



# ALOJAMENTO CONJUNTO

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola  
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Sempre que as condições da mãe e do recém-nascido permitirem, o primeiro contato pele-a-pele deve ser feito na sala de parto. Após os procedimentos de sala de parto, estando o bebê em condições, deverão mãe e filho seguir para um local que permita a eles ficarem juntos 24 horas por dia até a alta hospitalar. Este é o sistema de alojamento conjunto.

## VANTAGENS DO ALOJAMENTO CONJUNTO

- Convivência contínua.
- Maior envolvimento dos pais.
- Promoção do vínculo afetivo e do aleitamento materno.
- Oportunidade para as mães aprenderem noções básicas dos cuidados com o RN.
- Tranquilidade para as mães, por estarem sempre com o filho.
- Troca de experiências com outras mães.
- Diminuição do risco de infecção hospitalar.

## INDICAÇÃO DO ALOJAMENTO CONJUNTO:

- RN com boa vitalidade, capacidade de sucção e controle térmico.
- Em geral, com peso acima de 2000 g, mais de 35 semanas de gestação e Apgar maior que 6 no quinto minuto.
- É recomendável que o binômio mãe-bebê permaneça no alojamento conjunto por, no mínimo, 36 horas.
- O atendimento no alojamento conjunto deve ser feito na presença da mãe.
- As boas práticas no alojamento conjunto incluem: acolhimento, aconselhamento e orientações.

## PRIMEIRA VISITA (1º-2º dia de vida):

- Avaliação do vínculo entre mãe e bebê.
- Avaliação da amamentação: posicionamento e sucção do RN, avaliação do colostro (quantidade e aspecto).
- Esclarecimento de dúvidas existentes, de preferência acompanhando uma mamada. Caso seja necessário, deverá ser realizado o exame das mamas.
- Verificar as funções eliminatórias do RN: a primeira diurese deve ocorrer, no máximo, com 24 horas de vida; a primeira evacuação de mecônio em até 48 horas após o nascimento.
- Verificar o balanço de enfermagem do dia anterior com relação a cuidados especiais que podem ser prescritos na sala de parto, caso indicados: controle glicêmico seriado, aferição de sinais vitais.
- **Exame Clínico Completo, com ênfase em:**
  - Sopros cardíacos: podem surgir a partir do segundo dia de vida com a diminuição fisiológica da pressão na artéria pulmonar.
  - Fratura de clavícula: pode não ser notada no primeiro exame.
  - Luxação congênita de quadril - realização das manobras de Barlow e Ortolani.
  - Icterícia - atenção para o seu aparecimento antes de 24 horas de vida!
- Triagem oftalmológica - teste do reflexo vermelho ("teste do olhinho") para pesquisa de catarata e glaucoma congênitos.

- Triagem auditiva ("teste da orelhinha") - triagem com emissões otoacústicas (EOA). Encaminhamento para Potencial Evocado Auditivo de Tronco (PEAT) em casos selecionados de maior risco.

#### **SEGUNDA VISITA (2º-3º dia de vida):**

- Exame físico completo
- Após 36 a 48 horas de vida, o recém-nascido pode receber alta hospitalar se:
  - Existe boa relação mãe-bebê.
  - A amamentação transcorre sem problemas.
  - O RN não apresenta nenhuma morbidade que o coloque em risco.
  - Peso > 2.000g, ou > 1.900g com ganho ponderal diário > 20 g/dia, por pelo menos três dias.
- Triagem para cardiopatia congênita crítica ("teste do coraçãozinho") - a partir de 24 horas de vida.

#### **ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR**

- Orientar a amamentação exclusiva sob livre demanda.
- Manutenção da limpeza do coto umbilical com álcool 70%, após banho e troca de fraldas, até sua queda.
- Recomendações sobre cuidados gerais: posição supina para o RN dormir, cuidados no banho, exposição ao sol etc.
- Comprovante de vacinação contra a Hepatite B na caderneta de vacinas do bebê.
- Encaminhar a uma unidade mais próxima da residência materna para a administração da vacina BCG, coleta da triagem metabólica neonatal ("teste do pezinho"), a partir do terceiro dia de vida, e acompanhamento de puericultura.
- Entrega da Declaração de nascido vivo (DNV) à família.
- Resumo de alta, caso o recém-nascido tenha apresentado algum problema durante a permanência na maternidade. Encaminhamento para atendimentos especializados, se necessário.

#### **LEMBRETES**

- A Declaração de Nascido Vivo (DNV) deve ser destacada do bloco (folhas carbonadas). As três vias: rosa, amarela e branca, devem ser preenchidas sem rasuras. A princípio, a secretária do Serviço de Neonatologia fará o preenchimento. Via rosa fica anexada ao prontuário; via branca, colocada em pasta própria e posteriormente enviada à Secretaria Municipal de Saúde e via amarela, entregue à família. Caso haja rasuras, a retificação pode ser feita na margem esquerda, assinada e carimbada.
- Quando o RN apresentar algum problema que necessite internação por mais de 48 horas, deve ser preenchida a folha de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e anexada ao prontuário.
- Doenças de Notificação Compulsória no período neonatal: rubéola congênita, sífilis congênita, exposição perinatal ao HIV, tétano neonatal e hepatite B.

#### **LEITURA SUGERIDA**

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde: cuidados gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. v.1. (Série A – Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <[http://www.fiocruz.br/redeblh/media/arn\\_v1.pdf](http://www.fiocruz.br/redeblh/media/arn_v1.pdf)>. Acesso em: 14 mar. 2013.