

Implementação do Alojamento Conjunto: dificuldades enfrentadas na percepção de uma equipe de enfermagem

Rooming-in Care Implementation: difficulties faced through the perspective of a nursing staff

Implementación del Alojamiento Conjunto: dificultades enfrentadas en la percepción de un equipo de enfermería

Ana Carolina de Faria^I, Luciana Magalhães^{II}, Sonia Regina Zerbetto^{III}

^I Enfermeira. Enfermeira chefe da Maternidade Dona Francisca Cintra e Silva. São Carlos, SP, Brasil. E-mail: carol.enfunicep@yahoo.com.br.

^{II} Enfermeira. Enfermeira de Unidade Saúde da Família, Prefeitura Municipal de Dourado. Dourado, SP, Brasil. E-mail: lumag_enf@yahoo.com.br.

^{III} Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental. Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, Brasil. São Carlos, SP, Brasil. E-mail: szzerbetto@ufscar.br.

RESUMO

O alojamento conjunto (AC) consiste em um sistema de internação hospitalar em que mãe e recém-nascido sadio permanecem juntos por 24 horas. Estudo descritivo-analítico, de abordagem qualitativa, que 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 AC, preconizadas pelo Ministério da Saúde. Os dados foram coletados em 2008, por meio de entrevista semi-estruturada, observação livre e submetidos à análise de conteúdo temática. Emergiram quatro categorias temáticas: AC – espaço de relações e de cuidados; dificuldades da equipe de enfermagem ao cuidar das mães; condições limitadoras de trabalho ao desenvolvimento das atividades de enfermagem e infraestrutura do AC - recursos materiais, físicos e humanos. Os resultados apontaram que as maiores dificuldades dos profissionais de enfermagem envolveram a execução de suas atribuições devido às instalações físicas inadequadas, redução de recursos humanos e materiais e ao processo educacional e técnico durante a orientação às mães, principalmente quanto à amamentação e cuidados com o coto umbilical. Concluiu-se que o AC necessita ser revisto, considerando as recomendações advindas do Ministério da Saúde.

Descritores: Saúde materno-infantil; Alojamento conjunto; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Rooming-in Care (RIC) is a hospital stay system where mother and healthy newborn remain together for 24 hours. This descriptive and analytical study of qualitative approach, tried to identify through the perspective of the nursing staff, the difficulties in implementing the Rooming-in Care in a maternity upstate São Paulo, Brazil, and examine if the system complies with the basic standards for RIC, advocated by the Ministry of Health. The data was collected in 2008 through semi-structured interview, free observation, and subjected to analysis of content, thematic. Four themes emerged: RIC - relationship and care space; difficulties for the nursing team in caring for mothers; limiting working conditions for the development of nursing activities and infrastructure of RIC -material, physical and human resources. The results showed that the biggest difficulties of nursing professionals involved in performing its functions due to inadequate infrastructure, reduction of human and materials resources and the educational and technical process while instructing the mothers, especially for breastfeeding and stump cord care. It was concluded that RIC needs to be revised considering the recommendations arising from the Ministry of Health.

Descriptors: Maternal and Child Health; Rooming-in Care; Obstetrical Nursing.

RESUMEN

El alojamiento conjunto (AC) consiste en un sistema de hospitalización en que la madre y el recién nacido sano permanecen juntos por 24 horas. Estudio descriptivo-analítico, de enfoque cualitativo, que objetivó identificar por medio de la perspectiva del equipo de enfermería, las dificultades encontradas en la implementación del Alojamiento Conjunto en una maternidad del interior de São Paulo, así como analizar si el sistema respecta las normas básicas para el AC, recomendadas por el Ministerio de Salud. Los datos fueron recolectados en 2008, por medio de entrevista semiestructurada, observación libre y sometidos al análisis de contenidos temática. Surgieron cuatro categorías temáticas: AC-espacio de relaciones y de cuidados; dificultades del equipo de enfermería al cuidar de las madres; condiciones limitadoras de trabajo al desarrollo de las actividades de enfermería e infraestructura del AC-recursos materiales, físicos y humanos. Los resultados apuntaron que las mayores dificultades de los profesionales de enfermería involucraron la ejecución de sus atribuciones debido a las instalaciones físicas inadecuadas, reducción de recursos humanos y materiales y al proceso educativo y técnico durante la orientación a las madres, principalmente, en relación al amamantamiento y cuidados con el cordón umbilical. Se concluye que el AC necesita ser revisto considerando las recomendaciones ofrecidas por el Ministerio de Salud.

Descriptores: Salud Materno-Infantil; Alojamiento Conjunto; Enfermería Obstétrica.

INTRODUÇÃO

O sistema de Alojamento Conjunto (AC) consiste em um princípio hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento permanece ao lado da mãe 24 horas por dia, em um mesmo ambiente até a alta hospitalar. Tal sistema de internação possibilita ao binômio mãe-filho estabelecer laços afetivos e, ainda, receber incentivos ao aleitamento materno, orientações de cuidados de mãe para filho e prevenção de infecções⁽¹⁾.

Um estudo⁽²⁾ que buscou refletir sobre o espaço do AC como facilitador do cuidado materno, salientou que o profissional de enfermagem, principalmente a enfermeira, deve atentar para que esse cuidado seja feito com relações menos desiguais e menos autoritárias. Deve, também, permitir à puérpera resgatar sua autonomia, desenvolver um cuidado de modo mais tranquilo e absorver elementos novos para melhor entender esse momento da vida⁽²⁾. O problema é que o cuidado de enfermagem desenvolvido em alguns AC ainda se baseia em um modelo que não valoriza o contexto sócio-cultural das puérperas, mas principalmente a dimensão biológica⁽³⁾. A história pessoal das usuárias, bem como suas ansiedades e necessidades de se sentirem seguras, não são consideradas relevantes pelos profissionais de enfermagem⁽³⁾.

É importante salientar que o AC não tem como objetivo sobrecarregar física e emocionalmente as mulheres, mas sim estimulá-las a realizar o autocuidado e cuidar de seus filhos⁽³⁻⁴⁾, sem o enfoque de obrigatoriedade. Dessa maneira, o profissional de enfermagem deve auxiliá-las na dimensão educacional sobre saúde, com atitudes acolhedoras e habilidades comunicativas, para que as puérperas adquiram segurança e tranquilidade ao assumir o papel de mãe⁽⁴⁾.

