



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM ALOJAMENTO CONJUNTO PARA MÃE E RECÉM-NASCIDO*

Marina Pizzato**

RESUMO: O artigo, nesta primeira parte, coloca os conceitos e objetivos do Sistema Alojamento Conjunto (S.A.C.) para recém-nascido e mãe, situando-os na necessidade de estabelecer um relacionamento afetivo favorável entre ambos, desde o nascimento, e educar a mãe e o pai, desenvolvendo-lhes habilidades e proporcionando-lhes segurança emocional quanto aos cuidados com a criança. Procura, através do histórico das causas, de separação mãe-filho durante a permanência no hospital, evidenciar os prejuízos decorrentes da mesma e enfatizar as vantagens originadas pelo retorno da aproximação. Alerta, também, para as dificuldades que podem ser enfrentadas na implementação do sistema e orienta para os requisitos mínimos de funcionamento. Neste último aspecto, a ênfase é dada para a necessidade de um preparo e sensibilização da equipe e a determinação de uma Filosofia Global de Atendimento.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Alojamento Conjunto (S.A.C.) surgiu da necessidade de criar condições que propiciassem um relacionamento favorável entre a

* Trabalho apresentado no XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado em Fortaleza, CE, em 1979.

** Mestre em Educação, Chefe do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem da UFRS.

Profª Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem da UFRS.

Regente da Disciplina de Enfermagem Neonatológica do Curso de Habilitação em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem, UFRS.

Regente da Disciplina de Enfermagem Neonatológica do Curso de Especialização em Enfermagem em Pediatria e Puericultura da Escola de Enfermagem da UFRS.

Coordenadora da Disciplina de Enfermagem Materno Infantil I do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRS.

mãe e o recém-nascido desde os primeiros momentos após o parto.

As relações entre mãe e filho vêm, há várias décadas, despertando o interesse de profissionais da área da saúde, sociólogos, psicólogos e educadores. Por esta razão diversos estudos foram feitos focalizando aspectos dessas relações, tanto no plano físico como no emocional (Harunari, 1976).

A convivência entre mãe-e-filho assumiu, então, papel preponderante como responsável pelas manifestações comportamentais da criança desde o nascimento, com repercussão e implicações nos primeiros anos de vida, na adolescência e na vida adulta.

Esta ênfase dada pelos autores, valorizando a intensidade das relações da mãe com seu filho, desde o momento do nascimento, deu origem à conscientização da necessidade de existir maior convivência e aproximação física entre ambos, contestando os atuais sistemas das maternidades e berçários que impõem a separação da mãe e do filho.

A necessidade de implantar e implementar um Sistema de Alojamento Conjunto é respaldada pelas novas tendências assistenciais do setor da Saúde que preconizam a educação da população sobre suas necessidades de saúde, enfatizando-a a nível de cuidados primários e cuidados individuais.

Frente ao exposto, poder-se-ia dizer que o S.A.C. objetiva uma intenção mais íntima da mãe com o recém-nascido, a qual contribuiria para:

- estabelecer um relacionamento afetivo favorável entre a mãe e o filho desde o nascimento;
- educar a mãe e o pai desenvolvendo habilidades e proporcionando-lhes segurança emocional quanto aos cuidados do filho.

As diferentes acepções de Alojamento Conjunto (A.C.) surgiram da tentativa de traduzir o termo *rooming-in* que inclui todas as formas de aproximação sem se restringir a nenhuma delas.

Assim, no sentido literal da expressão, Alojamento Conjunto refere-se a um sistema especial de instalações em maternidades, nas quais mãe e filho possam conviver em uma mesma área, favorecendo, através desta aproximação e do contato físico prolongado, o atendimento das necessidades afetivas, sociais e biológicas da criança e de sua mãe.

Vários são os conceitos de A.C., sendo, no entanto, essencial para defini-lo a ocorrência da mãe com o bebê. Está implícito, no entanto, que da percepção ou conceito de A.C. surgirá a estrutura física e dinâmica funcional da unidade que se deseja implantar.

Poder-se-ia dizer que se obtém uma aproximação íntima quando o berço da criança é posto ao lado ou aos pés da cama da mãe, ou pode ocorrer esta aproximação através de instalações que permitam à mãe observar a

criança e atender suas solicitações acercando-se dela ou trazendo-a para perto de si.

