

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O SISTEMA DE "ROOMING-IN" (alojamento-conjunto)

* Wanda Escobar da Silva Freddi

** Maria Zofia B. Schubert

RBEEn/09

FREDDI, W.E.S., SCHUBERT, M.Z.B. — Considerações gerais sobre o sistema de "rooming-in" (alojamento-conjunto). *Rev. Bras. Enf.*; DF, 30 : 136-144, 1977.

A — INTRODUÇÃO

A importância que o contato precoce do recém-nascido com a mãe, logo após o parto, apresenta no seu desenvolvimento emocional tem sido assunto para muitos estudos e pesquisas.

BUDIN (1970), famoso neonatologista, informa que as mães que eram separadas de seu bebê no período do pós-parto sentiam-se desinteressadas por ele. Além disso, mostravam-se incapazes de dispensar-lhe cuidados ou de criá-lo. O autor dá ênfase, principalmente, aos casos de mães de filho prematuro, comentando que muitas abandonaram o seu bebê. Para prevenir essa rejeição, BUDIN estimulava o aleitamento materno, pretendendo, com isso, um contato íntimo entre mãe e filho.

Com o desenvolvimento das ciências que tratam do comportamento humano,

os estudos sobre o significado do estímulo-resposta entre a mãe e o filho passaram a ter um interesse maior. Sem dúvida, o contato precoce entre ambos é muito valioso: se positivo, reflete-se beneficemente no desenvolvimento emocional da criança; se ineficiente, insuficiente ou negativo, pode ocasionar problemas futuros no relacionamento do novo ser com outros indivíduos do seu meio social.

DEUTCH (1952) concluiu, em suas pesquisas, que as influências e respostas similares de várias culturas são baseadas nas reações iniciais e primitivas entre a mãe e o filho. Para a autora, o amor da mãe é como um alimento e deve ser dado regularmente, aos poucos e freqüentemente.

KLAUS et al. (1970) realizaram um trabalho, com a finalidade de observar o comportamento da mãe no primeiro

* Professor Assistente Doutor do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP.

** Professor Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP.

contato com seu filho e determinar, até que ponto, o relacionamento precoce entre eles determina mudanças na atitude materna com relação ao bebê. Utilizaram fotografias tiradas cada segundo, durante os dez primeiros minutos de contato, e estudaram o comportamento em doze mães de recém-nascidos de termo que foram colocados ao seu lado, desde meia hora até treze horas após o parto. Notaram, nessas mães, um comportamento progressivo e ordenado: elas começaram, tocando, com os dedos, as extremidades de seus recém-nascidos; e, após quatro ou oito minutos, faziam massagens no tronco do bebê, com a palma da mão. No primeiro contato, interessaram-se em observar o recém-nascido "face a face", isto é, em mirá-lo. Os autores acharam que tais mães, que tiveram relacionamento precoce e prolongado com seu bebê, demonstraram maior preocupação com o seu filho. Após um mês, quando foram entrevistadas novamente, acariaciavam, fitavam muito a criança durante a amamentação e não permitiram que o pesquisador ficasse só, com ela. Isso quer dizer que a simples modificação de cuidados após o parto pode alterar o comportamento materno.

A interação entre mãe e filho tem início no momento da concepção. O aumento da secreção hormonal durante a gravidez, necessário para manter o feto vivo, proporciona à mãe ajustada uma sensação de bem-estar. O fenômeno fisiológico do crescimento do feto deve, portanto, ser acompanhado do preparo psicológico, que pode ser enfatizado no preparo da mulher para a maternidade. No parto e no pós-parto, há uma interrupção no processo de aproximação do binômio mãe-filho. Nascido o bebê, várias mães não sentem desejo de amamentá-lo ou carregá-lo; no entanto, tudo isso pode ser despertado, à medida que a mãe começa a cuidar da criança.

É útil lembrarmos que, para poder amar o seu bebê, a mãe necessita, nesse

período, de amparo emocional e de compreensão e amor, tanto na parte de seus familiares como da do pessoal que forma a equipe de enfermagem. Quando o recém-nascido começa a sugar, ocorre, novamente, uma estreita aproximação entre mãe e filho. Esse processo de dar e receber é muito gratificante para ambos: o bebê começa a associar suas necessidades de alimento e afeição com o novo meio em que vive e, dessa maneira, adquire confiança no mundo que o cerca; por outro lado, a mãe passa a desenvolver satisfação pelo fato de considerar-se indispensável, o que a leva a sentir-se confiante e segura. É um mecanismo de duas vias.

