



ARTIGO ESPECIAL

História do alojamento conjunto*Rooming-in history***Regina L. S. Ungerer¹, Ana T. C. de Miranda²****Resumo**

Objetivo: Fazer uma revisão sobre a trajetória do alojamento conjunto mãe-filho e as transformações no atendimento perinatal influenciadas pelos avanços da medicina.

Método: Este foi um trabalho de pesquisa bibliográfica e análise de conteúdo a partir de uma perspectiva histórica.

Resultados: Até o início do século, o parto e o nascimento eram eventos domiciliares e de domínio das mulheres. Porém, a ascensão dos hospitais e as novas técnicas proporcionadas por eles tornaram os locais de escolha para tratar qualquer tipo de paciente. Essa nova forma de atender os enfermos os retirava de seus lares e de perto de seus familiares, e até mesmo os recém-nascidos deveriam ficar longe de suas mães, confinados em berçários até a alta, para evitar qualquer tipo de infecção. Mas, no final da década de 40, pesquisadores foram alertados para o desajuste familiar advindo da separação mãe-filho logo após o nascimento e abriram caminho para um novo campo de pesquisa. Uma das formas encontradas para superar essa dificuldade foi a criação do alojamento conjunto mãe-filho que permitia que ambos permanecessem juntos desde o nascimento até a alta. Essa experiência tinha a intenção de devolver à mãe a possibilidade de cuidar ela mesma de seu filho, mas o projeto extinguiu-se e só foi ressuscitado na década de 70 com o apoio de organizações internacionais respeitadas como a OMS e o UNICEF.

Conclusão: Separação mãe-filho logo após o nascimento desperta insegurança materna, dificulta o aleitamento e priva o bebê do carinho e cuidado de sua mãe. Já foi demonstrado que crianças separadas de suas mães logo após o nascimento são mais suscetíveis ao abandono, a sofrerem abusos e a serem vítimas de violência. Dessa forma, seria aconselhável que os profissionais de saúde estivessem conscientes da importância da saúde psicológica da mãe, do bebê e da família para evitar tal experiência.

J. pediatr. (Rio J.). 1999; 75(1): 5-10: alojamento conjunto - história, pediatria - história, aleitamento materno, atenção materno-infantil, relação mãe-filho.

Abstract

Objective: To review the rooming-in facility for mother and child and the transformations in the perinatal care.

Method: This is a bibliographic review with a content analysis from a historical point of view.

Outcome: Until the beginning of this century, labor and birth were strictly a domestic event under the responsibility of women. When the hospitals began to offer new techniques they became the place of choice to treat all kinds of patients. This new way of treatment confined patients in hospitals away from their relatives and friends. Even newborn babies were to be left alone in nurseries away from their mothers, in order to be protected from any kind of infection. In the late 40s, researchers connected the mother-child separation at birth to some disadjustments in family relations and this led the way to a new research field. One of the innovations was a rooming-in facility for mother and child. This was first used as a trial whose intention was to re-empower the mother with her baby care. As a trial it ended and was only reborn in the 70s sponsored by WHO and UNICEF.

Conclusions: Mother-child separation raises maternal insecurity, decreases breast feeding and deprives the baby from his mother's love and care. It has been already shown that children who are separated from their mothers at birth are more likely to be abandoned, hurt or abused. Thus it should be advisable to enroll health professionals in promoting mental and psychological health of mothers, babies and their families.

J. pediatr. (Rio J.). 1999; 75(1): 5-10: rooming-in care - history, pediatrics - history, breast-feeding, mother-child relations, infant care.

Rooming-in foi o termo utilizado por Arnold Gessel pela primeira vez em 1943, em seu livro "*Infant and child in the culture of today*", para denominar a prática de permitir a colocação, no mesmo ambiente, de um pequeno berço para acomodar o recém-nascido ao lado de sua mãe¹. Esse termo foi uma derivação do termo *lying-in*, que, em inglês, significa estar deitado, e é utilizado para mulheres em trabalho de parto.

1. Mestre em Saúde da Criança/Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ. Doutoranda da Pós Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ

2. Professora Adjunta e Livre-Docente de Obstetrícia – UERJ. Doutoranda da Pós Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ. Vice-diretora do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ.