Considerando-se o processo e a organização do trabalho dos profissionais de enfermagem, estudos⁽⁵⁻⁷⁾ salientaram que a falta de recursos materiais e humanos para o desenvolvimento da assistência à criança em AC, desencadeia sentimentos de estresse, angústia e ansiedade a estes profissionais, além de descomprometimento com a assistência prestada. Outra pesquisa que buscou avaliar a aceitação do sistema de alojamento conjunto junto às mães e, conhecer como a equipe de enfermagem se insere e trabalha nessa assistência, ressaltou as seguintes dificuldades: reduzido quadro de funcionários da enfermagem atuante; planta física inadequada, com quartos pequenos, e resistência das mães em participarem das rotinas e atividades do AC; a falta de esclarecimento da equipe de enfermagem em relação às suas funções dentro desse sistema⁽⁸⁾.

Apesar da aprovação pelo Ministério da Saúde da Portaria nº 1016 de 26 de agosto de 1993⁽¹⁾, que dispõe sobre as Normas Básicas do Alojamento Conjunto, a revisão da literatura^(3,5-8) apontou algumas dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde em sua prática cotidiana.

O atendimento às recomendações dessa portaria, requer recursos humanos, físicos e materiais. Levantou-se, portanto, o pressuposto de que esses recursos ainda não se apresentam de forma adequada.

De acordo com essa Portaria, para implantação do AC são necessários alguns recursos humanos, físicos e materiais. Recomenda-se uma equipe multiprofissional mínima treinada, com um enfermeiro para 30 binômios, um auxiliar de enfermagem para oito binômios, um obstetra

para 20 mães e um pediatra para 20 crianças, além de assistente social, psicólogo e nutricionista⁽¹⁾.

Quanto aos recursos físicos, os quartos e/ou enfermarias, deve-se obedecer a determinado padrão, com tamanho adequado para acomodar a dupla mãe-filho, sendo convencionalmente estabelecidos 5m² (cinco metros quadrados) para cada conjunto leito materno/berço. De acordo com as disponibilidades locais, poderá haver modificação da metragem, no sentido de priorizar o "Alojamento Conjunto"⁽¹⁾.

Outros aspectos citados pelas Normas Básicas referem-se às atribuições da equipe de enfermagem que deve desenvolver tarefas no âmbito da preparação da gestante no pré-natal para o Sistema, estimular o contato precoce mãe-filho na sala de parto, além de ajudar as mães a iniciarem o aleitamento na primeira hora após o nascimento e sob livre demanda. A equipe de enfermagem deve conscientizar a mãe para não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida, a não ser quando indicado pelo médico, não oferecer bicos artificiais às crianças amamentadas ao seio e nem participar de amamentação cruzada (mães amamentam outros recém-nascidos, que não os seus)⁽¹⁾.

A enfermagem deve orientar as puérperas quanto aos cuidados ao recém-nascido, esclarecendo dúvidas, orientando com segurança quanto ao seu estado e ao de seu filho. Ações de educação em saúde que abordem conceitos de higiene, nutrição e aspectos de saúde em geral devem fazer parte da programação de atendimento a essa clientela, como condição básica para garantir a qualidade da assistência. A atenção ao binômio mãe e filho deve prever ainda a identificação dos recursos disponíveis na comunidade e a garantia de acompanhamento nos serviços de saúde, ainda nos primeiros 15 dias após o parto⁽¹⁾.

Esse processo tem como objetivo promover ações de saúde e prevenção de eventuais problemas, por meio de uma avaliação constante das condições físicas e emocionais da mãe, orientando-a sobre as rotinas gerais da unidade e a importância do seu autocuidado e do cuidado para com o recém-nascido (RN)⁽⁷⁾.

As vantagens do AC configuram-se em estimulação e motivação ao aleitamento materno, de acordo com as necessidades da criança, em fortalecimento dos laços afetivos entre mãe e filho e condições à enfermagem de promover o treinamento materno, por meio de demonstrações práticas dos cuidados indispensáveis ao recém-nascido e à puérpera. Configuram-se, também, em facilitar o acesso de familiares à mãe e à criança, além de promover diminuição do risco de infecção hospitalar. Essas vantagens facilitam o encontro da mãe com o pediatra, para exame do recém-nascido⁽¹⁾.

Considerando-se as recomendações da respectiva Portaria, esta pesquisa direcionou-se ao questionamento: quais são as dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem para a implementação das recomendações legais e técnicas advindas do Ministério da Saúde brasileiro, numa maternidade de uma cidade do interior do Estado de São Paulo?

Este trabalho justificou-se pela relevância na busca de dados que possam auxiliar a equipe de enfermagem a reorganizar a assistência no alojamento conjunto, proporcionar orientação adequada às mães quanto à importância do aleitamento materno, e, esclarecê-las sobre

o autocuidado e cuidado com o recém-nascido, promovendo, assim, segurança e melhor qualidade de adaptação da criança à vida extra-uterina.

A pesquisa teve como objetivos identificar, por meio da perspectiva da equipe de enfermagem, as dificuldades encontradas para implementação do alojamento conjunto, em uma maternidade do interior do estado de São Paulo e, analisar se o sistema vigente na unidade respeita as Normas Básicas para o Alojamento Conjunto, preconizadas pelo Ministério da Saúde.

MÉTODOS

Estudo descritivo-analítico, que buscou descrever e analisar determinada situação de uma instituição. A abordagem utilizada foi qualitativa, visto que se buscou captar o universo dos significados das ações, crenças, valores e atitudes dos atores sociais, aqui considerados os componentes da equipe de enfermagem, relacionados ao contexto social em que estavam inseridos e, também, os conflitos e contradições de seus cotidianos profissionais.

O campo empírico escolhido foi uma maternidade situada no interior do Estado de São Paulo, com 26 leitos/berços, instituição filantrópica, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e ao serviço conveniado que adota o AC desde novembro de 1997.

Os sujeitos constituíram-se na equipe de enfermagem que atuava no AC da Maternidade, na unidade do SUS. Foram convidados 19 funcionários dos plantões diurno e noturno, excluindo-se os que estavam em férias ou licença-saúde e, os que trabalhavam na área do setor privado, no período em que a pesquisa foi realizada. A equipe de enfermagem estudada foi composta por cinco enfermeiras, três técnicas e onze auxiliares.

