



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO

MARINA ROMAN FAEDO

JACI- CENTRO DE PARTO HUMANIZADO
CENTRO DE PARTO HUMANIZADO E ACOLHIMENTO

Palmas, TO
2022

MARINA ROMAN FAEDO

JACI- CENTRO DE PARTO HUMANIZADO
CENTRO DE PARTO HUMANIZADO E ACOLHIMENTO

Monografia apresentada à UFT – Universidade Federal do Tocantins – Campus Universitário de Palmas, Curso de Arquitetura e Urbanismo para obtenção do título de Arquiteto e Urbanista, sob orientação do Prof. Me. Édis Evandro Teixeira de Carvalho.

Palmas, TO
2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

F146j Faedo, Marina Roman.

Jaci- Centro de Parto Humanizado: Centro de parto humanizado e
acolhimento. / Marina Roman Faedo. – Palmas, TO, 2022.

130 f.

Monografia Graduação - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus
Universitário de Palmas - Curso de Arquitetura e Urbanismo, 2022.

Orientador: Édis Evandro Teixeira de Carvalho

1. Humanização. 2. Centro de Parto Humanizado. 3. Arquitetura
Hospitalar. 4. Gestante. I. Título

CDD 720

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer
forma ou por qualquer meio deste documento é autorizada desde que citada a fonte.
A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184
do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

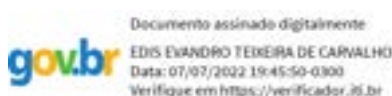
MARINA ROMAN FAEDO

JACI:
Centro de Parto Humanizado

Trabalho de Conclusão de avaliado e apresentado à Universidade Federal do Tocantins, Campus Universitário de Palmas, como requisito para a obtenção do Título de Bacharel em Arquitetura e Urbanismo, e aprovado em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Data da aprovação: 07/07/2022

Banca Examinadora:



Prof. Me. Édis Evandro Teixeira de Carvalho – UFT
Orientador

Prof. Me. Luiz Gomes de Melo Júnior – UFT
Avaliador Interno

Arq. Cláudia Brito Wahlbrink
Avaliador Externo

Dedico esse trabalho a quem esteve ao meu lado durante essa jornada. Primeiramente a Deus, minha mãe, pai, mana e minha amiga Ana. E minha maior inspiração como arquiteta, tia Vanize.

AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos vão primeiramente a Deus, força divina que rege o mundo e a vida de cada um de nós. Dele vem a força para enfrentar todos os desafios dessa jornada na terra, em busca de evolução e rodeada de amor.

Em segundo, agradeço a minha família, mana, mãe e pai. Vocês foram e são mais que essenciais em minha vida, cada um tem um papel fundamental. A vocês que recorri nos momentos bons e ruins, nas conquistas, nos desafios, nas dores e entre outros. Mãe, saiba que você é o meu porto seguro e minha inspiração de mulher, de determinação, de força e de vida. Mana, você é a razão de parte de mim, minha coragem vem de você. Pai, com você aprendi a superar obstáculos e ter esperança. Essa conquista, por mais que seja só o começo, é inteiramente dedicada a vocês.

Agradeço as minhas maiores inspirações, arquitetos da minha família tio Vladimir, Isadora e, especialmente tia Vanize, pois foi te olhando quando eu era pequena que entendi a grandiosidade dessa profissão e passei a ter a certeza de que queria ser arquiteta.

Gostaria de ressaltar a importância da minha, mais que amiga, irmã de alma, Ana Luísa. Ela sim esteve literalmente comigo em todos os momentos dessa jornada. Desde o dia em que chegamos em Palmas, estivemos uma ao lado da outra, passando por cada obstáculo, dos menores aos maiores. Ana Luísa, por cada segundo em que vivemos te agradeço, até os nossos desentendimentos foram fundamentais, chegamos meninas com medo do mundo e hoje saímos mulheres formadas, seguras e sempre juntas.

Agradeço ainda, a Kelly, amiga, colega de profissão e parceira de sonhos. Obrigada por cada momento e incentivo, por cada debate sobre arquitetura em todos os locais, até nos mais improváveis. Toda nossa troca, de amizade e como profissionais, contribui para a mulher que sou e serei.

Por fim, mas não menos importante, agradeço aos professores e amigos que fiz ao longo desses anos de curso. Cada um me marcou de alguma forma e todos me acrescentaram, me fizeram evoluir. E um agradecimento especial ao meu professor orientador Édís, o qual ao longo desses meses contribuiu da melhor forma para a finalização da minha graduação, de maneira humana e sábia.

Gratidão por esse processo, por essa etapa de minha vida finalizada. Gratidão por cada momento e evolução. Gratidão pelo amor presente em cada detalhe. Gratidão por vocês cruzarem minha vida de alguma forma nessa caminhada.

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso aborda o tema de Parto Humanizado em seu contexto geral e a influência da arquitetura na humanização desse momento. O enfoque central é o desenvolvimento de um anteprojeto de um Centro de Parto Humanizado, para o município de Palmas- TO. Uma vez que a cidade possui poucos hospitais que são preparados para a realização de Partos Humanizados há demanda suficiente para a implantação de um edifício destinado a isso. Além disso, partindo do pressuposto que a arquitetura é um dos agentes capazes de gerar mudança na sociedade, o edifício deve atender os conceitos de humanização, em todas as decisões projetuais, desde a planta baixa até a escolha de elementos estéticos da fachada, para que seja um propulsor da realização de partos humanizados. A metodologia adotada foi desenvolvida em duas etapas principais, primeiramente a fundamentação teórica e em seguida o desenvolvimento do anteprojeto. Nesse contexto abordou-se conceitos, a história e contexto do parto em nível mundial e brasileiro, história do parto humanizado, a influência do Sagrado Feminino e da arquitetura no parto humanizado e levantamento de dados. Ademais, realizou-se estudos de correlatos, análise de localização e terreno para a implantação do edifício, estudo de legislação, programa de necessidades, estudo solar, zoneamento, organograma, fluxograma visando a assertividade e fundamentação das decisões projetuais. Ao final, foi elaborado o anteprojeto arquitetônico, com caracterização da proposta, implantação, planta baixa, cortes e volumetria. Propõe-se que o Centro de Parto Humanizado tenha uso misto (privado e público), visando atender o máximo de gestantes de forma humanizada no município de Palmas, Tocantins no Brasil. Dessa forma, defende-se o direito, de todas as gestantes, a informação e atendimento humanizado, o qual pode ser incentivado a partir de mudanças em diversas áreas da sociedade, inclusive na construção de edificações que se comprometem com a humanização do parto.

Palavras-chaves: Humanização. Centro de Parto Humanizado. Arquitetura Hospitalar. Gestante.

ABSTRACT

This course conclusion work addresses the theme of Humanized Childbirth in its general context and the influence of architecture in the humanization of that moment. The central focus is the development of a draft of a Humanized Birth Center, for the city of Palmas-TO. Since the city has few hospitals that are prepared to perform Humanized Births, there is sufficient demand for the implementation of a building intended for this purpose. In addition, based on the assumption that architecture is one of the agents capable of generating change in society, the building must meet the concepts of humanization in all design decisions, from the floor plan to the choice of aesthetic elements of the building. facade, so that it can be a driver of humanized births. The methodology adopted was developed in two main stages, first the theoretical foundation and then the development of the preliminary project. In this context, concepts, the history and context of childbirth worldwide and in Brazil, the history of humanized childbirth, the influence of the Sacred Feminine and architecture in humanized childbirth and data collection were addressed. In addition, there were studies of correlates, analysis of location and land for the implantation of the building, study of legislation, program of needs, solar study, zoning, organization chart, flowchart aiming at assertiveness and reasoning of design decisions. At the end, the architectural draft was elaborated, with characterization of the proposal, implantation, floor plan, cuts and volumetry. It is proposed that the Humanized Childbirth Center have mixed use (private and public), aiming to serve the maximum number of pregnant women in a humanized way in the municipality of Palmas, Tocantins in Brazil. In this way, the right of all pregnant women to information and humanized care is defended, which can be encouraged through changes in various areas of society, including the construction of buildings that are committed to the humanization of childbirth.

Keywords: Humanization. Humanized Birth Center. Hospital Architecture. Pregnant.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Esquema de classificação das cores segundo Farina, Perez e Bastos (2006)	45
Figura 2 - Esquema para compreender os tipos de Cor de Iluminação	46
Figura 3 - Casa de parto com equipamentos específicos.....	48
Figura 4 - Tipos de projetos segundo as orientações do Ministério de Saúde.....	50
Figura 5 - Fluxo da gestante no Centro de Parto Normal.....	52
Figura 6 - Projeto de referência de um Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar disponibilizado pelo Ministério da Saúde	53
Figura 7 - Elementos que podem estar presentes nos quartos PPP, segundo a Rede Cegonha	54
Figura 8 - Angela Gehrke da Silva, fundadora da Casa de Parto Monte Azul.....	55
Figura 9 - Construção Casa Angela.....	56
Figura 10 - Croqui esquemático da planta baixa do térreo da Casa Angela.....	58
Figura 11 - Croqui esquemático da planta baixa do 1º andar da Casa Angela.....	58
Figura 12 - Instalações da Casa Angela	59
Figura 13 - Planta baixa Casa de Parto de São Sebastião.....	61
Figura 14 - Fachada da Casa de Parto de São Sebastião	62
Figura 15 - Quarto PPP da Casa de Parto de São Sebastião.....	62
Figura 16 - Fachada do Centro de Saúde PAMS.....	63
Figura 17 - Portão de entrada do Centro de Saúde PAMS com desenhos culturais.....	64
Figura 18 - Planta baixa do Centro de Saúde PAMS	65
Figura 19 - Recomendações da Portaria no 1459/2011, Rede Cegonha, sobre a implantação de Centro de Parto Normal Peri- Hospitalar	73
Figura 20 - Esquema para análise de veículos, velocidade, tempo e distância percorrida	73
Figura 21 - Fotos do lote escolhido: (A) Foto panorâmica do lote; (B) Foto da frente do lote e (C) Foto dos fundos do lote	82
Figura 22 - Fotos do lote escolhido – (D) Foto da Av. Teotônio Segurado; (E) Foto da Estação Apinajé em frente ao lote e (F) Foto estacionamento público em frente ao lote.....	83
Figura 23 - Topografia do terreno escolhido para a proposta	85
Figura 24 - Organograma com a setorização dos ambientes	99
Figura 25 - Fluxograma geral com o fluxo entre os setores definidos no organograma	100
Figura 26 - Fluxograma detalhado com os fluxos dos ambientes propostos no pré-dimensionamento.....	101
Figura 27 - Estudo de zoneamento do térreo.....	102

Figura 28 - Estudo de zoneamento do 1o andar	102
Figura 29 - Estudo solar com estudo zoneamento e volumetria.....	103
Figura 30 - Planta de implantação do Jaci- Centro de Parto Humanizado	104
Figura 31 - Planta baixa do térreo com layout humanizado nos principais ambientes	108
Figura 32 - Planta baixa do primeiro andar com layout humanizado nos principais ambientes	108
Figura 33 - Planta subsolo.	109
Figura 34 - Estudo para concepção da forma volumétrica	110
Figura 35 - Gráfico de pré-dimensionamento de vigas de concreto.....	111
Figura 36 - Gráfico de pré-dimensionamento de pilares de concreto.....	111
Figura 37 - Índices de redução sonora de parede de concreto e drywall com lã de vidro.....	112
Figura 38 - Elementos que constituem a parede de drywall com isolamento em lã de vidro	113
Figura 39 - Elementos das fachadas alinhados com o conceito do projeto	115
Figura 40 - Vista da recepção a partir do corredor que leva aos consultórios.....	116
Figura 41 - Vista da recepção no canto noroeste	116
Figura 42 - Área de espera em frente aos consultórios.....	117
Figura 43 - Sala para acompanhantes e refeitório	117
Figura 44 - Jardim interno da sala para acompanhantes e refeitório	118
Figura 45 - Símbolo Triluna do Sagrado Feminino, o qual representa as fases da lua e da mulher, como o ciclo menstrual.....	118
Figura 46 - Área de deambulação interna, imagem sentido norte-sul	119
Figura 47 - Área de deambulação interna, imagem sentido sul-norte	119
Figura 48 - Quarto PPP com banheira	120
Figura 49 - Quarto PPP com banheira	121
Figura 50 - Área de deambulação externa privativa do quarto PPP	121
Figura 51 - Relação das cores e os chakras	122
Figura 52 - Quarto PPP a noite	123
Figura 53 - Quarto PPP durante a noite, com várias possibilidades de iluminação	124

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Programa de necessidades e dimensionamento mínimo de um CPNp de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde e da ANVISA	51
Tabela 2 - Síntese de correlatos	66
Tabela 3 - Síntese do programa de necessidades dos correlatos e do projeto referência disponibilizado pelo Ministério da Saúde	67
Tabela 4 - Pré-dimensionamento do anteprojeto do Centro de Parto Humanizado	69
Tabela 5 - Avaliação de características para análise dos possíveis lotes para implantação do projeto.....	81
Tabela 6 - Lei de Uso do Solo do terreno escolhido para a elaboração do projeto	86
Tabela 7 - Síntese de diagnóstico, identificando potencialidades e problemas/desafios do terreno escolhido.....	88
Tabela 8 - Legislações pertinentes para o desenvolvimento do anteprojeto do Centro de Parto Humanizado.....	92
Tabela 9 - Normas de atendimento a NBR 9077/2001 e as normativas do Estado do Tocantins	92
Tabela 10 - Segundo pré-dimensionamento do Centro de Parto Humanizado.....	94
Tabela 11 - Escolhas de algumas plantas que foram utilizadas no projeto pois relacionam-se com o parto e são aromáticas.....	125

LISTA DE MAPAS

Mapa 1- Regiões e fases de ocupação previstas de Palmas- TO	72
Mapa 2 - Localização de unidades que realizam parto e raio de abrangência de 20 minutos de distância a partir do HMDR	74
Mapa 3 - Concentração de serviços de apoio dentro do raio de 20 minutos de distância a partir do HMDR	76
Mapa 4 - Localização de pontos de ônibus e densidade de linhas de transporte público.....	77
Mapa 5 - Hierarquia viária de Palmas-TO.....	79
Mapa 6 - Localização das opções de lotes analisados para a implantação do Centro de Parto Humanizado.....	80
Mapa 7 - Estudo solar do terreno para decisões projetuais	84
Mapa 8 - Diagnóstico do entorno imediato do terreno escolhido para a elaboração dado projeto	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSU	Área de Comércio e Serviços Urbanos
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ARNE	Área Residencial Nordeste
ARNO	Área Residencial Noroeste
ARSE	Área Residencial Sudeste
ARSO	Área Residencial Sudoeste
CPN	Centro de Parto Normal
CPNi	Centro de Parto Normal Intra-Hospitalar
CPNp	Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DML	Depósito de Materiais de Limpeza
HMDR	Hospital e Maternidade Dona Regina
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NBR	Norma Brasileira
NE	Nordeste
NEP	Núcleo de Educação Permanente
NS	Norte-Sul
OMS	Organização Mundial da Saúde
PcD	Pessoa com Deficiência
PPP	Pré-Parto, Parto e Pós-Parto
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PSD	Parto Sem Dor
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de terapia intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Problemática	16
1.2	Justificativa	17
2	OBJETIVOS	19
2.1	Objetivo Geral	19
2.2	Objetivos Específicos.....	19
3	METODOLOGIA.....	20
3.1	Procedimentos Metodológicos	20
3.2	Estrutura da Monografia.....	20
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	22
4.1	Conceituação de Parto Humanizado	22
4.2	Perspectivas Históricas do Parto.....	23
4.2.1	Parto no século XX.....	25
4.2.2	Práticas recorrentes hoje em dia	27
4.2.3	Práticas recorrentes hoje em dia contexto Brasil.....	30
4.3	Parto Humanizado.....	33
4.3.1	Perspectiva Histórica do Parto Humanizado no Mundo.....	33
4.3.2	Perspectiva Histórica do Parto Humanizado no Brasil.....	36
4.3.3	Práticas de Parto Humanizado	37
4.3.4	Parto Humaniza e Sagrado Feminino	40
4.4	Partos no Contexto de Palmas e Região	41
4.4.1	Partos em Palmas.....	41
4.5	A Influência do Ambiente no Parto Humanizado	43
4.5.1	Como o edifício se relaciona com o Parto Humanizado	43
4.5.2	Diretrizes Projetuais Legais.....	49
4.6	Correlatos	54
4.6.1	Casa Angela – Centro de Parto Humanizado	54
4.6.2	Casa de Parto de São Sebastião	60
4.6.3	Centro de Saúde PAMS.....	63
4.6.4	Síntese dos Correlatos	66
5	ANTEPROJETO: CENTRO DE PARTO HUMANIZADO	68
5.1	Análise do Terreno e Entorno	68

5.1.1	Pré-Dimensionamento	68
5.1.2	Localização e Análise do Terreno	71
5.1.3	Caracterização do entorno imediato e do terreno	81
5.1.4	Legislação: Uso do Solo	85
5.1.5	Diagnóstico final	86
5.2	Análise do Anteprojeto.....	89
5.2.1	Conceito e Partido Arquitetônico (diretrizes projetuais).....	89
5.2.2	Legislação Pertinente para o Anteprojeto.....	91
5.2.3	Programa de necessidades e Pré-dimensionamento	93
5.2.4	Organograma e Fluxograma	98
5.2.5	Zoneamento	102
5.2.6	Implantação	104
5.2.7	Planta Baixa.....	105
5.2.8	Volumetria.....	109
5.2.9	Sistema Construtivo e estrutural.....	110
5.2.10	Humanização e simbologia nas decisões projetuais.....	113
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	126
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127

1 INTRODUÇÃO

No decorrer dos anos, o momento do nascimento de uma nova vida passou por transformações simbólicas, culturais e científicas. A forma de nascimento, as pessoas presentes, as técnicas médicas e o local em que ocorre de hoje em dia é diferente de anos atrás. Busca-se cada vez mais a realização de partos que priorizem a saúde do bebê e da mãe, porém muitas vezes apenas a saúde física é considerada, negligenciando a saúde emocional.

Até meados do século XVII, o parto ocorria em um ambiente rodeado de mulheres, com crenças, parteiras, em ambiente doméstico e sem equipamentos tecnológicos. A partir disso, de forma gradual apareceu o papel do cirurgião, uso de equipamentos tecnológicos e realização em locais destinados à saúde. Essa transformação de cenário acarretou em consequências positivas e negativas, ao mesmo tempo que o risco de vida diminuiu, pois com a tecnologia foi possível realizar procedimentos com maior segurança; a frieza e descuido com a saúde emocional aumentou.

Quando a tecnologia e ambientes hospitalares passaram a ser presentes nos partos, a mulher deixou de ser protagonista para ser apenas um número para o sistema. Assim, os partos começaram a ser mais “frios”, sem respeitar o tempo e os sentimentos da parturiente. Além disso, entre os séculos XVIII e XIX a indicação de cesariana cresceu, ainda que nesse período a taxa de mortalidade por parto cesárea fosse considerada alta. A indicação de cesárea sem necessidade pode acarretar maiores riscos à saúde da mãe e do bebê. Como consequência, até os dias atuais há realização de partos que desrespeitam a saúde emocional e a escolha da gestante, além de haver uma “epidemia da cesárea” e mercantilização do parto.

Porém, desde a década de 1980 é possível observar uma vertente que busca a humanização do parto, a qual prioriza acima de tudo a saúde emocional e o respeito às escolhas da parturiente. Assim, medidas passaram a ser tomadas, uma vez que se compreendeu que a saúde emocional afeta diretamente a saúde física e vice-versa. Organizações governamentais e não governamentais divulgaram documentos, investiram em estudos, a fim de incentivar partos humanizados e o abandono de técnicas antigas que iam contra a saúde e respeito a parturiente e o bebê.

A palavra “humanização” permeia várias áreas do conhecimento e sempre está ligada ao ato de tornar humano. Então, o que é parto humanizado? Primeiramente, precisa-se compreender que há diversas vertentes da humanização do parto, em que grupos possuem algumas discordâncias entre si. Porém, o parto humanizado sempre está relacionado ao respeito máximo à parturiente, garantir o protagonismo da mesma no parto e oferecer uma assistência holística,

a qual detecta, informa, respeita e interage com todos os aspectos da vida da gestante, desde físicos e psicológicos. Nesse contexto, alguns grupos, afirmam que ainda que o nascimento ocorra com intervenção cirúrgica, ou seja, cesariana, o parto pode ser feito de forma humanizada.

Porém, a opção para o projeto do Centro de Parto Humanizado Jaci, é pela não intervenção cirúrgica. Uma vez que se trata de um Centro de Parto Normal que segue as normas da Rede Cegonha, conforme será apresentado ao longo da monografia.

Dessa forma, o presente trabalho de conclusão de curso aborda o tema de parto humanizado por meio do desenvolvimento de um Centro de Parto Humanizado. Uma vez que a arquitetura tem um papel de transformação social, pois a arquitetura transforma-se de acordo com a sociedade, assim como a sociedade transforma-se com a arquitetura.

1.1 Problemática

Para que a humanização do parto ocorra de fato vários agentes devem estar envolvidos, precisa-se de mudanças em diversas frentes, como governamental, médica, científica, entre outras. A humanização precisa estar presente em todo contexto do parto. Desde o pré-natal a gestante deve ser orientada sobre todos seus direitos, ouvida pelos profissionais para sanar dúvidas e medos, e preparada para um parto seguro, saudável fisicamente e emocionalmente.

Nos últimos anos a corrente em busca de humanização do parto ganha força gradativamente. Estudiosos e organizações buscam e disseminam informações para ensinar a população sobre a importância e os benefícios de um parto respeitoso e com atenção voltada a não apenas o bem estar físico, mas emocional dos envolvidos, especialmente da parturiente.

Porém, apesar dos esforços, observa-se a prática de condutas que deveriam ser eliminadas, desinformação e falta de preparo dos profissionais, como enfermeiros e médicos, indicações sem necessidade de cesariana, falta de relação médico-paciente, além de ambientes que não são propícios para a humanização do parto. Diante disso, há uma barreira não apenas do sistema, mas em relação à estrutura dos locais de saúde.