Em 1800, os hospitais tinham um papel insignificante para a sociedade e, até o final do século XIX, ainda considerava-se que essas instituições não poderiam oferecer nada além do que já era realizado em casa. Nenhum cidadão de “bem” entraria num hospital se não fosse por insanidade, epidemia ou se sofresse um acidente em outra cidade. Alguns procedimentos cirúrgicos à parte, pouco poderia ser feito em hospitais que não pudesse ser realizado nos domicílios. Em suma, os hospitais no século XIX existiam para os dependentes e necessitados, não para prover recursos técnicos especializados para as pessoas em geral².

Neste sentido, qualquer mulher que aceitasse dar à luz em um hospital público deveria ser extremamente pobre, indigente, destituída de amigas, prostituta, doente mental, apresentar alguma doença contagiosa ou deveria estar muito desesperada. Dava-se à luz em casa, com uma parteira, cercada de parentes e rostos conhecidos, mesmo sendo uma casa simples e muito pobre. E, naturalmente, a única forma existente para se manter um bebê depois do parto era ao lado de sua mãe, recebendo o calor de seu corpo e leite materno².

Os poucos hospitais que ofereciam leitos para gestantes não dispunham de lugar especial para o recém-nascido, que permanecia ao pé da cama de sua mãe até o momento da alta. Podia-se até dizer que berçários eram locais desconhecidos. Um bom exemplo disso foi o Hospital Johns Hopkins, em Baltimore/EUA, construído no final do século passado sem berçário, a exemplo de quase todos os hospitais americanos. A revisão feita por Strong³ demonstrou que praticamente todos os hospitais europeus, assim como os hospitais chineses e japoneses, desconheciam locais especiais para colocar os recém-nascidos, pois seu lugar natural era ao lado de sua mãe.

Acredita-se que o primeiro berçário surgiu em 1893 em Paris, na *Maison d'Accouchements* da *Boulevard de Port-Royal*. Criado pela enfermeira chefe da Casa de Partos, M.me Henry, para atender crianças prematuras conhecidas como “fracas”, “congenitamente fragilizadas”, com debilidade *vitae* ou simplesmente “débeis”, que chegavam principalmente dos arredores da cidade, em busca de socorro. Nesse local, M.me Henry utilizava uma gerinçõa criada por Stéphane Etienne Tarnier para aquecer os bebês que chegavam muito frios. Esse aparelho, baseado na chocadeira de ovos, ganhou o nome de “*couveuse*” ou em português, incubadora⁴.

Pierre Budin, importante obstetra francês da época, conhecido como um dos pais da neonatologia, assumiu dois anos depois este serviço, dando continuidade ao trabalho de atender a bebês com problemas de alimentação e de temperatura. Ele foi um dos primeiros médicos a se interessar pelo bem estar dos recém-nascidos e, numa aula histórica em 1899, disse a seus alunos:

Depois de alguns anos, as crianças também passaram a receber a atenção dos obstetras. Embora o mais importante seja salvar a vida da mulher no momento do parto, hoje em dia, graças à anti-sepsia, a mortalidade por

infecção quase desapareceu e a morbidade está reduzida a seu mínimo. Assim, menos preocupados com a sorte das mulheres, os obstetras puderam voltar-se para a sorte dos bebês. Por isso, deste ano em diante, reservaremos uma hora a cada quinze dias para ensinar o que sabemos sobre a infância⁴.

Ao publicar suas lições clínicas no livro “*Le Nourrison*”, ele já chamava a atenção para o controle da temperatura, tempo da gestação *versus* peso do bebê, higiene, alimentação adequada, presença constante e carinho das mães, como fatores fundamentais para a sobrevivência das crianças prematuras.

Um de seus maiores legados foi a constatação de que a criança que não recebia leite materno estava ameaçada de afecções do tubo digestivo, e a que não recebia carinho materno estava ameaçada de terminar numa instituição para crianças abandonadas, muito comuns àquela época. As estatísticas de mortalidade infantil daquele tempo mostravam que somente a diarreia contribuía com 38,5% de todas as mortes da primeira infância⁴.