Como instrumento da pesquisa, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado, constando dados de identificação pessoal/profissional e as questões norteadoras: O que você entende por AC? Quais são as dificuldades que você encontra para desempenhar as suas funções no AC? Nesse estudo, optou-se por gravar as entrevistas, as quais ocorreram no período de fevereiro a agosto do ano de 2008, durante a jornada de trabalho da equipe de enfermagem. As entrevistas foram transcritas posteriormente.

Além da entrevista, foi utilizada também a observação livre, realizada por meio de um roteiro e um diário de campo, onde foram anotados dados sobre a infraestrutura do AC, referentes ao dimensionamento dos recursos humanos, estrutura física das enfermarias do AC e recursos materiais disponíveis.

Para a caracterização da população estudada foi utilizada a estatística descritiva, sendo os dados tabulados em frequência simples e porcentagem para as variáveis específicas descritas nos resultados. O processo de análise de dados das entrevistas e observação livre baseou-se na técnica de análise de conteúdo, do tipo temática, que abrange as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na primeira fase, organizou-se todo o material a ser analisado, advindo das entrevistas e da observação do campo, com realização de leitura flutuante⁽⁹⁾.

Na fase de exploração do material, ocorreu a releitura reflexiva e crítica, para se estabelecer áreas temáticas e categorias/subcategorias de análise, descobrindo os núcleos de sentido. A terceira fase, tratamento dos resultados e sua

interpretação, consistiu em desvendar o conteúdo subjacente ao que estava manifesto, respaldando-se na teoria para a interpretação das temáticas⁽⁹⁾. Para identificação dos depoimentos, foram utilizadas as letras E, T e A, correspondentes às categorias profissionais de enfermeira, técnica de enfermagem e auxiliar de enfermagem, respectivamente, seguidas pelos números correspondentes à sequência das entrevistas.

Foram observados, rigorosamente, os aspectos éticos envolvidos na pesquisa, conforme Resolução CNS 196/96, ou seja, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas entrevistadas, encaminhamento de ofício à direção da Maternidade e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Central Paulista, pelo parecer nº 121/2007.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados possibilitou a obtenção de quatro categorias temáticas: 1) Alojamento Conjunto – espaço de relações e de cuidados, 2) Dificuldades da equipe de enfermagem ao cuidar das mães, 3) Condições limitadoras de trabalho para o desenvolvimento das atividades de enfermagem e, 4) Infraestrutura do Alojamento Conjunto - recursos materiais, físicos e humanos. Esse estudo também proporcionou o surgimento das subcategorias, que foram reagrupadas progressivamente em categorias temáticas.

Em relação ao **perfil dos sujeitos**, obtiveram-se 16 entrevistas realizadas no total, com os sujeitos do sexo feminino, isto é, cinco enfermeiras, três técnicas de enfermagem e oito auxiliares de enfermagem. Houve três recusas da categoria de auxiliar de enfermagem.

A história da enfermagem pré-profissional é a história de uma prática social que nasceu vinculada às atividades domésticas, à mercê do empirismo das mães de família, monjas e escravas. Assim, na história da divisão sexual do trabalho, dava-se à mulher a responsabilidade de cuidar da casa, da prole e dos enfermos⁽¹⁰⁾.

No referente à faixa etária das entrevistadas, 37,5% corresponderam a 20-30 anos, 25% a 31-40 anos, 31,25% a 41-50 anos e 6,25% a 51-60 anos. Em relação ao tempo de trabalho na área de saúde, 31,25% atuavam de seis a 11 anos, 25% de um mês a cinco anos, 25% entre 12 a 17 anos e 18,75% de 18 a 23 anos. Os resultados obtidos em relação ao tempo de formação na área de saúde corresponderam a 37,5% de cinco a nove anos, 37,5% de 10 a 14 anos e 25% de um mês a quatro anos. Quanto ao tempo de trabalho na instituição, os resultados apontaram que 37,5% de um mês a cinco anos, 37,5% de seis a 11 anos, 18,75% de 18 a 23 anos e 6,25% de 12 a 17 anos.

Conforme os dados ressaltaram, houve discrepância entre a relação ao tempo de trabalho na instituição e o tempo de formação profissional e de trabalho na área de saúde. Os dados apontaram que o tempo que as profissionais trabalharam na área de saúde e na Instituição foi superior ao tempo de formação. Tal fato justificou-se, considerando-se que as depoentes com formação de nível profissionalizante de auxiliares e de técnicas de enfermagem, anteriormente à obtenção do certificado de tais categorias, atuaram no cargo de atendentes de enfermagem.

As entrevistadas foram questionadas a respeito de terem adquirido especialização/conhecimento na área de AC. Entre as respostas obtidas, quatro auxiliares de

enfermagem e duas técnicas de enfermagem disseram não ter nenhuma capacitação; cinco enfermeiras disseram ter especialização através do Curso de Enfermagem em Obstetrícia e/ou Neonatologia e quatro auxiliares de enfermagem e uma técnica de enfermagem disseram ter conhecimento através de palestras realizadas na Instituição.

Alojamento Conjunto – espaço de relações e de cuidados

Os depoimentos possibilitaram captar uma subcategoria em que os profissionais ao conceituarem o AC, reconheceram-no como um espaço facilitador de relações entre a díade mãe-filho e promotor de cuidado.

AC espaço de criação de vínculo entre mãe/RN e de cuidado materno ao RN

O processo relacional entre mãe-filho possibilita a criação de vínculo, favorecendo satisfação, tranquilidade, confiança e segurança pessoal, a partir do momento em que as puérperas podem observar e atender seus filhos em suas necessidades⁽⁷⁾. A aproximação entre ambos, nos primeiros dias de vida, é essencial para a construção do cuidado materno, pois a puérpera nessa fase, fica extremamente sensibilizada aos sinais e manifestações do bebê, buscando interpretá-los com eficácia. Geralmente, elas tendem a negligenciar os seus interesses pessoais, sociais ou outros, em detrimento do filho⁽²⁾.

