sob a orientação e supervisão de uma equipe multiprofissional, a qual inclui o enfermeiro e sua equipe, médicos obstetras e neonatologistas, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais, para a prestação integral de cuidados ao binômio mãe-filho. A equipe de enfermagem deve promover o treinamento binômio e a manutenção do relacionamento biopsicossocial entre a mãe, a criança e os outros membros da família (PIZZATO e POIAN, 1984; BRASIL, 1993; UNGERER e MIRANDA, 1999).

O Sistema de Alojamento Conjunto (SAC) merece atenção especial dos profissionais de saúde, que têm atribuições voltadas à assistência integral ao binômio mãe-filho, pois eles atuam estimulando o vínculo entre ambos, e orientando as mães sobre a saúde e os cuidados de seus filhos (PINTO *et al.*, 1998).

Segundo Fonseca e Scochi (2000); Garzon e Dupas (2001), a educação e promoção da saúde em Alojamento Conjunto advém da criação de condições ideais e de supervisão por parte dos profissionais de saúde para o estabelecimento do vínculo mãe-filho, através de estímulos, conhecimentos e orientações que facilitem a experiência das mães na maternidade. Esses autores referem, ainda, que a educação em alojamento conjunto se torna extremamente importante na profilaxia de possíveis infecções pós-

parto e nos cuidados oferecidos aos bebês, pelas mães, após receberem as orientações adequadas, uma vez que elas, na maioria dos casos, não têm conhecimento suficiente para cuidar de si mesmas e de seus filhos.

Em 1993, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1.016, de 26 de agosto, *considerando a necessidade de incentivar a lactação e o aleitamento materno, favorecendo o relacionamento mãe-filho e o desenvolvimento de programas educacionais de saúde; a necessidade de diminuir o risco de infecção hospitalar, evitar complicações maternas e do recém-nascido; a necessidade de estimular a integração da equipe multiprofissional de saúde nos diversos níveis; e que o Estatuto da Criança e do Adolescente, no capítulo. I Art.10º, inciso V estabelece que: Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe*, aprovou as Normas Básicas para a implantação do Alojamento Conjunto, ocasião em que entrou em vigor (BRASIL, 1993).

Apesar dessa obrigatoriedade, nem todas as instituições adotaram esse sistema, e as que o fizeram, nem sempre executam as ações educativas e preventivas preconizadas pelo Ministério da Saúde, seja por medo de enfrentar as mudanças advindas da implantação do próprio sistema, ou mesmo por acomodação às rotinas habituais de trabalho. Nas instituições que tentaram implantá-lo, as mudanças ocorreram apenas em relação à estrutura física estabelecida pelo Ministério da Saúde, ou seja, a de acomodar a mãe junto ao recém-nascido no mesmo espaço físico, mas os aspectos educacionais que visam a

promoção da saúde do binômio mãe-filho não estão sendo devidamente contemplados.

Carvalho e Thomson (1987); Neto *et al.* (1988); Gonçalves *et al.* (1992); Zampiéri e Oliveira (1995); Melleiro *et al.* (1997); Praça (1997); Pinto *et al.* (1998) desenvolveram pesquisas junto as puérperas em Alojamento Conjunto de alguns hospitais-escola dos Estados de São Paulo e Paraná, para verificar a adesão das mesmas ao sistema. A grande maioria delas participou com êxito do programa, vendo nele uma maneira positiva de assistir à criança, devido à proteção e segurança transmitidas através de orientações educativas. As mães referem que, entre as vantagens oferecidas pelo sistema, há uma grande facilitação do vínculo mãe-filho, com ênfase no ensino da técnica correta de amamentação. Contudo, uma minoria delas ainda prefere seguir os mesmos passos de pessoas próximas a elas, que já tiveram a experiência da maternidade, pois depositam nelas maior confiança.

Foi vivenciada uma experiência de prática clínica, em um alojamento conjunto de um Hospital-Escola, que despertou o interesse das autoras em estudar o assunto com maior profundidade, considerando a relevância do fator educação no processo de mudança de comportamento da puérpera, tanto em relação à sua saúde como a do seu filho; e que esse processo, que começa dentro da instituição, deve ter sua continuidade em domicílio, após a alta hospitalar do binômio mãe-filho, trazendo uma série de benefícios para toda a família.