Desta forma, os conceitos de A.C. mais empregados no momento são aqui expostos.

1.1 Conceitos

- A - "É o sistema que consiste em colocar o recém-nascido no seu berço, ao lado ou aos pés da cama da mãe, logo após o parto ou algumas horas após, durante toda a sua estada na maternidade". (Augusto, 1977)
- B - Sistema especial de instalações de maternidade em que a mãe e o recém-nascido possam conviver ou coabitar juntos, numa mesma dependência, favorecendo, através desta aproximação, o contato físico prolongado da mãe com a criança.

2. CAUSAS DA SEPARAÇÃO MÃE-FILHO

A revisão da literatura coloca o ano de 1896 como marco histórico da ruptura da unidade formada por mãe e recém-nascido.

De acordo com Klaus e Kennel (1974), até o ano de 1880, em todos os hospitais da Europa e da América habitualmente o recém-nascido era colocado junto à mãe, que o cuidava e alimentava.

Assim, os hospitais daquela época foram construídos sem berçários.

Em 1896 ocorreu a primeira mudança na assistência ao recém-nascido e à mãe, constituindo-se na primeira barreira ao binômio mãe-filho.

Nessa época, Martin Cooney, estabelecendo-se em Coney Island e utilizando-se de incubadoras, conseguiu nas quatro décadas seguintes salvar a vida de 5.000 recém-nascidos prematuros, que, com o sistema tradicional de atendimento, estariam destinados à morte.

Esta situação divulgou-se nos Estados Unidos, constituindo na época um grande sucesso clínico e comercial, sendo até hoje adotada universalmente nas maternidades.

No entanto, Martin Cooney não permitia a participação da mãe nos cuidados ao recém-nascido, sendo a isto mesmo atribuído o fato de haver encontrado dificuldades na aceitação, pelos pais, do filho pré-termo.

No início deste século, em torno de 1900, a inexistência de equipamentos e recursos adequados e a alta incidência de mortalidade infantil por problemas infecciosos, como os respiratórios e a diarreia epidêmica, fez estender-se aquele tipo de assistência aos demais recém-nascidos.

Instituiu-se a prática de isolamento do recém-nascido, exigindo a instalação de berçários nas maternidades. Recomendava-se também, como medida profilática à disseminação da infecção, além do rigoroso isolamento, a proibição de visitas ao berçário e a mínima manipulação da criança.

Estas normas, reforçadas pela literatura clínica de 1945 a 1960 respaldada nos avanços da microbiologia e da epidemiologia, continuavam a preconizar isolamento do recém-nascido.

Observa-se, desta forma, que a separação da mãe e do recém-nascido teve como objetivo, desde o início, a proteção da criança contra infecções e a conseqüente diminuição do coeficiente de mortalidade infantil.

Esta situação perdurou por muito tempo sem que fossem considerados, pelos responsáveis da assistência à mãe e ao recém-nascido, os efeitos negativos causados pela separação precoce no desenvolvimento físico e psicomotor da criança e na conduta da mulher no seu papel de mãe (Harunari, 1976).

Entretanto, a evolução da psicossomática, da psicodinâmica e da fisiologia aplicada ao comportamento, associada à constatação dos inconvenientes de caráter clínico-patológico causados pela concentração de crianças nos berçários — assumindo, já então, destaque o aparecimento de infecções cruzadas — provocou discussões que levantavam dúvidas sobre a validade do sistema que separava a mãe e filho.

Deste modo, Gesell, em 1943, utilizou pela primeira vez o termo "rooming-in" referindo-se a um ambiente do hospital onde o recém-nascido é colocado em berço ao lado da cama da mãe, pretendendo enfatizar a necessidade de encorajá-la a prestar cuidados a seu filho tão logo lhe seja possível, facilitando assim o relacionamento entre ambos (Bosio et alii, 1976).

Em 1946, meio século após o início da separação mãe-filho nos hospitais, foi inaugurado no Grace New Haven Community Hospital a primeira Unidade de "rooming-in".

Em 1947, no Duke Hospital foi instalada compulsoriamente a Unidade de "rooming-in", após uma epidemia no berçário, com elevada mortalidade por diarreia infecciosa.

Ainda nesse mesmo ano foi, também, instalada a Unidade de "rooming-in" no Jefferson Medical College Hospital, divulgando-se e estendendo-se o novo tipo de assistência.