É importante salientar que esse espaço também proporciona possibilidades de interações entre a enfermagem, o binômio mãe-filho e seus familiares. Um estudo⁽¹¹⁾ apontou que um dos fatores de risco prejudiciais à criação de vínculo mãe-bebê foi o despreparo dos profissionais de saúde para sanarem as necessidades biopsicossociais e dúvidas das puérperas. Porém, no âmbito preventivo, as ações mais realizadas pelos enfermeiros consistiram em incentivar o modelo de alojamento conjunto, salientando a importância das mães na amamentação na primeira hora de vida do RN, bem como estimulá-las ao autocuidado e ao cuidado do seu filho⁽¹¹⁾. As falas salientaram tais aspectos:

Acho que foi bom para aproximar mãe do filho...porque até então as crianças ficavam no berçário...elas [as mães] só amamentavam, não davam banho...agora elas cuidam. (A3). É uma forma de ficar mãe e filho juntos...para formar vínculo. A mãe sai daqui sabendo cuidar do seu filho. (T3). O Alojamento Conjunto é um sistema de internação hospitalar onde mãe e filho sadio ficam juntos. O recém-nascido deve ir para o quarto duas horas após o parto e permanecer até o momento da alta, onde recebe os cuidados de sua mãe, que são supervisionados pela equipe de enfermagem... (E3)

Os depoimentos aproximaram-se do conceito preconizado pela Norma Básica, que salienta que o AC é um sistema de internação hospitalar, identificado como um sistema prestador de todos os cuidados assistenciais; salientando-se o papel importante da enfermagem como supervisora destes.

Dificuldades da equipe de enfermagem ao cuidar das mães

A maioria das entrevistadas identificou dificuldades durante o cuidado realizado às mães participantes do AC, principalmente no âmbito das orientações. Emergiram quatro subcategorias: 1) dificuldades no aleitamento materno; 2) dificuldades quanto às orientações e à higienização do coto umbilical; 3) resistência das mães em aceitar o alojamento conjunto; 4) Resistência das multiparas para orientações e insegurança das primíparas.

Dificuldades no aleitamento materno

Dentre as atividades que a equipe de enfermagem deve desempenhar e as orientações que devem ser dispensadas às mães, destacam-se as relacionadas ao aleitamento materno, que deve ser encorajado sob livre demanda.

A maioria dos profissionais de enfermagem relatou que, em relação ao aleitamento materno, as dificuldades maiores relacionaram-se à criança durante a “pega”, tanto pela dificuldade de sucção, como por aspecto anatômico da mama, fato que desencadeia na puérpera ansiedade e a decisão de introduzir o aleitamento artificial. Convém salientar que tais dificuldades também podem reforçar a ideia incorreta da mãe de que seu leite é insuficiente ou fraco⁽¹²⁾. O depoimento ilustrou tal situação:

... às vezes a gente coloca o recém-nascido para sugar e ele ainda não sabe, muitas vezes precisa da ajuda da fisioterapia...às vezes não tem colostro e a criança chora porque sente fome e a mãe quer dar outro leite (artificial) e muitas vezes os pediatras não concordam...e têm mães que têm mamilos planos, dificultando a pega, aí elas reclamam e acabam chorando junto com as crianças. (T2).

Um estudo que buscou avaliar a amamentação em bebês em AC apontou que 44% dos binômios apresentaram dificuldades na adequação da sucção, devido à boca da criança estar quase fechada, lábio inferior voltado para dentro, bochechas tensas ou encovadas e sucções rápidas com estalidos. Além disso, 34% das mães apresentaram lesões mamilares, tais como escoriações e fissuras, impossibilitando a amamentação⁽¹³⁾. Ressalta-se que alguns fatores podem prejudicar uma boa sucção da criança, tais como: inquietude e agitação do neonato, desconhecimento da mãe em relação ao posicionamento dela e do RN, técnica adequada para que a criança abocanhe toda aréola, alterações anatômicas dos mamilos, como por exemplo, mamilo plano ou invertido e ingurgitamento mamário⁽¹²⁻¹³⁾.

Diante de todas essas dificuldades, a puérpera que amamenta pode perder a confiança, apresentar sentimentos de insegurança e estar propensa a introduzir o aleitamento artificial⁽¹⁴⁾. Outro estudo⁽¹²⁾ apontou que as mulheres introduzem leite artificial ou alimentos complementares à amamentação, independente da faixa etária de seus bebês, devido à sobrecarga de trabalho doméstico, cuidados com outros filhos ou necessidade de trabalhar fora de casa.

Dessa maneira, a equipe de enfermagem deve estar atenta e se disponibilizar a ajudá-la, orientando-a no que ambas acharem necessário, para evitar o desmame precoce, inclusive disponibilizar a informação do oferecimento de leite materno pelo copinho à criança, como

método alternativo no caso de incapacidade da mãe em amamentar.

Dificuldades quanto às orientações e à higienização do coto umbilical

Os depoimentos apontaram que as mães têm mitos e crenças referentes ao coto umbilical, o que dificulta os cuidados e aceitação das orientações advindas da equipe de enfermagem. Os maiores problemas identificados pela enfermagem consistiram na utilização de faixa e moeda na região do coto umbilical, além do medo que as mães sentem ao realizar o curativo deste, com receio de machucar a criança ou por não se sentirem confortáveis para realizar a técnica. Percebeu-se que, muitas vezes, o cuidado do coto umbilical é delegado a um componente da família, possuidor de conhecimentos e experiências anteriores, transmitindo à puérpera segurança. As falas expuseram tais questões:

...Quando a gente explica como fazer, que tem que limpar sempre após o banho e das trocas e depois vamos verificar, descobrimos que elas não fazem porque muitas pensam que dói, sentem nojo e outras falam que preferem colocar faixa ou que é a "vó" do recém-nascido que vai cuidar do umbigo. (A7).

A dificuldade maior está em fazer com que as mães se desprendam dos mitos, como por exemplo, em relação ao coto umbilical e à questão da faixa. O fato de envolver o coto umbilical do recém-nascido com faixa e moeda é uma tradição antiga que as avós trazem consigo e acabam estimulando as mães a fazerem o mesmo... (E4).

Alguns estudos⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ corroboraram os dados acima, ou seja, os cuidados relacionados ao coto umbilical estão cercados de crenças, mitos, medos e inseguranças das mães. A equipe de enfermagem, muitas vezes, considera os conhecimentos e práticas advindas da mãe e de seus familiares irrelevantes. Tal fato constitui em obstáculo no processo relacional e educacional para as trabalhadoras, pela perda de oportunidade de negociação entre saberes e práticas, o que aproximaria os saberes do senso comum aos conhecimentos científicos e vice-versa.