Face às considerações apresentadas, as autoras pretendem com este estudo (1) conhecer o alojamento conjunto, incluindo sua trajetória histórico-cultural, suas vantagens, dificuldades de implantação e implementação, além das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem dentro do sistema; e (2) estimular os enfermeiros que desenvolvem suas atividades em alojamento conjunto a resgatarem sua responsabilidade de educadores dentro do sistema, considerando os benefícios que poderão advir dessa prática para a saúde das mães, da criança e da família.

DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

Este trabalho foi fundamentado em uma revisão bibliográfica do tema em estudo, levantada no período compreendido entre 1981 e 2001, e obtida a partir de unitermos

– Alojamento Conjunto; Educação no Puerpério; Vantagens e Desvantagens do Sistema de Alojamento Conjunto; Atividades do Enfermeiro - selecionados nos DeCS, em Base de Dados LILACS/BIREME. A análise dos artigos levantados possibilitou identificar a evolução histórica do Sistema de Alojamento Conjunto e seus avanços para a contribuição na promoção da saúde ao binômio mãe-filho.

O SISTEMA DE ALOJAMENTO CONJUNTO E SUA TRAJETÓRIA HISTÓRICA

Segundo Ungerer e Miranda (1999) e Monticelli (2000), no início dos tempos, anterior à criação do Sistema de Alojamento Conjunto (SAC), o parto era tido como um trabalho exclusivamente feminino, desvinculado da prática médico-cirúrgica, onde as parteiras eram responsáveis pelo nascimento de uma criança. A partir do século XV, emergiram políticas que visavam a melhoria das condições de vida da população. Foi então que as práticas médicas passaram a ser regulamentada pelo Estado, o que causou um sério conflito entre as parteiras e os cirurgiões, pela conquista da área. Durante os séculos XVI e XVII, em decorrência da Revolução Científica, os hospitais se tornaram os principais centros de atenção para a realização de pesquisas, do ensino e do saber médico, fato este que provocou a institucionalização do parto, fazendo com que a prática do nascimento prevalecesse nos hospitais. Estabeleceram-se, então, rituais, normas e rotinas para o tratamento e para o comportamento das mulheres e de seus recém-nascidos dentro das instituições.

De acordo com os estudos de Karman *et al.* (1986); Zampiéri e Oliveira (1995); Monticelli (2000), a prática de acomodar o recém-nascido junto à mãe já existia, em 1940, nos Estados Unidos da América, porém, foi abandonada devido aos surtos infecciosos maternos. A institucionalização do nascimento manteve mãe e filho separados por muito tempo. As puérperas eram isoladas em unidades obstétricas de puerpério enquanto o recém-nascido permanecia no berçário. Acreditava-se que, dessa forma, era possível evitar infecções, promovendo o controle dos corpos das mulheres e dos bebês, prevenindo, assim, riscos potenciais para ambos. A equipe de saúde detinha o poder sobre os cuidados prestados ao recém-nascido. Os

berçários convencionais modernos muito contribuíram para a prevenção de doenças infecto-contagiosas e diminuição dos índices de morbi-mortalidade do recém-nascido, mas falharam pela rigidez, pela rotina institucionalizada e pela padronização do horário de amamentação, fatores esses que deixaram de considerar as necessidades individuais do recém-nascido.

A Portaria Ministerial de 1993, já referida neste estudo, considera, no seu item VII, que a adoção do SAC não representa a extinção do berçário, pois este é fundamental na assistência aos recém-nascidos com risco, na sua adaptação à vida extra-uterina, aos que apresentam condições patológicas e àqueles cujas mães estejam impossibilitadas de prestar os cuidados aos seus filhos.

Atualmente, ainda se podem ver berçários sendo utilizados para a assistência aos recém-nascidos normais em alguns hospitais, embora já haja uma tendência para a humanização da assistência ao parto e ao nascimento. Mas o assunto de maior destaque nos últimos anos, na área obstétrica, tem sido o relacionamento precoce do binômio mãe-filho no SAC, onde o recém-nascido recebe assistência integral, com ênfase nas suas necessidades afetivas, no seu equilíbrio emocional e no processo de socialização (CÁRAR *et al.*, 1981; PIZZATO e POIAN, 1984).