Já em 1975, a abordagem do assunto era amplamente enfocada em Paris e Genebra no Curso "Les Trois Première Années", patrocinado pelo Centro Internacional da Criança, quando então foi enfatizada a assistência global à criança nos primeiros anos de vida, levando-se em consideração suas necessidades afetivas e de socialização, a importância da estimulação psicomotora e a contribuição da assistência preventiva pela orientação aos pais (Augusto e Amaral, 1977).

3. VANTAGENS NA PRÁTICA DO ALOJAMENTO CONJUNTO

Sendo várias as vantagens do A.C. e, pode-se dizer, todas em um mesmo plano de importância, torna-se difícil enumerá-las em seqüência. A descrição é feita atendendo mais à didática, para facilitar a exposição do que pretendendo selecionar prioridades.

Resumindo, pode-se colocá-las em duas situações básicas, sendo a primeira caracterizada pela possibilidade de atendimento das necessidades afetivas e de socialização do recém-nascido e da mãe e o estabelecimento de um relacionamento favorável entre ambos.

A segunda caracteriza-se pela possibilidade de colocar os profissionais da Saúde perante uma nova situação de atendimento materno-infantil, onde mãe e filho são postos no centro do sistema de saúde, não mais como pacientes, mas como co-participantes, reclamando seus direitos nas atividades assistenciais.

O A.C. transforma a metodologia de prestação de cuidados e de educação para a saúde, ampliando a programação terapêutica além dos limites das evidências clínicas e estendendo-se às dimensões psicológicas, sociais, culturais, econômicas e ambientais.

Mãe e filho colocados no centro do sistema hospitalar impõem a integração dos diferentes profissionais, voltados para um mesmo objetivo.

Detalhando os aspectos relativos às vantagens do A.C., pode-se colocar as afirmações de alguns autores que, através de vivência ou experiências, reforçam a importância da permanência da criança junto à mãe.

Assim, Klaus e Kennell (1970) relatam que, em algumas espécies de animais, quando a mãe e o filhote recém-nascido são separados nas primeiras horas após o parto e posteriormente são reunidos, a mãe apresenta distúrbios no seu comportamento, chegando mesmo a comer seus próprios filhotes. Entretanto, quando a mãe e filhote são conservados juntos durante os primeiros dias após o parto, e separados a seguir, assim que reunidos novamente a mãe adota rapidamente o comportamento materno característico da espécie.

Também Leifer e col. (1972), analisando vários estudos realizados em animais, sugerem que os processos de relacionamento mãe-filho, no período pós-parto imediato, são semelhantes em seres humanos. Uma separação temporária de uma mãe humana do seu filho, nesse período, pode influir negativamente no futuro comportamento dela. Observando mães de filhos prematuros e mães de filhos a termo, concluíram que a separação mãe-filho no período pós-parto imediato pode levar a mãe a um sentimento de competência diminuída e a manifestar menor afetividade. Segundo os mesmos autores, tais comportamentos se devem, entre outros fa-

tores, a um estado hormonal da mãe logo após o parto, quando ela está mais propensa a aceitar o seu recém-nascido.

Outros autores destacam mais especificamente as vantagens do A.C. para os recém-nascidos, mãe e hospital.

Deste modo, de acordo com McBryde (1951), a mãe em "rooming-in" adquire maior confiança e habilidade para cuidar de seu filho, sendo esta situação confirmada pelo decréscimo de 90% nas chamadas telefônicas das mães primíparas, aos médicos pediatras e serviços assistenciais durante a primeira semana após a alta hospitalar.

Esse autor observou, ainda, uma mudança de atitude do pai em relação ao recém-nascido. O pai compartilha a responsabilidade e sente que o cuidado do bebê, nos primeiros meses, não é tarefa exclusiva da mãe.

De acordo com Jackson et alii (1948), o relato de mães sobre sua experiência em A.C. tem o sentido de uma valiosa e agradável oportunidade educacional, e para Cox (1974) em "rooming-in" a mãe estabelece imediatamente um relacionamento íntimo e confiante com seu filho.

Entre os aspectos positivos oferecidos pelo A.C., Montgomery (1949) destaca a possibilidade de melhor supervisão dos cuidados com o recém-nascido. Este autor acredita que a mãe constata problemas mais cedo com a criança ao seu lado, do que as enfermeiras num grande berçário, e realiza procedimentos que podem prevenir complicações, quando devidamente orientada.