Algumas puérperas delegam as funções de higienização da criança e cuidado do coto a outras pessoas, devido a sentimentos de insegurança durante essa tarefa, bem como medo de que o manuseio do coto possa causar doenças. Tal preocupação é relevante, considerando-se que esse cuidado, quando realizado de maneira que desrespeita os princípios de antisepsia, pode ocasionar infecções locais⁽¹⁴⁾. A presença de colonização bacteriana, principalmente de estafilococos *aureus*, pode ocorrer no coto, na ausência do uso de um antisséptico tópico⁽¹⁶⁾. Porém, ao delegar cuidados a outrem, a mãe perde a oportunidade de trocar carinho com o filho, de transmitir-lhe segurança, amor e aconchego, além de romper as barreiras do medo e da insegurança diante da experiência desse aprendizado⁽¹⁴⁾.

Ressalta-se que muitos dos conhecimentos das mães são adquiridos no convívio com outras pessoas mais experientes, na concepção das puérperas como, por exemplo, as avós ou as sogras, pois a maneira de prestar o cuidado é transmitida de geração a geração, permeada de crenças, valores e costumes que constituem a cultura⁽¹⁴⁾. Necessita-se refletir se o espaço que o familiar ocupa é

porque o profissional de saúde não está disponível e acessível nos momentos que a mulher requer maior apoio e informações⁽¹²⁾.

Dessa maneira, é importante que a enfermagem considere os fatores sociais e culturais que intervêm na adoção de tais comportamentos pelas mães e familiares, pois a partir dessa compreensão, pode-se possibilitar um processo de cuidar/educar que seja coerente ou congruente com a cultura destes, inclusive reconhecendo-os como geradores, transmissores e modificadores do sistema de símbolos e significados que compõe a teia cultural^(12,15).

Resistência das mães em aceitar o alojamento conjunto

A equipe de enfermagem deste estudo também se deparou com a resistência das mães em aceitar o alojamento conjunto, principalmente logo após o parto cesárea, devido às sondas, venóclises e efeitos anestésicos que as impediam de cuidar do recém-nascido.

Os relatos possibilitaram identificar que os motivos contribuintes para tal decisão das puérperas relacionavam-se ao desconforto ocasionado pelo parto cirúrgico, ou seja, a sensação dolorosa da incisão cirúrgica, receio de perda do posicionamento dos dispositivos invasivos necessários para a terapia pós-cirúrgica. Outros fatores como: dificuldades para posicionar adequadamente a criança para a amamentação, devido à sensação dolorosa da cirurgia; medo de dormir e deixar a criança cair do leito ou sufocá-la durante o ato de amamentar, devido à sonolência pós-anestésica.

... algumas pacientes no pós-cesárea, quando ainda estão com venóclise e sonda, e sem acompanhante, sentem dificuldade em ficar com o recém-nascido. Elas dizem que é difícil se movimentar, segurar o bebê, se posicionar para amamentar pois sentem medo de perder a punção venosa, sentem dor por causa da incisão cirúrgica, sentem tontura por causa dos efeitos da anestesia e por isso nos questionam sobre o porquê do bebê não ficar mais tempo no berçário. (E5)

Um estudo apontou que 16,2% dos profissionais de enfermagem referiram a não aceitação da mãe pelo sistema de AC⁽⁸⁾. Outro estudo⁽¹³⁾ que buscou identificar as dificuldades durante o início do aleitamento materno, detectou escores ruins relativos à sucção do RN e parto cesárea, pois o procedimento cirúrgico, no período imediato, pode alterar respostas endócrinas na díade, além de provocar dor na mãe e sonolência na criança, retardando e dificultando as primeiras mamadas.

Resistência das múltiparas para orientações e insegurança das primíparas

Os relatos indicaram dificuldades da equipe de enfermagem com as múltiparas, resistentes às orientações, enquanto as primíparas, por se sentirem inseguras e com dificuldades em cuidar de seus filhos, aceitaram melhor o apoio da equipe de enfermagem.

Ah, quando é o primeiro filho é mais fácil...elas querem saber tudo. Já quando é o segundo, terceiro as mães não querem muita informação. (A1).

... são muito inseguras (primíparas)...têm medo de pegar a criança no colo e machucar, sentem nojo das fezes. Aí, a gente tem que orientar, incentivar, estar do lado na hora do banho, na troca de fralda, no curativo, até ela adquirir confiança. (A6)

Apesar de muitas mães serem possuidoras de saberes, muitas vezes adquiridos de outras gestações/partos, com uma visão de mundo orientada por uma cultura que lhes permite cuidar do bebê com propriedade⁽¹⁴⁾, salienta-se a diversidade de experiências em cada gestação, parto e amamentação, constituindo-se em um momento que requer ser aprendido e/ou reaprendido⁽¹²⁾.

No cotidiano assistencial, a enfermagem se deparou com mães primíparas que manifestaram sentimentos de insegurança em cuidar do RN. Há necessidade de se considerar que essas mães, nesse momento, passam por uma fase de transição, ou seja, assumem o papel da maternidade e de nutriz, portanto, podem externalizar sentimentos ambivalentes que associam felicidade, emoção, bem como, ansiedade e medo⁽¹⁷⁾. A mulher se vê exposta a uma série de mudanças não só fisiológicas, mas emocionais e sociais, que exigirão dela um redirecionamento de seu cotidiano e o da família para acolher o novo membro que chega ao convívio. Alguns autores salientaram que, independente de a mulher ser primípara ou múltipara na experiência de ser mãe, ela identifica a necessidade de ter alguém ao seu lado, seja profissional de saúde ou um membro da família, para proporcionar-lhe ajuda de forma direta ou indireta^(12,17-18).

Outra questão relevante para as múltiparas, mas principalmente às primíparas, é que nessa fase da vida da mulher é importante uma rede de apoio e suporte social, requerendo da enfermagem uma atitude responsável e de comprometimento para objetivar um cuidado humanizado e singular, traçando estratégias que propiciem uma melhor adaptação ao papel materno^(12,17-18).

Condições limitadoras de trabalho ao desenvolvimento das atividades de enfermagem

Entre as dificuldades assinaladas pela equipe de enfermagem para desempenhar as funções pertinentes ao sistema de alojamento conjunto, elas foram identificadas no referente a: número reduzido de funcionários, instalações físicas inadequadas, falta de materiais e tempo disponíveis para realização das atividades. Para poucas entrevistadas, os recursos estavam adequados e, portanto não encontraram dificuldades para desempenhar suas funções no alojamento conjunto.