Não podemos deixar de incluir, no binômio mãe-filho, os demais membros da família. O preparo desses familiares para a nova situação tem particular importância no ajustamento (especialmente no do pai, que precisa desenvolver o seu instinto paternal), ajustamento esse que influirá na aceitação do novo membro e no desenvolvimento do equilíbrio emocional do recém-nato.

YOUNGBLUT (1971) ressalta o valor de a mãe e o pai terem permissão e de receberem orientação para entrar nos berçários de terapia intensiva (observados todos os princípios de assepsia) e de poderem dar atendimento ao seu bebê, que lá se encontra. Essa autora sugere que haja, junto à unidade de berçário de cuidados intensivos, uma sala para os pais, para que eles possam conversar com o neonatologista ou com a enfermeira, bem como pegar seu filho ao colo e alimentá-lo.

IORIO (1975), comentando a assistência de enfermagem a puérperas, enfatiza o significado da orientação dos pais para a alta hospitalar. De acordo com ela, tal orientação deve ser um processo contínuo, que principia no pré-natal e continua através de todo o ciclo da maternidade, tendo como principal objetivo descobrir as necessidades físicas e emo-

cionais dos familiares. Recomenda, para o período de pós-parto, grupos de discussão sobre as precauções que a puérpera deve ter consigo mesma e com seu recém-nascido, partindo sempre do que ela sabe a respeito de suas novas atribuições no regresso ao lar.

Outros autores, como LERCH (1970), FITZPATRICK et al. (1971), CLAUSEN et al. (1973) e outros, têm o mesmo conceito de IORIO (1975): consideram que a participação ativa da mãe no tratamento do bebê proporciona oportunidade de que suas deficiências sejam percebidas e ela receba orientação sobre como resolvê-las. Isso não só propicia satisfação para o filho como contribui para o amadurecimento materno. Nesse cuidado integrado, deve incluir-se a orientação do pai.

Considerando a importância do relacionamento precoce entre mãe e filho, como também do preparo do pai para receber o novo membro, KLAUS et al. (1970), LERCH (1970), FITZPATRICK et al. (1971), CLAUSEN et al. (1973), IORIO (1975) e outros apresentam o sistema de "Rooming-in" como o mais vantajoso em relação ao de berçário centralizado, para atingir aquele objetivo, KRINSKI et al. (1973) acrescentam um outro aspecto desse método: propõem dois tipos de isolamento nas maternidades: berçário de isolamento e "rooming-in". Por razões econômicas e epidemiológicas, preferiram o "rooming-in", em que os berços ficam junto ao leito materno: o bebê tinha alta junto com a mãe, fazendo-se a desinfecção do quarto.

Nesse processo, os recém-nascidos e as mães não entravam em contato com outras puérperas e bebês, os quais poderiam ter sido infectados com flora bacteriana do hospital. Segundo os autores, o risco de infecção proveniente da equipe hospitalar diminuiu; além disso, o isolamento dos quartos privativos e a permanente rotação da corrente de ar permitem que o desenvolvimento de focos endêmicos e

o aparecimento de epidemias sejam eliminados.

Parece-nos, portanto, que as vantagens do sistema "rooming-in" (para a mãe, para o bebê e para a equipe profissional da unidade) merecem sérias considerações.

B — SISTEMA DE "ROOMING-IN"

"Rooming-in", alojamento-conjunto ou bercário descentralizado é um sistema, no qual a assistência de enfermagem é dispensada tanto para a mãe quanto para o filho. Conforme já vimos, o berço do recém-nascido é colocado junto ao leito da puérpera, procurando proporcionar, o mais cedo possível, um relacionamento precoce — conduta utilizada, aliás, desde os tempos imemoráveis.