Para ele, de nada adiantava salvar a vida da criança se esta fosse terminar num orfanato; portanto, a presença e a atenção da mãe no cuidado com seu bebê era fundamental e deveria ser estimulada. Ele também defendia a sucção direta do seio materno, a não ser que o bebê fosse muito fraco para sugar, e nessa situação o leite materno poderia ser expresso diretamente dentro da boca do bebê, ou poderia ser oferecido por conta-gotas ou colher, tanto pela boca como pelo nariz. Geladeiras não existiam, a pasteurização ainda não tinha sido inventada, e a possibilidade de armazenar leite materno para ser oferecido mais tarde resultava sempre no risco de contaminação. Os trabalhos de Lister e Pasteur começavam a ser aceitos pela comunidade científica, e a possibilidade de infecção através de bicos de mamadeira era extremamente elevada, e esses deveriam ser evitados a todo custo.

Já existiam algumas tentativas de alimentar os bebês com leite de vaca, mas muitos consideravam essa opção uma sentença de morte para a criança, cuja mãe não podia ou não queria amamentar. Essa era uma situação relativamente freqüente, principalmente pela tão temida infecção puerperal (que durante os séculos XVII, XVIII e XIX foi uma espécie de pestilência que dizimou grande parte da população feminina) sem falar na sífilis, escrófulo e mamilos invertidos. Budin encorajava o aleitamento materno e estimulava que as mães fornecessem toda a quantidade de leite possível para sustentar o filho internado.

No início do século XX, era elevada a taxa de morbidade e mortalidade de recém-nascidos por doenças infecciosas, especialmente a diarreia. Dados alarmantes sobre mortalidade foram publicados pelo *Children's Bureau*, criado em 1912, e indicavam uma tendência decrescente na mortalidade infantil, mas apontavam uma constante e elevada mortalidade nos primeiros meses de vida. Os progressos com as incubadoras que vinham sendo desenvolvidas para aquecer e isolar os recém-nascidos mostravam resultados satisfatórios, e as novas fórmulas inventa-

das pelos químicos europeus para alimentar bebês internados pareciam promissoras.

Essas novidades no cuidado com os bebês internados foram importantes para impulsionar os hospitais para uma mudança do seu perfil e estratégia de atendimento e de funcionamento. Essas novas técnicas deram a credibilidade que as instituições precisavam para serem elevadas à categoria de entidades respeitadas, modernas, científicas e qualificadas para ditar normas, rotinas e procedimentos no atendimento dos recém-nascidos.

Logo a seguir, houve uma propagação de medidas de estrito isolamento dos recém-nascidos após o nascimento. Com o intuito de reduzir o manuseio, as visitas e a contaminação de quem quer que os tocasse, os hospitais promoveram definitivamente o afastamento entre mães e bebês, mesmo daqueles considerados saudáveis⁵.

Nos anos 40, porém, a sociedade já estava discutindo a respeito da saúde mental, psicológica e emocional do ser humano. Nessa época, um grupo da *Yale School of Medicine*, liderados por Edith Jackson e Grover Powers, ambos professores de pediatria e psiquiatras, apresentaram um estudo sobre distúrbios psicológicos da mãe e do bebê. Esse estudo indicava que a atenção materno-infantil durante o período de internação hospitalar não preparava as mães para cuidar de seus filhos em casa e não favorecia a autoconfiança materna. Mães, especialmente as de primeira vez, recebiam segurar seu bebê e freqüentemente ficavam muito ansiosas com reações normais do recém-nascido, que elas desconheciam. No fundo, as mulheres não estavam preparadas para o dia-a-dia com seus filhos e sentiam grande dificuldade de seguir as rígidas rotinas impostas pelos hospitais. O embaraço era maior ainda devido ao conflito que vivenciavam entre a lealdade de seguir as determinações do médico e suas próprias observações e sensibilidade⁶.

Edith Jackson, com o propósito de humanizar o nascimento trazendo o bebê para junto de sua mãe e promover o aleitamento materno, criou um experimento conhecido como “projeto alojamento conjunto”. Ela assumiu o pressuposto de que a satisfação dos bebês elevaria a autoconfiança materna e seria o primeiro passo para o crescimento e desenvolvimento sadio da criança, incluindo seu desenvolvimento emocional. Essa “*rooming-in Unit*” foi uma enfermaria com 4 leitos e 4 berços, inaugurada em 1946 no *Grace New Haven Hospital*.