Na percepção das profissionais de enfermagem um dos problemas foi o número reduzido de funcionários, agravado quando associado às folgas ou férias:

Na maioria das vezes faltam funcionários para prestar cuidados de acordo com as verdadeiras necessidades das puérperas... (E1). Outras relataram que as instalações físicas não eram adequadas, mencionando não haver espaço suficiente nos quartos, bem como a falta de materiais: *Os quartos são apertados, principalmente quando tem acompanhante...além disso, à vezes faltam alguns materiais (A5).*

Os dados corroboram um estudo em que os profissionais de enfermagem identificaram como desvantagem do AC, o número reduzido de funcionários (41,8%) e uma planta física inadequada (25,5%). Como sugestões para melhoria desse sistema, 30,2% deles sugeriram a necessidade de contratação de profissionais para a equipe de enfermagem e 25,5% melhoria da infraestrutura⁽⁸⁾.

Outra pesquisa também salientou que a falta de recursos humanos e materiais interfere no desenvolvimento do trabalho e causa sentimentos de estresse, angústia, ansiedade, desgaste físico e emocional aos profissionais da enfermagem, mobilizando-os a utilizarem mecanismos de adaptação para realizar as tarefas cotidianas do trabalho. Quanto à compra de materiais, a instituição hospitalar pública, pode obtê-los em quantidade e qualidade inadequadas à assistência, devido a seus processos de gerenciamento dependerem das normas específicas e, às vezes, serem demorados⁽⁵⁾.

No processo de dimensionamento de pessoal de enfermagem considera-se a variável carga de trabalho, determinada pelas necessidades cuidativas das puérperas, considerando-se os cuidados diretos e indiretos realizados e pelo tempo despendido nessas intervenções pela equipe de enfermagem. Estudos ressaltaram que as enfermeiras do AC sofreram sobrecarga de trabalho, o que lhes pode desencadear sofrimento físico e psíquico⁽⁴⁻⁵⁾. O estresse se faz presente no cotidiano dos profissionais de enfermagem, associado ao acúmulo de atividades, alta demanda de pacientes, falta de pessoal qualificado, provocando diminuição da produtividade, desenvolvimento de atividades com ineficiência, desorganização laboral e dificuldades na comunicação^(5,19).

Outro problema identificado na visão dos profissionais reportou-se à falta de tempo disponível para realizar tarefas pertinentes ao alojamento conjunto:

... o tempo disponível é um dos maiores problemas... E também a falta de funcionários e a área física que considero pequena se tornam agravantes. Falta tempo para conversar com as mães, orientar, muitas vezes treinar os funcionários para que passem as orientações corretas...tenho que supervisionar o alojamento conjunto, o pré-parto, o centro obstétrico, o berçário e todas essas tarefas fazem o dia se tornar pequeno. (E2)

Um estudo⁽⁴⁾, que buscou mensurar a carga média de trabalho de enfermagem em uma unidade de Sistema de AC, apontou que as enfermeiras despendem maior tempo aos cuidados indiretos (43%), seguido pelos diretos (39%). Em relação às categorias de auxiliar e técnica de enfermagem, os dados se invertem, ou seja, os cuidados diretos (50%) predominam sobre os indiretos (29%). Os cuidados indiretos relacionaram-se às ações de gerenciamento da unidade e colaboração interdisciplinar, enquanto que os diretos ao processo relacional com as puérperas, cuidados nos aspectos fisiológicos e psicossociais que abarcaram ações práticas e as de apoio/aconselhamento ao binômio.

Considerando-se o que foi exposto até o momento sobre as condições de trabalho limitantes ao profissional de enfermagem no AC, convém refletir sobre um fator facilitador do trabalho que se refere à organização do

ambiente, podendo possibilitar segurança aos profissionais e controle da assistência prestada aos pacientes sob sua responsabilidade. Em contrapartida, receber um plantão sem as condições necessárias, com carência de materiais básicos e especializados e falta de funcionários, dificulta as ações da equipe, e pode desencadear muita tensão, irritabilidade, desespero e cansaço^(5-6,19).

Outra questão importante é que a falta de manutenção e de adequação das instalações também é considerada problemática em decorrência da repercussão sobre o conforto e os cuidados prestados aos pacientes, e torna-se um impeditivo para que as intervenções necessárias a um bom atendimento se realizem com eficiência e eficácia⁽⁵⁾.

Infraestrutura do alojamento conjunto - recursos materiais, físicos e humanos

Em relação à infraestrutura do alojamento conjunto, durante a pesquisa, a Instituição contou em seu quadro de funcionários da equipe multiprofissional com 10 médicos ginecologistas/obstetras, 10 médicos pediatras, uma assistente social, uma psicóloga e uma nutricionista. No entanto, durante os plantões, diurnos ou noturnos, estiveram presentes apenas um médico ginecologista/obstetra, um médico pediatra e uma assistente social, uma psicóloga e uma nutricionista que atenderam tantos os clientes da Maternidade quanto os da Santa Casa de Misericórdia a que estava vinculada e localizada em frente ao campo de pesquisa. Essa realidade mostrou que a quantidade de obstetras e pediatras era insuficiente e, portanto, em desacordo com a portaria.

Em relação ao dimensionamento da equipe de enfermagem, nos plantões diurnos atuavam duas enfermeiras, uma em plantão de 12h/36h (12 horas de trabalho por 36 horas de descanso) e a outra de oito horas diárias com folgas aos finais de semana. Nos plantões noturnos havia apenas uma enfermeira por noite, com jornada de trabalho de 12h/36h. A portaria MS/GM nº 1016 preconiza ser necessário um enfermeiro para cada 30 binômios⁽¹⁾. Na maternidade onde a pesquisa foi realizada havia aproximadamente 26 leitos destinados ao alojamento conjunto, portanto, contatou-se que durante os plantões diurnos e noturnos o dimensionamento de enfermeiros estava de acordo com a portaria, considerado somente o enfoque quantitativo.

Apesar de o número de enfermeiras estar em conformidade com a portaria, deve-se considerar que estas não atuavam apenas no alojamento conjunto, acumulavam outras atribuições como cuidado às gestantes em trabalho de parto, exame ginecológico nas gestantes e puérperas que procuravam a Instituição, realização de partos e ainda questões de gerenciamento, o que causava uma sobrecarga de atividades. Essa percepção foi confirmada pelos próprios relatos das enfermeiras ao declararem que houve falta de tempo disponível para desempenharem suas funções no alojamento conjunto.