As instalações dos ambientes de saúde, especialmente da rede pública no Brasil, não estão preparadas para a realização de partos humanizados. O ambiente em que a gestante dá à luz ao seu filho é tão importante quanto o tratamento que receberá dos profissionais. As cores, iluminação, textura, móveis, tudo influencia o emocional do ser humano. Em um momento, como o parto, em que naturalmente há mais tensão, insegurança e medo, a arquitetura pode ser um agente calmante, quando projetada de forma assertiva.

Os hospitais brasileiros, majoritariamente, negligenciam os impactos emocionais de decisões projetuais. Possuem cores frias, exagero de iluminação artificial, ausência de vegetação, diversos setores em que a gestante é transferida durante o parto, falta de privacidade visual e sonora. Essa estrutura de edifícios causa malefícios e sensações negativas à parturiente. Além disso, em geral, não há espaços confortáveis destinados aos acompanhantes da gestante, ambientes para a realização de pré-natal e pós parto. Dessa forma, para que a humanização do parto seja uma realidade juntamente com mudanças sociais e culturais precisa haver mudanças nas edificações.

1.2 Justificativa

O Brasil, assim como a maioria dos outros países, reproduz as problemáticas dos partos. Falta de informação à gestante, desrespeito com o estado emocional da mulher, ausência de relação médico-paciente, frieza no atendimento profissional, indicações negligenciadas de cesárea, ambientes inapropriados, entre outras. Há ainda, diferentes realidades em relação ao atendimento do sistema público e do privado e na estrutura física, porém as taxas abusivas de cesariana são semelhantes.

No sistema público há falta de leitos, levando algumas gestantes a peregrinar em busca de vaga quando já estão em trabalho de parto. Quando encontram leito disponível, muitas vezes são submetidas a atendimento impessoal, desrespeitoso, afetando negativamente a saúde emocional e até física. Além disso, em geral as edificações encontram-se em precariedade na maioria das unidades do país.

O Tocantins, apesar de ser o estado mais novo do Brasil, segue a mesma lógica do restante do país, com edifícios de saúde em condições ruins, propagação da cultura da cesárea, uso de técnicas médicas já condenadas, entre outras. Palmas, a capital do estado, representa o principal polo do Tocantins e possui a maior maternidade pública da região, o Hospital e Maternidade Dona Regina (HMDR), o qual é referência e atende vários municípios.

Segundo informações do DATASUS, de 2009 até 2012, o estado apresentou queda no número de cesáreas e aumento de partos vaginais, porém desde 2013 o número de cesáreas é alto, assim como as taxas nacionais. Visando mudar esse cenário, desde 2010 o HMDR implementou mudanças direcionadas à humanização do parto. Realizou-se diversas campanhas de conscientização além de algumas reformas pontuais na edificação.

Vale ressaltar que, na cidade de Palmas poucos hospitais realizam parto humanizado, sendo que na rede pública é realizado exclusivamente no HMDR. Nesse contexto, nos dias

atuais observa-se necessidade de ampliação do hospital para garantir o atendimento humanizado a mais gestantes. Além disso, as instalações por mais que tenham sido adequadas para a humanização não foram projetadas de forma geral visando a humanização, uma vez que a edificação já existia antes da implantação da Rede Cegonha.

A arquitetura pode agir como um incentivador de mudanças sociais e culturais. A criação de uma edificação específica para o atendimento humanizado do parto servirá como um propulsor para a vertente. Ambientes pensados de forma a entender o impacto emocional que causam, salas destinadas à disseminação de informação, para realização de palestras, por exemplo, são necessárias. Diante disso, além de aumentar o número de leitos, o Jaci- Centro de Parto Humanizado tem como objetivo preparar, informar e acolher a gestante, por exemplo, por meio de palestras que podem ser realizadas na sala multifuncional, consultório multifuncional e outros ambientes do setor de acolhimento.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Desenvolver um Centro de Parto Humanizado para o município de Palmas- TO, a nível de anteprojeto. O qual contribua com as práticas de parto humanizado a partir da proposta de espaços físicos adequados a essa função, em acordo com as orientações legais e normativas vigentes e observando o alcance dos objetivos específicos.

2.2 Objetivos Específicos

1. Entender o conceito da filosofia do Sagrado Feminino e como o parto humanizado está relacionado a ela, sendo um dos partidos do projeto.
2. Compreender como o ambiente influencia no parto humanizado.
3. Resgatar o Sagrado Feminino por meio de diretrizes projetuais.
4. Criar ambientes biofílicos, amplos espaços de convivência e permanência, para garantir o conforto dos usuários do edifício.
5. Desenvolver um anteprojeto arquitetônico que contribua para a humanização do parto, garantindo os direitos da parturiente, como privacidade, acolhimento, entre outros.

3 METODOLOGIA

3.1 Procedimentos Metodológicos

A partir de uma metodologia dedutiva com abordagens quali-quantitativas, analisou-se teorias, documentos, estudos e levantamento de dados para o entendimento do parto humanizado e a humanização na arquitetura.

Iniciou-se com uma pesquisa exploratória de revisão bibliográfica e análise de documentos sobre o conceito de humanização, história do parto em contexto mundial, suas transformações e evoluções, tanto simbólicas como técnicas. Além disso, observou-se o panorama no mundo e no Brasil, de práticas mais recorrentes hoje em dia, deficiências, pontos positivos, negativos e taxas quantitativas. Em seguida, aprofundou-se o estudo em relação a história do Parto Humanizado, como essa corrente começou, como foi aceita e disseminada, os seus conceitos, o que defende e sua importância.

Ademais, por meio de revisão bibliográfica foi possível compreender o conceito e influência do Sagrado Feminino no parto humanizado, o qual foi utilizado como uma das diretrizes projetuais do presente trabalho.

Para uma melhor compreensão do contexto de Palmas realizou-se levantamento de dados pelo DATASUS, além de revisão bibliográfica, juntamente com entrevista, com uma profissional da saúde e com o Hospital e Maternidade Dona Regina. Dessa forma, foi possível entender a necessidade da cidade em relação a quantidade e qualidade dos ambientes de saúde destinados a realização de partos.

Por fim, após a revisão bibliográfica entendeu-se a influência da arquitetura no Parto Humanizado e realizou-se estudo de correlatos. Após toda a análise do material foi proposto a criação de um anteprojeto de um Centro de Parto Humanizado, o qual tem diretrizes projetuais em harmonia com a busca da humanização do parto.

3.2 Estrutura da monografia

O presente trabalho divide-se em duas partes principais, sendo primeiramente a fundamentação teórica e em seguida o desenvolvimento do anteprojeto. A fundamentação teórica proporciona a base de conhecimento necessário para as decisões projetuais do anteprojeto.

Dessa forma, a fundamentação teórica é dividida em seis subcapítulos: conceituação de Parto Humanizado, perspectiva do parto, Parto Humanizado, partos no contexto de Palmas e região, a influência do ambiente no parto humanizado e correlatos.

O primeiro subcapítulo direciona o leitor a possuir noções gerais do conceito de humanização e de parto humanizado, visto que há diversas conceituações para uma mesma palavra.

O segundo subcapítulo apresenta de forma geral a evolução, transformação simbólica e técnica do parto ao longo dos anos, até chegar aos dias atuais, em que aborda as práticas mais recorrentes no contexto mundial e brasileiro.

O terceiro subcapítulo aprofunda-se na história específica do Parto Humanizado, como começou, suas diferentes vertentes, o que defende, como é aplicada, entre outros. Além disso, trata sobre a relação entre o Parto Humanizado e o Sagrado Feminino.

O quarto subcapítulo aborda as questões quantitativas e qualitativas do parto em relação ao contexto de Palmas e região.

No subcapítulo seguinte compreende-se a influência do ambiente e da arquitetura na realização do parto humanizado. Como a arquitetura pode impactar negativamente e positivamente de acordo com as decisões projetuais.

O último subcapítulo aponta três estudos de casos, os quais possuem diretrizes humanizadas. Os correlatos são descritos e analisados, com o objetivo de extrair as melhores referências de cada um.

Por fim, a segunda etapa da monografia trata-se do último capítulo: anteprojeto. Nele aborda-se todo o processo de desenvolvimento do anteprojeto do Jaci- Centro de Parto Humanizado. Desde o estudo da localização, terreno, caracterização, técnica construtiva e todas as decisões projetuais. Em seguida, há a conclusão de todo o trabalho.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Conceituação de Parto Humanizado

Humanização é um conceito que permeia várias áreas de conhecimento, de modo geral está ligado ao tornar humano. Na arquitetura, por exemplo, quando se refere a humanizar uma planta em um projeto, significa que serão inseridos na representação gráfica elementos de uso humano/cotidiano que a torne mais real ao olhar, como cores, móveis, decoração, entre outros. Segundo o Dicionário Aurelio da Língua Portuguesa (1986), “humanizar” tem significado de: tornar humano; dar condições humana a; humanar; tornar benévolo, afável, tratável; humanar; fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar; amansar (animais); tornar-se humano; humanar-se.

Percebe-se a amplitude de significado da palavra, porém para entendê-la na área da medicina, especificamente relacionado ao parto, é necessário recorrer a literaturas específicas. Segundo Largura, 1995 (Apud MATEI, 2003) “Humanizar o parto é respeitar e criar condições para que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas: espirituais, psicológicas, biológicas e sociais.”

Parto humanizado está sempre relacionado a, primeiramente, humanização da equipe que prestará assistência médica, e em segundo lugar ao ambiente e aos demais agentes envolvidos na prática. O reconhecimento da humanidade da mãe, o respeito e empatia por ela é fundamental para a humanização. A equipe necessita prestar assistência com uma visão holística, detectar, informar, respeitar, interagir e sentir junto com a gestante. Deve-se oferecer condições para que a parturiente se sinta confortável e protagonista do próprio parto, pois as decisões devem ser dela. A mãe deve ser informada de todos os acontecimentos e estar ciente de todas as possibilidades para tomar decisões, como por exemplo escolher a posição que deseja dar à luz.

A relação da equipe com a gestante e com os familiares envolvidos é essencial para a realização de um parto humanizado. Pois a mulher só será vista e respeitada conforme suas crenças, cultura, limites, dores, sentimentos quando há o reconhecimento de quem é essa mulher. A parturiente não deve mais ser vista como uma doente, como um número para o sistema, mas sim como um ser humano único e sensível.

Segundo o Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (2000), do Ministério da Saúde alguns cuidados que devem ser dedicados a parturiente são: respeitar a privacidade da mulher, respeitar a escolha de acompanhante, oferecer líquidos via

oral, oferecer suporte emocional empático, prestar informações sempre que necessário, respeitar o direito da mulher de realizar ou não episiotomia, proporcionar liberdade de deambulação e movimentação, entre outros. Vale ressaltar, que humanização não diz respeito a simplesmente seguir normas ou regras, como um passo a passo, mas sim ter empatia e respeitar os direitos da mulher, entendendo que cada gestante é única, assim como cada parto.

Além disso, é fundamental compreender que um Parto Humanizado, não necessariamente será um parto normal. De acordo com as pesquisas realizadas pela autora, encontra-se a partir do ano de 2010 estudos que afirmam que o parto cesárea também pode ser humanizado. Visto que, parto humanizado relaciona-se com as condutas que a equipe, como um todo, desde o primeiro contato com a parturiente, tem com a mãe. Respeitar as vontades, as dores, crenças, intimidade e informá-la sobre todas as possibilidades e procedimentos é a base do parto humanizado. Uma cesariana, tem possibilidade de ser humanizada, quando a dignidade e humanidade da parturiente é respeitada e compreendida. Ainda assim, o movimento de Parto Humanizado prioriza a realização de parto normal, com o mínimo de intervenção possível.

Para o desenvolvimento dessa nova cultura de Humanização do Parto há vários agentes que devem ser mobilizados. Primeiramente há a necessidade de levar informação as gestantes, em segundo lugar mudança na forma em que a assistência médica é prestada e por fim, mas essencial, precisa-se realizar mudanças na infraestrutura hospitalar.

4.2 Perspectivas históricas do parto

O parto simbolicamente na sociedade é vivenciado como um ritual de passagem, o qual culmina em mudanças tanto corporais, quanto familiares e sociais (TORNQUIST, 2004). Além disso, a experiência de parto é individual e particular. Segundo Tornquist (2004), é um evento a um só tempo biológico, cultural ou individual, ou seja, as gestantes dão à luz de acordo com o contexto histórico e cultural em que vivem, experiências pessoais e memórias.

O momento do nascimento de um bebê é rodeado por emoção e expectativa, é o marco temporal em que a mãe deixa de ser o abrigo, a proteção direta do bebê e ele chega ao mundo de forma individual. O elo físico que o unia a alguém, à mãe, é cortado. E as mudanças não ocorrem apenas no plano físico, mas no psicológico e emocional, e mais uma vez, não apenas na mãe, mas em muitas pessoas que rodeiam o bebê. Assim, é possível possuir uma breve noção da importância desse momento, o parto.

A vivência do parto não é de responsabilidade exclusiva da mãe e do bebê, muitos agentes e fatores à sua volta impactam o momento. No decorrer da história o evento do parto passou

por diversas modificações, devido a avanços tecnológicos, científicos e mudanças sociais e culturais. Segundo Maldonado (2002), as mulheres eram responsáveis pelos partos até o século XVII. O ambiente em que ocorria o nascimento era doméstico e ocupado apenas por mulheres, com a presença da parteira. Além disso, as crenças estavam presentes através de rezas, receitas mágicas, uso de talismãs e ervas para alívio de dores. Nesse contexto criava-se um clima favorável em relação a emoção para a mulher dar à luz, a parturiente era o sujeito, todas as atenções eram voltadas a ela. É importante salientar que nessa época a medicina ainda não possuía conhecimento significativo em relação a assistência no parto (STORTI, 2004).

O papel do cirurgião foi aparecendo de forma gradual entre os séculos XVI e XVII, consequentemente o parto deixou de ser um universo totalmente feminino e o papel da parteira já não era mais o principal. O uso do fórceps pelos médicos salvava a vida de bebês, visto que nesse período a cesariana apresentava alto índice de mortalidade.

Séculos mais tarde, entre XVIII e XIX, as indicações de cesariana cresceram, tanto no Brasil, como no resto do mundo. De 1700 a 1949, dois eventos contribuíram para o manejo do parto durante esse período: o surgimento de hospitais e os estudos realizados pelos médicos desses locais sobre o mecanismo do parto (PARENTE et al., 2010). Além disso, no século XIX, o desenvolvimento da anestesia e a necessidade de cesariana devido ao raquitismo¹, resultou no aumento da prática. Vale ressaltar, que as taxas de mortalidade pela cesariana começaram a diminuir significativamente no final do século XIX. “A cada mil cesarianas, a mortalidade materna diminuiu de 277 entre 1891-1895 para 81 entre 1906- 1910” (PARENTE et al., 2010, p. 484). Depois da Segunda Guerra Mundial (1939 a 1945), de fato, a taxa de cesariana nunca mais foi inferior ao nível registrado antes do raquitismo.

A partir da visão que o parto- não apenas a cesariana, mas o normal igualmente- teria maior segurança quando realizado em ambiente hospitalar, as mães são afastadas do ambiente doméstico. Consequentemente o contato da mulher com a família e com o ambiente familiar não existe mais. A estrutura física das salas de parto, nos hospitais, é pensada para atender as necessidades da equipe hospitalar e não mais da mãe (DINIZ, 2001).

O parto, nesse cenário, vai perdendo seu caráter humano. Criam-se muitas normas e regras para esse momento de tanta importância. A presença dos familiares e outras pessoas de confiança da parturiente não é mais permitida, às mulheres ficam em quartos coletivos e perdem o poder de decisão de muitos detalhes, como a posição do nascimento do bebê (HASSEN, 1998,

¹ Doença rara que atinge os ossos, devido a uma deficiência nutricional, a qual aparece especialmente em crianças.

apud VENDRÚSCOLO e KRUEL, 2015). Dessa forma, percebe-se que a mulher deixa de ser o sujeito e torna-se objeto no parto.

A partir da metade do século XX, o parto das mulheres urbanas já ocorria predominantemente em ambiente hospitalar e a medicalização empregava-se amplamente. Para melhor entendimento, é importante conceituar “medicalização” na medicina, de forma geral segundo o sociólogo Peter Conrad significa “um processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos” (ZORZANELLI et al., 2014, p. 1860). Cada vez mais os avanços tecnológicos invadiram a sala de parto e como consequência aumentava-se o distanciamento da equipe médica com a mãe. O parto no hospital contribuía para a gestante ser vista como doente e com a relação médico-paciente diminuída, ao mesmo tempo que o parto ocorria de forma mais segura para mãe e para o bebê tornava-se menos humano. O ambiente médico por si já remete a frieza, desencorajando a mãe a conectar-se consigo e seus sentimentos.

Atualmente há um resgate na preocupação da humanização dos partos. Desde 1996 a Organização Mundial de Saúde (OMS) preocupa-se com a melhoria dos cuidados médicos em

relação ao parto. Paralelamente, observa-se um aumento da busca de informação sobre parto humanizado e de locais que realizam a prática por parte das gestantes.

4.2.1 Parto no século XX

Nos países ocidentais capitalistas a medicalização do parto foi associada a civilização. Os países subdesenvolvidos buscavam seguir as práticas dos países desenvolvidos, como forma de se modernizarem, ideia acreditada especialmente pela elite e burguesia. Assim, o contexto social, e a crença de que modernização e urbanização se pautavam em copiar as práticas de países desenvolvidos e resultou em adoção de intervenções e métodos durante o parto de forma acrítica. Os métodos de parto eram disseminados por diversos países, muitas vezes sem comprovações científicas.

Na segunda metade do século XX, com o objetivo de tornar o parto mais eficiente e “normal” (segundo a definição da época, a qual não iremos aprofundar pois há diversas ramificações) houve um crescimento no uso de tecnologia. O parto realizado com tecnologia possibilitou que seu processo fisiológico fosse monitorado, regulado, desencadeado, aumentado e até acelerado. Por sua vez, tanto países desenvolvidos como em desenvolvimento empregavam diversas intervenções desnecessárias, inapropriadas e até arriscadas, pois não tinham comprovação de suas reais eficiências e segurança.

Nesse contexto, a hospitalização e a introdução da tecnologia no parto são dois dos agentes responsáveis pela medicalização, e conseqüentemente o distanciamento da humanização. Durante o final do século XX, as técnicas utilizadas e os aumentos de custos, devido a tecnologia e outros fatores, não representavam melhorias na assistência ao parto e paralelamente não havia concordância nas práticas de diferentes regiões. Diante disso, a partir da criação de um comitê regional na Europa, em 1979, surgiram vários estudos, apoiados pela OMS, que abordavam esse tema e buscavam fazer análises visando a eficácia e segurança da gravidez e parto (DINIZ, 2001).

A partir da década de 1980, diante dos estudos, observou-se que um parto com o mínimo de intervenções sobre a parturiente, sua fisiologia e sobre o momento de dar à luz, tem como resultado maior efetividade e segurança. Além disso, um parto torna-se mais saudável e melhor quando a realização de procedimentos é de acordo com a vontade da gestante ou quando se comprova a real necessidade de intervenção médica para garantir a saúde da mãe e/ou bebê. Do contrário, quando decisões são tomadas apenas por desejo da equipe ou por seguir padrões preestabelecidos na medicina, perde-se a noção da individualidade do parto e conseqüentemente a humanização.

Seguindo esses preceitos, a recomendação da OMS de 1996, instruiu que durante o parto normal as intervenções sobre a fisiologia devem ocorrer quando há razão científica que justifique a prática, a fim de garantir a saúde da mãe e do bebê. Caso contrário, se a intervenção não for mais eficaz e segura que o processo natural, não deverá ser realizada.

Os argumentos estenderam-se para o pré-natal, o qual em grande parte seguem modelos já disseminados e enraizados, ocorrendo de forma ritualística, sem preocupar-se com evidências científicas sobre a eficiência e segurança dos métodos. Além disso, reafirmam a frieza do hospital e do tratamento médico-paciente, em que é evidente a falta de humanização.

Posteriormente, na década de 1990, a OMS divulgou documentos considerados “recomendações da OMS”, como o *Appropriate Technology for Birth, Recommendations for Appropriate Technology Following Birth, Care in Normal Birth: A Practical Guide* e o *World Health Day: Safe Motherhood*. Neles há a classificação de procedimentos obstétricos em quatro categorias, sendo “A” as condutas úteis que deveriam ser incentivadas, “B” condutas prejudiciais que não deveriam mais ocorrer, “C” as condutas que deveriam ser usadas com cuidado por não possuírem evidências suficientes para serem incentivadas, e a categoria “D” que se refere às condutas frequentemente utilizadas inapropriadamente, as quais causam mais danos que benefícios. (DINIZ, 2001)

Ainda referente a esses documentos, há estudos que comprovam os benefícios no parto quando a mulher é informada sobre as possibilidades de escolha para esse momento. Entretanto, até os dias atuais as recomendações da OMS não são totalmente seguidas na maioria dos partos. A teoria não é colocada em prática, como resultado o índice de parto não humanizados é altíssimo, a mulher passa por violência obstétrica, a qual fica sujeita a traumas, e a taxa de cesárea cresce cada vez mais, por não ser utilizada como deveria.

4.2.2 Práticas recorrentes hoje em dia

Como visto anteriormente, grande parte da realidade dos partos no mundo contraria as pesquisas e recomendações de profissionais e da Organização Mundial da Saúde, que buscam a garantia de um parto seguro, eficiente e, dependendo do estudo, humanizado. Muitos procedimentos que não apresentam benefícios evidentes, e ao contrário muitas vezes oferecem risco à gestante, são utilizados na maioria das maternidades.

A falta de informação é recorrente, desde o pré-natal, a gestante não é orientada sobre as possibilidades durante o parto, as mudanças físicas e emocionais, os riscos e necessidade de cada procedimento. Se a desinformação e a deficiência do parto começam no pré-natal, ao entrar em trabalho de parto o problema agrava-se. No Brasil e em outros países, as condutas que deveriam ser eliminadas, como o uso da posição horizontal no trabalho de parto, a realização do enema², tricotomia³, infusão intravenosa⁴, administração de ocitocina⁵ para acelerar o trabalho de parto, esforços expulsivos durante o segundo estágio do trabalho de parto e até a manobra de Kristeller⁶ ainda são realizadas (DINIZ, 2001).