Esta experiência “pioneira” demonstrou que as mães preferiam que seus filhos permanecessem ao seu lado, que os recém-nascidos que estavam com suas mães choravam menos e que a presença de outras mães no mesmo ambiente era um vantajoso aliado para a troca de informação entre elas. Um ano depois o hospital enviou um questionário às mães perguntando se gostariam de adotar novamente o alojamento conjunto e a resposta foi positiva em 95% dos casos.

Este projeto teve uma entusiástica participação paterna, pois o marido tinha autorização de acompanhar a primeira fase do trabalho de parto de sua mulher e em

circunstâncias normais poderia ver e até segurar seu bebê logo após o nascimento. Pais também tinham permissão de visitar seus filhos diariamente no hospital e estar com sua esposa e filho na hora da amamentação, se essa coincidissem com o horário de visita. Essas orientações foram bem aceitas tanto por pais como pelas mães e consideradas como medidas bastante salutares para os bebês. Esse fato instigou Jackson a chamar este projeto de “*rooming-in for parents and newborns*”^{*} ao invés de “*rooming-in for infants and their mothers*”^{**}.

Jackson defendia o alojamento conjunto mãe-filho dizendo:

“*Nós não estamos clamando por alojamento conjunto como uma panacéia. Ao contrário, (...) nós acreditamos que para os filhos de pais normais, saudáveis e felizes, o alojamento conjunto pode ser uma proteção contra algumas das severas dificuldades emocionais vivenciadas por crianças que sofreram com regimes de atendimento rotinizados que outrora eram encorajados*”⁶.

A iniciativa de Jackson obteve tanto sucesso que a direção do Yale-New Haven Hospital (1947-1949) publicou o seguinte relatório:

“*O departamento de Obstetrícia da Yale Medical School e do New Haven Unit Hospital obtiveram uma publicidade nacional neste último ano, com referências em quase todas as revistas, devido ao seu pioneirismo na introdução do alojamento conjunto mãe-filho e promoção do parto natural.*

“*É muito cedo para avaliar completamente os resultados desse estudo, mas não há dúvidas de que existe uma enorme popularidade dessa modalidade de assistência ao recém-nascido entre um grande número de mães.*

“*Eles também vêm desenvolvendo um enorme experimento com o parto natural e o nascer sem medo. Como resultado, os membros do Hospital estão sendo bombardeados com solicitações de estágio para observar o funcionamento dessa enfermaria e, ainda, com inúmeros pedidos de voluntários se oferecendo para trabalharem nessa unidade*”⁷.

Outro fator muito importante para o interesse crescente no alojamento conjunto veio através do protesto de parte da sociedade contra a recusa veemente das maternidades em permitir que mães e bebês permanecessem juntos após o nascimento. Naquela época, havia uma pequena vanguarda de mulheres que adotavam as técnicas do Dr. Dick-Reed⁸, obstetra inglês que publicou o livro “*Natural Childbirth*”, direcionado ao público em geral ao invés de profissionais da área, despertando a sociedade para o parto natural. Essas mulheres optavam por ficar junto com seus bebês como uma forma de deplorar os custos psicológicos da segurança e conveniência médico-hospitalar, que insistiam em separar os bebês de suas mães por ocasião do parto.

* Alojamento conjunto para pais e filhos (pais no sentido de pai e mãe).

** Alojamento conjunto para bebês e suas mães.

Poucos eram os hospitais que permitiam a “promiscuidade” de mantê-los juntos, mas esta luta foi sendo ampliada à medida que apareciam publicações sobre a importância da relação precoce entre mãe e filho. A sociedade começava a apoiar-se nas teorias da psicologia dinâmica e do desenvolvimento infantil para reivindicar as responsabilidades e alegria do início da maternidade⁶.

Depois da experiência e do sucesso desse *rooming-in*, cujo projeto terminou em 1953, muitas outras enfermarias de alojamento conjunto foram sendo inauguradas em toda parte. Mas os corajosos pioneiros foram mesmo o *Yale University Service* do *New Haven Hospital*, o *George Washington University Hospital*, o *Jefferson Medical College Hospital*, um pequeno hospital em Los Alamos, e um grupo de Detroit intitulado *Cornelian Corner*³.