MEBRYDE (1951), revendo a história da assistência ao recém-nato, informa que, durante os noventa anos anteriores ao seu trabalho houve grandes mudanças quanto à responsabilidade da mãe nos bercários. Em 1880, nos hospitais da América e da Europa, "rooming-in" era o que prevalecia. No "Johns Hopkins Hospital", adotaram o berçário separado, mas ficaram usando "rooming-in" até 1890; o "Nursery and Children's Hospital" continuou a empregá-lo além de 1896 e o "New York Hospital", até depois de 1898.

Com a finalidade de diminuir a morbidade e a mortalidade dos recém-nascidos (geralmente resultantes de diarreias epidêmicas, infecções respiratórias e equipamentos inadequados), passou-se para o berçário centralizado. DUNHAM & CRANE (1943) recomendaram, para os cuidados hospitalares do recém-nascido de termo e dos prematuros, no "Children's Bureau", medidas de proteção contra infecção e especificaram que as visitas nos berçários deveriam ser, exclusivamente, para as mães dos prematuros e através de visores. Também no manual da Academia Ame-

ricana de Pediatria (1957), há a recomendação de isolamento rigoroso e a de visitas feitas unicamente através dos visores do berçário. Porém, segundo comentários do "Citizen's Committees on Children of New York City" (1955), em 1954, nesses hospitais, 50% dos bebês eram visitados apenas uma ou duas horas por semana. Após essa época, o trabalho apresentado por JACKSON et al. (1948) voltou a despertar o interesse dos neonatologistas e da enfermagem pela instalação do "rooming-in", para mães de crianças de termo.

No entanto, o "rooming-in" continua a ser discutido, com freqüência, como inovação moderna. Isso nos incentivou a analisar alguns dos aspectos desse método, orientando-nos, principalmente, pelas normas ditas pela Academia Americana de Pediatria (1957).

1. *Objetivos do sistema de "rooming-in"*

Entre os objetivos do sistema de "rooming-in" destacamos os seguintes:

- proporcionar à mãe e à criança a experiência de um relacionamento precoce natural, logo após o parto, quando a puérpera se encontrar em condições de cuidar do seu bebê;
- incentivar a alimentação natural flexível, de acordo com as necessidades do recém-nato;
- orientar, tanto a mãe como o pai, quanto ao atendimento do recém-nascido, para que eles sejam capazes de cumprir melhor a sua função e possam sentir maior segurança no cuidado do filho, após a alta hospitalar;
- reduzir ao mínimo a incidência de infecção cruzada entre os recém-nascidos.

2. *Tipos do sistema de "rooming-in"*

Essencialmente, podemos ter três tipos do sistema de "rooming-in":

- de permanência contínua;
- de permanência intermitente;
- de permanência obrigatória.

A escolha deve ser livre: a mãe é consultada sobre se aceita ou não o sistema e sobre qual deles prefere.

No sistema de permanência contínua, a criança fica todo o tempo ao lado da mãe. É, geralmente, o preferido pelas primíparas, que querem o filho o mais tempo possível junto de si, para observar-lhes as reações e para aprender a tratar dele sob a orientação da enfermeira.

RIBEIRO et al. (1966) alertam para a conveniência de se oferecer, aos jovens pais, uma orientação segura no cuidado do filho; isso evitará levarem para casa um desconhecido que terão dificuldade de entender.

No sistema de permanência intermitente, o recém-nascido fica durante o dia com a mãe e, no período noturno, é recolhido para a unidade de berçário centralizado. O contato mãe-filho é menos prolongado do que no tipo anterior, porém, mais do que no sistema de berçário centralizado. Muitas mulheres dão preferência a tal modalidade, pois, durante a noite, podem descansar melhor; mesmo durante o dia, se estiverem cansadas e o bebê, irrequieto, podem pedir que ele seja removido para o berçário, até a mamada seguinte.

O sistema de permanência obrigatória é aplicado, quando há uma epidemia na unidade de berçário centralizado e o hospital não dispõe de instalações materiais adequadas de isolamento; portanto, só é indicado para resolver situações de emergência. Nesse caso, todos os recém-nascidos, ficam, obrigatoriamente, junto à mãe. Na introdução de nosso trabalho, quando apresentamos a pesquisa de KRINSKI et al. (1973), já comentamos a validade desse método.