A prática do SAC não era freqüente até a década de 70, e segundo Ungerer e Miranda (1999); Monticelli (2000), em 1971, ocorreu sua primeira implantação e utilização, fato que se deu no Hospital Distrital de Brasília. Entretanto, somente em 1977, após a 5ª Reunião de Perinatologia, o Ministério da Saúde recomendou que crianças sem risco permanecessem com as mães, e não mais em berçários. Em 1993, as Normas Básicas para a sua implantação em todo o território nacional foram regulamentadas pela Portaria 1.016, do Ministério da Saúde.

ATIVIDADES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO EM ALOJAMENTO CONJUNTO E EM DOMICÍLIO

O Sistema de Alojamento Conjunto propicia ao enfermeiro a oportunidade de exercer atividades educacionais durante o puerpério, para que as mães possam obter conhecimentos sobre as mudanças físicas pelas quais estão passando e que ainda vão passar. Para tanto, torna-se necessário que o enfermeiro inicie o processo de educação

direcionado às mães e à família no período pré-natal, dando continuidade a esse processo no pós-parto, de modo que elas possam aprender a cuidar de seus bebês da forma recomendada pelos profissionais de saúde, fortalecendo o vínculo afetivo com o pai do bebê e sua família (GARZON e DUPAS, 2001).

O Ministério da Saúde determina que a equipe de saúde deve começar o preparo da gestante para o SAC desde o pré-natal; estimular o contato precoce do binômio na sala de parto para que o aleitamento materno se inicie na primeira hora após o nascimento; incentivar o aleitamento sob livre demanda, e orientar quanto à participação gradual da mãe no cuidado ao recém-nascido; realizar visitas diárias à puérpera para avaliar seu estado de saúde e de seu filho; ministrar palestras e aulas às mães, abordando conceitos de higiene, controle de saúde e nutrição; participar do treinamento em serviço para garantir a qualidade da assistência; e identificar os recursos disponíveis, na comunidade, para o atendimento continuado às mães e à criança, agendando-as para acompanhamento no serviço de saúde, nos primeiros 15 dias pós-parto (BRASIL, 1993).

O primeiro contato do binômio mãe-filho deve ser vivido no pós-parto imediato, pois este é um período crítico e essencial para que se instale uma relação saudável entre ambos. Essa ligação entre mãe e filho permanece durante todo o tempo, envolvendo variáveis maternas e do neonato, além do ambiente hospitalar e domiciliar. Dessa forma, torna-se importante que o enfermeiro propicie segurança ao binômio, através do estímulo à formação de um vínculo precoce, possibilitando à mãe, a prestação de cuidados adequados ao recém-nascido (JUNIOR, 1994; FONSECA, SCOCHI, 2000).

Segundo Montgomery e col. apud Pizzato e Poian (1984); Garzon e Dupas (2001), os enfermeiros consideram a sua experiência no SAC como uma oportunidade para colocar em prática *a verdadeira enfermagem*, devido ao caráter educacional do programa. As atividades do enfermeiro diretamente relacionadas ao SAC se iniciam no período pós-parto. Este deve ser capaz de identificar as condições psicofísicas da mãe e prepará-la para receber seu filho, provendo os equipamentos e as acomodações adequadas à chegada do recém-nascido. Essa atividade inclui o transporte do recém-nascido da Sala de

Recepção até a unidade onde se encontra a mãe; despir o recém-nascido diante da mãe, conferindo o sexo e os dados de informação de ambos; informar à mãe o peso e a estatura do bebê ao nascer; e avaliá-lo fisicamente. A seguir, o enfermeiro deve conduzir o processo de capacitação da mãe de cuidar do seu filho durante a sua permanência no hospital, estimulando o aleitamento sob livre demanda e reduzindo, assim, o índice de rejeição ao recém-nascido. Para tanto, no que diz respeito ao desempenho da mãe nos cuidados ao recém-nascido em Alojamento Conjunto, ela deve participar de forma ativa no processo.