Esse último era um grupo fundado por James Clark Moloney, também formado por psiquiatras, psicólogos e pediatras que se reuniram, pela primeira vez, no Detroit Atlético Clube, em novembro de 1942, para discutir a separação mãe e filho forçada pelas maternidades, pleitear o aleitamento materno sob livre demanda e romper com a disciplina rígida de educação da época. A escolha desse nome tão peculiar veio da lembrança de Cornélia, filha de Scipio Africanus e mãe de Graco e Sempronia. Ao ficar viúva e ser questionada a mostrar suas jóias, Cornélia apresentou seus filhos dizendo que eles eram o que ela tinha de valor. E *corner* veio do tempo em que a cozinha das casas era o aposento mais freqüentado por todos e onde as pessoas se reuniam para conversar. Quando uma mulher do grupo estava amamentando, era costume resguardar-se num canto do cômodo de frente para a parede. Assim, de costas para os outros, ela conseguia a privacidade para estar “sozinha” com seu filho e evitar qualquer interrupção. Para homenagear Cornélia e essas mães, o grupo intitulou-se *Cornelian Corner*.

As pesquisas enfocando a saúde mental e psicológica de mães e bebês continuaram crescendo bastante, assim como a literatura sobre os problemas emocionais gerados pelas dificuldades da relação mãe e filho. Jackson⁹, Winnicott¹⁰, Klaus e colaboradores¹¹, só para citar alguns autores, já sugeriram que o período neonatal possui características psicológicas próprias que não podem ser compreendidas de forma matemática e concordavam com a existência de um período sensível nos primeiros minutos e horas de vida da criança, durante os quais é importante que a mãe e mesmo o pai mantenham íntimo contato com o bebê para que o seu desenvolvimento seja harmonioso e tranqüilo.

Naturalmente, na espécie humana esse comportamento materno pode ser influenciado por inúmeros fatores: autocontrole; experiências anteriores da mulher com sua própria mãe; padrões de cada sociedade; se o bebê foi ou não planejado e até a qualidade de sua relação com o pai do bebê¹². Esta é uma das razões da dificuldade de precisar este período de extrema sensibilidade por que passa a mulher ao dar à luz, mas já há algum tempo que os estudos sobre os efeitos do contato precoce entre mãe e filho têm gerado interesse nos profissionais de saúde.

Como disse Winnicott, médico inglês, em 1949, em seu artigo “*A man looks at motherhood*”,

“*eu sou um homem e, portanto, nunca poderei saber de fato o que é ver enrolado ali no berço um pedaço do meu próprio ser, um pedaço de mim vivendo uma vida independente e, ao mesmo tempo, dependente e gradualmente se transformando numa pessoa. Somente uma mulher pode saber disso e talvez somente outra mulher possa realmente vivenciar tal experiência, se por má sorte ou qualquer outra coisa parecida ela não puder sentir, ela mesma, esta emoção*” (Winnicott, 1957: 3).

Em 1957, Winnicott, baseado em suas observações, descreveu o que ele mesmo chamou de “preocupação primária materna” como uma espécie de condição psicológica própria das mães nos primeiros minutos de vida de seu bebê, que os unia de forma inconfundível como se ainda estivessem ligados pelo cordão umbilical. É o período de *matrescence*, (não existe tradução literal para o termo, mas pode-se dizer que é um período de enorme sensibilidade que ressalta a maternidade na mulher), destacado pelo prof. Conrad Arensberg, no qual a mulher deve ser considerada única e especial, e o futuro do bebê depende de como ela aceita este seu papel de mãe¹³.

Todo o movimento em favor da saúde psicológica da mãe e do bebê e em prol da permanência de ambos no mesmo ambiente após o parto, iniciado na década de 40, culminou em 1971 quando a Academia Americana de Pediatria definiu que o alojamento conjunto não era apenas uma acomodação física que possibilitava colocar mãe e filho num mesmo quarto, mas deveria ser também um plano de assistência às suas necessidades.

Seguiram-se outras experiências inovadoras e criativas para permitir a colocação de bebês no mesmo ambiente que as mães. Um dos modelos mais interessantes foi idealizado pelo *Kaiser Foundation Hospital*, de Los Angeles, em 1952, ficou conhecido como “berço-gaveta”, onde as mães eram alojadas em quarto contíguo ao berçário e podiam ter seu filho perto sempre que quisessem, bastando para isso que puxassem esse “berço-gaveta” para junto de si ou o empurrassem de volta para dentro do berçário quando também o desejassem¹⁴.