Cabe aqui, uma ressalva quanto às multiparas e às mães que têm atividades intensas no lar ou fora dele. Estas,

de modo geral, preferem o sistema de berçário centralizado, pois querem aproveitar o tempo de permanência no hospital para repousar. Durante esse período, sentem-se livres da responsabilidade de cuidar do bebê e não têm ansiedade quanto ao que ele vai precisar receber, após a alta.

BASTOS (1969) considera contra-indicado o sistema de "rooming-in", nos casos em que a puérpera é portadora de moléstia infecciosa ou quando seu parto foi cirúrgico.

No caso de moléstia infecciosa, podendo esta ser transmitida ao recém-nascido, este sistema não é, realmente, aplicável. Porém, nos de mulheres com complicações puerperais, LEIFER (1967) acredita firmemente que o "rooming-in" possa ser empregado, embora em princípio, seja reservado para puérperas sem intercorrências. Vai mais longe: acha que isso não só é possível, mas desejável, visando a preservar certos aspectos de independência e a incentivar o relacionamento natural entre mãe e filho. Segundo a autora, esse é um desafio para a enfermagem: ela deve preservar a independência da puérpera, estimular o relacionamento mãe-filho e manter as condições normais do puerpério. Para tanto, torna-se necessária uma assistência contínua, quer para a mãe, quer para o filho. Cumpre, então, à enfermeira, ter compreensão das necessidades físicas e emocionais da puérpera além de desenvolver um conceito real desta, como indivíduo.

3. *Requisitos prévios para o sistema de "rooming-in"*

A adoção do sistema de "rooming-in", nas maternidades, implica o estudo de certos requisitos relacionados com o pessoal (médicos, enfermeiras, auxiliares, pacientes e seus familiares) e com as instalações materiais. Todos os serviços hospitalares (administrativos ou de pes-

soal) devem estar de acordo com o método adotado, para que a assistência à mãe e ao recém-nascido seja dada, homogeneamente, por toda a equipe que os assiste no ciclo grávido-puerperal. Destaca-se, de modo particular, a coordenação dos serviços de obstetrícia, pediatria, enfermagem e dietética.

3.1 PESSOAL

O pessoal da equipe hospitalar, tanto médicos como enfermeiras e auxiliares, necessita conhecer muito bem o método de "rooming-in", seus objetivos e as técnicas que serão utilizadas na assistência à mãe e ao bebê. Somente após treinamento poderão exercer, conscientemente, as funções. Aos médicos e às enfermeiras cabe despertar, na mãe e no pai, o interesse pelo cuidado integral do filho, desde o início. Além disso, os demais membros da família, como os outros filhos (se houver) ou os avós, precisam ser preparados para receber o novo membro. Portanto, para que o procedimento tenha sucesso, também os pais devem receber uma explicação completa sobre os seus objetivos e técnicas; e, se possível, visitar o hospital, antes do parto.

Um aspecto que convém ficar bem claro, seja para o pessoal hospitalar, seja para os pais, é o da limitação de visitas.

Se o sistema de "rooming-in" adotado for o intermitente, o recém-nascido poderá ser retirado da enfermaria nas horas de visita; se contínuo, as visitas serão limitadas, permitindo-se apenas a visita do pai do bebê, dos avós e dos parentes mais próximos. Deve-se consentir apenas em um visitante por vez, exigidas as medidas profiláticas de rotina — lavagem das mãos, avental privativo, máscara e gorro —, antes de a criança ser pega ao colo.

O êxito desse processo depende, em grande parte, da enfermeira: durante

todo o tempo, ela ou uma auxiliar de enfermagem permanece no atendimento da mãe e do recém-nascido, bem como no dos seus familiares; além disso, tem que possuir uma preparação prévia, não só técnica, como também para elaborar, executar e avaliar programas de ensino adequados para orientar os pais na compreensão e no cuidado do filho. Segundo normas ditadas pela Academia Americana de Pediatria, uma enfermeira consegue atuar eficazmente somente com quatro mães e quatro recém-nascidos. Por conseguinte, não se justifica a instalação desse método, com a finalidade de economizar número e tempo do pessoal de enfermagem.