A mãe sente-se mais tranqüila quando tem o filho ao seu lado, pois pode observá-lo e atendê-lo sempre que for solicitada, ao contrário do que sucede no sistema tradicional de atendimento à criança em berçários.

Neste último sistema, quando a mãe ouve um choro de criança pensa que é seu filho e que não está sendo feito nada por ele. No A.C. o choro é reduzido pelo pronto atendimento e, quando ocorre, as mães em geral não se sentem incomodadas, pois sabem que a criança será atendida imediatamente (Amaral, 1978).

Observou-se, também, que o aleitamento materno no A.C. aumenta consideravelmente, o que se deve, provavelmente, à proximidade do recém-nascido e à flexibilidade do horário, que permite a alimentação de acordo com a demanda do bebê.

A mãe tem possibilidade de observar o ritmo da criança e amamentá-la quando tem fome. Esta flexibilidade de horário aumenta a lactação e favorece o crescimento físico da criança (McBryde 1951), pois alimentação conforme a demanda proporciona ao recém-nascido um ganho de peso mais rápido e constante (Montgomery, 1949).

Embora a lactação tenha sido a causa principal da separação mãe e filho, ela não tem sido observada em A.C., e a infecção cruzada não constitui realmente um problema em "rooming-in" (Cox, 1974).

Quando a infecção ocorre, apresenta-se localizada em apenas um quarto, sendo possível interditá-lo com mais facilidade, e o bebê infectado não entra em contato com um grande número de crianças, como era um berçário tradicional (Montgomery, 1949).

Klaus e Kennel (1970), e Barnett et alii (1970) estudaram os efeitos de uma total separação mãe e filho durante as primeiras semanas de vida do recém-nascido, e opinam que vários distúrbios de comportamento observados em crianças maiores são devidos a esta separação, que produz alterações no comportamento materno. O tratamento que a mãe dá a seu filho constitui, entre outros, um dos fatores mais importantes da influência no desenvolvimento psicossocial da criança.

Kennel et alii (1974), em estudos feitos, observaram dois grupos de mães.

Em um grupo experimental, as mães tiveram um contato mais precoce (uma hora após o parto) e mais prolongado (16 horas a mais) do que as de um outro grupo de controle, que foi atendido de acordo com a rotina dos hospitais tradicionais. Esses grupos retornaram ao hospital depois de um mês e depois de um ano da alta, para observações e entrevistas. No primeiro retorno das mães e seus filhos, pôde-se verificar que as mães do grupo experimental eram mais atentas e mais responsáveis quanto aos filhos do que as mães do grupo de controle. Fato significativo é que estas diferenças persistiram mesmo um ano após.

Outros autores enfatizam a necessidade de estimulação tátil para o desenvolvimento normal do recém-nascido (Sameroff, 1975). Esta é favorecida em rooming-in, com a proximidade da criança que possibilita a alimentação de acordo com a demanda, o que, por sua vez, proporciona maiores oportunidades de contato físico entre o recém-nascido e a mãe. Mesmo para as que não amamentam ainda, há a possibilidade de segurar a criança com maior frequência.

Continuando os estudos com os grupos de mães citados, Ringler et alii (1975) realizaram observações focalizando a estimulação verbal que elas ofereciam a seus filhos.

As avaliações foram efetuadas 1 a 2 anos após a alta, e constataram que as mães do grupo experimental, que tiveram um contato suplementar com seus filhos, faziam significativamente mais perguntas e usavam mais adjetivos e frases propositivas na comunicação verbal com seus filhos. As mães do grupo de controle, no entanto, utilizavam mais palavras de comando e uma linguagem mais simples com os filhos, embora apresentassem mais fluência verbal quando analisadas em outras circunstâncias.

Por Spitz (1968) foram feitos estudos dos transtornos orgânicos de fundo psicológico na criança e que se estendem no primeiro ano de vida. Tais estudos apontam desvios do comportamento materno em face do filho.

Os estudos de Spitz (1968) enfatizam a importância das consequências nefastas que podem advir de um relacionamento anormal da mãe com o filho nos primeiros meses de vida, e trazem uma contribuição de alto valor científico que permite afirmar que o sistema de atendimento materno-infantil que favorece o contato físico da mãe e do recém-nascido é uma medida profilática imprescindível para prevenir os distúrbios do comportamento e seus efeitos psicotóxicos.