Uma grande novidade veio do *George Washington University School of Medicine*, que decidiu pela colocação de um pequeno berçário com paredes de vidro no centro do quarto onde se alojavam as mães, que assim ficavam livres para observar e estar com seus filhos de acordo com sua vontade. Este foi um modelo econômico que não exigia maiores modificações na planta física do hospital e favorecia a aproximação entre mãe e filho¹⁵.

Em áreas com menos recursos econômicos, mãe e filho podem compartilhar o mesmo leito, a mesma esteira, no chão ou, ainda, podem dispor de um berço acoplado ao leito materno¹⁴.

Klaus e Kennell, nos anos 70, observaram os efeitos da separação física entre mães e filhos ao analisarem o comportamento de mães de bebês prematuros (que nor-

malmente passam longos períodos internados e isolados em unidades de tratamento intensivo) e concluíram que quanto maior for o tempo de separação, mais difícil será a aproximação entre eles futuramente.

Mais tarde, eles também encontraram diferenças entre mães de recém-nascidos normais que tiveram contato precoce com seus filhos e aquelas que não tiveram. Eles demonstraram que com um mês de vida, mães que experimentaram contato com seus bebês logo após o nascimento apresentaram um comportamento mais próximo e mais carinhoso, buscando o olhar de seus filhos com mais frequência do que as mães que não tiveram esse contato precoce. Em estudos similares, Salk¹⁶ e Ringler¹⁷ demonstraram que mães que tiveram contato com seus filhos nas primeiras 24 horas depois do parto apresentaram significativa preferência para segurarem os bebês do lado esquerdo do colo (lado do coração) do que as mães que não haviam tido contato precoce com seus filhos.

Várias pesquisas já demonstraram que os laços afetivos de mães e filhos são fortalecidos com a íntima convivência entre ambos após o nascimento. É fácil distinguir uma mãe que interage com seu bebê, formando uma ligação carinhosa traduzida sob a forma de segurar, olhar, beijar e acariciar seu bebê, de outra que não o faz.

Um dos grandes e recentes avanços da neonatologia foi o reconhecimento de que a separação mãe-filho desnecessária era altamente prejudicial ao desenvolvimento psicológico e bem-estar tanto da mãe quanto do bebê. Essa separação também pode interferir no padrão de comportamento entre mãe e filho e também no desenvolvimento intelectual da criança².

No Uruguai, Capurro, Osório e Rosello participam, em 1975, de um programa de alojamento conjunto com o objetivos de estimular o aleitamento materno, preparar as mães para o cuidado de seus filhos e diminuir a morbimortalidade neonatal, tendo sido este, praticamente, o início da discussão sobre o assunto na América Latina¹⁸.

No Brasil

Até o início dos anos 70, nem sequer se cogitava em manter mães e bebês juntos no mesmo ambiente. Faziam parte do anedotário hospitalar os locais onde os bebês eram levados para o lado de suas mães logo após o nascimento, e os profissionais que defendiam essa prática eram discriminados e considerados despreparados e de pouca seriedade profissional.

Apesar de existirem exemplos onde o bebê permanecia no quarto de sua mãe, especialmente nas Santas Casas de Misericórdia nas cidades do interior, a primeira experiência de implantação e utilização do alojamento conjunto se deu em 1971, no primeiro Hospital Distrital de Brasília, por Ernesto Silva. “*Não foi fácil, porém, sua introdução, pois era acompanhada de uma tenaz resistência do serviço de obstetrícia e do serviço de pediatria daquele hospital*”¹⁹. Mas, foi somente em 1977 que a 5ª reunião de Perinatologia do Ministério da Saúde recomendou que os bebês sem risco deveriam ficar ao lado de suas mães, e não

mais em berçários.

No início dos anos 80, seguindo as determinações da OMS, o Ministério da Saúde e o UNICEF, preocupados com a elevada taxa de desmame precoce no Brasil, decidiram enfrentar o problema com uma extensa campanha de incentivo ao aleitamento materno veiculada pela mídia. A campanha foi iniciada em março de 1981, e durou até dezembro de 1986, com períodos de maior ou menor intensidade²⁰.