Cásar e col. (1981); Pizzato e Poian (1984) identificam outras atividades pertinentes ao enfermeiro e sua equipe, em relação ao binômio, como as medidas de higiene (troca de fraldas, banho e vestuário), o controle das eliminações do recém-nascido (mecônio, fezes de transição, fezes lácteas, urina, vômitos e regurgitações), os cuidados com o coto umbilical, o controle e a avaliação dos sinais vitais, da cutis, a atividade motora, sono e repouso, a alimentação e os encaminhamentos para o registro civil e para o serviço de puericultura. Esta integração da assistência entre a mãe e o enfermeiro é o ponto de destaque da atuação do profissional no SAC. A educação, procedida de forma gradual, proporciona maior habilidade e segurança à mãe, resultando no cuidado correto e adequado da criança.

Essas atividades se estendem, ainda, além do âmbito hospitalar. Embora pouco exercida, a assistência materna domiciliar dá seqüência ao trabalho educativo iniciado com as mães e familiares no SAC, tendo por objetivo avaliar o desempenho das mães nos cuidados realizados com seus bebês, verificando a adesão delas às orientações recebidas anteriormente na instituição, reforçá-las se necessário, bem como avaliar as condições de saúde dessas mães e dos seus filhos.

De acordo com Branden (2000), o enfermeiro deve assegurar a continuidade do atendimento após a alta hospitalar, mantendo a qualidade dos serviços prestados e tirando proveito das vantagens do ambiente doméstico. As pacientes se sentem mais à vontade quando retornam às suas casas, fator que facilita o estabelecimento de um laço de confiança com o enfermeiro. A assistência pode ser incorporada à realidade da situação domiciliar, uma

vez que normas e horários não são impostos à mãe para que ela cumpra suas obrigações em relação ao seu filho. Existe um respeito pelos costumes e pelas rotinas da família, além da obtenção de conhecimento, por parte do enfermeiro, sobre seu estilo de vida, crenças, valores e interesses. A autora refere, ainda, que o atendimento em domicílio inclui, além do reforço às orientações dadas anteriormente sobre os cuidados com o recém-nascido, a avaliação da criança e da puérpera, para a detecção de complicações em ambas no período puerperal. Essa avaliação deve conter dados sobre a história de internação da mãe, exame físico, o desempenho das suas responsabilidades diárias, a avaliação do impacto do nascimento do bebê, a interação da mãe e da família com o bebê, a avaliação da auto-estima da mãe e o reinício de suas atividades sociais. Seu objetivo é promover a recuperação no período pós-natal, ajudando a paciente a se adaptar ao papel de mãe, estimulando as habilidades maternas e adaptando os familiares ao nascimento e à aceitação do novo membro.

Bohes *et al.* (1988, 1989) e Praça (1997) são de opinião que a assistência de enfermagem, após a alta hospitalar, consiste na realização de uma consulta de enfermagem em ambulatório, após o sétimo dia da alta, momento em que a puérpera recebe um reforço sobre as orientações quanto aos cuidados consigo mesma e com o seu bebê, a serem adotados em domicílio. Os autores afirmam, ainda, que o enfermeiro deve conhecer as práticas populares sobre os cuidados prestados pelas mães aos recém-nascidos, sendo capaz de corrigi-las e adequá-las à situação, visando a promoção do bem-estar do bebê. Isso se faz necessário porque, muitas vezes, alguns cuidados e informações sugeridos por familiares e outras pessoas que constituem o universo de relações da mãe, e que já passaram pela experiência da maternidade, podem vir a constituir um risco para a criança, se adotados pela mãe. Embora a adesão às orientações recebidas no SAC seja grande, sabe-se que a influência cultural é forte, o que torna fundamental a continuidade do acompanhamento em domicílio, após a alta hospitalar, para que se possa assegurar a prevenção de futuras complicações.

Para Monticelli (2000), a assistência de enfermagem deve ter a finalidade de adaptar o binômio mãe-filho à nova vida, através da manutenção das condições de

vitalidade do neonato e das condições fisiológicas da puérpera, prevenindo, assim, a ocorrência de infecções e diminuindo o risco de morbi-mortalidade. Entretanto, há situações em que as ações dessa assistência são aplicadas de forma sistemática pelos profissionais de enfermagem, demonstrado através de um trabalho normativo, mecanizado e inespecífico, causando a diluição das responsabilidades e uma divisão do trabalho, evidenciando conflitos na própria equipe, situação que deve ser evitada e corrigida para que o processo seja bem sucedido.