O A.C., dentro de uma nova programação de Saúde, coloca a criança em face da mãe, favorecendo o relacionamento materno-infantil normal num alto grau de intensidade. Este sistema, além de prevenir possíveis distúrbios do comportamento materno perante o recém-nascido, permite aos profissionais da Saúde detectá-los quando manifestos, permitindo a orientação e recondução da mãe aos padrões de normalidade.

O Sistema A.C. permite ainda uma renovação dos profissionais da Saúde no seu contexto de atuação, pois, dentro de um novo e mais amplo conceito de saúde materno-infantil, o ato de curar e cuidar não é atividade exclusivamente dos profissionais da Saúde, mas inclui a co-participação daquele que é tratado e curado. Esta concepção social da saúde, que visa a transformação do paciente-mercadoria em capital produtor de saúde, é que coloca os técnicos da Saúde nos pontos estratégicos da etiologia da doença, transformando-os em profissionais da Saúde. Esta concepção mais ampla de Saúde, de dimensões sociais, torna-se mais importante e imprescindível no campo da assistência materno-infantil, no período neonatal. As atividades assistenciais, transpondo os limites do quadro clínico, ajustam-se às proporções sociais do binômio mãe-filho, segmento representativo do sistema vital em todas as suas dimensões: psicológicas, sociais, morais, culturais e ecológicas. Esta concepção oriunda do espírito da Pediatria Social, transforma a maternidade de agência de assistência técnica de manutenção da saúde em centro de educação sanitária de longo alcance. A mãe ensinada a se cuidar, a entender o filho, a satisfazer suas necessidades integrais, torna-se agente multiplicador da saúde em âmbito individual, familiar, social e ecológico. A implantação do sistema A.C., nas maternidades, deveria ser encarado, sobretudo, como meio de criar novas e mais adequadas condições de atendimento materno-infantil, a fim de alcançar os mais nobres e fundamentais objetivos das atividades das equipes de Saúde na área neonatológica (Bosio, 1976).

Resumindo em forma esquemática o que foi exposto até o momento, pode-se dizer que o sistema A.C. traz como principal vantagem a possibilidade do **atendimento das necessidades básicas da criança, pois coloca os profissionais da saúde perante uma nova situação de assistência materno-infantil** que lhes facilita e valoriza as ações.

Esta situação acarreta, como consequências lógicas:

- maior interação afetiva, entre mãe e filho;
- participação da mãe nos cuidados prestados aos filhos;
- melhoria das atitudes paternas para com o filho;
- transformação da mãe em agente multiplicador de saúde;
- prevenção de desordens neuróticas e problemas de comportamento nas crianças;
- redução da ansiedade da mãe e diminuição do choro do recém-nascido;
- permissão de um regime liberal de amamentação sem rigidez de horários;
- aumento da ejeção do leite;
- mais rápido aumento ponderal do recém-nascido;
- melhor supervisão dos cuidados com o recém-nascido;
- redução do risco de infecção cruzada;
- integração das equipes de Neonatologia e Obstetrícia.

4. DIFICULDADES NA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA ALOJAMENTO CONJUNTO

4.1 Perda de significação global do conceito saúde-doença

A rígida institucionalização e a excessiva profissionalização do sistema de Saúde conduzem a uma limitação do campo visual do conceito saúde-doença, com perda da sua significação global. Este não se encontra mais integrado ao sistema vital em todas as suas dimensões, predominando uma filosofia curativa cujos efeitos se tornam mais evidentes e discutíveis quando estende seu domínio à medicalização dos fenômenos biológicos da maternidade (Amaral, 1978).

A submissão passiva da mulher aos rituais da assistência hospitalar, separando-a de seu filho, impedem-na de exercer o papel de protagonista nos acontecimentos da maternidade.

Os objetivos da atual assistência limitam-se à mera prestação de cuidados à mãe na Unidade de internação e ao recém-nascido no berçário.

Tais cuidados estão voltados apenas para a restauração das funções orgânicas de seus assistidos.

Nesta perspectiva, o serviço de Saúde não passa de uma oficina de consertos das funções vitais, sem possibilidade de interferir na etiologia da doença para garantir a manutenção da vida (Illich, 1976).

Para essa tarefa não se exigem profissionais de Saúde, mas apenas elementos técnicos devidamente treinados para cuidar do doente.