Em relação às auxiliares de enfermagem, havia um número de quatro no plantão diurno A, quatro no plantão diurno B, dois no plantão noturno A e dois no plantão noturno B. De acordo com o dimensionamento de pessoal da portaria, preconiza-se uma auxiliar de enfermagem para cada oito binômios (mãe-filho). De acordo com o número de leitos da maternidade eram necessários três auxiliares de enfermagem por plantão. Para completar o quadro de

funcionários, a Maternidade atuava ainda com uma técnica de enfermagem no plantão diurno A, uma técnica de enfermagem no plantão noturno A e uma técnica de enfermagem no plantão noturno B. A portaria não traz em suas normas o dimensionamento de pessoal no que se refere ao cargo de técnico de enfermagem, contudo, a Instituição apresentou um número suficiente de funcionários, atuando no alojamento conjunto.

De acordo com o roteiro de observações, o AC era composto por 26 leitos, distribuídos por quartos de um, dois ou quatro leitos. Os quartos de dois leitos tinham aproximadamente 3,2 metros de comprimento por 3 metros de largura, com área total de 9,6 m² (metros quadrados). Os quartos de quatro leitos possuíam aproximadamente 4,2 metros de comprimento e 6,5 metros de largura, tendo como área 27,3 m². Os quartos de um leito possuíam aproximadamente 4,6 metros de comprimento e 3,5 metros de largura, ou seja, uma área de 16,1 m².

Para se obter uma área mínima de 5 m² para cada conjunto leito materno/berço com distância de dois metros entre os berços, é necessário que os quartos de dois leitos tenham uma largura mínima de sete metros e os quartos de quatro leitos, uma largura mínima de 16 metros⁽¹⁾. Porém, na Instituição, a maioria dos quartos possuía uma largura inferior à adequada, fator dificultador para o desenvolvimento das atividades da equipe de enfermagem, podendo causar desconforto entre as puérperas pela falta de espaço e ser um fator desencadeante de infecção entre os recém-nascidos.

Para Turrini⁽²⁰⁾, as chances de infecção aumentam sempre que há aglomeração de pessoas. Recomenda-se um espaço físico suficiente para se prover os equipamentos necessários à assistência do binômio e passagem para o pessoal, a fim de se diminuir a chance de infecção pelo contato direto.

Conforme preconizado, o número de dupla mãe-filho por enfermaria deve ser de no máximo seis⁽¹⁾. Na Maternidade havia nove quartos, onde o número de binômios era dois; dois quartos, onde o número de binômios era um e dois quartos, onde o número de binômios era quatro, portanto estava em conformidade com a norma.

Quanto aos recursos e às acomodações sanitárias existiam 11 lavatórios localizados no interior dos quartos, todos com um dispensador de sabão, um porta papel toalha, recipientes para lixos próximos a cada lavatório e aproximadamente quatro recipientes (*hampers*) sem tampa, distribuídos pelas enfermarias, para recolhimento da roupa usada. De acordo com os dados coletados no Roteiro de Observação, verificou-se que nos quartos de dois e quatro leitos havia falta de mesa de cabeceira, o que acarretava dificuldade na organização dos pertences das puérperas.

Em relação aos lavatórios, havia apenas 11, enquanto que, de acordo com o dimensionamento da Maternidade, deveria ter um número de 13. O número de *hampers* também foi insuficiente, pois havia apenas quatro e sem tampas, e deveria haver 13 com tampas. Essa situação causa o acúmulo de roupas sujas que podem trazer mau cheiro, além de possibilitar contaminação no ambiente.

Outra questão importante referiu-se ao processo avaliativo da Instituição. A Portaria Ministerial que regulamenta as Normas Básicas para o Alojamento Conjunto, sugere que, periodicamente, sejam avaliados: os resultados quanto ao incentivo ao aleitamento materno; o

desempenho da equipe; a aceitação do sistema pela mãe e familiares; os resultados quanto à morbi-mortalidade neonatal dentro do serviço e os conhecimentos maternos adquiridos quanto aos cuidados com a criança⁽¹⁾.

Em uma última análise feita através do Roteiro de Observação, buscou-se observar se a Instituição realizava essas avaliações de forma impressa (instrumentos impressos de avaliação, questionário, tabelas, caixinha de sugestões). Observou-se que não havia realização dessas avaliações, tão pouco caixinha de sugestões, havia apenas impressos onde as clientes expunham suas opiniões, porém não se notou grande divulgação desse material, impossibilitando a avaliação do Sistema.

Os dados referentes à morbi-mortalidade eram avaliados através das Declarações de Nascidos Vivos (DNV) e Declarações de Óbitos (DO), instrumentos que devem ser preenchidos em todo território nacional. Posteriormente, esses impressos são recolhidos pelos órgãos estaduais ou municipais responsáveis pelo sistema e ainda seus dados podem ser encontrados na página da internet do DATASUS (Banco de dados do Sistema Único de Saúde).

Apesar de a maternidade estudada já ter sido construída quando a portaria que trata da implantação do alojamento conjunto foi criada, compreende-se que a área física apresente algumas inconformidades em relação à norma. Entretanto, suas recomendações devem ser compreendidas como um mínimo ideal para que o binômio mãe-filho tenha condições adequadas de atendimento, reconhecendo que, mesmo que tais condições não tenham sido atingidas, o mais importante é manter o recém-nascido junto à mãe, logo após o nascimento, proporcionando a eles um momento especial, em que juntos possam vivenciar novas experiências, estreitar seus laços afetivos, aprender a se amar, a se compreender e a viver em constante crescimento.

CONCLUSÃO

A partir da análise dos dados e considerando-se os objetivos propostos nesse estudo, observou-se que as maiores dificuldades identificadas pela equipe de enfermagem relacionaram-se à execução de suas atribuições ao cuidar das mães, principalmente, em relação ao processo educacional e técnico durante a amamentação e higienização do coto umbilical. Outra questão relacionou-se às condições de trabalho limitantes para o desenvolvimento das atividades da enfermagem, atribuídas ao número reduzido de funcionários, instalações físicas inadequadas, falta de materiais disponíveis e falta de tempo disponível para realização das atividades.

Em relação aos recursos materiais, observou-se a falta de alguns equipamentos, como mesas de cabeceira para melhor acomodação dos pertences das mães e *hampers* para recolhimento de roupas sujas. Quanto à área física, notou-se que os quartos eram pequenos e com pouca infraestrutura para acomodar adequadamente o binômio.