VANTAGENS E DESVANTAGENS DO SISTEMA DE ALOJAMENTO CONJUNTO

O Sistema de Alojamento Conjunto oferece inúmeras vantagens para o binômio mãe-filho, para a família, para a equipe de saúde e para a unidade hospitalar, já que tem como principal finalidade permitir que mãe e filho permaneçam juntos o tempo todo. Bernardi e col. e Pizzato apud Junior (1994) afirmam que a separação do binômio no pós-parto imediato pode levar a mãe a desenvolver um sentimento de competência diminuído, manifestado por uma menor afetividade para com o seu bebê.

Alguns estudiosos sobre o assunto enumeraram como principais vantagens decorrentes do SAC; (1) a possibilidade de colocar os profissionais de saúde frente a um novo plano assistencial materno-infantil, no qual o binômio não é considerado como paciente, mas como co-participante que requer seus direitos nas atividades assistenciais; (2) o pronto atendimento às necessidades afetivas e de socialização do recém-nascido e da mãe e o estabelecimento de um relacionamento favorável entre eles; (3) a aquisição de maior confiança, satisfação, realização e habilidade da mãe para cuidar de seu filho sempre que ele solicitar, além de favorecer uma maior interação afetiva entre mãe e filho, a melhoria das atividades paternas, a diminuição da ansiedade e maior participação nos cuidados com o seu filho; (4) a prevenção de distúrbios neurológicos e problemas de comportamento na criança; (5) a redução da ansiedade da mãe e conseqüente diminuição do choro do bebê; (6) o rápido aumento ponderal do recém-nascido e redução do risco de infecção cruzada; e (7) a integração das equipes de neonatologia e obstetrícia (PIZZATO e POIAN, 1984; KARMAN *et al.*, 1986; GONÇALVES *et al.*, 1992;

JUNIOR, 1994; ZAMPIÉRI e OLIVEIRA, 1995; PINTO *et al.*, 1998; MONTICELLI, 2000).

Outras vantagens são ainda enumeradas por alguns autores, como o aumento da incidência e duração do aleitamento materno devido à proximidade do recém-nascido e à flexibilidade de horário, que permitem a alimentação conforme a demanda do bebê; a melhoria da supervisão e vigilância de enfermagem sobre os cuidados com o recém-nascido, o que possibilita a detecção precoce de problemas e a realização de procedimentos que podem prevenir futuras complicações; o favorecimento do desenvolvimento de programas educacionais, o aumento do número de acompanhamentos de crianças nos ambulatórios de puericultura e o treinamento da equipe de saúde para o atendimento às necessidades do binômio. Esse sistema ainda proporciona o reforço da unidade familiar, possibilitando o aprendizado da mãe quanto aos cuidados ao recém-nascido; a diminuição do risco de infecção hospitalar e do abandono do recém-nascido; a melhoria no desempenho social da instituição hospitalar; maior rotatividade de leitos conseqüente à diminuição das complicações do recém-nascido, resultando em alta precoce; a redução do número de pessoal técnico devido à participação da mãe nos cuidados; a redução do custo de manutenção do recém-nascido normal; e a observação do binômio, em conjunto, pelos médicos (CÁSTAR *et al.*, 1981; PIZZATO e POIAN, 1984; KARMAN *et al.*, 1986; JUNIOR, 1994; ZAMPIÉRI e OLIVEIRA, 1995; PINTO *et al.*, 1998; MONTICELLI, 2000).