4.2 Medo do desconhecido

O ser humano apresenta uma certa tendência para acomodar-se às situações dos sistemas em que vive, evitando enfrentar o que lhe é desconhecido, talvez, pelo medo de insucesso ou por falta de vivência e de conhecimentos.

Esta situação ocorre, também, quanto à instalação do Alojamento Conjunto, pois este não deixa de significar um desafio à estrutura convencional hospitalar e à estrutura pessoal de cada membro da equipe assistencial.

4.3 Barreiras administrativas

Um dos motivos freqüentemente alegados contra a instalação do rooming-in é o problema econômico. Muitos profissionais, principalmente os administradores hospitalares, acham que o custo dos equipamentos é maior neste sistema. Porém, vários estudos demonstraram que esta idéia é errônea. Segundo Parks et alii (1952), o procedimento que permite o A.C. da mãe e do recém-nascido não é mais dispendioso que qualquer outro sistema de atendimento adequado. Para sua instalação torna-se dispensável equipamento especial ou modificação nos quartos ou salas. Um berço para a criança com um armário para colocar os materiais seria o suficiente. Para Cox (1974), o rooming-in facilita a assistência pós-natal, especialmente à noite e nas horas das refeições quando existe pouco pessoal na Unidade.

Montgomery (1949) afirma que a assistência de enfermagem no rooming-in foi simplificada. Porém, as enfermeiras consideraram a sua experiência no rooming-in como uma oportunidade para praticar uma verdadeira enfermagem, devido ao mérito educacional do programa. Segundo McBryde (1951), as maiores oposições para a instalação do rooming-in no Duke Hospital vieram de enfermeiras e obstetras, porém, após 8 meses de experiência, nenhuma das enfermeiras quis espontaneamente voltar às Unidades separadas. Os pediatras, por outro lado, manifestaram-se satisfeitos com o progresso das crianças, a ausência de infecção, o excelente cuidado do recém-nascido e a alta percentagem de aleitamento materno (Montgomery, 1949).

Entretanto, se o S.A.C. não implica necessariamente em maior ônus com relação à montagem e instalação de condições físicas, está implícito que exige, inicialmente, maior contingente e melhor e mais intensivo treinamento de pessoal.

Este aumento inicial, porém, não é significativo e, por si só e com a

continuidade dos serviços, faz retornar o investimento em benefício dos próprios serviços.

Chama-se atenção para o maior consumo aparente de material, pois, com os procedimentos serão realizados automaticamente dentro dos preceitos técnicos, há necessidade de maior soma de recursos. A mãe exigirá condições para assistência adequada de seu filho, pois enxerga suas necessidades, enquanto que no berçário, muitas vezes, estas passam despercebidas.

5. FUNCIONAMENTO DO SISTEMA ALOJAMENTO CONJUNTO

5.1 Aspectos gerais

A introdução de uma Unidade de A.C. e o planejamento de sua área física e da dinâmica funcional de atendimento à mãe e filho dependerão do conceito e da percepção que se tenha sobre o que é realmente um S.A.C. e do que se pretende com ele alcançar.

Antes mesmo de projetar-se a planta física ou planejar modificações em uma instalação já existente, é preciso que haja sensibilização de toda a equipe interdisciplinar que atenderá mãe e filho nos períodos pré, peri e pós-natal.

Esta sensibilização será feita baseada em uma filosofia global e única de atendimento que estará fundamentada não só nos princípios científicos de adequados procedimentos técnicos, mas, sobretudo, nos preceitos e conhecimentos de psicologia do desenvolvimento e da personalidade.

Todos os membros do setor obstétrico e todos os membros do setor neonatal, assim sensibilizados e possuindo uma filosofia única de trabalho, terão também uma só escala de valores, cujo centro de atenções será o binômio mãe-filho, alvo da assistência, orientação e educação sobre as atitudes e conduta nos cuidados com o recém-nascido.

O alcance de uma filosofia única exige mudanças de comportamento que no ser humano nem sempre são fáceis de obter, mas que são imprescindíveis para o sucesso e pleno alcance dos objetivos e/ou vantagens do A.C.

Esta sensibilização incluirá a mãe, cujo preparo adequado deve, então, ser iniciado no período pré-natal. Este preparo deve incluir o pai podendo mesmo a estender-se aos familiares, como os avós, que estão diretamente envolvidos com o futuro da criança.