O resultado foi a criação do Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno, que baseava sua estratégia na divulgação da informação através da imprensa falada, fornecendo informações recentes sobre o assunto para os profissionais de saúde da área materno-infantil. Faziam parte do programa o estímulo à pesquisa, seminários e encontros sobre o aleitamento materno, capacitação dos profissionais de saúde, inclusão de informações sobre os benefícios do aleitamento materno no currículo do primeiro grau, implementação do alojamento conjunto nos hospitais, preparação do código de comercialização dos substitutos do leite materno baseados no código internacional de *marketing* dos substitutos do leite materno proposto pela OMS/UNICEF, discussão de leis de proteção dos direitos da mulher durante a gravidez e lactação, incentivo na formação de grupos de mães e esforços para aumentar a consciência da população sobre as conseqüências do desmame precoce.

Com a criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), em 1981²¹, intensificou-se a constatação do papel dificultador dos serviços de saúde sobre a prática de amamentar. A separação imposta às mães e aos bebês logo após o nascimento, com a permanência dos recém-nascidos em berçários, prejudicava o início e a duração do aleitamento materno. Além disso, a participação da mãe nos cuidados do bebê e o necessário contato afetivo entre ambos eram impedidos pelos rígidos espaços de tempo impostos pelas maternidades.

Assim, em agosto de 1982, foi realizado em Brasília o I Encontro sobre Alojamento Conjunto, reunindo especialistas, obstetras, pediatras e administradores de maternidades de todo o Brasil²². No encontro, foi elaborado um documento orientando a implantação do alojamento conjunto nas maternidades do País e, um ano depois, em 1983, estabeleceram-se as primeiras normas básicas para a organização do sistema de alojamento conjunto a serem cumpridas por todas as unidades hospitalares do País^{23,24}.

Alguns anos mais tarde, em 1987, decidiu-se aprovar e adotar as normas para a implantação da técnica “alojamento conjunto”, constante do programa de reorientação da assistência obstétrica e pediátrica, também nos Hospitais Universitários.

E finalmente, em 1993, a portaria ministerial (portaria MS/GM n.º 1016, de 26 de agosto), publicada no Diário Oficial da União n.º 167, de 01/09/93 - Seção I pág. 13066, decidiu aprovar as normas básicas para a implantação do sistema de alojamento conjunto em todo o território nacional.

Apesar de tudo isso, mais de vinte anos depois da primeira recomendação oficial para que o alojamento conjunto fosse adotado (1977) e cinco anos depois da portaria ministerial com as normas básicas para a implantação do sistema (1993), parece que o alojamento conjunto ainda não é uma realidade no Brasil, como mostra a pesquisa realizada pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, em 1995²⁵.

Essa investigação mostrou que, embora na região metropolitana do Rio de Janeiro 100% dos hospitais públicos e universitários ofereçam o sistema de alojamento conjunto, de 169 hospitais conveniados ou pertencentes à rede pública de todo o Estado do Rio de Janeiro, apenas 62% oferecem alojamento conjunto. E entre as 56 maternidades da rede pública, somente 86% adotam o sistema. Dos 113 hospitais que mantêm convênio com o SUS, o resultado é pior ainda, pois somente 48% têm instalações de alojamento conjunto.

No Brasil, existe a obrigatoriedade da lei, mas não existe supervisão que verifique o funcionamento do alojamento conjunto. Além disso, pode-se dizer que sua implantação ocorreu de forma anárquica nos diversos estados do País e, mesmo, em hospitais de um mesmo município. E não é novidade que a introdução do alojamento conjunto sempre aconteceu de forma autoritária e de acordo com a simpatia dos chefes de serviço. Faltava aceitação e colaboração por parte de toda a equipe de saúde para que o sistema pudesse funcionar como deveria. E em muitos locais ainda falta.

Atualmente, trata-se de garantir o cumprimento da lei. Os profissionais de saúde devem estar capacitados a defender as práticas que visem a combater a mortalidade infantil, entre elas, o alojamento conjunto, que sem dúvida favorece o aleitamento materno. Dessa forma, a amamentação deixará de ser responsabilidade exclusiva da mulher, irá ultrapassar o âmbito dos consultórios médicos e grupos de mães para tornar-se compromisso de toda a sociedade.