Ainda segundo Diniz (2001), a assistência ao parto é tratada como uma linha de montagem, em que cada estágio/fase do trabalho de parto é estipulado de acordo com um determinado tempo preestabelecido. Ademais as gestantes são transferidas para vários locais durante o trabalho de parto, em maternidades que não oferecem estrutura física que seja harmônica com os processos fisiológicos do parto. Observa-se, assim, a influência da arquitetura hospitalar sobre o momento de trabalho de parto e as deficiências dos edifícios.

² Lavagem do intestino por meio de um tubo que introduz água.

³ Procedimento pré-cirúrgico que remove pelos de uma área específica.

⁴ Administração de medicamentos por meio de uma agulha diretamente da veia.

⁵ Hormônio produzido pelo hipotálamo, responsável por promover contrações musculares uterinas no parto e saída do leite na amamentação.

⁶ Técnica realizada para acelerar o parto, por meio de pressão externa sobre o útero.

É importante, ainda, diferenciar os tipos de partos mais comuns no mundo e os seus respectivos problemas que os afastam da humanização. O parto comumente denominado como “parto normal” é na realidade um parto vaginal assistido. Visto que segundo alguns autores, o parto deve ser considerado normal quando não há intervenções desnecessárias e é realizado de acordo com a natureza da mulher e sua fisiologia.

O parto vaginal assistido, em geral, contém vários procedimentos que não são considerados humanizados e que violam os direitos da mulher. Acontecem rotineiramente com a mulher imobilizada ou semi-imobilizada, com medicamentos que visam a aceleração e indução do parto, em jejum de alimentos e líquidos, em posição de litotomia⁷ no período expulsivo, e hoje menos frequentemente, o uso de fórceps⁸, episiotomia⁹ e episiorrafia¹⁰. Além disso, segundo o estudo de Dias (2006), muitas vezes, durante o trabalho de parto as mulheres são abandonadas por profissionais e desinformadas sobre os procedimentos e detalhes dos acontecimentos, tanto com ela quanto com o bebê.

O excesso de intervenção no parto que deveria ser normal, pode gerar a necessidade de uma cesárea. Quando o processo natural do parto é interrompido por medicamentos e procedimentos sem necessidade, a mulher está sujeita a complicações que a levam a um parto cesárea, muitas vezes de emergência.

Segundo a OMS (2015), as taxas de cesárea em países no mundo vêm crescendo cada vez mais. A alta posição que o parto cesáreo ocupa no ranking de tipos de parto realizados, provem de uma “cultura” médica em que a cesárea em muitos casos é indicada sem evidência de necessidade. As indicações são realizadas, muitas vezes, de forma negligenciada, por alguns profissionais acreditarem na cesariana como parto de maior segurança, apesar de não haver comprovações científicas.

Uma corrente de estudiosos, denunciam um dos fatores que contribuem para a perpetuação dessa “cultura” de cesáreas, a mercantilização do parto. A cesárea é vista como fonte de maior lucro por permitir um maior controle do tempo do profissional. Torna-se muito mais confortável e lucrativo a um médico marcar cesarianas que duram em torno de 1h, em que ele pode definir o dia e a hora desejada, ao invés de ter de ficar à disposição de uma gestante em trabalho de parto por cerca de 12h (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013). A cesariana é um processo extremamente mais controlado e previsível do que o parto normal. A linha desse

⁷ Posição deitada com pernas abertas elevadas por apoios.

⁸ Instrumento cirúrgico em formato de pinça arredondada, para auxiliar na retirada do bebê.

⁹ Procedimento cirúrgico de incisão no períneo para saída do bebê.

¹⁰ Procedimento de sutura, ou seja, fechamento da incisão da episiotomia.

raciocínio, ignora a mulher como ser humano, seus sentimentos, emoções, respostas fisiológicas, a mulher deixa de ser protagonista do seu parto e os médicos assumem esse papel com um procedimento cirúrgico. E assim como qualquer procedimento cirúrgico, há riscos imediatos e a longo prazo, para a mãe e bebê, que são desprezados.

Nesse contexto, fica evidente que a falta de ética por parte dos profissionais e hospitais é um dos problemas que refletem no aumento da cesariana e na desumanização do parto. Visto que, em geral, a cesariana, por ser uma cirurgia, vivencia experiências mais técnicas e frias, consequentemente perde-se significativamente a humanização.

Além disso, segundo o documentário *O Renascimento do Parto*, as mulheres ao longo da história na nossa sociedade foram desencorajadas ao parto normal, foram desacreditadas no seu poder de parir e na força do seu corpo. Como reflexo, nos dias atuais, muitas mulheres por não receberem as informações e conhecimentos necessários optam diretamente por uma cesárea, na crença de ser um procedimento sem dor. Porém, por ser uma cirurgia a cesárea apresenta riscos e apesar de não haver dor no momento do nascimento, o pós-parto é repleto de dificuldades e dores. A mãe após o procedimento fica com dificuldade de locomoção devido as dores e os pontos, não pode realizar esforços físicos por um tempo, limitando assim o contato com seu filho até sua recuperação total.

Essas informações deveriam ser passadas principalmente durante o pré-natal, período preparatório para o parto, em que seria o momento para a mulher sanar todas suas dúvidas e estar ciente de possibilidades e direitos. Porém, o que acontece nos dias de hoje é em grande maioria ao contrário, quando realizadas todas as consultas de pré-natal, essas são de forma rápida, impessoal, apenas com procedimentos técnicos para verificar a saúde física da mãe e bebê (DIAS, 2006). A saúde psicológica e a informação são deixadas de lado.

Com o objetivo de reduzir o número de cesáreas realizadas no mundo, em 2015 a OMS lançou a “Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas”, a qual tem informações sobre estudos realizados e recomendações a se seguir. Desde 1985, adotou-se a partir de diversos estudos médicos a taxa ideal de cesáreas nos países de 10% a 15%, pois de acordo com a pesquisa taxas acima de 10% não estão associadas a diminuição da mortalidade materna e neonatal. Em 2014, a OMS realizou revisões dos estudos existentes e novos com os dados mundiais mais recentes. A conclusão foi que cesáreas são efetivas quando realizadas com a finalidade de salvar a vida de mães e bebês, ou seja indicadas por motivos médicos; ao nível populacional taxas maiores que 10% não se associam a redução da mortalidade materna e neonatal; a cesárea pode causar complicações e sequelas significativas, reforçando mais uma vez o seu uso apenas quando há necessidade; e são necessários mais estudos para compreender os efeitos imediatos e a longo

prazo das cesáreas (OMS, 2015). Anteriormente, em 2011, a OMS já havia realizado uma revisão sistemática dos métodos utilizados para classificar cesáreas e recomendou a Classificação de Robson, método que classifica a cesárea em 10 tipos de acordo com suas características, para uma padronização em todo mundo como forma de avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesáreas.

Apesar dos esforços da Organização Mundial da Saúde (OMS) atualmente passamos pela chamada “epidemia da cesárea”. Mundialmente as taxas de cesariana são altas e vem crescendo desde 1990. Um estudo divulgado em 2021 (BETRAN et al., 2021) mostrou, com base em dados nacionais de 2010 a 2018 de todo o mundo, que de 94,5% dos nascidos do mundo 21,1% foram de cesáreas. O Brasil encontra-se em segundo lugar dos cinco países com maior taxa: República Dominicana (58,1%), Brasil (55,7%), Chipre (55,3%), Egito (51,8%) e Turquia (50,8%). Segundo dados da OMS, em 1990 a taxa de cesárea aumentou 7% e hoje 21%, a estimativa das taxas em 2030, se essa lógica permanecer, é de 63% na Ásia Oriental, 54% América Latina e Caribe, 50% Ásia Ocidental, 48% Norte da África, 47% Sul da Europa e 45% na Austrália e Nova Zelândia.

O cenário de um parto vaginal assistido e de uma cesárea, não contribui para práticas mais humanas. A falta de relação médico-paciente e não informação, dificulta a possibilidade de escolha, submetem as mulheres a estresse físico e emocional, e não respeita os direitos da gestante, com o de ter um acompanhante.

Nesse contexto mundial, destaca-se que as mulheres sofrem violência obstétrica. O termo “violência” entende-se por qualquer “imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis” (ZANARDO et al., 2017). Assim, o desrespeito com as gestantes nas práticas recorrentes hoje em dia nas maternidades, que violam o seu corpo físico, psicológico, emocional, e até cultural, é caracterizado por violência obstétrica. A necessidade da conscientização e disseminação de práticas de partos humanizados é mais uma vez evidente.

4.2.3 Práticas recorrentes hoje em dia contexto Brasil

O contexto da saúde no Brasil é dividido em duas realidades distintas, uma no atendimento no sistema público e outra no privado. Porém, apesar de suas individualidades quando se trata de taxa abusiva de cesariana, os dois sistemas são semelhantes. O Brasil desde 1980 apresenta elevadas taxas de parto cesárea, como reflexo da cultura já enraizada, tanto por parte dos médicos como da população (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS), atualmente, realiza parto cesárea apenas com indicação médica, não permitindo que a gestante opte por ela apenas por vontade própria. Enquanto, em maternidades particulares a escolha do tipo de parto é livre. Diante disso, 80% dos partos realizados no sistema de saúde privado são cesáreas e 26% no sistema público (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011).

Segundo dados fornecidos pelo DATASUS, no ano de 2019, 56,30% dos partos realizados foram cesáreas e 43,63% foram partos vaginais. Em 2000, a taxa de cesárea era 37,77% e parto vaginal 61,58%. Observa-se, assim, a tendência de crescimento da epidemia da cesárea, visto que a taxa recomendada pela OMS é de 10% a 15%.

Vale ressaltar, que a cesariana eletiva quando comparada ao parto vaginal representa maior morbidade materna, aumento de internação em UTI, mortalidade neonatal, necessidade de transfusão sanguínea, histerectomia, entre outras complicações (ENTRINGER et al., 2018). Além da cesárea possuir custo de duas a três vezes maior que o parto vaginal, para o Sistema Único de Saúde e maternidades privadas a cesariana apresenta desvantagem no aspecto econômico e na qualidade do parto.

Além disso, segundo Diniz (2001), o Brasil sofre com dois agravantes. O primeiro refere-se à dificuldade de acesso aos serviços de saúde devido ao déficit de leitos em maternidades. Ou seja, as mulheres, muitas vezes, durante o trabalho de parto são transferidas de unidades ou precisam peregrinar em busca de um leito. O segundo problema, é o uso abusivo e desnecessário de procedimentos não recomendados pela OMS, como indução ao parto, fórceps de alívio, manobra de Kristeller, episiotomia e cesárea sem indicação.

Aceleração do parto com ocitocina e amniotomia¹¹, hidratação venosa e dieta zero, são outras práticas recorrentes que podem ser prejudiciais se utilizadas de forma rotineira. Muitas dessas práticas, que a OMS não recomenda, podem ser substituídas por métodos não farmacológicos, que não comprometem a saúde da mãe e bebê. Porém, não apenas no contexto do nosso país a implantação dessas novas condutas ainda possuem resistências.

No Sistema Único de Saúde, observa-se problemas nas unidades relacionados à estrutura física, gestão e condutas dos profissionais, que afetam a gestante desde a entrada até a alta do hospital. Segundo o estudo de Dias (2006), é possível identificar falta de cadeiras na recepção para receber os pacientes, recepcionistas com sobrecarga de afazeres, que consequentemente descontam a tensão e estresse no atendimento às pessoas. A recepção, muitas vezes, é palco de conflitos entre médicos e pacientes, de famílias que buscam atendimento para a

¹¹ Ruptura artificial da bolsa amniótica.

gestante de forma agressiva, de cenas de pânico e de longas esperas, por mulheres com dores que aguardam leito ou início do trabalho de parto para serem atendidas.

A falta de privacidade é um dos problemas enfrentados. Na sala de exames, pré-parto, e no alojamento pós-parto mais de uma mulher é atendida simultaneamente quando há disponibilidade de profissionais, separadas por divisórias de materiais sem isolamento acústico apenas visual. Além disso, os atendimentos são impessoais, frios e sem empatia, ocorrem em geral de forma rápida sem espaço para uma avaliação completa. A retirada de todos os pertences da gestante e padronização com roupa do hospital despersonaliza a mulher.

É recorrente a falta da presença de um acompanhante tanto no momento da realização de exames quanto durante o parto. Pois, poucas vezes são fornecidas à gestante informações e orientações sobre seus direitos, possibilidades de serviços e sobre o que vai acontecer a partir da entrada na sala de exame e pré-parto. Quando há a presença de acompanhante, não é recorrente a passagem de informação sobre atitudes que podem ajudar a mulher.

A falta de acompanhamento de profissionais, como auxiliares de enfermagem, durante o período pré-parto, em que a mulher tem dores das contrações, medos e inseguranças, é comum nos hospitais públicos. Muitas vezes as parturientes estão sozinhas, chorando e não recebem nenhum apoio emocional ou físico. Os profissionais da saúde realizam exame de toque e escutam o coração do bebê sem nenhuma empatia pela mulher, fazem os procedimentos do protocolo de forma mecânica e fria, muitas vezes sem nem saber o nome da paciente ou se apresentar para ela. Mesmo entre gritos e gemidos de dor, pouco sensibiliza e mobiliza os profissionais presentes no hospital, que muitas vezes abandonam a gestante e não se atentam a avaliar como estão a mãe e o bebê.

Eventualmente, quando o hospital possui infraestrutura, as mulheres são encaminhadas para banheira de relaxamento, bola de fisioterapia entre outros, no geral oferece-se apenas um banquinho para a posição semi-acocorada. Não há liberdade de escolha da posição de parir, geralmente o recomendado é que a mulher deite com as pernas apoiadas nas perneiras e segure a mão na alavanca de ferro que há ao lado da mesa, para puxar na hora de fazer força. A maior atenção é voltada à mulher apenas nos períodos expulsivos com contrações, no restante do tempo os profissionais conversam sobre temas variados, não existindo um clima acolhedor para o parto. Além disso, é rotineiro na fase expulsiva uso de soro ocitócico¹², anestesia local no períneo, realização de episiotomia. Como agravante, muitas dessas atitudes são realizadas sem informar a gestante.

¹² Soro com ocitocina sintética para induzir partos.

A retirada do bebê, por médicos, segurando de cabeça para baixo pelos pés, enquanto corta o cordão umbilical, é comum. Além de entregar o bebê para o pediatra sem ter contato com a mãe. Observa-se também a não valorização do contato mãe-bebê pelos pediatras, os quais colocam o recém-nascido no berço ao invés de levá-lo até a mãe.

Entre os profissionais, ainda, existem conflitos sobre condutas médicas. De forma geral, as enfermeiras obstetras tendem a realizar menos intervenções no trabalho de parto, enquanto os médicos obstetras buscam acelerar de forma artificial a evolução fisiológica do trabalho de parto. Os enfermeiros obstetras nem sempre seguem totalmente as recomendações médicas, e por exemplo, fornecem líquidos para paciente com dieta zero ou demoram para colocar a hidratação venosa. Algumas enfermeiras obstetras apresentam maior envolvimento com as gestantes, maior cuidado, abordagens mais afetivas e acolhedoras. Contudo isso não é regra, de modo geral o atendimento dado por enfermeiras e médicos obstetras é frio e sem empatia. Pela formação profissional e cultura de elitismo, ou ainda por questões de gênero ou diferenças sociais, os médicos raramente estabelecem uma boa relação com a gestante.

As situações recorrentes descritas foram observadas por Dias (2006) em hospitais públicos, mas muitas também ocorrem na rede privada por serem culturalmente enraizadas. A maioria das condutas praticadas que não são recomendadas pela OMS ocorrem por estarem na rotina e não por haver real necessidade. Assim como o atendimento sem empatia é uma cultura já instaurada. A soma de todos esses problemas reflete no estado físico e emocional da parturiente, que sem apoio necessário tem como resultado um parto mais difícil, às vezes traumático, doloroso e triste. Nesse cenário, fica evidente a necessidade das mudanças nas condutas, melhoria da infraestrutura e gestão dos hospitais públicos e privados, para a realização de partos mais saudáveis, como partos humanizados, e consequentemente a redução de cesáreas.

4.3 Parto Humanizado

4.3.1 Perspectiva Histórica do Parto Humanizado no Mundo

No período pós-guerra houve a maior migração de partos domésticos para parto em hospitais. Posteriormente a essa mudança houve um aumento considerável de partos cesáreas, como apresentado nos capítulos anteriores. Todas essas mudanças na assistência ao parto foram acompanhadas com o aumento de tecnologia.

Muitos autores defendem que grande parte da humanização da assistência médica, como um todo, não apenas em relação ao parto, perdeu-se por causa do maior emprego da tecnologia.

Pois o contato com o paciente foi reduzido, os procedimentos tornaram-se mais frios e o contato médico-paciente não ocorria mais de forma tão pessoal. Além disso, diversos outros fatores contribuíram para a falta de humanização no parto, os quais já foram citados anteriormente.

Nesse contexto, muitos pacientes, médicos e pessoas de outras áreas passaram a buscar a humanização do parto. Segundo Dias (2006) e Tornsquist (2004) em meados das décadas de 1940 e 1950, começaram a aparecer grupos que criticavam o modelo médico de dominação do parto e defendiam o “parto natural”, com menos tecnologia.

Os obstetras, inglês Grantly Dick e o francês Fernand Lamaze, na década de 1950, ficaram conhecidos por escreverem trabalhos que questionavam a forma em que os partos eram tratados pelos médicos (TORNQUIST, 2004). O excesso de intervenção de médicos e enfermeiros durante o parto era algo que preocupava, eles defendiam que as mulheres naturalmente tem condições de realizar um parto natural, sem traumas, quando essas forem ensinadas. Além disso, eram contra as campanhas que defendiam a separação do bebê de sua mãe, métodos de nutrição artificiais, entre outras disseminadas na época.

Ainda na década de 1950, surge o movimento Parto Sem Dor na França (PSD), o qual buscava devolver o protagonismo do parto à gestante. Defendia a importância da preparação da mulher para o parto, visando que ela tivesse controle das emoções para assim realizar um parto de forma natural sem crenças limitantes impostas pela sociedade da época. Assim, o pré-natal passa a ter sua devida importância, e como já citado anteriormente, ele reflete consideravelmente na vivência do parto. Um pré-natal bom, pode garantir um parto saudável, para mãe e o bebê.

Em Paris, o Parto Sem Dor tornou-se um projeto de lei, que consistia em um método preparatório para o parto de seis a oito sessões, ministrado por obstetras para garantir um bom parto normal. A lei foi aprovada, mas ainda assim muitas pessoas eram contra. A igreja e a maioria dos médicos não apoiavam o movimento e consequentemente a lei.

Nas décadas de 1970 e 1980, propagaram-se outros estudos que criticavam a assistência ao parto realizados no período e várias correntes sucessoras do PSD surgiram. O “parto natural”, “psicossocial”, “casal grávido” são exemplos de métodos e técnicas defendidas para a garantia de partos mais humanizados. Apesar de apresentarem algumas semelhanças com o PSD, como a presença do pai no parto, o Parto Natural e Casal Grávido apoiavam embaralhamento de papéis de gênero, além da simples presença. Em 1972, na cidade de São Francisco, realizou-se o simpósio *Humanizing Helth Care*, o qual trouxe diversas contribuições para as propostas de humanização do atendimento médico debatidas até os dias de hoje (DIAS, 2006).

Em 1974, o obstetra Frédérick Leboyer, escreveu seu livro que tratava sobre métodos que contribuíam para partos humanizados. Declarava evidente preocupação com o bebê, enquanto Lamaze tinha em seu foco a mulher, e defendia a importância do vínculo mãe-filho e como derivação a relação mãe-pai-filho. A partir disso, os pediatras Marshall H. Klaus e John H. Kennell disseminaram a ideia no campo da pediatria de forma significativa (TORNQUIST, 2004). Os dois pediatras, ainda, incentivaram o vínculo mãe-bebê, após observação dos seus benefícios através do trabalho das enfermeiras. O contato pele com pele da mãe e do bebê promove o bem estar do recém-nascido.

Nos últimos 30 anos, os estudos e a busca de implantar práticas no cotidiano de maternidades que vão de encontro à humanização vêm crescendo. De forma positiva observa-se uma maior preocupação dos profissionais e organizações no sentido de ampliar o conhecimento de humanização de parto. Desde 1996, como já referido anteriormente, a Organização Mundial da Saúde esforça-se para divulgar, conscientizar e incentivar práticas para realização de partos humanizados.

Há ainda, diversos movimentos nacionais em países, que tem uma ação ativa essencial na busca da transformação dos partos não humanizados para humanizados. Agindo em diversas frentes, como conscientização da população, conscientização médica, propagação de práticas de partos humanizados, entre outras.

No Brasil, por exemplo, notavelmente o Ministério da Saúde e o movimento Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) efetuam esforços em prol da causa. No período de 2000 a 2002 o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e a organização REHUNA atua desde 1993 no país. A história dos movimentos em relação ao Parto Humanizado no Brasil será tratada no capítulo à frente.

Destaca-se o papel da internet, especialmente na era da comunicação em que vivemos, como um agente fundamental como veículo de informação. As gestantes estão tendo maior contato sobre o assunto “parto”, em busca de mais conhecimento por conta própria, sem depender exclusivamente de profissionais. Porém, salienta-se que a mesma pode contribuir com a transmissão de informações inverídicas, tendo assim pontos positivos e negativos. Dessa forma, observa-se um empenho por parte de vários agentes sociais, a mãe, os médicos, os governos entre outros. Apesar disso, o parto humanizado ainda não é uma realidade para a maioria das mães.

4.3.2 Perspectiva Histórica do Parto Humanizado no Brasil

No Brasil, durante a década de 1970, por meio de profissionais inspirados nas práticas de tradicionais de parteiras e índios, começou a busca por mudança na assistência ao parto para a humanização do mesmo (DINIZ, 2001). Na década seguinte através de grupos como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul, grupo Curumim e Cais do Parto, em São Paulo e Pernambuco respectivamente, intensificou-se a luta pela humanização do parto.