O programa de preparo e orientação será planejado de tal forma que, sendo iniciado pelos elementos da Obstetrícia, será continuado de forma harmoniosa pelos elementos da Unidade neonatal, a fim de que a mãe pos-

sa não só aprender corretamente, mas também introjetar segurança no desempenho de suas ações no cuidado para com seu filho. Logo, torna-se imprescindível uma perfeita integração entre os profissionais da assistência neonatal, de modo que todos, falando uma mesma linguagem, estabeleçam através de uma única diretriz a segurança necessária tanto no período de gestação como após o nascimento da criança.

Do mesmo modo, é necessário que todo o pessoal da Unidade de A.C. esteja preparado para atender tanto a mãe como a criança.

O desempenho da mãe em A.C., nos cuidados com o bebê, têm uma conotação ativa e não passiva. Assim, a orientação terá um caráter educacional.

Essa orientação será planejada de forma que, no primeiro dia, a mãe seja observadora dos procedimentos realizados em seu filho, isto é, a enfermagem realiza e a mãe assiste.

Entretanto, durante a execução dos procedimentos, a enfermagem deve falar descrevendo o que e por quê está sendo feito, para que a mãe realmente possa ser educada sobre a maneira correta de cuidar da criança.

No segundo dia, a mãe será participante da assistência e no terceiro dia executante dos cuidados, quando, então, necessitará contar somente com a supervisão de enfermagem.

Esta integração da assistência entre mãe e enfermagem, com a segunda educando a primeira, seria o ponto de destaque da atuação dos profissionais em A.C. A educação procedida desta forma de maneira gradual, proporcionará habilidade e segurança à mãe e poderá levar a um cuidado correto e adequado da criança. Quando a criança é simplesmente colocada ao lado da mãe, sem contar esta com uma orientação prévia sobre como deve proceder, há falha em um dos princípios básicos do A.C., o da educação a nível de cuidados primários e cuidados individuais, produzindo, isto sim, ansiedade na mãe.

Esta ansiedade prejudicaria o relacionamento entre a mãe e a criança, que justamente é o que pretender sob todas as formas evitar no S.A.C.

Está implícito nesta metodologia de trabalho que a mãe não deverá ser jamais encarada como um meio de obter "mão-de-obra".

Assim sendo, para o sucesso de um S.A.C. é necessário que além da sensibilização da equipe, sejam também determinadas para cada categoria, especificamente, as atribuições de cada um de seus membros e sejam estudadas e estabelecidas rotinas para a realização da assistência e técnicas para execução dos procedimentos. Assim se evitará que as trocas de profissionais ocasionadas pelas diversas jornadas de trabalho originem problemas de ansiedade na mãe, pelas diferenças individuais na abordagem de cada um dos enfoques.

Quanto à distribuição do espaço físico, cada Unidade para recém-

nascidos e mães necessita de um espaço mínimo de 7,5 m² onde serão dispostas uma cama para a mãe, um berço para a criança, mesa de cabeceira, mesa de alimentação e uma cadeira ou poltrona. Esta distribuição, no entanto, dependerá, é óbvio, da estrutura global de atendimento que se deseje implantar, bem como de sua dinâmica funcional e da clientela que será atendida, pois o A.C. poderá ser instalado em quartos privativos e enfermarias.

Sendo possível, é interessante que o quarto disponha de um móvel para roupa de reserva da criança e material de higiene, mas pode também ser usado um carrinho com rodas.

É evidente que quando se dispõe de maiores recursos as tarefas ficam mais fáceis; entretanto, quando se pensa em A.C. é dada mais ênfase à filosofia de atendimento do que propriamente à sofisticação do mobiliário.

Quanto à permanência do recém-nascido junto à mãe, ela pode ser contínua ou descontínua, sendo opcional a sua escolha.

Na permanência contínua, a mais desejável, o bebê permanece junto à mãe as 24 horas do dia e na descontínua permanece durante o dia, sendo afastado à noite para repouso da mãe.

O período de tempo entre o parto e a colocação da criança junto à mãe dependerá da estrutura dos serviços. O bebê poderá ir com a mãe para o quarto logo após o nascimento, ou somente após as 6h convencionais passadas na sala de admissão ou observação da Unidade de Internação Neonatológica.