Países mais desenvolvidos já atingiram uma taxa de mortalidade perinatal difícil de ser superada. Em outras palavras, ultrapassaram os limites da efetividade técnica e agora, entre outras coisas, estão envolvidos com a qualidade do serviço prestado, com a saúde psicológica da família, com maternidades centradas no atendimento humanizado, com o desenvolvimento de técnicas menos invasivas e com programas de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Os países em desenvolvimento ainda precisam percorrer um longo caminho antes de atingirem este grau de efetividade, mas nada impede que outras medidas, também importantes para o bem estar da mãe e do bebê, como o maior envolvimento da equipe de saúde e a orientação mais precisa e direta no alojamento conjunto, possam ser tomadas. Essas medidas são de baixo custo e têm um impacto significativo na melhoria da saúde materno-infantil, devendo, portanto, ser incentivadas e apoiadas.

Referências bibliográficas

1. Gesell A, Ilg FL. The infant and child in the culture of today. New York: Harper & Row Publishers; 1943.
2. Ungerer RLS. Começar de novo: uma revisão histórica sobre o alojamento conjunto. [Dissertação] Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ; 1996.
3. Strong RA. Rooming-in the newborn with its lying-in mother. *The Diplomat* 1949; 8: 301-09.
4. Budin PC. *La Nourrisson*. Paris: Octave Doin; 1900.
5. Cone Jr TE. History of the care and feeding of the premature infant. Boston/Toronto: Little, Brown and Company; 1985.
6. Jackson EB. General reactions of mothers and nurses to rooming-in. *Am J Publ Health* 1948; May: 689-95.
7. Yale New Haven Hospital. <http://info.med.yale.edu/ynhh/>
8. Dick-Read G. Childbirth without fear, the principles and practice of natural childbirth. Sussex: W. H. - Medical books; 1968.
9. Jackson EB. Prophylactic considerations for the neonatal period: development of home-visit plan for pediatric interns. *Am J Orthopsych* 1945; 89-102.
10. Winnicott DW. *The child and the family*. Great Britain: Tavistock Publications Ltd; 1957.
11. Klaus MH, Kennell JH, Plumb N, Zuehlke S. Human maternal behavior at the first contact with her young. *Pediatrics* 1970; 2: 187-92.
12. Kennell JH, Trause MA, Klaus MH. Evidence for a sensitive period in the human mother. *Ciba Fondation Symposium n° 33: Elsevier Publishing & Co; 1975; 87-101.*
13. Raphael D. *The tender gift: breastfeeding*. New York: Schocken Books; 1977.
14. Mandl PE. Some examples of the many models of rooming-in. *Ass. Child* 1981; 55: 107-14.
15. McLendon PA, Parks J. Nurseries designed for modern maternity. *The Modern Hospital* 1945; 65: 46-9.
16. Salk L. The critical nature of the post-partum period in the human for the establishment of the mother-infant bond: a controlled study. *Dis Nerv System* 1970; 31: 110-66.
17. Ringler NM, Kennell JH, Jarvella R, Navojosky BA, Klaus MH. Mother-to-child speech at 2 years - effects of early postnatal contact. *J Pediatr* 1975; 86: 141-44.
18. Osorio A, Rossello JL, Capurro H. A rooming-in program for mothers and newborns. *PAHO Bull* 1975; 2: 129-34.
19. Silva E. Alojamento conjunto. *J pediatr (Rio J.)* 1977; 43: 53-6.
20. Rea MF, Berquó ES. Impact of the Brazilian national breastfeeding program on mothers in greater São Paulo. *Bull WHO* 1990; 3: 365-71.
21. INAN. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição; Ministério da Saúde; Brasília: 1991.
22. INAN/UNICEF. Primeiro Encontro sobre Alojamento Conjunto. Brasília: 1992. (Documento).
23. INAN. Normas básicas para alojamento conjunto. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), Departamento de Desenvolvimento de Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde-SUS, Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). Brasília: 1993.
24. Ministério da Saúde. Portaria 1016, de 26 de agosto de 1993. Diário Oficial da União n.º 167: 01/09/93.
25. Amigo da Criança. Boletim Nacional da Iniciativa Hospital Amigo da Criança 1995; 12: 2.

Endereço para correspondência:

Dra. Regina Lúcia Sarmiento Ungerer

Escola Nacional de Saúde Pública

Rua Leopoldo Bulhões, 1490 - sala 311 - CEP 21041-210

Manguinhos - Rio de Janeiro - Fone/Fax: (021) 290-0484