Em 1993, no Brasil, um dos mais importantes grupos defensores do parto humanizado foi fundado, a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA), a partir do documento Carta de Campinas. O documento faz uma denúncia às práticas, violências e constrangimento que as mulheres passam na assistência ao parto, e uma busca por justiça e programas de mudança (DINIZ, 2005). Até os dias de hoje o grupo é um dos mais importante e ativos no país, divulga diversos documentos, livros, vídeos, faz campanhas e parcerias que promovem o parto humanizado. A maioria dos seus integrantes são profissionais da saúde, como enfermeiras, médicos obstetras, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas alternativos, entre outros.

Além de encontros presenciais de debates sobre o tema, como Encontro Parto Natural e Consciente no Rio, desde 1990 grupos virtuais tem papel fundamental, como Parto Natural, Amigas do Parto, Rehuna, Materna, entre outros (TORNQUIST, 2004). A troca de informações e vivências por esses veículos, reflete a diversidade do movimento no Brasil, que envolve instituições, políticas públicas, profissionais e mães.

No entanto, apenas a partir de 1994 que mudanças foram adotadas nos hospitais públicos do Rio de Janeiro, como exemplo a permissão de acompanhante durante o trabalho de parto e parto. E no mesmo ano, cria-se a primeira maternidade pública “autodeclarada” humanizada, a Maternidade Municipal Leila Diniz (DIAS, 2006). Ainda nesse período, ocorrem dois outros marcos, a criação do Prêmio Galba Araújo para Maternidades Humanizadas e a proposição das Casas de Parto. As Casas de Parto, inicialmente foram promissoras, porém posteriormente passaram a sofrer algumas resistências, especialmente por médicos.

O poder público, então em 2000, inaugurou pelo Ministério da Saúde o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e o Programa de Humanização de Hospitais, representando o mais amplo incentivo à humanização do parto. Em 2011, o Ministério de Saúde por meio da Portaria nº 1459/2011, implantou uma rede de estratégias denominada Rede Cegonha, com o objetivo de assegurar à mulher seus direitos desde o pré-natal e garantir uma gestação e parto saudável.

Cada vez mais o uso do termo “humanizar” vem sendo empregado, não apenas referente à assistência ao parto, mas na saúde em geral. Diferentes agentes sociais e grupos interpretam, recriam o termo e a forma de aplicá-lo, criando e/ou acrescentando novas práticas à assistência. Dessa forma, fica evidente a necessidade da reformulação da assistência ao parto, do tratamento com a gestante e o bebê, e a importância do envolvimento de todas as frentes possíveis, governamental, privada, educacional, etc.

4.3.3 Práticas de Parto Humanizado

No mundo diversas organizações estão lutando para a mudança na forma de parir, que majoritariamente ocorre nos dias atuais, para a disseminação de um parto mais humanizado. O Parto Humanizado está voltado para o bem estar da mãe e do bebê a partir de um nascimento com a menor quantidade de intervenção possível. O tempo da gestante e filho é respeitado, a fisiologia natural e o protagonismo da mulher.

Ainda que dentro dos movimentos pela busca da humanização do parto, que envolvem vários agentes sociais, existam compressões diferentes em relação ao seu conceito, o objetivo final é o mesmo. Como crítica ao modelo tecnocrático objetivam devolver o protagonismo do parto a mulher e o aumento da empatia por parte dos profissionais. O parto normal é o tipo de parto em que as práticas humanizadas conseguem ser realizadas com maior eficácia, pois possibilita naturalmente uma menor intervenção, maior contato da mãe com o bebê e respeito do tempo da fisiologia natural (CUNHA et al., 2021). Ao contrário da cesárea, que é um procedimento mais mecânico, frio, controlado por agentes externos e não pela natureza.

Apesar do tipo de parto contribuir, ou não, para a humanização, o parto humanizado não se trata exclusivamente da escolha da forma em que o bebê virá ao mundo (cesárea ou parto normal), mas sim em um conjunto de atitudes durante o momento do nascimento. São as ações da equipe (médicos, enfermeiros, atendentes, entre outros) em relação à parturiente, o ambiente em que ocorre e o preparo da gestante que determinam o grau de humanização.

Como visto, humanizar é muito além de simplesmente seguir normas, é empatia e acolhimento, que se mostram nas pequenas e grandes atitudes. Obviamente, para os defensores de parto humanizado, é preferível um parto normal, mas a cesárea também pode ser humanizada, apesar de alguns estudiosos irem contra essa perspectiva.

Passar o máximo de informações para a mãe tomar suas decisões, é o primeiro passo a caminho da humanização, o qual deve ocorrer ainda nas consultas de pré-natal até o momento do nascimento. O médico não deve induzir a gestante a fazer parto normal ou cesárea, mas

passar as informações, benefícios, malefícios, riscos, procedimentos e etapas dos dois tipos para a mãe fazer a escolha. O ideal seria que a cesárea não fosse romantizada e muito menos eletiva, mas que ocorra apenas quando há necessidade com base em evidências médicas, assim como recomendado pela OMS em 2015 na “Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas”.

A cesárea quando ocorrida pode e deve seguir a linha da humanização, mas com alguns procedimentos distintos de um parto normal, afinal trata-se de uma cirurgia. A empatia e a atenção à família do bebê precisam prevalecer partindo de toda equipe do hospital.

Assim, organizações como a OMS, Ministérios da Saúde, estudiosos, movimentos como o REHUNA, divulgam recomendações de práticas humanizadas de forma clara e descomplicada para serem adotadas no pré-parto, trabalho de parto e durante o parto.

Segundo as recomendações da OMS de 1996, as principais condutas para a realização de um parto humanizado são:

- Fornecer as mulheres todas as informações, explicações, possibilidades, benefícios, malefícios e riscos de todas as atitudes que podem ou serão tomadas antes e durante o parto;
- Permitir a presença de um acompanhante durante o pré-natal e parto, independente de quem seja, respeitando a escolha da mulher;
- Ser informada de todos os procedimentos que serão realizados com ela e/ou o bebê, e quando essa não estiver em condições físicas e emocionais para o entendimento, informar o acompanhante também;
- Permitir a ingestão de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto, sem excessos;
- Permitir que a mulher deambule durante o período de dilatação;
- Assegurar que a gestante possa escolher a posição em que deseja parir no momento da expulsão e demais momentos, garantindo liberdade de movimentação e posição;
- Utilizar métodos não farmacológicos e invasivos para alívio de dor, como massagens, técnicas de relaxamento, uso de banheiras, música ambiente, entre outros;
- Monitorar o bem-estar físico e emocional durante todo o processo de parto;
- Garantir o contato pele a pele entre mãe e bebê no primeiro momento pós-parto, permitindo o aleitamento imediato
- Respeitar a mulher, suas individualidades, cultura, crenças, escolhas e ser chamada pelo nome, promovendo um atendimento pessoal e humanizado.

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal publicadas em 2017 pelo Ministério da Saúde, partilha das mesmas recomendações da OMS e as complementam. As orientações julgadas mais relevantes são:

- Informações sobre o local de assistência ao parto, como o risco e benefícios que os diferentes locais (domicílio, Centro de Parto Normal extra, peri ou intra hospitalar, maternidade) podem ter;
- Passar informação sobre os tipos de profissionais que podem realizar partos de baixo risco, sendo médico obstetra, enfermeira obstétrica e obstetritz;
- Comunicação entre a mulher e profissionais, de forma atenta, calma e empática para entender sua história, necessidades, sentimentos e individualidades;
- Respeitar sua intimidade, cultura, crenças, dando também suporte emocional e físico.

Encontrou-se em artigos mais recentes, que admitem a cesárea como um possível parto humanizado mais recomendações. Segundo Cunha (2021), a realização do parto cesárea o ambiente da sala de cirurgia influência na humanização, a penumbra torna o ambiente mais acolhedor e confortável; permitir que a mulher assista o nascimento do filho, ao invés de impedir a visão faz-se necessário, assim como possibilitar a movimentação de braços e mãos; a retirada do bebê de forma afável, levando-o para o contato pele a pele e amamentação com a mãe, possibilita uma maior conexão mãe-filho. Todas essas atitudes empáticas e com respeito tornam o momento do nascimento do filho uma lembrança boa, amorosa e não traumática. Além disso, informar a mãe anteriormente sobre os procedimentos que essa irá ser submetida durante o parto cesárea, faz com que a tensão seja diminuída, visto que muitas vezes a gestante está em um momento de decepção e com sentimento de culpa por desejar parto normal, mas não conseguiu.

Vertentes alternativas e feministas dos movimentos do parto humanizado valorizam e buscam práticas holísticas. Essas condutas não são medicalizadas, mas sim pautadas em ações já realizadas por parteiras ou culturas não ocidentais, nem racionalistas (TORNQUIST, 2004). Em um parto humanizado holístico técnicas como meditação, controle da respiração, acupressão¹³, magnetoterapia¹⁴, reiki¹⁵, uso de cristais, cromoterapia¹⁶, entre outras são utilizadas, sempre respeitando as crenças e cultura da parturiente. Há, evidentemente, uma recuperação de práticas populares por parte de algumas organizações, como a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA).

Infelizmente, apesar dos esforços de diversas organizações, muitas práticas não são realizadas. Como já referido, a desinformação, falta de estrutura física adequada, questões

¹³ Terapia natural para aliviar dores pressionando postos específicos do corpo.

¹⁴ Técnica milenar que utiliza imãs para aumentar a interação celular de algumas células e substâncias corporais com o intuito de diminuir dores.

¹⁵ Técnica japonesa que por meio das mãos transfere energia para alinhar os chakras e promover equilíbrio energético, com o intuito de promover bem-estar mental e físico.

¹⁶ Terapia através do uso das cores, auxilia no tratamento de doenças e dores.

culturais que envolvem equipe médica e pacientes, mercantilização do parto, entre outros fatores acentuam esse distanciamento entre o parto humanizado ideal e os partos realizados hoje em dia. Há uma grande contradição entre o que a ciência prescreve e o que acontece nos partos.

4.3.4 Parto Humanizado e Sagrado Feminino

No primeiro capítulo compreendeu-se o que é Parto Humanizado, suas diversas vertentes e importância. Mas o que é Sagrado Feminino? E em que aspecto esses dois termos se relacionam?

Sagrado Feminino é uma filosofia, um estilo de vida, o qual busca a reconexão consigo mesma e a vida em harmonia com os ciclos da natureza. Todos nós temos dois pólos energéticos, o feminino e o masculino. A energia feminina representa nossa intuição, criatividade, aspectos emocionais, espirituais, capacidade de nutrir, proteger e acolher. Enquanto, o masculino é ação, habilidade, lógica, foco, força e disciplina. Socialmente enraizou-se a crença de que a energia masculina é sinônimo de maior sucesso, assim é mais valorizada e compreendida. Porém, o ideal para se ter uma vida harmônica é o equilíbrio das duas energias. Assim, o movimento do Sagrado Feminino tem como objetivo resgatar a energia feminina nas relações com o outro e consigo. (HOLANDA; FARNOCCHIA, 2021)

Diante disso, uma das missões do movimento é a libertação de padrões da sociedade, aproximação e aceitação do corpo como totalidade e conexão com a natureza. A natureza abrange a lua, estrelas, marés, ciclos menstruais, ciclos hormonais, gestação, entre outros. O Sagrado Feminino respeita e acolhe todos esses ciclos naturais. Vale ressaltar, ainda, que o movimento cultua a figura de diversas Deusas de várias culturas e crenças, pois acreditam que cada mulher tem uma deusa dentro de si.

O movimento Parto Humanizado no geral busca menos intervenções artificiais e mais empatia. Além de algumas vertentes defenderem veementemente a realização do parto de forma natural e respeitando o tempo fisiológico da mulher. Na filosofia do Sagrado Feminino a gestação e o parto são vistos como processos da natureza, assim seus ciclos, tempo, processos e instinto naturais são respeitados e seguidos. Pois acredita-se na força e sabedoria natural do corpo da mulher. Nesse ponto há conexão entre os dois movimentos, Parto Humanizado e Sagrado Feminino. Dessa forma, é possível encontrar correntes e participantes do Parto Humanizado que fazem referência ao Sagrado Feminino (RUSSO; NUCCI, 2020).

Muitas dessas correntes utilizam técnicas holísticas naturais e do universo neo-esotérico, como massagem *shiatsu*, *ayurvédica*, *reiki*, astrologia e cristaloterapia, para ajudar na

preparação e no parto como forma de amenizar dor, relaxamento, diminuição da tensão e medos, entre outros (TORNQUIST, 2004). Esses mesmos métodos são utilizados e ligados ao movimento Sagrado Feminino.

O objetivo deste subcapítulo não é o aprofundamento da filosofia do Sagrado Feminino. Mas o entendimento do seu conceito, pois será utilizado como um dos partidos do anteprojeto do Centro de Parto Humanizado que será desenvolvido.

Arquitetonicamente, a filosofia do Sagrado Feminino pode se expressar na maneira que o ambiente vai deixar a parturiente confortável ao ponto de se entregar para o momento e à sua própria natureza, conectando-se consigo e com sua alma. Elementos arquitetônicos podem reforçar e contribuir para a experiência de um parto natural agradável, com liberdade de escolha, com respeito ao corpo e tempo da gestante, de forma a fazer sentir tranquilidade, força, coragem e outros sentimentos bons, respeitando o ciclo natural.

Decisões projetuais que contribuem para criação de um ambiente acolhedor, com contato com a natureza, confortável e com elementos que deem liberdade de movimento e escolha a gestante, estão em concordância com a filosofia do Sagrado Feminino, pois permitem que a natureza da mulher seja respeitada. Mas, vale ressaltar, que um ambiente propício não é suficiente para garantir um parto natural alinhado com a filosofia do Sagrado Feminino, é necessário que um conjunto de fatores, práticas de assistência médica e orientações estejam seguindo a lógica da filosofia.

4.4 Partos no contexto de Palmas e região

4.4.1 Partos em Palmas

O Tocantins foi o último estado brasileiro a ser criado e Palmas, sua capital, representa o principal polo do estado. Segundo a estimativa do IBGE/2021 a capital possui 313 349 habitantes, enquanto a segunda maior cidade do Tocantins, Araguaína, possui 183 381 e a terceira, Gurupi, tem 87 545 habitantes. Nesse contexto é notável a influência e referência que Palmas é para a região.

Em relação à saúde, especificamente a área da obstetrícia, assunto da monografia, a capital do estado possui a maior maternidade pública da região. Em 1999 o Hospital e Maternidade Dona Regina (HMDR) foi criado e ainda hoje representa a única maternidade pública de Palmas. Porém, a cidade conta com o suporte em torno de mais 3 hospitais que realizam partos, desses alguns são mistos e outros apenas privados.

Em escala macrorregional o Hospital e Maternidade Dona Regina (HMDR) é referência e atende vários municípios do estado. Possui 124 leitos, 25 especialidades médicas e é o único hospital público do Estado que possui UTI neonatal. Vale ressaltar que, segundo a Ginecologista e Obstetra Dra. Francielle Batista que atua na cidade de Palmas, o parto humanizado público é realizado exclusivamente no HMDR. Na rede privada o Hospital Santa Thereza da Rede Medical Palmas que atua com parto humanizado.

Segundo informações do DATASUS e a Secretaria de Comunicação do Governo do Tocantins, de 2009 até 2012, o estado do Tocantins apresentou maior índice de realização de partos vaginais e menor de cesáreas, contrariando as taxas nacionais, as quais possuíam a lógica invertida. Mas desde 2013 o estado apresenta taxas equivalentes às nacionais, com maior quantidade de partos cesáreos e menor número de partos vaginais. Entretanto, o Hospital e Maternidade Dona Regina, em 2013, realizou 24.736 atendimentos, sendo 4.968 partos dos quais 2601 foram vaginais e 2367 cesáreas. Assim, o hospital contraria os dados do estado e representa um importante agente na propagação de partos naturais e humanizados.

Segundo a Secretaria de Comunicação do Governo do Tocantins, desde 2010 é possível observar mudanças na assistência aos partos realizados no HMDR. Em 2010, o Comitê do Parto Humanizado juntamente com o setor de Humanização da Secretaria da Saúde do Governo do Tocantins, implantou o Direito do Acompanhante no Hospital. Posteriormente, em 2011, o hospital aderiu ao programa Rede Cegonha da Portaria Ministerial nº 1459/2011, referente às estratégias do Ministério da Saúde que visam a humanização da assistência ao parto. Dois anos mais tarde, em 2013, 14 hospitais do Tocantins, incluindo o HMDR, receberam recursos para a implantação do programa.

Em 2014, o Hospital e Maternidade Dona Regina, com o objetivo de incentivar práticas humanizadas e conscientização e empoderamento das mulheres quanto aos benefícios do parto natural, realizou o projeto “Dona Regina pelo Parto Natural”. O projeto contou com uma ampla programação com exposição de filmes, debates e palestras especialmente voltadas para grávidas e casais.

Em 2015, o hospital atendeu cerca de 500 partos por mês, sendo em torno de 40% cesáreas. De acordo com o diretor técnico de 2015, Fábio Moraes, havia um conjunto de ações sendo realizadas no sentido de conscientização das equipes e pacientes para a redução da taxa de cesárea e aumento dos partos naturais com o mínimo de intervenção.

Vale ressaltar que a realização do parto vaginal não garante a humanização do parto, assim como, a cesárea não representa a falta de humanização. Porém, como não se encontram dados consistentes em relação aos partos humanizados, analisa-se a quantidade desses dois tipos

de parto, partindo do pressuposto que de forma geral o parto vaginal possui menos intervenção que a cesárea.

Para fazer uma análise comparativa dos partos realizados no estado do Tocantins buscou-se informações no DATASUS. Os dados mais recentes encontrados foram de 2019, os quais mostraram que 43,07% dos partos foram vaginais e 56,01% cesáreas. Os dados do estado se equiparam com os dados nacionais apresentados anteriormente, 43,63% partos vaginais e 56,30% cesáreas.

Além disso, é pertinente analisar a quantidade de partos realizados em Palmas- TO no único hospital e maternidade pública da capital, local em que será desenvolvido o anteprojeto da monografia. O Núcleo de Educação Permanente do Hospital e Maternidade Dona Regina (NEP) disponibilizou informações quantitativas e qualitativas da unidade. Constatou-se que em 2019, foram realizados 3152 partos normais e 2761 cesáreas, ou seja 53% dos partos foram vaginais e 46% foram por intervenção cirúrgica. Além disso, reforçou-se a necessidade de ampliação da unidade para atender mais gestantes, visto que o hospital possui 3 salas cirúrgicas, e 14 leitos para parto normal em bloco conjunto.

Dessa forma, compreende-se que Palmas demanda novas unidades para atender a população da cidade e região, a qual está em constante e rápida expansão. Além disso, observa-se que os esforços em busca da humanização do parto, visando maior saúde e qualidade de parto para mãe e bebê, são fundamentais para alteração do cenário em que os hospitais e maternidades encontram-se hoje. A ampliação desses esforços, como a criação de novas unidades destinadas à realização de partos humanizados, refletiria positivamente nos índices de partos humanizados, pois, apesar de existirem, ainda representam uma pequena parcela em relação à quantidade total de nascimentos em Palmas, na região e no estado.

4.5 A Influência do ambiente no Parto Humanizado

4.5.1 Como o edifício se relaciona com o Parto Humanizado

Atualmente, os hospitais e maternidades possuem espaços arquitetônicos inadequados, que se voltam apenas para as necessidades técnicas dos profissionais, desconsiderando a gestante e seus sentimentos (DIAS, 2006; DINIZ, 2001). Espaços com cores e iluminação frias, equipamentos tecnológicos que reforçam a frieza, disposição dos ambientes como uma linha de montagem, grandes distâncias entre os ambientes, falta de privacidade, falta de espaços confortáveis para acomodação e deambulação e falta de banheiro privativo, são alguns dos aspectos

observados nos hospitais, especialmente da rede pública, por dependerem de investimento governamental. Todo esse cenário encontrado na arquitetura dos hospitais e maternidades, levam a parturiente a percorrer grandes distâncias e despertam sensações negativas, como medo, irritabilidade, abandono, tensão, entre outras.

Diante disso, almeja-se mudança na estrutura física das unidades que realizam partos, para contribuir com a humanização da assistência. Em diversas bibliografias estudadas, que faziam referência ao ambiente de parto humanizado, destacou-se a busca por ambientes acolhedores. O ambiente impacta nas sensações, cada detalhe reflete na emoção, sensação e sentimento do indivíduo. Se o parto humanizado visa uma experiência confortável, prazerosa e emocionante, a arquitetura tem papel fundamental nesse processo. Vale ressaltar que o espaço físico arquitetônico não tem o poder de humanizar ou desumanizar uma assistência, mas representa um dos elementos responsáveis, o qual somado a outros torna o momento mais acolhedor, prazeroso e humano (LINDHEIM, 1975, apud DIAS, 2006).

Segundo Sílvia Colin (2019), a arquitetura transmite uma gama de emoções existentes em nossas vidas. A emoção e as sensações de um ambiente são percebidas através dos sentidos, visão, audição, paladar, olfato e tato. Pallasmaa (2011) enfatiza como cada sentido pode ser percebido na arquitetura e exprimir uma sensação e emoção no indivíduo que adentra cada ambiente, fazendo com que a edificação cumpra além da sua função. Muitas vezes as sensações causadas pelo ambiente são resgates de nossas memórias, enquanto outras vezes cria-se novas.

A arquitetura não apenas responde às necessidades sociais e intelectuais funcionais e conscientes dos moradores urbanos; ela também deve lembrar o caçador e agricultor primitivo escondido em nossos corpos. Nossas sensações de conforto, proteção e lar estão enraizadas nas experiências primitivas de incontáveis gerações (PALLASMAA, 2011).

Todas as sensações que desejam ser transmitidas são passadas por diversos elementos, desde a disposição dos ambientes, manipulação de cores, revestimentos, texturas, maneiras de iluminação (direta, indireta, natural ou artificial), temperatura, sombra, forma, cheiros, sons e outros. Sendo que, segundo Rasmussen (1998), essas informações são sentidas e vivenciadas de maneiras distintas de acordo com a cultura, estado de espírito, memórias, entre outras condições de cada indivíduo. Assim, o arquiteto que possui conhecimento das atividades que serão realizadas em um determinado espaço consegue projetar direcionando as escolhas para a criação da sensação que deseja.