Existem, no entanto, e lamentavelmente, algumas situações que impedem a permanência da mãe junto ao filho. Estas restrições do A.C. são geralmente devidos a situações de alto risco da mãe ou do bebê. Poderiam ser citadas, como exemplo, psicose puerperal, infecções severas, cirurgias da mãe ou do bebê, prematuridade, patologias neonatais. Apgar abaixo de 7, peso do bebê inferior a 2.500g e superior a 4.500g, malformações congênitas graves, bolsa de água rota há mais de 24h, RN de mãe diabética, icterícias precoces e recusa materna.

5.2 Visitas

Poder-se-ia dizer que em nossa realidade a instalação e o funcionamento de A.C. estão, em fase de testagem, não se encontrando completamente definidas suas normas de estrutura básica e o papel que cada um representa em seu contexto.

Esta situação refere-se também aos profissionais, mas, sobretudo, à população e à clientela atendida.

Esta carece de educação e informações adequadas, tornando-se necessária a restrição das visitas sociais para a mãe e a criança. As visitas ficam limitadas ao pai e familiares diretos, como avós e irmãos, principalmente quando o A.C. for em quartos semiprivativos e enfermarias.

Mesmo assim, os familiares devem receber orientação no pré-natal na Unidade, através de palestras, ou mesmo por meio de folhetos impressos sobre como proceder em A.C., incluindo-se regras quanto ao manuseio do bebê.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMARAL, Ines T. O Sistema Alojamento Conjunto, Conferência proferida na VIII Semana de Debates de Enfermagem do Hospital Ernesto Dornelles, Porto Alegre, out. 1978.
2. AUGUSTO, Marianna. Alojamento Conjunto, Escola Paulista de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Pediátrica, São Paulo, 1977, Mimeo.
3. AUGUSTO, Marianna; AMARAL, Ines T. Alojamento Conjunto, Escola Paulista de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Pediátrica, São Paulo, 1978, Mimeo.
4. BOSIO, Basilio; AMARAL, Ines T.; CASTRO, Paulina. O Sistema de Alojamento Conjunto mãe e recém-nascido nas Maternidades. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Pediatria e Puericultura da Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, 1976, Mimeo.
5. COX, B.S. et alii. Rooming-in. *Nurs. Times* 8: 1246-7, Aug. 1974.
6. HARUNARI, Luiza. O Sistema Alojamento Conjunto recém-nascido, e mãe em Maternidade ou Unidade Obstétrica, como contribuição para a assistência integral ao recém-nascido. Tese apresentada à Habilitação à Livre Docência na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1976.
7. ILLICH, I. A expropriação da Saúde. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.
8. JACKSON, E.B. et alii. A hospital rooming-in for four newborn infants and their mother. *Pediatrics*, 1: 28-43, Jan. 1948.
9. KENNEL, H.J. et alii. Maternal behavior one year after early and extend post-partum contact. *Develop. Med. Child Neurol.* 16: 172,9, 1974.

10. KLAUS, M.H. & KENNEL, H.J. Mother separated from their new born infant. **Pediat. Clin. N. Amer.** 17(4) 1015-37, Nov. 1970.
11. Care of the mother. In: KLAUS, M.H. & FANAROFF, A.A. **Care of the high-risk neonate**. Philadelphia, Saunders, 1974. p. 28-106.
12. LEIFER, A.D. et alii. Effects of mother-infant separation on maternal attachment behavior. **Child Develop.** 43: 1203-18, 1972.
13. MCBRYDE, A. A compulsory rooming-in the ward and private new born service of Duke Hospital. **J. Amer. med. Ass.** 145: 625-9, March 1951.
14. MONTGOMERY, T.L. et alii. Observations on the rooming program of baby with mother in ward and private service. **Amer. J. Obstet. Gynec** 57(1): 176-86, jan. 1949.
15. RINGLER, M.N. et alii. Mother to child speech at the 2 years effects of early post-natal contact. **Behav. Pediat.** 86(1):141-4, jan. 1975.
16. SAMEROFF, A. Psychological needs of the mother in early mother-infant interactions. In: Avery Gordon B. (ed.) **Neonatology**. Philadelphia, Lippincott, 1975. p. 1023-45.
17. SPITZ, R. El primer año de vida del niño; genesis de los primeros relaciones objetales — Madrid. Ed. Aguillar 1977.

Endereço do autor: Marina Pizzato
 Author's Address: Av. Protásio Alves, nº 297
 90.000 — Porto Alegre-RS-Brasil