Por outro lado, Pizzato e Poian (1984); Karman *et al.*, 1986; Junior, 1994; Zampiér e Oliveira (1995), apontam alguns aspectos que podem se constituir em desvantagens à implantação do SAC. Sabe-se que sua implantação depende do planejamento físico e administrativo da instituição, apresentado pela maternidade e pelo berçário, resultando numa maior ou menor integração do binômio; essa integração, por sua vez, depende da comodidade oferecida às mães, do aprendizado dos cuidados dispensados pela mãe ao recém-nascido e da eficiência do trabalho de enfermagem. Há necessidade de uma maior área física nas maternidades e um maior número de pessoal treinado para educar as mães, além da possibilidade de se gerar angústia e descontentamento naquelas mães que, por motivo de doença, permanecem afastadas de seus filhos,

levando-as a apresentarem distúrbios do sono. Por outro lado, a participação ativa delas nos cuidados ao recém-nascido, quando o objetivo dessa participação não foi devidamente esclarecido, pode dar a entender que a enfermagem deseja fugir de suas responsabilidades, transferindo-as para as mães. Outro aspecto apresentado pelos autores é o fato de existir uma institucionalização rígida e uma profissionalização excessiva do sistema de saúde, o que conduz a uma limitação do campo visual do conceito saúde-doença.

Essas considerações levaram Fontes, Keefe e Pizzato apud Junior (1994) a afirmarem que não existem desvantagens em relação ao sistema, mas apenas dificuldades contornáveis que não representam impedimentos reais à sua implantação. Essas dificuldades para implantação e implementação se devem ao fato da perda do significado global do conceito saúde-doença. Segundo os autores, o medo do desconhecido é um fator que faz com que o ser humano se acomode às situações em que vive, evitando enfrentar o que não conhece, quer por insegurança, medo de fracassar e/ou falta de conhecimento. E, finalmente, existem barreiras administrativas que podem ser prejudiciais ao andamento do sistema e interferir na qualidade da assistência, devido ao pensamento errôneo de que o SAC causa um aumento nos gastos, a começar pelos recursos humanos e materiais.

Segundo Rigatti (1996), para que a implementação do SAC seja efetiva, o enfermeiro e sua equipe devem conhecer a clientela com a qual vai trabalhar, identificando dados de procedência, grau de conhecimento sobre a maternidade e se houve algum tipo de orientação no pré-natal sobre a finalidade do sistema. De posse dessas informações, o enfermeiro deve priorizar as necessidades da sua clientela, delegando papéis específicos aos membros de sua equipe a fim de que as carências apresentadas possam ser supridas.

Uma vez esclarecidas as razões pelas quais as mães devem participar ativamente do processo, com certeza, o risco de elas acreditarem que a equipe de saúde está fugindo de suas responsabilidades diminuiria. Cabe, portanto, ao enfermeiro, treinar adequadamente sua equipe e diminuir seus medos em relação ao desconhecido. Dessa forma, as ações educativas desenvolvidas por meio de orientações individuais e em grupos, poderão abordar

questões relativas à higiene, nutrição e vínculo afetivo com o recém-nascido, o que facilitará e complementará o processo de aprendizagem. Dessa forma, os gastos com recursos humanos e materiais diminuem, uma vez que as mães colaboram no processo, deixando a equipe de enfermagem livre para supervisioná-las e orientá-las em quaisquer dificuldades.

CONCLUSÃO

Sem dúvida, há uma forte tendência à aceitação do Sistema de Alojamento Conjunto, tanto por parte dos profissionais de saúde quanto das puérperas, devido às inúmeras vantagens que ele oferece para ambas as partes. Planejar, executar e avaliar as atividades educacionais direcionadas à criança e à família, principalmente após a alta hospitalar, são responsabilidades do enfermeiro. Além do vínculo precoce estabelecido entre a mãe e seu bebê durante sua permanência no SAC, é fato que esse sistema promove inúmeros benefícios para ambos, através da participação ativa das mães nos cuidados dispensados aos recém-nascidos. Essa participação inspira uma maior compreensão e consciência da situação vivenciada pelas mães, trazendo confiança, satisfação e maior habilidade na promoção do bem-estar do recém-nascido.

Apesar das vantagens que o SAC oferece, muitas maternidades ainda não o adotam, e quando o fazem, isso não ocorre em toda sua plenitude. Ainda há alguma resistência, provavelmente em decorrência da perda significativa do conceito global do processo saúde-doença, uma vez que o modelo mecanicista, adotado na formação dos profissionais da área da saúde, se reflete no exercício profissional, privando-os de uma visão mais humana e holística da clientela. Mas a importância da educação em alojamento conjunto é um fato comprovado por vários estudos que mostram um maior nível de satisfação das mães, um maior índice de bem-estar do bebê e um menor custo para a instituição.