3.2 INSTALAÇÕES NECESSÁRIAS

I — *Planta física*

Segundo RIBEIRO et al. (1966), o sistema de "rooming-in" exige uma "pequena ampliação da área dos quartos e enfermarias". Na realidade, as enfermarias e os quartos devem obedecer a certo padrão, tendo tamanho adequado para acomodar a mãe e os equipamentos necessários ao seu cuidado e ao do bebê. Várias plantas foram idealizadas, tendo desde um, até quatro leitos; contudo, ao se projetarem construções novas, será aconselhável que se planejem unidades de duas salas (cada sala para duas mães), dispostas ao redor de um espaço destinado à sala de serviço e de uma sala comum para quatro recém-nascidos. Recomenda-se que, qualquer que seja a enfermaria, apresente ela um espaço mínimo de 7,5m² para cada cama, cadeira, mesa de cabeceira da mãe e berço, e tenha o material necessário ao cuidado do bebê. Cada enfermaria deve apresentar seu posto de enfermagem e uma sala para treinamento das mães. Sempre que possível, esses quartos serão alegres, confortáveis e tranquilos; se a construção

for nova, recomenda-se o uso de material próprio a isolar ruídos.

Para BASTOS (1969), a unidade de berçário descentralizado ou "rooming-in" é um "pequeno berçário individual, colocado ao lado do quarto onde se localiza a mãe, deste separado por placa de vidro ou outro material transparente". A Academia Americana de Pediatria aconselha que, nas enfermarias de várias camas, estas sejam separadas com cortinas, ou com paredes delgadas laterais e cortinas, para que as puérperas possam desfrutar de certo isolamento; e que o berço permaneça ao lado da cama da mãe.

No planejamento do "rooming-in", é importante que toda enfermaria com uma ou mais puérperas junto com os filhos tenha uma pia, para facilitar a lavagem das mãos.

II — *Instalações para o recém-nascido*

Cada enfermaria, no sistema de "rooming-in", deve conter, no mínimo:

- armário embutido, para acondicionar a roupa limpa a ser usada no bebê (fraldas, cueiros, camisas etc.) e lençóis, toalhas etc.;

- material completo para o cuidado diário do recém-nascido e da mãe (individual);

- recipiente com tampa para colocar fraldas usadas e um outro, para demais roupas de que já se fez uso. Os dois devem ser colocados em um lugar cômodo para a mãe. Nas enfermarias de vários leitos, tais roupeiros não precisam ser individuais para cada mãe;

- aventais de manga longa, máscaras e gorros, em número suficiente para as visitas diárias.

III — *Alimentação artificial*

Embora uma das finalidades do sistema de "rooming-in" seja estimular a alimentação materna, muitas mães não

têm leite suficiente para o bebê e ele necessita de complementação alimentar. Nesses casos, o serviço de dietética prepara as mamadeiras, que são devidamente rotuladas e guardadas em refrigerador de berçário mais próximo; no horário da mamada, o alimento artificial é aquecido e levado para a mãe; completa-se assim, a alimentação natural.

4. RESPONSABILIDADE DA ENFERMEIRA

4.1. Observação, nas primeiras vinte e quatro horas de vida, do recém-nascido selecionado para o sistema de "rooming-in".

Após o obstetra e o neonatologista recomendarem o sistema de "rooming-in", cabe à enfermeira fazer a observação rigorosa, tanto da mãe como do recém-nascido. O primeiro dia de vida é considerado o mais perigoso de todo o período neonatal; além disso, é importantíssimo que a enfermeira atente de modo especial, nos sinais e sintomas de intercorrências que podem surgir nessa fase. Ela precisa observar:

— tipo e freqüência de choro: o recém-nascido deve chorar vigorosamente, sobretudo quando manipulado. Choro gemente, em grito ou soluço e ausência total de choro são indícios habituais de anomalias graves;

— cor da pele: notar se o recém-nascido apresenta palidez persistente (pode sugerir hemorragia interna, ocasionada por traumatismo do parto), cianose generalizada ou localizada e icterícia;