Além disso, a atenção deve ser direcionada não apenas para a edificação arquitetônica, que inclui o dimensionamento e disposição dos ambientes, privacidade dos ambientes,

iluminação e ventilação, entre outros. Mas deve-se voltar o olhar, também, para o design de interiores, o qual trata dos tipos de acabamentos, tipos de móveis utilizados, decoração, entre outros. Para criar ambientes mais acolhedores e tornar o parto mais confortável, garantindo o protagonismo e o poder de escolha da parturiente, são feitas escolhas projetuais, nos hospitais e salas de parto humanizado, que contribuam para a criação da atmosfera desejada.

A cor pode afetar tanto sensações físicas do espaço como psicológicas no indivíduo (Figura 1). Como exemplo, um forro escuro causa a sensação do ambiente possuir um pé direito mais baixo, e um forro claro causa sensação contrária. Além disso, o uso das cores contribui para orientação espacial, permitindo o deslocamento através de um “mapa mental” (BINS ELY, 2003, apud CUNHA, 2004). Para compreender os efeitos psicológicos há estudos que buscam entender como o cérebro humano recebe as cores de forma a influenciar nas emoções, sentimentos, desejos e sensações. Segundo Farina, Perez e Bastos (2006), as cores são fundamentais para a criação de ambientes acolhedores que estimulam a produção de sensações que influenciam os aspectos físicos e psicológicos dos indivíduos, como alegria, tristeza, medo, exaltação, calor, frio, equilíbrio, desordem, entre outras. Assim, a utilização da cor deve ir em concordância com a intenção de cada ambiente e o sentimento que este deseja passar.

Figura 1- Esquema de classificação das cores segundo Farina, Perez e Bastos (2006)



Fonte: Autora (2021).

A luz, assim como a cor tem efeitos psicológicos. O papel da luz/iluminação transcende o simples ato de tornar um objeto visível ou possibilitar a percepção de um espaço, ela tem a capacidade de despertar emoções (LOVISETTI,2009, apud MANAIA,2012). A luz e a sombra podem causar diferentes sensações que afetam o psicológico dos indivíduos. A forma de iluminação, cor e intensidade da luz transformam a atmosfera dos ambientes e consequentemente os estímulos provocados, os quais afetam o sentimento, humor e sensação das pessoas (Figura 2). Vale ressaltar, que a variação das cores e intensidade da luz ocorrem na natureza, a luz da manhã é mais amarelada, ao aproximar-se do meio dia torna-se mais intensa e fria, enquanto no final do dia volta-se para o laranja e vermelho, com o pôr do sol, até a penumbra apenas com sutil iluminação da lua. A luz de cada hora do dia relaciona-se com as atividades exercidas nos horários determinados. Dessa forma, deve-se pensar ao elaborar um projeto que contempla diferentes atividades, alinhando-as com a forma de iluminação mais eficiente para despertar as sensações desejadas.

Figura 2 - Esquema para compreender os tipos de Cor de Iluminação



Fonte: Autora (2021).

Quando a iluminação é utilizada alinhada com a lógica da natureza há benefícios para os indivíduos. Da mesma forma, o uso de outros elementos que remetem a natureza proporciona um espaço acolhedor e sentimentos positivos, como tranquilidade. A imitação de elementos naturais ou a utilização direta deles na arquitetura geram efeitos positivos nas pessoas e reduzem o estresse (JOYE, 1992, apud DOLÔRES, 2021). O design biofílico pode ser utilizado de três formas na arquitetura, segundo Calabrese e Kellert (2015), de forma direta, com o uso de plantas por exemplo, indireta, através de imagens ou elementos que remetem a natureza, e de forma a criar características espaciais próprias do mundo natural.

Diante disso, texturas que remetem a pedras, madeira, entre outras trazem boas sensações para o ambiente. Além disso, o uso de diversas texturas proporciona o uso do sentido do tato. Consequentemente, quanto mais os sentidos são explorados na arquitetura, mais sensações ela é capaz de extrair do indivíduo.

Vale ressaltar, ainda, como os móveis relacionam-se com as atividades exercidas, podendo ajudá-las ou atrapalhá-las. Salas de partos convencionais possuem equipamentos básicos que são pensados para o uso técnico dos profissionais envolvidos. Enquanto, uma sala de parto humanizado projetada para acolher a parturiente, devolver seu protagonismo e promover sentimentos bons possui equipamentos e móveis que contribuem para uma experiência agradável, como pode-se observar na figura 3. Assim, há disponíveis nos ambientes diversos elementos que podem ser utilizados ou não conforme o desejo da gestante, além dos móveis e equipamentos necessários para atuação dos médicos e enfermeiros. Bola suíça, barra de alongamento, banqueta de parto, assento ativo, balanço pélvico, chuveiro aquecido, cadeiras de balanço, escadinhas, sofás, cavalinho, banheiras, são alguns dos instrumentos que devem estar disponíveis para o uso durante o parto. Vale enfatizar, que todos os materiais devem ser de fácil limpeza, os estofados impermeabilizados, sugere-se ainda a utilização de rodinhas nos móveis para facilitar a liberdade de deslocamento e higienização.

Figura 3 - Casa de parto com equipamentos específicos



Fonte: Rede Dor São Luiz (2020). Adaptada pela autora, 2021.

Outro fator importante da arquitetura é o conforto térmico, o qual afeta diretamente todos os usuários dos ambientes dos hospitais e maternidades. A climatização pode ser feita de forma natural ou artificial, com exceção de alguns ambientes hospitalares que por questões sanitárias não possuem essa liberdade de escolha. Mas, garantir que todos estejam confortáveis com o clima do hospital é fundamental, pois a sensação de muito frio ou calor gera desconforto e consequentemente desencadeia a promoção de mais sentimentos e sensações ruins, como estresse.

Além disso, a experiência auditiva também reflete nos sentimentos. Ambientes com bom isolamento acústico, garantem a privacidade da gestante. A implantação de equipamentos que permitam colocar músicas, sons da natureza e outros, contribuem para a criação de uma atmosfera tranquila e favorável para o parto.

Dessa forma, observa-se, que a arquitetura como um todo influencia as atividades e os indivíduos. A arquitetura tem o poder de promover emoção, sensação e sentimentos ruins ou bons. Cabe aos profissionais entender a necessidade de cada ambiente para extrair o melhor de cada pessoa por meio dos elementos arquitetônicos utilizados. Muitas vezes mudanças de pequenos detalhes, como decoração com elementos naturais, são eficientes, sem a necessidade de grandes investimentos, quando não são possíveis. Mas ainda que intervenções isoladas e pontuais conseguem alterar de alguma forma as sensações dos ambientes, é o conjunto de decisões projetuais que gera o maior impacto nos indivíduos que frequentam os ambientes e transforma a experiência de parto de uma mãe. Quando hospitais e maternidades são projetados de forma consciente de seu impacto no psicológico e são feitas escolhas arquitetônicas assertivas, desde os pacientes até os profissionais são tomados de sentimentos positivos, muitas vezes tornando o dia a dia de trabalho mais leve.

4.5.2 Diretrizes Projetuais Legais

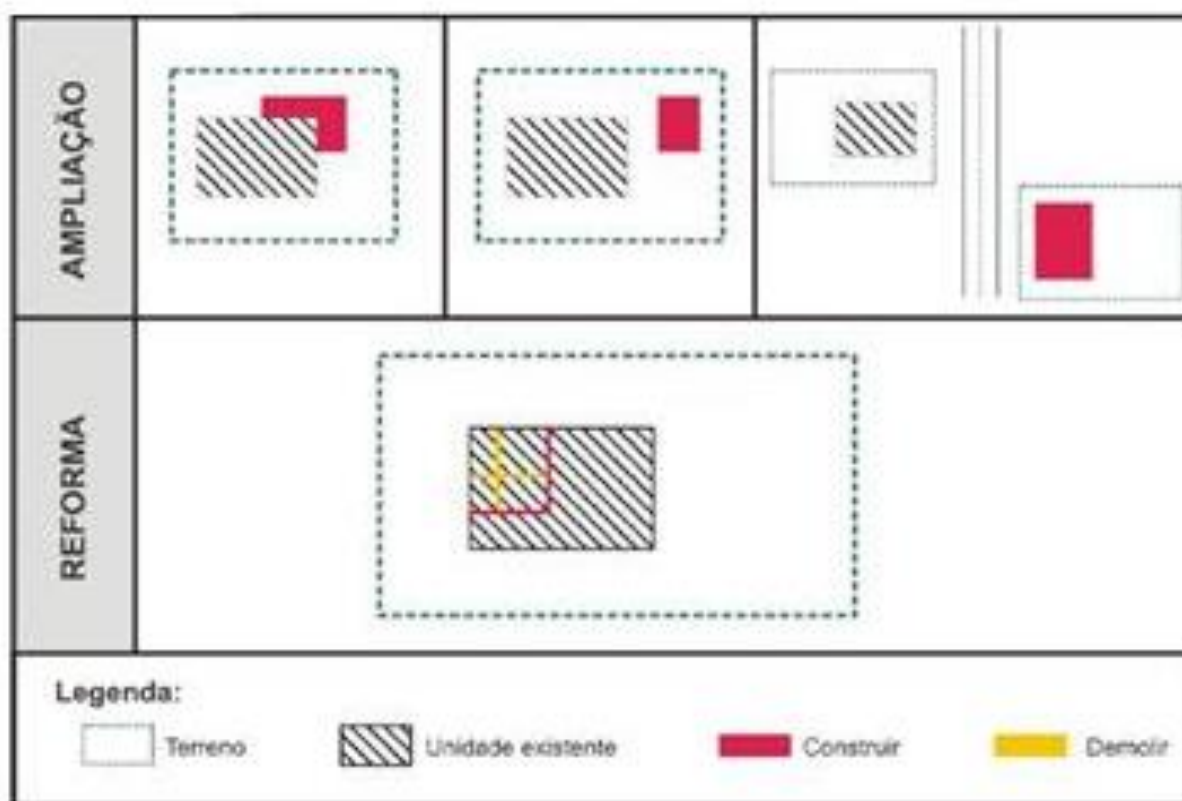
Centro de Parto Normal (CPN) é uma unidade que objetiva a realização de partos naturais de risco habitual, o qual pertence a um estabelecimento hospitalar, ainda que não esteja conectado fisicamente. Assim, alinhado com a humanização não há salas separadas para pré-parto, parto e pós-parto, toda a experiência ocorre em um único ambiente, o Quarto PPP (pré-parto, parto e pós-parto). Vale ressaltar, que o CPN possui diversas outras nomenclaturas semelhantes que são utilizadas, como exemplo Casa de Parto e Centro de Parto Humanizado.

Para a elaboração de um projeto de Centro de Parto Normal é necessário compreender algumas legislações que definem diretrizes e normas projetuais (Figura 4). Em 2018, o Ministério da Saúde divulgou um documento com as orientações para elaboração de projetos arquitetônicos Rede Cegonha (Ministério da Saúde, 2018).

Há três tipos de projetos, sendo:

- Ampliação: nova área física com o funcionamento ligado a algum outro estabelecimento, como hospital, que pode ou não estar ligada fisicamente;
- Reforma: Alteração em ambientes sem acréscimo de área física;
- Construção: Nova edificação sem estar ligada funcionalmente ou fisicamente a algum estabelecimento.

Figura 4 - Tipos de projetos segundo as orientações do Ministério de Saúde



Fonte: Ministério da Saúde (2018).

Além disso, há duas classificações principais de Centro de Parto Normal. O Centro de Parto Normal Intra-Hospitalar (CPNi) são unidades ligadas fisicamente a um estabelecimento hospitalar, ou seja, trata-se de uma reforma ou uma ampliação conectada ao edifício existente, o qual ramifica-se em Tipo I e Tipo II de acordo com os ambientes compartilhados e devem possuir no mínimo 3 Quartos PPP. E o Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar (CPNp), o qual refere-se a unidades que não estão conectadas fisicamente a nenhum hospital, mas devem estar nas imediações com uma distância máxima de 200 m ou a no máximo 20 minutos em transportes adequados, deve possuir no mínimo 5 Quartos PPP. De acordo com a classificação, o Ministério da Saúde define um programa de necessidades e dimensionamento mínimo (Tabela 1).

Tabela 1- Programa de necessidades e dimensionamento mínimo de um CPNp de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde e da ANVISA

Programa de necessidades mínimo CPNp SEGUNDO: PORTARIA N° 985/1999, PORTARIA N° 1459/2011, PORTARIA N° 11/2015, RDC N° 36/2008 E RDC N° 50/2002.			
UNIDADE/AMBIENTE	QUANTIDADE MÍNIMA	DIMENSÃO MÍNIMA	ÁREA MÍNIMA
SALA DE REGISTRO E RECEPÇÃO PARA ACOLHIMENTO DA PARTURIENTE E SEU ACOMPANHANTE	1	-	12 M ²
SALA DE EXAMES E ADMISSÃO DE PARTURIENTES	1	-	9 M ²
SANITÁRIO ANEXO À SALA DE EXAMES	1	1,20	2,40 M ²
QUARTOS PARA PRÉ-PARTO/PARTO/PÓS-PARTO - PPP (SEM BANHEIRA)	4	3,20	14,50 M ²
QUARTOS PARA PRÉ-PARTO/PARTO/PÓS-PARTO - PPP (COM BANHEIRA)	1	3,20	18,00 M ²
BANHEIRO ANEXO AO QUARTO PPP	5	1,70	4,80 M ²
ÁREA PARA DEAMBULAÇÃO (INTERNA E/OU EXTERNA)	1	-	20,00 M ²
POSTO DE ENFERMAGEM	1	-	2,50 M ²
SALA DE SERVIÇO	1	-	5,70 M ²
SALA DE UTILIDADES	1	1,50	6,00 M ²
QUARTO DE PLANTÃO PARA FUNCIONÁRIOS	1	2,00	5,00 M ²
BANHEIROS ANEXO AO QUARTO DE PLANTÃO	2	-	2,30 M ²
ROUPARIA	-	-	-
DEPÓSITO DE MATERIAL DE LIMPEZA	1	1,00	2,00 M ²
DEPÓSITO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS	1	-	3,15 M ²
COPA	1	1,15	4,00 M ²
REFEITÓRIO	1	-	12,00 M ²
ÁREA PARA GUARDA DE MACAS E CADEIRAS DE RODAS	-	-	-

Fonte: Autora (2021).

Na figura 5 pode-se perceber o fluxo da gestante no Centro de Parto Normal, da sua entrada até a alta, deve ser analisado cuidadosamente para a realização do projeto. Seguindo a RDC No 36/2008 o Ministério da Saúde divulgou no mesmo documento de orientações projetuais o seguinte esquema de fluxos:

Figura 5 - Fluxo da gestante no Centro de Parto Normal



Fonte: Ministério da Saúde (2018).

Unindo as informações recomendadas, o Ministério da Saúde disponibiliza uma planta baixa de referência, em que é possível observar visualmente como o fluxo, programa de necessidades e dimensões acontecem no espaço (Figura 6). O projeto possui aproximadamente 330 m², contando com sala de acolhimento e registro, 1 sala de exames, 1 sala de serviços, 1 sala de enfermagem, 5 quartos PPP (suítes), copa, refeitório, 1 repouso de plantão, 1 depósito de equipamentos, sala de utilidades, 1 DML, 6 solários (desses 5 são conectados aos quartos PPP, garantindo privacidade e conexão com a natureza) e área de deambulação interna.

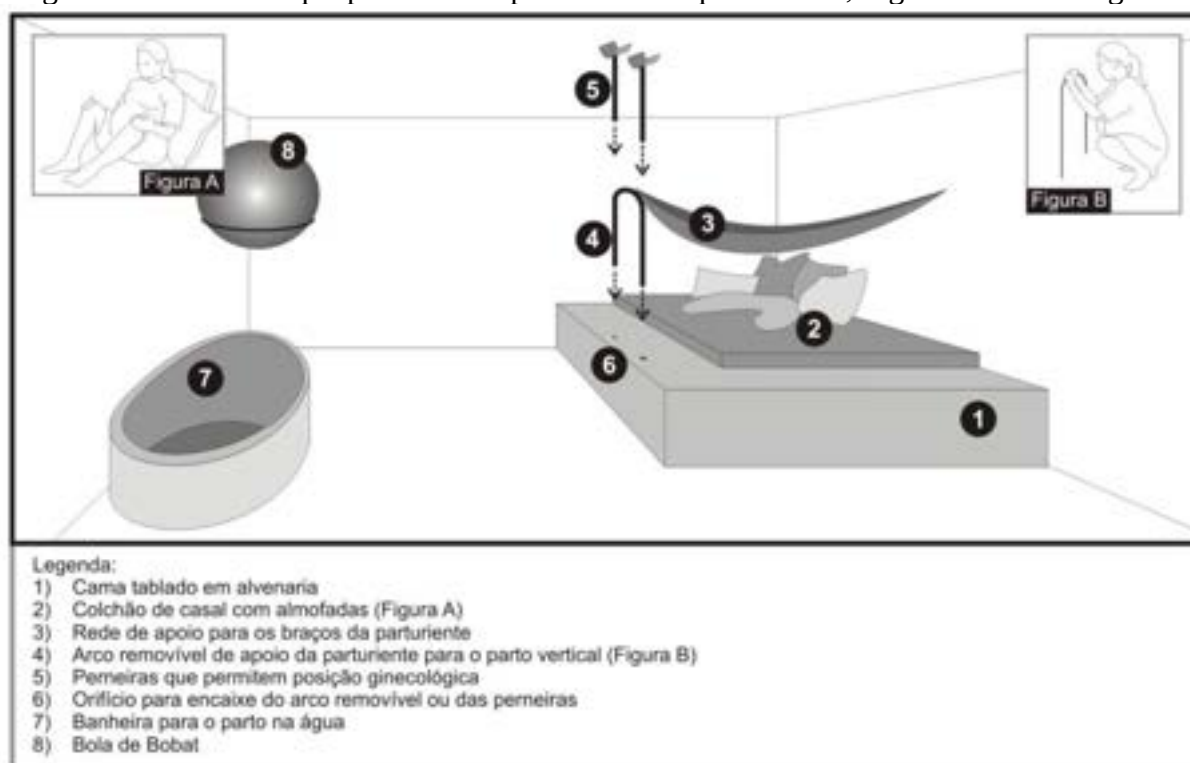
Figura 6 - Projeto de referência de um Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar disponibilizado pelo Ministério da Saúde



Fonte: Ministério da Saúde (2018). Adaptado pela autora, 2021.

Ademais, a arquitetura de interiores dos ambientes não deve ser negligenciada, pois como já apresentado anteriormente e na figura 7, os elementos que a compõem têm forte relação com a humanização do parto. Assim, o Ministério da Saúde por meio da Rede Cegonha realiza recomendações nesse sentido:

Figura 7 - Elementos que podem estar presentes nos quartos PPP, segundo a Rede Cegonha



Fonte: Ministério da Saúde (2013).

Dessa forma, fica evidente que a concepção de um projeto arquitetônico para um Centro de Parto Normal é complexa e além de precisar estar em harmonia com a humanização e as sensações provocadas na parturiente, necessita estar alinhado com diversas normas previstas na legislação. As portarias Nº 985/1999, Nº 1459/2011 e Nº 11/2015 são normas e diretrizes do Ministério da Saúde que trazem orientações para ambientes de CPN, juntamente com as recomendações RDC Nº 36/2008 e RDC Nº 50/2002 da ANVISA. Além disso, a legislação municipal e estadual do local em que será implantado também deverá ser seguida, paralelamente a Norma Brasileira (NBR) 9050/2015, a qual prevê acessibilidade universal.

4.6 Correlatos

4.6.1 Casa Angela – Centro de Parto Humanizado

A Casa Angela localiza-se na zona sul de São Paulo – SP. Fundada em 2009, é uma das pioneiras e referência em parto humanizado no Brasil. Apesar da inauguração em 2009, a história com a assistência humanizada iniciou na década de 1980 com a parteira alemã Angela

Gehrke da Silva (Figura 8), a qual iniciou o trabalho com humanização de parto na comunidade do Jardim Monte Azul, na zona sul de São Paulo.

Figura 8 - Angela Gehrke da Silva, fundadora da Casa de Parto Monte Azul



Fonte: Casa Angela (2019).

“O futuro da humanidade são as crianças e, quanto mais oportunidades nós lhes oferecermos para que nasçam sem traumas, com muita confiança, mais colaboramos para que esse futuro seja melhor.” – Angela Gehrke da Silva (CASA ANGELA, 2019).

Em 1997, Angela fundou a Casa de Parto Monte Azul, a qual fechou 2 anos mais tarde, e no ano seguinte a fundadora faleceu de câncer. Porém, ela foi fundamental para dar origem em 2009 a Casa Angela, nomeada em homenagem à parteira. Em 2003, a Associação Comunitária Monte Azul em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde começa a desenvolver o projeto de uma nova casa de parto. A médica alemã Anke Riedel, a qual havia realizado trabalhos voluntários com Angela, coordenou a construção, implantação e gestão do centro de parto humanizado até 2017.

A construção, figura 9, iniciou-se em 2006 e em 2009 houve a inauguração, entretanto sem o centro de parto, ofertando apenas serviços como: consultas, visitas domiciliares para acompanhamento de pré e pós-natal, posto de coleta de leite materno, grupos de apoio, cursos e oficinas, orientação e planejamento familiar, palestras, entre outros. Em 2012, a Casa Angela

foi inaugurada por completo com o centro de parto humanizado, ambulatório de pré-natal, puericultura e ambulatório de aleitamento materno funcionando 24h.

Figura 9 - Construção Casa Angela



Fonte: Casa Angela (2019).

A Casa Angela tem papel fundamental na mobilização social e articulação política na defesa do parto humanizado e direito das mulheres e crianças. Possui desde 2012, parcerias com universidades nacionais e estrangeiras, instituições públicas e privadas. Em 2015, realizou-se um convênio com a prefeitura, garantindo recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) e aumento de partos atendidos. Anteriormente, o centro mentia-se funcionando com apoio de parceiros, doadores e pacientes particulares.

Atualmente a Casa Angela oferece assistência humanizada ao parto natural para usuárias do SUS residentes em São Paulo e atendem de forma particular também (Quadro 1). O acompanhamento a gestante é realizado por equipe especializada em atendimento humanizado, que prezam por amor, autonomia, liberdade e respeito. Seguindo as recomendações do Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde, os serviços são realizados prezando o bem-estar, conforto e segurança da gestante e família.