REFERÊNCIAS

- BOHES, A.E. et al. Percepção das mães sobre os cuidados com a criança no primeiro mês de vida. **Rev. Cienc. Saúde**, Florianópolis, v.7/8, n.1/2, p.151-161, 1988/89.
- BRANDEN, P.S. **Enfermagem materno-infantil**. 2ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2000. p. 478-90.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.016. de 26 de agosto de 1993. Aprova as Normas Básicas para a implantação do Sistema de Alojamento Conjunto. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF), 01 de setembro de 1993. Seção 1, p. 13.066-13.067.
- CARVALHO, A.B.R.; THOMSON, Z. Alojamento contínuo: análise da opinião de puérperas, Londrina, **Pediatria**, São Paulo, v.9, n 3/4, p.124-128, 1987.
- CÁSAR, C.M. et al. O sistema de alojamento conjunto para recém-nascido e mãe. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v.34, n. 1, p.48-54, jan./mar., 1981.
- 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, p.106-108, out. 2000.
- GARZON, E.C.; DUPAS, G. Orientando e acompanhando: ações de enfermagem desenvolvidas junto à puérpera e ao recém-nascido. **Acta Paul. Enf.**, v.14, n.1, p.28-36, 2001.
- GONÇALVES, R.C. et al. Hospitalização conjunta mãe e filho no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas: avaliação de um grupo de mães. **Rev. Paul. Enf.**, v.11, n.3, p.111-115, set./dez. 1992.
- JUNIOR, I.F. Alojamento conjunto: vantagens e desvantagens. **J. Bras. Med.**, v.66, n.6, p.57-62, jun. 1994.
- KARMAN, J.B. et al. Alojamento Conjunto: conceituação e planejamento. **Hosp. Adm. Saúde**, v.10, n.40, p.217-225, out./dez., 1986.
- MELLEIRO, M.M. et al. Seguimento de um grupo de mães que utilizaram o sistema de alojamento conjunto (SAC): manutenção do aleitamento materno. **Pediatria**, São Paulo, v.19, n 1, p.81-86, jan./mar., 1997.
- MONTICELLI, M. A força de trabalho em enfermagem e sua inserção no sistema de alojamento conjunto. **Rev. Bras. Enf.**, v.53, n.1, p.47-62, jan./mar., 2000.
- NETO, D.L. et al. Alojamento conjunto: conhecimento, experiência, prévia e avaliação por um grupo de mães. **J. Pediatria**, Rio de Janeiro, v.64, n 4, p.115-118, abr., 1988.
- PINTO, L. M. et al. Caracterização e avaliação qualitativa do sistema de alojamento conjunto do hospital e maternidade Celso Pierro (HMCP) – PUC-CAMPINAS. **Pediatria**, São Paulo, v.20, n.4, p.416-421, out./dez., 1998.
- PIZZATO, M. G.; POIAN, V.R.L. **Enfermagem neonatológica**. Porto Alegre: Universidade, 1984. p. 101-27.
- PRAÇA, N.S. Avaliando a adesão às orientações para a higiene do recém-nascido oferecidas no sistema alojamento conjunto I: opinião materna. **Rev. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.299-305, mai. 1997.
- RIGATTI, M.F. Aspectos gerais da assistência de enfermagem em sistema de alojamento conjunto. In: MIURA, E.; PROCIANOY, R. S. **Neonatologia** – princípios e prática. 2ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 68-142.
- UNGERER, R.L.S.; MIRANDA, A.T.C. História do alojamento conjunto. **J. Pediatria**, Rio de Janeiro, v.75, n.1, p.5-10, jan./fev., 1999.
- ZAMPIÉRI, M.F.M.; OLIVEIRA, A.R. Análise do alojamento conjunto na maternidade Darcy Vargas: opinião e aceitação das puérperas e profissionais de saúde. **Rev. Ciênc. Saúde**, v.14, n.1/2, p.7-22, jan./dez., 1995.