— freqüência respiratória: no recém-nascido normal, a freqüência respiratória pode oscilar, nas primeiras vinte e quatro horas, entre quarenta e cinquenta movimentos por minuto. Taquipnéia, com cianose perioral ou generalizada, deve ser comunicada ao neonatologista. Com as dificuldades respiratórias, costumam estar associados: náusea, vômito,

posição anormal da cabeça e tremores musculares — sintomas, que podem ser ocasionados por obstrução da naso-faringe devida a muco ou secreção. O bebê deve ser aspirado e colocado em posição de drenagem postural (Trendelenburg);

— eliminações: as primeiras fezes precisam ser observadas quanto à cor, ao aspecto e ao cheiro, e o fato, anotado, rigorosamente, no prontuário do recém-nascido. Isso indica o seu funcionamento intestinal. O mesmo procedimento, com relação à eliminação de urina. O vômito hemoptóico ou com sangue coagulado e a malena notificam-se ao neonatologista, urgentemente;

— observação do coto umbilical, para controlar hemorragia; quando necessário, fazer nova laqueadura;

— tremores acentuados dos membros superiores e inferiores exigem especial atenção, pois podem significar hipoglicemia ou hipocalcemia; informar o neonatologista a respeito, pois, nesses casos, testes laboratoriais esclarecem o diagnóstico;

— transpiração: ocorre, às vezes, entre as duas e as seis primeiras horas de vida; freqüentemente, a transpiração está associada ao choro e à dificuldade do bebê em eliminar o mecônio.

Essas observações são valiosas, porque os recém-nascidos que apresentam qualquer alteração, ou suspeita de alguma anomalia, devem permanecer no berçário central, não sendo conveniente que venham a colocar-se em sistema de "rooming-in".

4.2 Orientação dos pais.

Durante o tempo de permanência no hospital, é bastante vantajoso que a mãe seja ensinada a cuidar do bebê, sob a orientação direta da enfermeira. Assim, ela adquire confiança na sua habilidade de tratar do filho. Também o pai deve participar de algumas aulas e dispensar cuidados à criança, para conhecê-la me-

lhor e poder auxiliar a esposa, após a alta hospitalar. Isto aumenta a segurança dos pais e melhora o relacionamento familiar.

Como sugestão para a orientação dos pais, a enfermeira deverá fazer, junto com os outros profissionais que cuidam da mãe e do bebê, um programa que tenha, no mínimo, os seguintes assuntos:

— principais características físicas do recém-nascido: peso, aparência física, postura, forma da cabeça, cabelo, laringe, olhos, coto umbilical, eliminações e pele;

— principais necessidades emocionais do bebê e como satisfazê-las: necessidade de afeto, amor e aconchego maternos; necessidade de sono; tipos e causas do choro do bebê;

— amamentação natural: vantagens; técnica correta para a amamentação natural;

— alimentação artificial e complementar: cuidados com os utensílios usados no preparo da fórmula láctea; técnica do preparo da fórmula láctea;

— tratamento diário do recém-nascido: banho antes e após a queda do coto umbilical; limpeza, antes das mamadas;

— modificações dos primeiros dias de vida: icterícia fisiológica; fezes e suas características (mecônio, transição e normais); pseudomenstruação, tumefação mamária e hidrocele;

— equipamento e enxoval do bebê;

— exame médico periódico;

— registro de nascimento;

— precauções que a puérpera deve ter consigo mesma, durante o puerpério.

C — CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema de "rooming-in" não se limita a aprimorar a assistência à mãe e ao recém-nascido; proporciona também um intercâmbio emocional harmonioso entre os familiares, o que vai influir na formação da estrutura psicofísica da criança e no seu ajustamento ao mundo exterior.

Nestas considerações finais, apresentamos, resumidamente, suas vantagens e desvantagens.

Vantagens:

— facilita o relacionamento mãe-filho;

— diminui, ao mínimo, a possibilidade de infecção cruzada;

— permite melhor supervisão do recém-nascido, pois a mãe presta mais atenção ao filho do que a enfermeira ou a obstetrix;

— diminui a possibilidade de troca de bebês (a maior fonte de problemas da administração hospitalar);

— aumenta a possibilidade de orientação da mãe e dos seus familiares, quanto à assistência ao recém-nascido.