Na dimensão dos recursos humanos, o AC apresentou número insuficiente de obstetras e pediatras. Em relação ao dimensionamento do pessoal de enfermagem, o número de auxiliares e técnicos de enfermagem apresentou-se suficiente; porém, apesar de o número de enfermeiras estar em conformidade com a portaria, elas não atuavam somente no AC, mas no Centro Obstétrico e Berçário, o que lhes causava sobrecarga de outras atividades.

Dessa maneira, verificou-se que a implementação do AC ainda não se deu de maneira adequada e efetiva no campo empírico estudado, confirmando-se o pressuposto desse estudo, ou seja, os recursos humanos, físicos e materiais recomendados pela portaria do Ministério da Saúde, em relação ao Alojamento Conjunto, não são totalmente adequados.

Sugere-se que as enfermeiras da Maternidade se empenhem em comprovar à gerência da Instituição que é necessário a contratação de mais profissionais da categoria, para que as atividades pertinentes sejam desenvolvidas integralmente e, caso isso não seja possível, sugere-se uma melhor organização do dimensionamento da equipe de enfermeiras durante os plantões, para melhor desempenho das funções.

A aquisição de recursos materiais necessários deve ser questionada junto ao setor de compras da Instituição, a fim de providenciá-los, a curto ou médio prazo, uma vez que são importantes para a assistência adequada e à organização do serviço.

A Instituição deve se empenhar para o desenvolvimento de programas de capacitação dos profissionais de enfermagem, por meio de técnicas educativas e conhecimentos mais abrangentes, possibilitando uma melhor abordagem na interação mãe-filho e em suas relações familiares, garantindo assim, efetivamente, a implantação do Alojamento Conjunto⁽⁸⁾.

Compreende-se que o resultado de uma pesquisa é considerado provisório e, portanto, novos estudos sobre a temática precisam ser realizados e aprofundados, principalmente, no que se refere à visão administrativa da Instituição em relação ao Sistema de Alojamento Conjunto e à sua percepção sobre as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem nesse campo.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1016/93 - Normas Básicas para implantação do sistema "Alojamento Conjunto". Brasília Brasil: Ministério da Saúde; 1993.
2. Pilotto DTS, Vargens OMC, Proganti JM. Alojamento conjunto como espaço de cuidado materno e profissional. Rev Bras Enferm [Internet]. 2009 [cited 2010 dec 28];62(4):604-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/19.pdf>.
3. Almeida MS, Silva IA. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2008 [cited 2010 dec 28];42(2):347-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a18.pdf>.
4. Soares AVN. Carga de trabalho de enfermagem no sistema de alojamento conjunto. [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP; 2009. 152p.
5. Pagliari J, Collet N, Oliveira BRG, Viera CS. Sofrimento psíquico da equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008 [cited 2010 dec 28];10(1):63-76. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a06.htm>
6. Yamamoto DM, Oliveira BRG, Viera CS, Collet N. O processo de trabalho dos enfermeiros em Unidades de Alojamento Conjunto pediátrico de instituições hospitalares públicas de ensino do Paraná. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2009 [cited 2010 dec 28];18(2):224-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/04.pdf>.

7. Pasqual K, Bracciali L, Volponi M. Alojamento conjunto: espaço concreto de possibilidades e o papel da equipe multiprofissional. *Cogitare Enferm.* 201;15(2):334-339.
8. Beretta MIR, Frasson DA, Pacífico LHR, Denari FE. Avaliação do sistema de alojamento conjunto na Maternidade Dona Francisca Cintra Silva da Santa Casa de São Carlos - SP. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2000;8(3):59-66.
9. Minayo MCS (Org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* 21th ed. Petrópolis:Voices; 2002.
10. Silva GB. *Enfermagem profissional: análise crítica.* São Paulo:Cortez; 1986.
11. Mendes, APD, Galdeano, LE. Percepção dos enfermeiros quanto aos fatores de risco para vínculo mãe-bebê prejudicado. *Ciênc. cuid. saúde* [Internet]. 2006 [cited 2010 dec 28];5(3):363-371. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/artic/viewFile/5037/3259>
12. Fujimori E, Nakamura E, Gomes MM, Jesus LA, Rezende MA. Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2010 [cited 2010 dec 28];14(33):315-327. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a07v14n33.pdf>.
13. Marques MCS, Melo AM. Amamentação no alojamento conjunto. *Rev CEFAC* [Internet]. 2008 [cited 2010 dec 28];10(2):261-271. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v10n2/a17v10n2.pdf>
14. Zanatta EA. Saberes e práticas das mães no cuidado à criança de zero a seis meses de vida. [dissertation]. Rio Grande do Sul:Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006. 163p.
15. Monticelli M, Elsen I. A cultura como obstáculo: percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2006 [cited 2010 dec 28];15(1):26-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a03v15n1.pdf>.
16. Dávila GDR, Pomar JHV, Meza EMQ, Quiroz CEV, Ruiz KRS, Jordan FR et al. Cuidados del cordón umbilical: efecto de tres soluciones antisépticas (gluconato de clorhexidina al 4%, alcohol al 70% y yodopovidona al 5%) sobre la colonización bacteriana, infección y separación del muñón umbilical. *Rev peru pediátr.* [Internet]. 2007 [cited 2010 dec 28];60(2):81-87. Available from: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rpp/v60n2/pdf/a02v60n2.pdf>
17. Soares AVN, Silva IA. Representações de puérperas sobre o sistema alojamento conjunto: do abandono ao acolhimento. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2003 [cited 2010 dec 28];37(2):72-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n2/09.pdf>.
18. Alves AM, Gonçalves CSF, Martins MA, Silva ST, Auwerter TC, Zagonel IPS. A enfermagem e puérperas primigestas: desvendando o processo de transição ao papel materno. *Cogitare Enferm.* 2007;12(4):416-27.
19. Ferreira LRC, De Martino MMF. O estresse do enfermeiro: análise das publicações sobre o tema. *Rev. ciênc. méd., (Campinas).* [Internet]. 2006 [cited 2010 dec 28];15(3):241-248. Available from: <http://www.puc-campinas.edu.br/centros/ccv/revcienciasmedicas/artigos/931.pdf>
20. Turrini RNT. Percepção das Enfermeiras sobre fatores de risco para a infecção hospitalar. *Rev. esc. enferm. USP.* 2000;34(2):174-84.

Artigo recebido em 27.10.2009

Aprovado para publicação em 27.10.2010

Artigo publicado em 31.12.2010