A unidade realiza de 30 a 50 partos por mês com uma equipe de cerca de 40 profissionais. Sendo a maioria enfermeiras obstetras, obstetrizas e técnicas de enfermagem, além de

pediatra ambulatorial, fisioterapeuta, psicóloga, nutricionista, educadora comunitária, oficinairos, equipe de apoio, recepcionista, assistente administrativa e motorista de ambulância.

Quadro 1- Características do modelo de assistência da Casa Angela

Algumas das características do modelo de assistência prestado na Casa Angela:	
Iniciativa comunitária e social, promovida pelo trabalho da Associação Comunitária Monte Azul;	Assistência obstétrica e neonatal sistematizada, baseada em evidências científicas, boas práticas e guidelines internacionais;
Programa integrado de atenção ao pré-natal, parto, pós-parto e à saúde do bebê no primeiro ano de vida;	Excelência dos resultados maternos e infantis alcançados;
Cuidados centrados nas necessidades físicas, emocionais, espirituais e socioculturais da mãe, do bebê e da família;	Uso de Práticas Integrativas e Complementares com foco na Medicina Antroposófica;
Assistência centrada no empoderamento e na autonomia das mulheres;	Uso de práticas socioeducativas da Pedagogia Waldorf e abordagem Emmi Pikler nos cursos de apoio para pais.
Nosso modelo de assistência prevê, em caso de necessidade, o encaminhamento ou transferência para o Hospital Municipal do Campo Limpo (hospital de referência da região) ou, quando possível, para o hospital de preferência da gestante.	

Fonte: Casa Angela (2019). Adaptado pela autora, 2021.

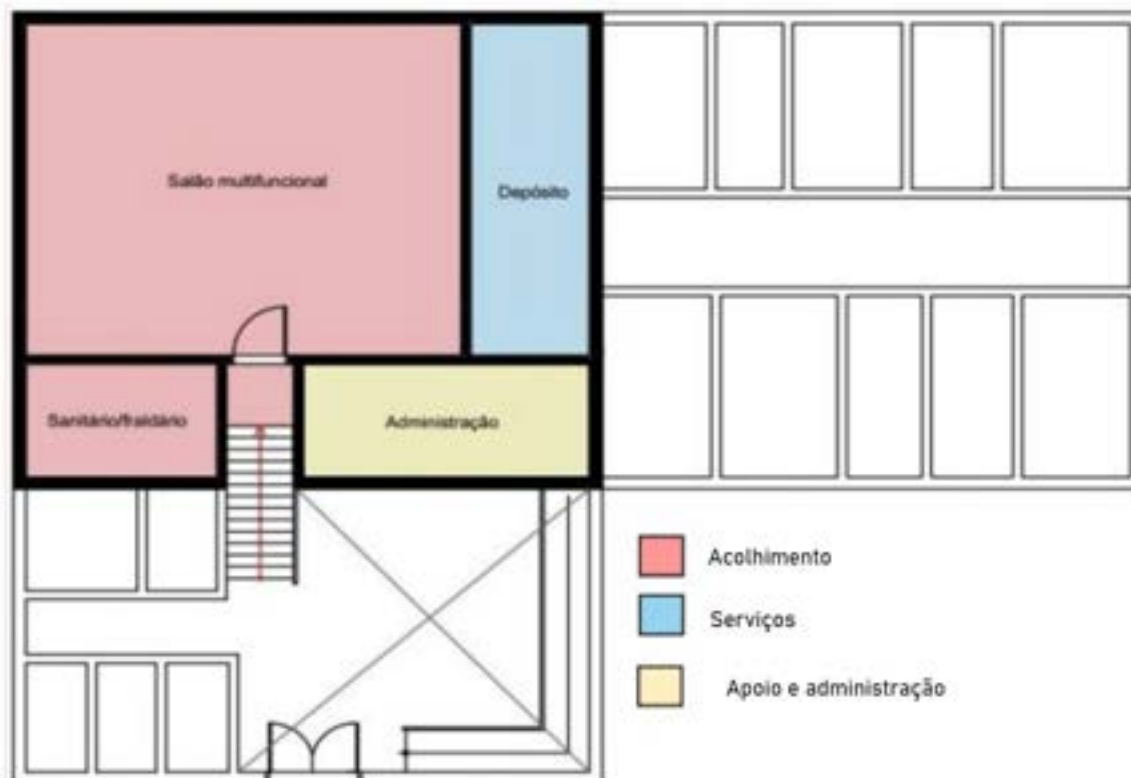
As instalações da Casa Angela seguem as normas estabelecidas pela ANVISA em uma área de aproximadamente 750 m². O centro de parto contém 3 salas de parto, 3 alojamentos conjuntos privativos para mãe, bebê e acompanhante, 5 banheiros, posto de enfermagem, sala de reanimação neonatal e sala de utilidades. Além de ambulatório de pré-natal e puericultura e ambulatório de aleitamento materno com posto de coleta de leite materno, 2 consultórios, 2 banheiro, recepção e sala de espera. Ainda há instalações de serviços, como sala de utilidades, almoxarifado, copa, sala de repouso para equipe, refeitório, 1 sala administrativa, 2 banheiros e 1 salão multifuncional. Na área externa abrigo para gases medicinais, gerador de emergência, aquecedor a gás, estacionamento e jardim (Figura 10, 11 e 12).

Figura 10 - Croqui esquemático da planta baixa do térreo da Casa Angela



Fonte: Araujo (2019).

Figura 11 - Croqui esquemático da planta baixa do 1º andar da Casa Angela



Fonte: Araujo (2019).

Figura 12 - Instalações da Casa Angela

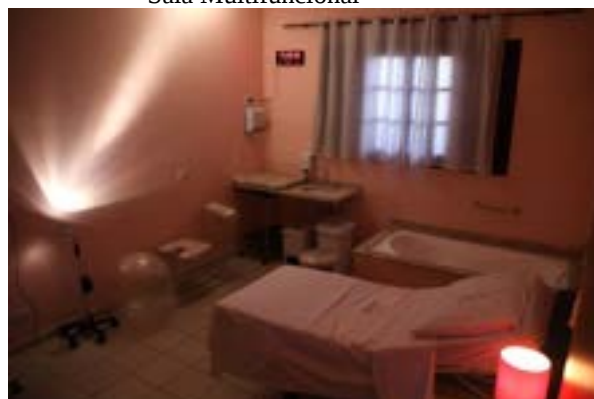


Sala de Espera



Recepção

Sala Multifuncional



Consultório

Quarto PPP



Posto de Enfermagem

Cuidados com o Bebê

Fonte: Casa Angela (2019).

Ao analisar a planta baixa da Casa Angela percebe-se a setorização do projeto de acordo com as suas funções e fluxos. A área de acolhimento, apoio e administração possuem contato direto com o público. Assim, a recepção é o primeiro ambiente, o qual recebe o público e direciona para as salas seguintes, de acordo com os protocolos e fluxo que deve ocorrer dentro do centro de parto humanizado. A gestante é encaminhada para salas de consultas que possuem contato direto com a recepção ou pode ir para os quartos PPP, que são separados por uma área de deambulação e um corredor. Ambientes de serviços são ligados a sala de deambulação, os alojamentos conjuntos e salas mais técnicas, como sala de enfermagem e sala de utilidades, são conectadas ao mesmo corredor dos quartos PPP.

Nas fotos internas dos ambientes é possível identificar elementos arquitetônicos que estão alinhados a uma assistência humanizada. O conforto nos assentos da sala de espera, uso da madeira muito presente, uso de cores que fogem do branco, verde e azul claro, normalmente utilizadas em hospitais que deixam o ambiente mais frio. Na decoração há imagens e desenhos de pacientes, criando uma maior conexão e identidade com as gestantes, além de acessar memórias e sentimentos nas pessoas que visualizam. Além disso, usa-se o colorido na decoração, como nas almofadas da sala multifuncional, tornando o ambiente mais alegre, descontraído e leve. O cuidado com a iluminação do quarto PPP, as cores das paredes, os equipamentos disponíveis para uso (como bola suíça, banheira, banquinho, entre outros) criam uma atmosfera favorável e acolhedora para o parto humanizado.

4.6.2 Casa de Parto de São Sebastião

A Casa de Parto de São Sebastião localiza-se em Brasília – DF, realiza atendimento apenas pelo SUS e trata-se de uma unidade de Centro de Parto Normal do tipo Peri Hospitalar (CPNp). Fundada em 2001, com base nas orientações da Rede Cegonha, atende gestantes de risco habitual que desejam um parto humanizado. Nos atendimentos busca-se o mínimo de intervenções possíveis, respeitando o tempo da parturiente e prezando pelo parto natural.

A unidade realiza em média 36 partos por mês, assiste o recém-nascido, estimula e orienta a amamentação na primeira hora de vida, faz teste do pezinho, coraçãozinho, possui posto de coleta de leite materno, além de realizar reuniões com gestantes do terceiro trimestres. Vale ressaltar, que quando necessário as gestantes são encaminhadas ao Hospital da Região Leste (HRL), localizado a 22,3 quilômetros e 27 minutos de distância.

A equipe conta com 31 profissionais da área da saúde, sendo 16 enfermeiros obstetras, 13 técnicos em enfermagem, 1 médico e 1 nutricionista. Em uma área de aproximadamente 380

Figura 14 - Fachada da Casa de Parto de São Sebastião



Fonte: Correio Braziliense (2015).

Figura 15 - Quarto PPP da Casa de Parto de São Sebastião



Fonte: Correio Braziliense (2015).

Em relação à arquitetura de interiores dos quartos PPP, apesar de serem ambientes simples identifica-se apoio de vários móveis e equipamentos voltados à humanização do parto, como poltrona, bola suíça, banheira, cavalinho, além da cor amarela na parede que traz sensações positivas, como ação, poder e otimismo.

4.6.3 Centro de Saúde PAMS

O Centro de Saúde PAMS é a primeira unidade de saúde primária da cidade de Newman na Austrália, a qual possui 10 mil habitantes, sendo a maioria aborígine (Figura 16). O foco é o atendimento ao povo aborígine Martu e Nibali de todo condado em que a cidade se localiza.

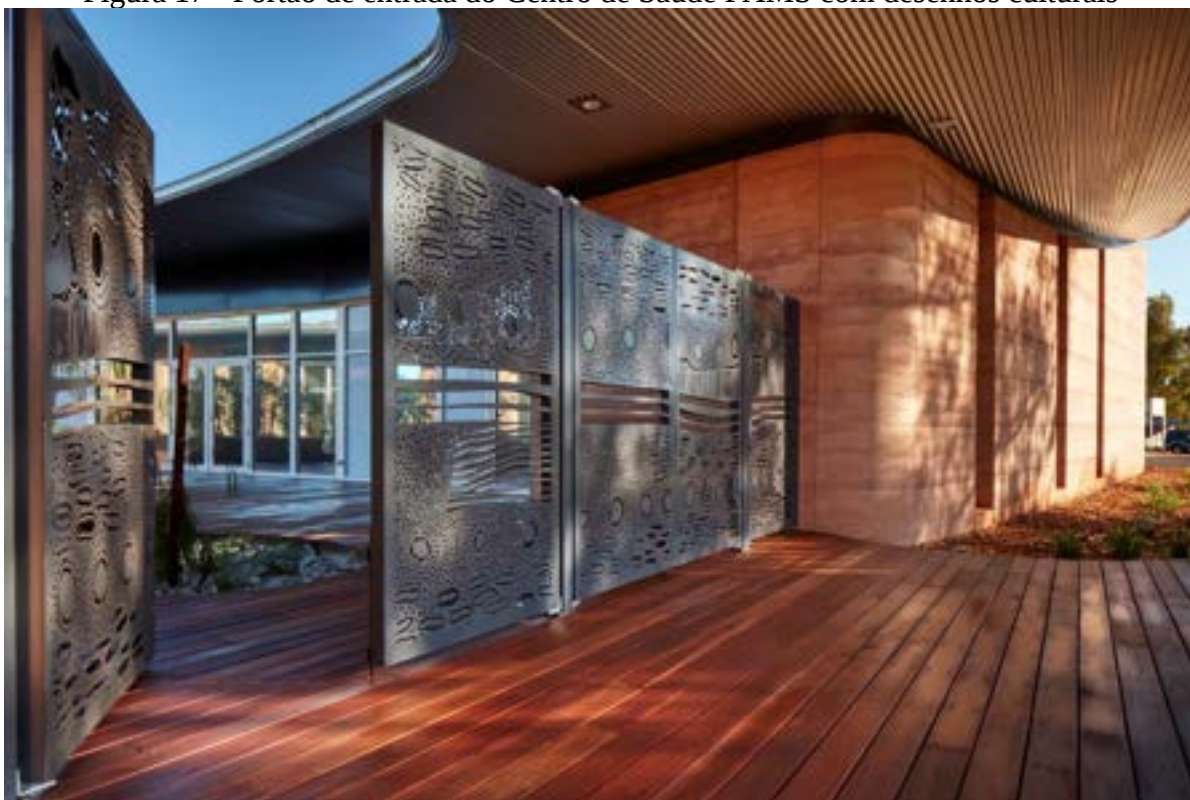
Figura 16 - Fachada do Centro de Saúde PAMS



Fonte: Arch Daily (2021).

A figura 17 mostra que o escritório de arquitetura Kaunitz Yeung Architecture preocupou-se com a conexão do projeto e o país, cultura e identidade local. Para isso elementos que remetem aos povos e às tradições foram incorporados à arquitetura. Assim, pessoas que deixam suas moradias para realizar tratamentos no PAMS não sofrem um impacto negativo tão intenso pelo contraste de realidade.

Figura 17 - Portão de entrada do Centro de Saúde PAMS com desenhos culturais



Fonte: Arch Daily (2021).

A infraestrutura do Centro de Saúde PAMS possui área de 970 m², a qual abriga uma clínica de saúde primária, sede do PAMS e quatro salas de hemodiálise. Nesse contexto abrange a área de clínica geral, saúde infantil/materna, odontologia, tratamento e instalações de saúde para médicos visitantes.

A edificação é predominantemente construída de taipa, a qual é uma técnica construtiva utilizada amplamente na região que possui profunda conexão com a cultura e identidade do local. Além disso, é sustentável, ajuda no conforto térmico e os materiais são abundantes na região.

A cobertura metálica do edifício é uma única unidade e possui uma abertura oval no pátio central, além de possuir placas de energia solar. A partir do pátio central há duas alas, ao norte incorpora a área destinada, majoritariamente, aos serviços de saúde e ao sul a administração da sede e as salas de hemodiálise. A área da saúde possui um corredor em formato de “U” invertido que conecta as salas do perímetro, que são voltadas a atendimento médico, e do centro, destinadas a serviços, apoio e administração (Figura 18).

Figura 18 - Planta baixa do Centro de Saúde PAMS



Fonte: Arch Daily (2021). Adaptada pela autora, 2021.

Dessa forma, a conexão do projeto com a identidade e cultura local fomenta o sentimento de pertencimento, e diminui o estranhamento dos pacientes com o ambiente de saúde. Os elementos arquitetônicos utilizados para o reconhecimento dessa identidade local, técnicas construtivas, elementos decorativos, acabamentos de parede reforçam a conexão. Elementos naturais, como madeira, vegetação integrada aos ambientes transmitem sensações de maior acolhimento e aconchego. Vale ressaltar, ainda, que a preocupação com a sustentabilidade e conforto térmico é um dos pontos chaves do projeto, visto que é possível identificar o uso de placas solares e estratégias construtivas para minimizar os gastos energéticos e aumentar naturalmente o conforto térmico.

4.6.4 Síntese dos Correlatos

Tabela 2 - Síntese de correlatos

Síntese de Correlatos		
PROJETO	ARQUITETURA	FUNCIONAMENTO
CASA ANGELA - SÃO PAULO	SALÃO MULTIFUNCIONAL	SETORIZAÇÃO DOS TIPOS DE SERVIÇOS
	ENTRADAS DE FUNCIONÁRIO E PÚBLICO SEPARADAS	ESPAÇO DE CIRCULAÇÃO AMPLO, USADO TAMBÉM COMO DEAMBULAÇÃO
CASA DE PARTO DE SÃO SEBASTIÃO - BRASÍLIA	USO DE CORES MENOS FRIAS	
	DIFERENTES TIPOS DE ILUMINAÇÃO	
CASA DE PARTO DE SÃO SEBASTIÃO - BRASÍLIA	HORIZONTALIDADE	FLUXOS DIVIDIDOS DENTRO DA UNIDADE EM DOIS CORREDORES (FLUXO PARA CENTRO DE PARTO E FLUXO PARA OUTRAS ASSISTÊNCIAS)
	PAREDES COM CORES MAIS VIVAS	PRIVACIDADE DAS GESTANTES
CASA DE PARTO DE SÃO SEBASTIÃO - BRASÍLIA	QUARTO COM BANHEIRA E EQUIPAMENTOS DESTINADOS AO PARTO HUMANIZADO	
	ESPAÇO DESTINADO AO LACTÁRIO	SOLÁRIO PERMITE CONEXÃO DAS GESTANTES COM O EXTERIOR
CENTRO DE SAÚDE PAMS - NEWMAN	HORIZONTALIDADE	ÁREA ADMINISTRATIVA
	INTEGRAÇÃO COM A NATUREZA	PRIVACIDADE DAS GESTANTES
CENTRO DE SAÚDE PAMS - NEWMAN	PÁTIO/JARDIM INTERNO	CORREDOR EM FORMATO DE U, QUE PERMITE A CONEXÃO DA ADMINISTRAÇÃO COM TODAS AS SALAS DE ATENDIMENTO
	USO DE ELEMENTOS CULTURAIS QUE CONECTAM COM A IDENTIDADE LOCAL	
CENTRO DE SAÚDE PAMS - NEWMAN	TÉCNICA CONSTRUTIVA LOCAL	INTEGRAÇÃO DOS AMBIENTES POR CORREDOR PRINCIPAL
	ELEMENTOS PENSADOS NO CONFORTO TÉRMICO E SUSTENTABILIDADE (TAIPA E PLACAS SOLARES)	CONEXÃO INTERIOR-EXTERIOR (ABERTURAS E PÁTIO INTERNO)
CENTRO DE SAÚDE PAMS - NEWMAN	GRANDE COBERTURA QUE ABRANGE TODA EDIFICAÇÃO	
	ESTACIONAMENTO	

Fonte: Autora (2021).

Tabela 3 - Síntese do programa de necessidades dos correlatos e do projeto referência disponibilizado pelo Ministério da Saúde

Síntese do Programa de Necessidade dos Correlatos			
PROJETO	ÁREA	N DE PARTOS POR MÊS	INFRAESTRUTURA
PROJETO REFERÊNCIA CPNP MINISTÉRIO DA SAÚDE	330 M²	-	1 - SALA DE ACOLHIMENTO E REGISTRO 1 - SALA DE EXAMES 1 - SALA DE SERVIÇOS 1 - ENFERMAGEM 5 - QUARTOS PPP (SUÍTES) 1 - COPA 1 - REFEITÓRIO 1 - REPOUSO PLANTÃO 1 - DEPÓSITO DE EQUIPAMENTOS 1 - UTILIDADES 1 - DML 6 - SOLÁRIOS INDIVIDUAL - ÁREA DE DEAMBULAÇÃO
CASA ANGELA	750 M²	30 A 50	1- RECEPÇÃO 1- SALA DE ESPERA 2- BANHEIROS 2- CONSULTÓRIOS 1- AMBULATÓRIO DE PRÉ-NATAL E PUERICULTURA 1- AMBULATÓRIO DE ALEITAMENTO MATERNO 3- SALAS DE PARTO (SUÍTES) 3- ALOJAMENTOS CONJUNTOS PRIVATIVOS (MÃE, BEBÊ E ACOMPANHANTE) 5- BANHEIROS 1- POSTO DE ENFERMAGEM 1- SALA DE REANIMAÇÃO NEONATAL 1- SALA DE UTILIDADES 1- ALMOXARIFADO 1- EXPURGO 1- COPA 1- SALA DE CONFORTO PARA EQUIPE 1- ÁREA PARA REFEIÇÕES
CASA DE PARTO DE SÃO SEBASTIÃO	380 M²	36	11- RECEPÇÃO 2- CONSULTÓRIOS 1- LACTÁRIO 1- POSTO DE ENFERMAGEM 4- QUARTOS PPP (SUÍTES) 1- SALA DE CUIDADOS COM RECÉM-NASCIDOS 1- COPA 1- DEPÓSITO 1- DML 1- REPOUSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM 1- REPOUSO DE ENFERMAGEM 1- CHEFA DE ENFERMAGEM 1- SOLÁRIO CONJUNTO - CIRCULAÇÃO (DEAMBULAÇÃO)

Fonte: Autora (2021).

5 ANTEPROJETO: CENTRO DE PARTO HUMANIZADO

5.1 Análise do terreno e entorno

Para o desenvolvimento do anteprojeto do Centro de Parto Humanizado diversas etapas foram seguidas. Estudou-se o melhor terreno para implantação do equipamento a partir das necessidades específicas do serviço prestado. Analisou-se as legislações e normas para determinar a implantação, programa de necessidades, elementos arquitetônicos, entre outros.

Analizando o contexto de Palmas, cidade onde é proposto a implantação do Centro de Parto Humanizado, optou-se pela unidade realizar atendimento público, apenas pelo SUS. Seguindo recomendações da Portaria nº 1459/2011, Rede Cegonha, definiu-se a elaboração de um Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar (CPNp), o qual necessita ter um estabelecimento hospitalar de referência, foi escolhido então o Hospital e Maternidade Dona Regina.

O HMDR é o único hospital da capital que possui assistência humanizada implantada e atende pelo SUS diversas gestantes da região. Segundo informações do NEP, o hospital enfrenta necessidade de ampliação. Dessa forma, o Centro de Parto Humanizado diminuiria a superlotação do hospital e forneceria espaço com maior infraestrutura direcionada ao parto humanizado.

5.1.1 Pré-Dimensionamento

Para escolha do terreno estabeleceu algumas diretrizes para serem analisadas: dimensão do lote, acessibilidade, topografia, oferta de serviços, comércios e hospedagem. Assim, realizou-se primeiramente um pré-dimensionamento do Centro de Parto Humanizado (Tabela 4), com base em recomendações da Portaria Nº 985/1999, Portaria Nº 1459/2011, Portaria Nº 11/2015, RDC Nº 36/2008 e RDC Nº 50/2002. A partir da área total do edifício preestabelecida filtrou-se a observação de terrenos que comportassem a edificação de forma que não faltasse ou sobrasse muita área.