COX (1974) acrescenta, ainda, as seguintes:

— nos casos de incêndio ou em qualquer outra emergência que exija rápida retirada dos bebês, as mães podem sair rapidamente, levando seus filhos;

— em instituições hospitalares, há o risco de indivíduos com distúrbios mentais lesarem pacientes que podem defender-se; no sistema de "rooming-in", pela constante vigilância materna, tal risco se reduz. Em berçários centralizados, o número de pessoal é, via de regra, insuficiente; por conseqüência, a vigilância dos recém-nascidos é menor.

Desvantagens:

— perda de sono da mãe. O choro do bebê ou um grito dele pode acordar todas as mães (geralmente as enfermarias são de quatro leitos e um bebê, chorando ou gritando, acorda as quatro mães). É evidente que a enfermeira removerá depressa, para o berçário central, o bebê que estiver chorando;

— exige um contingente maior de pessoal, para dar assistência de enfermagem (incluindo a orientação da mãe e a dos familiares) como ainda para controlar o suprimento e a limpeza das enfermarias;

— a orientação e a supervisão do serviço do pessoal da equipe são mais difíceis;

— há maior consumo de material.

Considerando as vantagens e as desvantagens do sistema de "rooming-in", achamos que, na medida do possível, convém que ele seja implantado. Isso im-

plica a mudança de atitude da equipe profissional, que, uma vez favorável à utilização do método, deve estudar o melhor caminho para alcançar plenamente os seus objetivos. Mesmo porque o comportamento do pessoal em relação ao sistema de "rooming-in" é muito mais importante do que as facilidades materiais que o hospital possa apresentar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BUDIN, P. *The nursing*. London, Caxton, 1907.
- YOUNGBLUT, A. C. Specially for the newborn intensive care in the nursery. *Can-Nurse*, 67: 24-7, aug. 1971.
- McBRYDE, A. Compulsory rooming-in in the ward and private newborn service at Duke Hospital. *J.A.M.A.*, 145: 625, 1951.
- JACKSON, et al. Hospital rooming-in unit for 4 newborn infants and their mother: descriptive account of background, development, and procedure with fero preliminary observations. *Pediatrics*, 1: 28, 1948.
- DEUTCH, H. *La psicologia de la mujer*. 4.^a ed. Buenos Aires, Losada, 1960. v. 2.
- KLAUS, M. H. et al. Human maternal behavior at the first contact with her young. *Pediatrics*, 46 (2): 187-192, August, 1970.
- IORIO, J. *Childbirth-family-centered nursing*. 3 rd. Saint Louis, Mosby, 1975.
- CLAUSEN, J. P. et al. *Maternity Nursing Today*. New York. McGraw-Hill, 1973.
- FTZPATRICK, E. et al. *Maternity Nursing*. 12nd ed. Philadelphia, lippincott, 1971.
- LERCH, C. *Maternity nursing*. Saint Louis. Mosby, 1970.
- KRYNSKI, et al. Application of cohort isolation principles to the rooming-in of babies and their mothers in hospital staphylococcal cross-infections. *J. Hig. Epidemiol. Microbiol. Immunol.* 17: 323-8, mar. 1973.
- DUNHAM, E. & CRENE, M. *Standards and Recomendations for Hospital Care of Newborn Infanta, Full — Term and Premature*. U. S. Children's Bureau, Washington, Bureau of Publications, 1943. (Publication número 242).
- ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA *Normas y recomendaciones para la atención del recién nacido en hospitales a término y prematuro*. Evanston, Academia Americana de Pediatría, 1957.
- CITIZENS' COMMITTEE ON CHILDREN OF NEW YORK CITY. *J. Pediat.*, 46: 710, 1955.
- RIBEIRO, C. M. et & AUGUSTO, E. P. Unidade de enfermagem obstétrica. *Revista Paulista de Hospitais*. 14 (9): 8-20. Set. 1966.
- BASTOS, N. M. Berçário centralizado ou descentralizado? *Revista Paulista de Hospitais*, 17 (7): 11-18, jul. 1969.
- LEIFER, G. Rooming-in despite postpartal complications. *American Journal of Nursing*, 67 (10): 2.114-2.119, oct., 1967.
- COX, B. S. Rooming-in. *Nursing Times*: 1.246-1.247, Aug. 8, 1974.