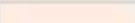
Tabela 4 - Pré-dimensionamento do anteprojeto do Centro de Parto Humanizado

PRÉ-DIMENSIONAMENTO CENTRO DE PARTO HUMANIZADO							
AMBIENTE	QNT.	DM. MÍN.	ÁREA MÍN.	ÁREA DESEJADA	A. TOTAL	AMOTAÇÕES	EQUIPAMENTOS
Recepção/Registro	1	-	12	30	30	Ambiente confortável com assentos suficientes para receber as gestantes e acompanhantes.	Deve haver espaço para a passagem de uma maca, tal uma mesa e arquivos de prontuários.
Sanitário Recepção	2			3	6	Porta deve abrir para fora e as maçanetas devem ser do tipo alavanca ou similar.	Vaso sanitário e pia.
Sala de Administração	1			10	10	Ambiente destinado a administração do CPN.	Mesa, cadeiras e armários (arquivos).
Sala Multifuncional	1			20	20	Ambiente destinado a realização de palestras, oficinas, e outras atividades voltadas a comunidade.	Telão, cadeiras, sofá e mesas.
Sala de Exames e Admissão de Parturientes (consultório)	2	-	9	12	24	Consultório para examinar a gestante.	Bancada com pia, mesa, cadeira e maca.
Sanitário Anexo à Sala de Exames	2	1,2	2,4	3	6	Porta deve abrir para fora e as maçanetas devem ser do tipo alavanca ou similar.	Vaso sanitário e pia.
Quarto PPP (s/ banheiro)	2	3,2	14,5	18	36	Mínimo 10 m² para leito e 4 m² para cuidados com RN. Atenção às cores, iluminação e conforto do ambiente.	Pottrona reclinável para acompanhante, berço, bancada com pia, bola suça, barra de alongamento, banqueta de parto, cavalinho, entre outros.
Quarto PPP (c/ banheiro)	3	3,2	18	20	60	Mínimo 10,5 m² para leito, 4 m² para cuidados com RN e 4,8 m² para instalação da banheiro (largura mínima 0,90m e altura máxima 0,43m). Atenção às cores, iluminação e conforto do ambiente.	Banheira, pottrona reclinável para acompanhante, berço, bancada com pia, bola suça, barra de alongamento, banqueta de parto, cavalinho, entre outros.
Banheiro Quarto PPP	5	1,7	4,8	5	25	Box com dimensão mínima de 0,90x1,10m com barra de segurança.	Vaso sanitário, pia, chuveiro, chuveirinho e barras de apoio.
Alojamento Conjunto	1			20	20	Alojamento conjunto para gestantes que necessitam permanecer mais tempo no centro de parto.	Macas, berços, pottrona para acompanhante, divisórias como biombo, entre outros.
Sala de Cuidados com Recém-Nascido	1			12	12	Ambiente destinado ao cuidado de recém-nascido, caso necessário e não consiga realizar os cuidados no quarto PPP.	Bancada com pia, equipamentos médicos e berços.
Área para Deambulação	Interna	-	20	30	30	Área coberta e elementos naturais (vestimentos de pedras, madeira, vegetação, entre outros). Buscar a privacidade das gestantes.	Assentos confortáveis, mesas de apoio para gestante e acompanhantes.
	Externa (solário)	6		8	48	Área parcialmente coberta e elementos naturais (vestimentos de pedras, madeira, vegetação, entre outros). Buscar a privacidade das gestantes.	Assentos confortáveis, mesas de apoio para gestante e acompanhantes.
Copa	1	1,15	4	6	6	Ambiente é destinado à recepção e distribuição da dieta das parturientes e acompanhantes.	Bancada com pia, fogão, microondas, refrigerador.
Refeitório	1	-	12	12	12	Poderá estar contíguo à copa, destinada à realização de refeições/lanches fora do quarto, pode constituir-se de um espaço aberto, não necessariamente um ambiente fechado.	Mesas e cadeiras.
Lactário	1			8	8	Local destinado a coleta, armazenamento e preparo do leite materno ou fórmulas lácteas.	Pia para higienização, fogão, refrigerador, freezer, balança digital, bico de Bunsen, aparelho de ar condicionado.

Sanitários Extra na Ala de Serviços	2			3	6	Porta deve abrir para fora e as maçanetas devem ser do tipo alavanca ou similar.	Vaso sanitário e pia.
Posto de Enfermagem	1	-	2,5	12	12	Ambiente para atividades administrativas do serviço de enfermagem.	
Sala de Serviços	1	-	5,7	12	12	Sala destinada ao preparo de medicação e material utilizado na assistência ao paciente.	
Sala de Utilidades	1	1,5	6	10	10	Sala destinada à recepção, limpeza, desinfecção e guarda de materiais e roupas utilizados na assistência ao paciente.	Bancada com pia, pia de despejo com acionamento por válvula de descarga e tubulação de 75mm.
Quarto de Plantão	2	2	5	12	24	Ambiente de descanso para profissionais, como médicos e enfermeiros.	Cama, mesa de apoio e poltrona.
Banheiro Quarto de Plantão	4	-	2,3	3	12	Porta deve abrir para fora e as maçanetas devem ser do tipo alavanca ou similar.	Vaso sanitário, pia e chuveiro.
Rouparia	2	-	-	2	4	Não precisa ser um ambiente, mas apenas um armário com duas portas.	
Depósito de Equipamentos e Materiais	1	-	3,15	12	12	Ambiente para armazenar materiais e equipamentos por categoria e tipo.	Armário e bancada.
DML	1	1	2	6	6	Ambiente para depósito de material de limpeza, utensílios e espelhos.	Tanque.
Área para Guardar Macas e Cadeiras de Rodas	0	-	0	6	0	Armazenar os materiais e equipamentos por categoria e tipo.	
TOTAL	46	14,95	123,35	296	431		
TOTAL mais 15% de circulação							518,65

ESTACIONAMENTO							
VAGAS	MÍNIMO DE VAGAS	VAGAS P/ CLIENTE	VAGAS P/ PROFISSIONAIS	TOTAL DE VAGAS	ÁREA POR VAGA	ÁREA TOTAL (VAGAS)	ANOTAÇÕES
CARRO	1HL ± 50 = 1 vaga p/ leito	8	16	24	12,5	300	As 8 vagas de carro para clientes foram contabilizadas levando em conta 5 pacientes nos quartos e mais 3 no alojamento conjunto.
MOTO	-	5	5	10	2	20	
TOTAL				34		320	
TOTAL mais 30% de circulação							416

ÁREA TOTAL (EDIFICAÇÃO E ESTACIONAMENTO) =	934,65
---	---------------

LEGENDA:	
	Ambientes obrigatórios de acordo com: Portaria Nº 981/2006, Portaria Nº 1456/2011, Portaria Nº 11/2015, RDC Nº 36/2008 e RDC Nº 50/2002.
	Ambientes extras incluídos por escolha da autora.

Fonte: Autora (2021).

5.1.2 Localização e Análise do Terreno

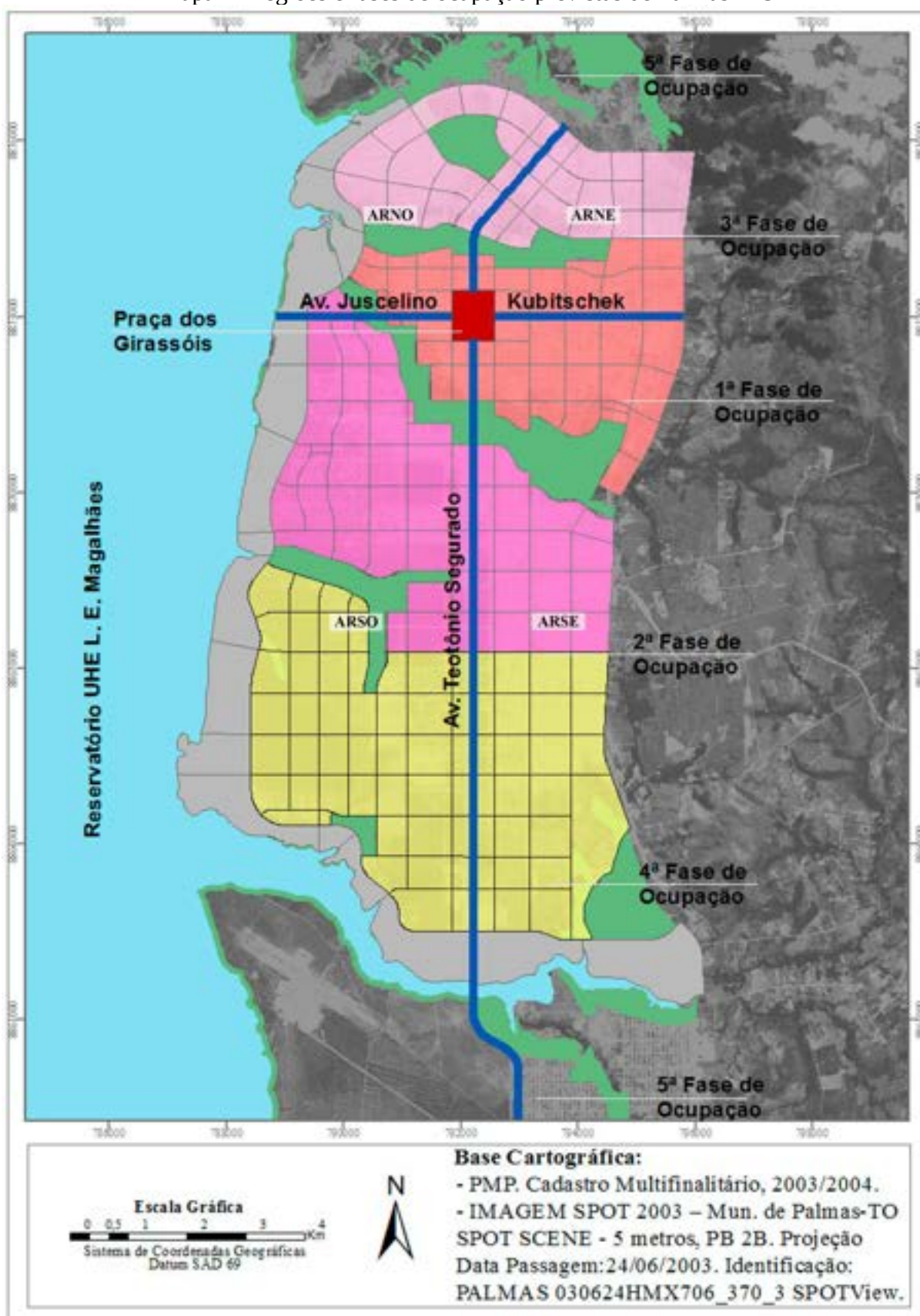
Palmas, a capital do Tocantins, foi criada em 21 de maio de 1989. Segundo estimativa do IBGE de 2021, Palmas possui 313.349 mil habitantes em uma área de 2.218,941 km². A cidade é a última capital brasileira a ser formada e é caracterizada por uma malha urbana regular, visto que é um município projetado.

Possui dois eixos viários principais, a Avenida Juscelino Kubitschek e a Avenida Teotônio Segurado. A partir desses eixos a cidade é dividida em 5 regiões, ARNE, ARNO, ARSE, ARSO e Expansão Sul (Mapa 1). A ocupação dessas áreas deveria ter sido de forma organizada, partindo da parte central até áreas mais afastadas, para que o desenvolvimento da capital ocorresse de forma ordenada e eficiente, porém devido ao contexto histórico, cultural e social a expansão planejada não ocorreu. Dessa forma, Palmas possui muitos vazios urbanos e quadras com baixa densidade demográfica.

É importante ressaltar, que a cidade é dividida em grandes quadras, as quais possuem um uso majoritário definido, como exemplo quadras com lotes destinados ao uso residencial e outras ao uso comercial. As quadras são divididas em quadras internas, que são quadras menores.

A escolha do terreno para a implantação do Centro de Parto Humanizado partiu de uma análise primeiramente em relação a normativa da Portaria nº 1459/2011, Rede Cegonha, a qual estabelece que o CPNp deve estar a no máximo 20 minutos de distância do hospital referência, como mostra a figura 19. Segundo o Guia Global de Desenho de Ruas, um veículo com velocidade média de 25 a 30 km/h, como uma ambulância, percorre em 10 minutos uma distância de 4,3 km, sendo assim em 20 minutos 8,6 km (Figura 20). Partindo dessa referência, foi traçado um raio de 20 minutos de distância a partir do Hospital e Maternidade Dona Regina (Mapa 2). Assim, posteriormente, nos mapas 3 e 4, foi realizada uma análise em microescala da área de dentro do raio definido, para escolha do terreno que atendesse melhor a edificação.

Mapa 1- Regiões e fases de ocupação previstas de Palmas- TO



Fonte: Kelly Bessa (2016). Adaptado pela autora, 2021.

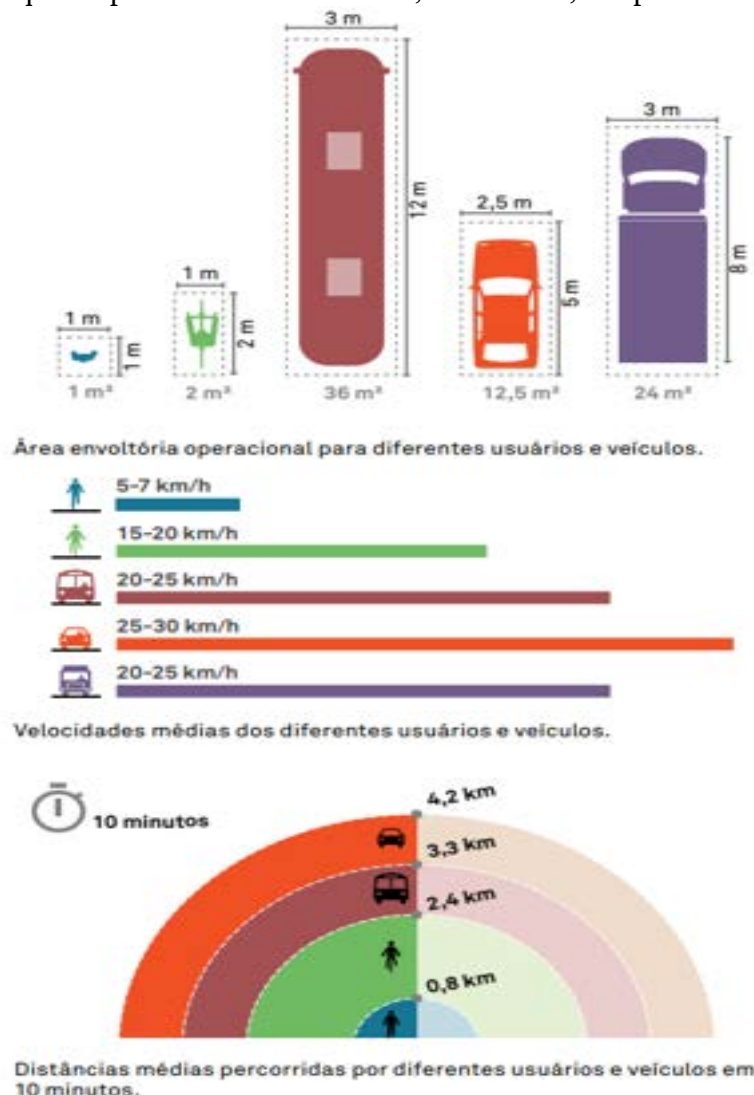
Figura 19 - Recomendações da Portaria no 1459/2011, Rede Cegonha, sobre a implantação de Centro de Parto Normal Peri- Hospitalar

III - CPNP:

- a) estar localizado nas imediações do estabelecimento hospitalar de referência, a uma distância que deve ser percorrida em tempo inferior a 20 (vinte) minutos do respectivo estabelecimento, em unidades de transporte adequadas;
- b) garantir a transferência da mulher e do recém-nascido para o estabelecimento hospitalar de referência, nos casos eventuais de risco ou intercorrências, em unidades de transporte adequadas, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana;
- c) ter como referência os serviços de apoio do estabelecimento ao qual pertence ou está vinculado, nos termos do anexo I; e
- d) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP, da admissão à alta.

Fonte: Ministério da Saúde (2011).

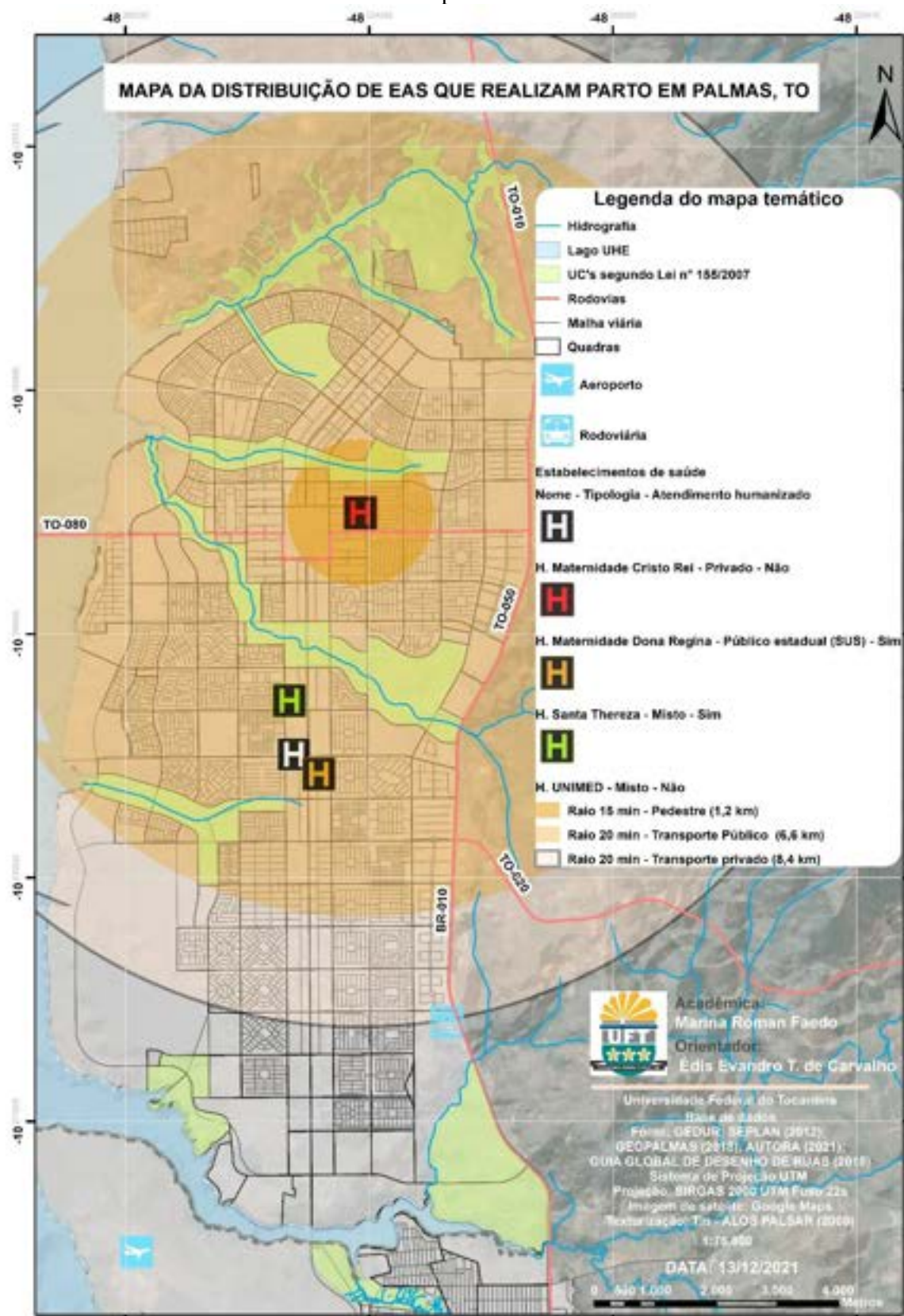
Figura 20 - Esquema para análise de veículos, velocidade, tempo e distância percorrida



Fonte: Guia Global de Desenho de Ruas (Nacto, p.70, 2016).

No Mapa 2 é possível identificar os hospitais de Palmas que realizam partos e classificá-los de acordo com o tipo de atendimento. Percebe-se que a cidade possui poucos hospitais que oferecem esse tipo de assistência, os quais concentram-se em sua maioria na região Sul. Apenas o HMDR localiza-se ao norte, na região central do município.

Mapa 2 - Localização de unidades que realizam parto e raio de abrangência de 20 minutos de distância a partir do HMDR



Fonte: Autora (2021).

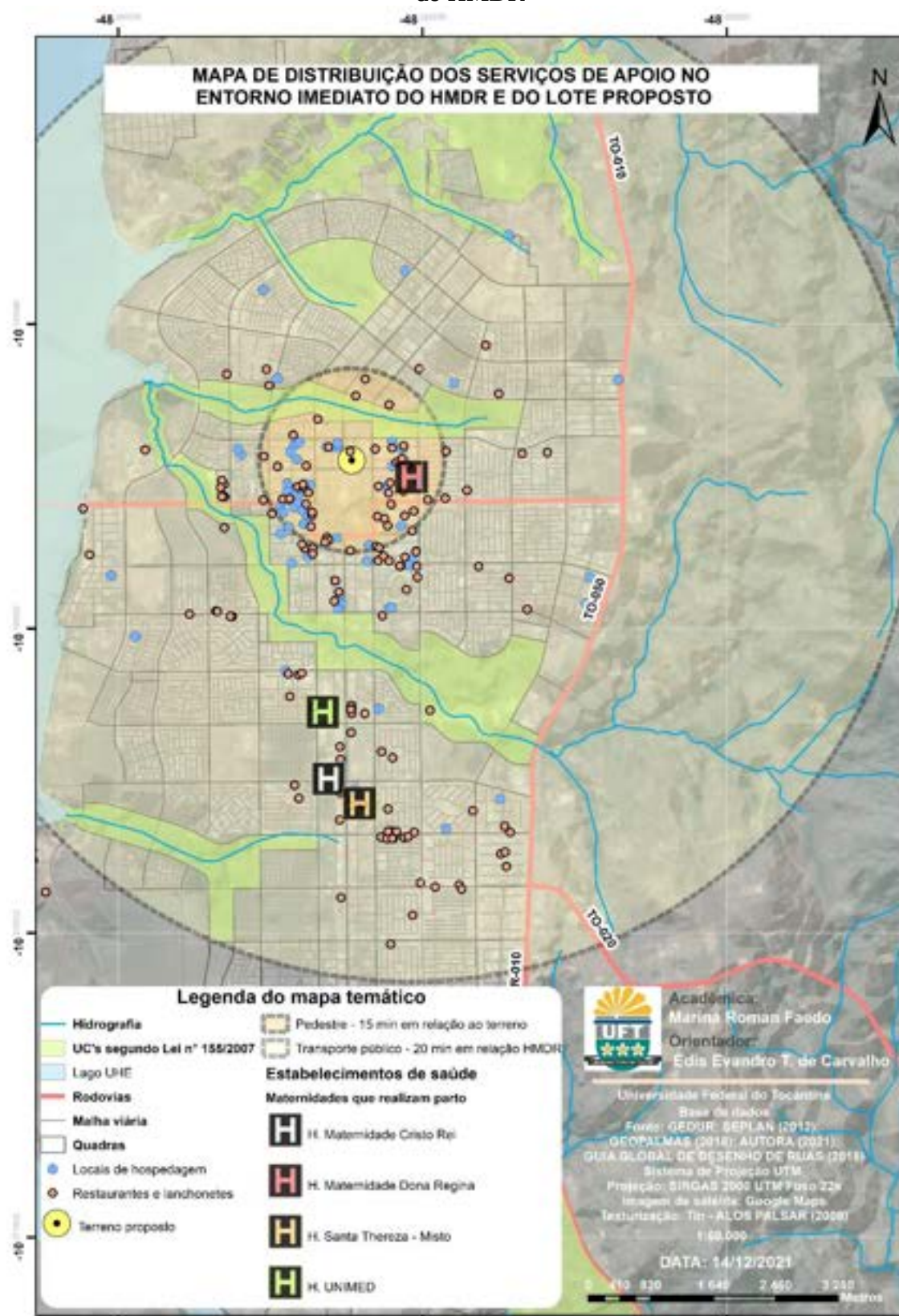
Após a identificação do raio de abrangência de 20 minutos de distância do HMDR, área em que o CPNp pode ser implantado, iniciou-se uma análise mais precisa seguindo outras diretrizes importantes.

Por tratar-se de um equipamento de saúde a paciente, no caso a gestante, dificilmente estará sozinha. Especialmente por ser um Centro de Parto Humanizado, a presença e participação de acompanhante é incentivada, por trazer inúmeros benefícios ao parto, como já relatado anteriormente. Assim, pensando no bem-estar dessas pessoas, que precisam de serviços de apoio, como restaurantes, lanchonetes, farmácia, e muitas vezes até hospedagem, analisou-se a concentração desses estabelecimentos dentro do raio de caminhada de 15 minutos (Mapa 3). Visto que por ser um equipamento público, muitas vezes os usuários não possuem condições de ter um automóvel próprio, e a acessibilidade a todos os destinos necessários precisa ser garantida.

Por se tratar de uma região central, em que há a maior concentração de quadras comerciais, existe grande concentração de serviços e comércios. O mapa 3 evidencia graficamente a vasta oferta de serviços primordiais para o bem estar acompanhantes, como lanchonetes, restaurantes, farmácia e hospedagens.

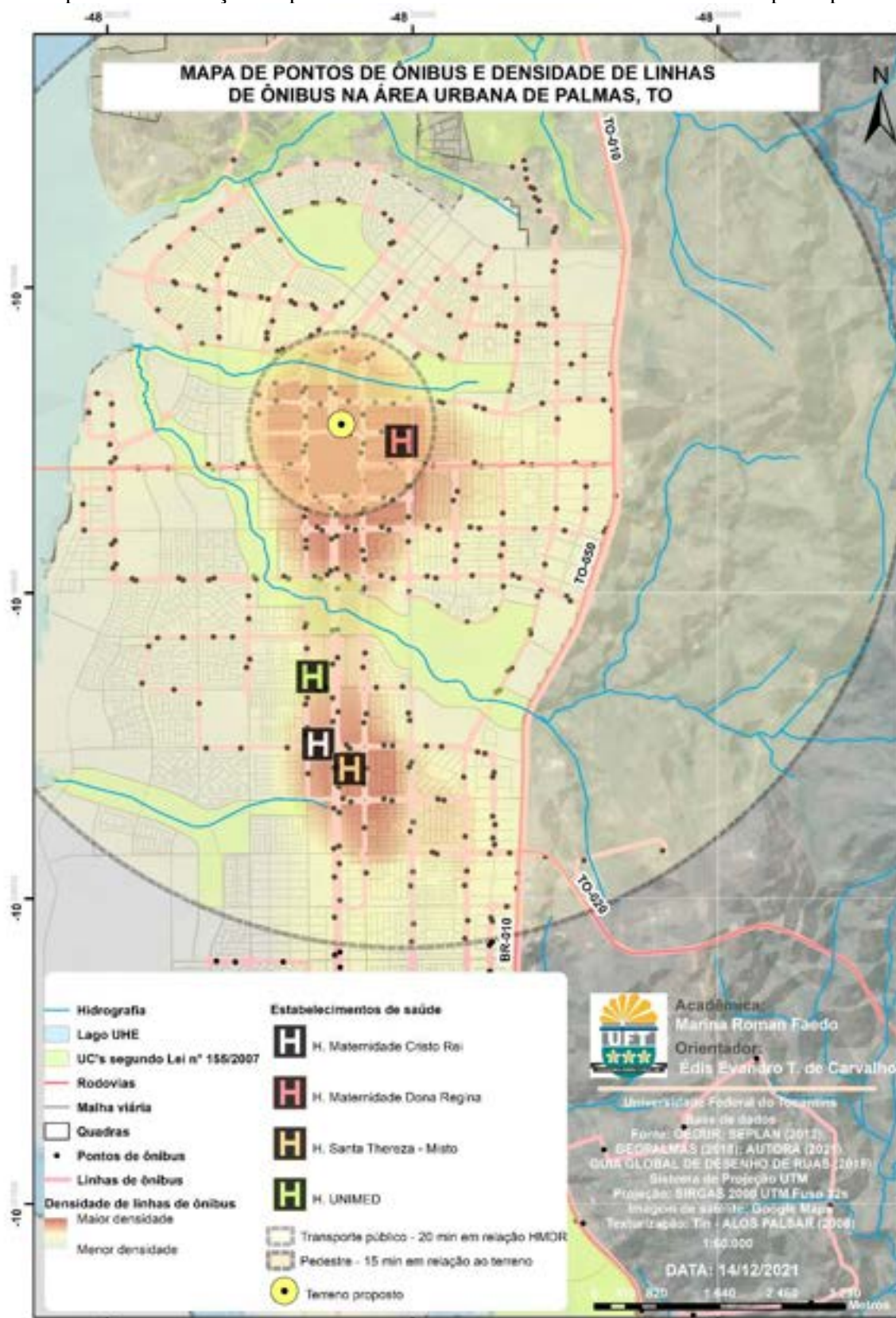
Além disso, o acesso ao Centro de Parto Humanizado deve ser fácil para todos. Assim, a partir da análise do mapa 4 percebe-se que a região escolhida para a instalação do edifício é uma das que apresenta maior disponibilidade de linhas de transporte público.

Mapa 3 - Concentração de serviços de apoio dentro do raio de 20 minutos de distância a partir do HMDR



Fonte: Autora (2021).

Mapa 4 - Localização de pontos de ônibus e densidade de linhas de transporte público



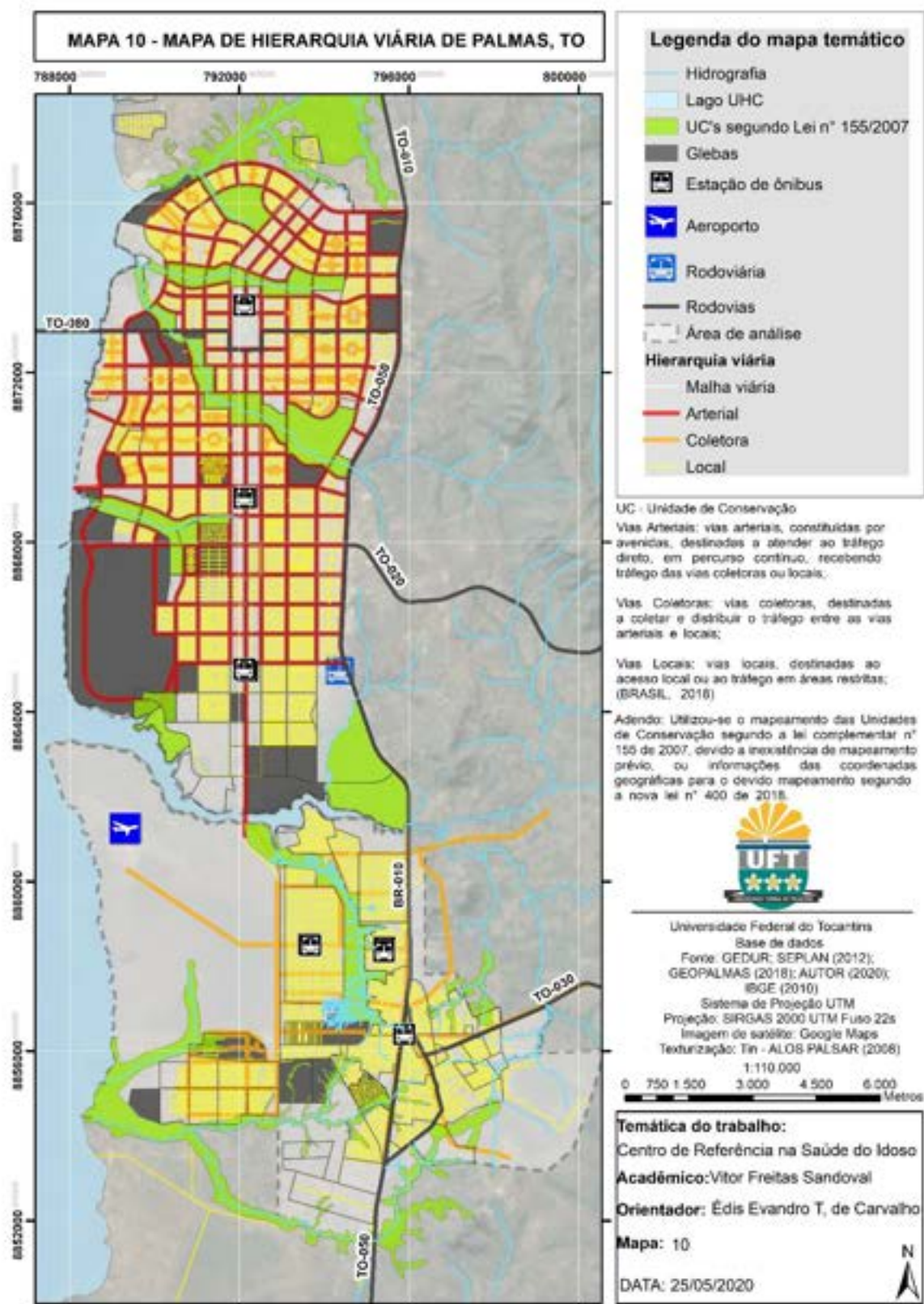
Fonte: Autora (2021).

Diante dos mapas, percebe-se que a região dentro do raio de 20 minutos de distância do HMDR é bem abastecida de comércio, serviços e rede de hospedagem. Além disso, por tratar-se do centro da cidade é o local em que há maior disponibilidade de linhas de transporte público.

Vale ressaltar, que um equipamento de saúde consequentemente torna-se um polo de viagens e causa grandes impactos no entorno, especialmente em relação ao trânsito. Diante disso, é necessário voltar a atenção ao sistema viário (Mapa 5), para que se identifique se esse tem condições de suportar o impacto gerado na área.

Dessa forma, a partir da avaliação de dois terrenos (tabela 5) previamente observados, escolheu-se a opção 02, terreno localizado na quadra ACSU-NE 10 (102 Norte) (Mapa 6), Avenida Teotônio Segurado, lote 8, por atender positivamente a maioria das diretrizes analisadas (dimensão do lote, acessibilidade, topografia, oferta de serviços, comércios e hospedagem). O terreno possui área de 1.800 m², formato regular de 30m de frente por 60m de comprimento. Além disso, está ao lado de uma passagem de pedestre, frente voltada para estacionamento público na Avenida Teotônio Segurado e fundo para a Rua NS B.

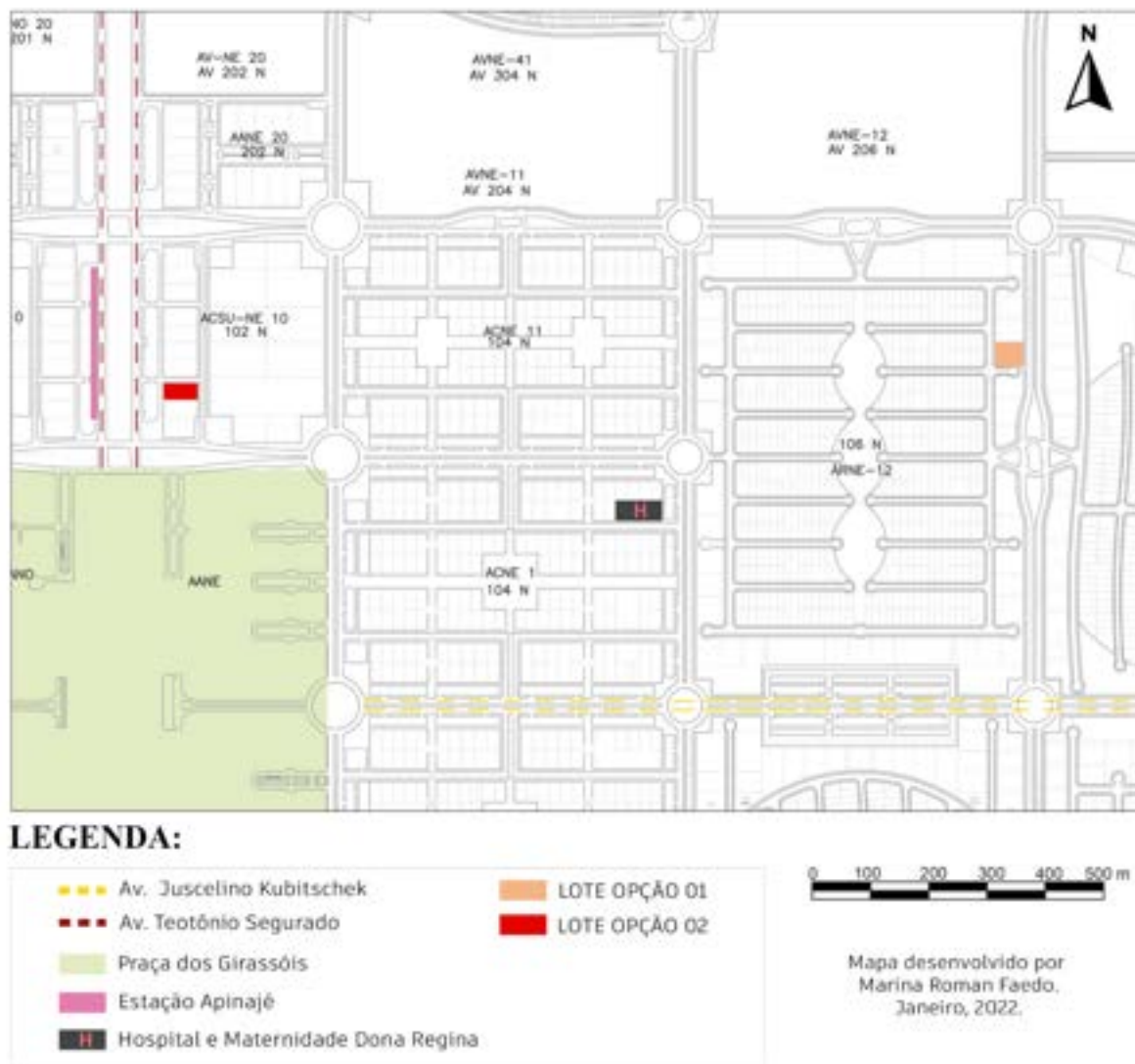
Mapa 5 - Hierarquia viária de Palmas-TO.



Fonte: Vitor Freitas Sandoval (2020).

Mapa 6 - Localização das opções de lotes analisados para a implantação do Centro de Parto Humanizado

MAPA DE LOCALIZAÇÃO DOS LOTES ANALISADOS



Fonte: Autora (2021).

O lote localiza-se a aproximadamente 800 metros do hospital de referência, Hospital e Maternidade Dona Regina, possibilitando um percurso de menos de 20 minutos em automóvel, como ambulância. A acessibilidade ao equipamento é fácil, por localizar-se em uma das principais avenidas da cidade, Avenida Teotônio Segurado, a qual tem potencial de suportar grande quantidade de tráfego e é controlada por semáforos que garantem um fluxo contínuo e menor chance de congestionamentos. Além disso, à frente do terreno há estacionamento público que contribui para facilitar a acessibilidade (Mapa 5). Ademais em frente situa-se uma das principais estações da cidade, Estação Apinajé, de onde partem a maioria das linhas de transporte público.

Além disso, a acessibilidade a estabelecimentos de apoio é grande, pois em um raio de 15 minutos de caminhada tendo o Centro de Parto Humanizado como origem consegue-se alcançar a região com grande concentração desses serviços e comércios.

Tabela 5 - Avaliação de características para análise dos possíveis lotes para implantação do projeto

Comparação dos Lotes para a implantação do Centro de Parto Humanizado Avaliação: 1 ● ● ● ● 5		
POTENCIALIDADES/DESAFIOS	OPÇÃO 01 Quadra 106 Norte, Av. NS 6, Alameda 18, Lote 21	OPÇÃO 02 Quadra 102 Norte, Av. Teotônio Segurado, Rua NS B, Lote 8
Área do terreno	2155 m²	1800 m²
Proximidade com o HMDR	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●
Proximidade com área de maior concentração de comércio e serviço	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●
Proximidade com área de maior concentração de hospedagem	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●
Proximidade com ponto de ônibus	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●
Disponibilidade de linhas de ônibus	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●
Intensidade do fluxo da via	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●
Velocidade da via	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●
Compatibilidade com o pré-dimensionamento	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●

Fonte: Autora (2021).

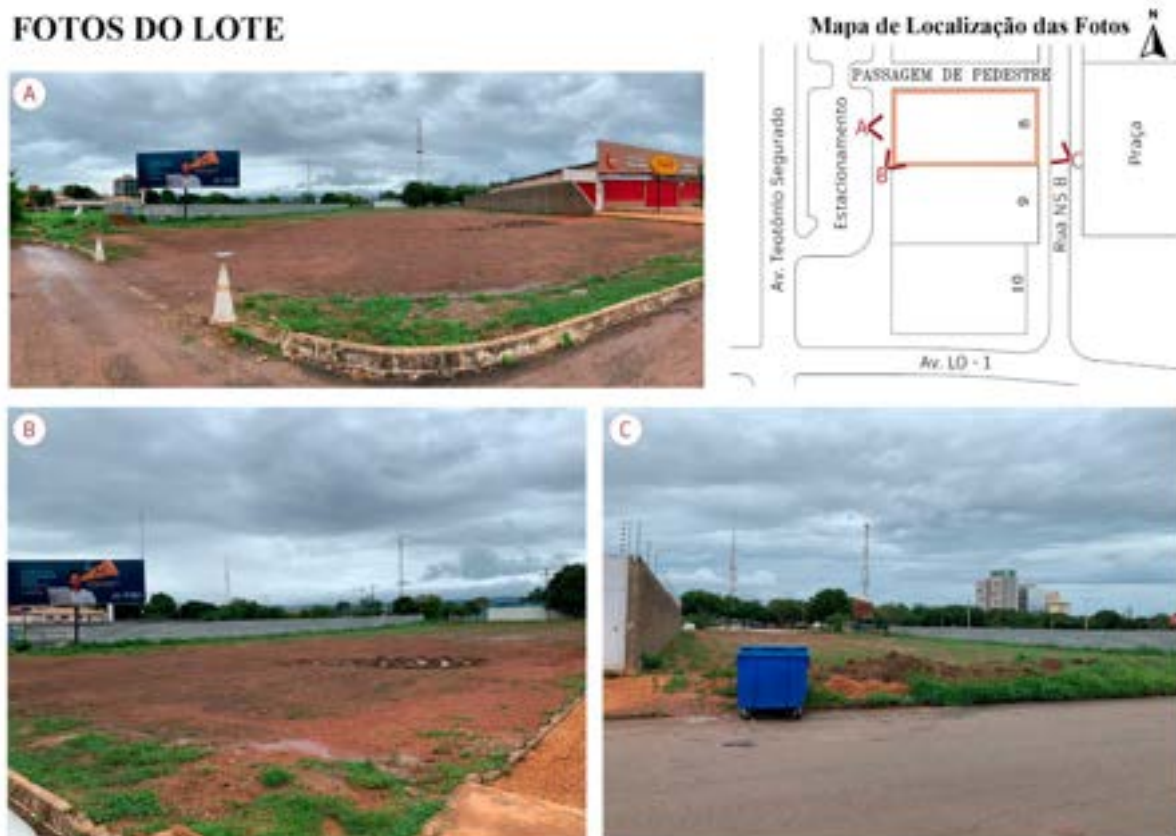
5.1.3 Caracterização do entorno imediato e do terreno

A área proposta para a implantação do Centro de Parto Humanizado corresponde ao lote de número 8 da quadra 102 Norte, com dois acessos, sendo pela frente a Avenida Teotônio

Segurado e fundos a Rua NS B, a qual é de sentido único, como demonstrado na figura 21. Além disso, como já citado anteriormente, há uma passagem de pedestres ao lado do terreno.

Figura 21 - Fotos do lote escolhido: (A) Foto panorâmica do lote; (B) Foto da frente do lote e (C) Foto dos fundos do lote

FOTOS DO LOTE

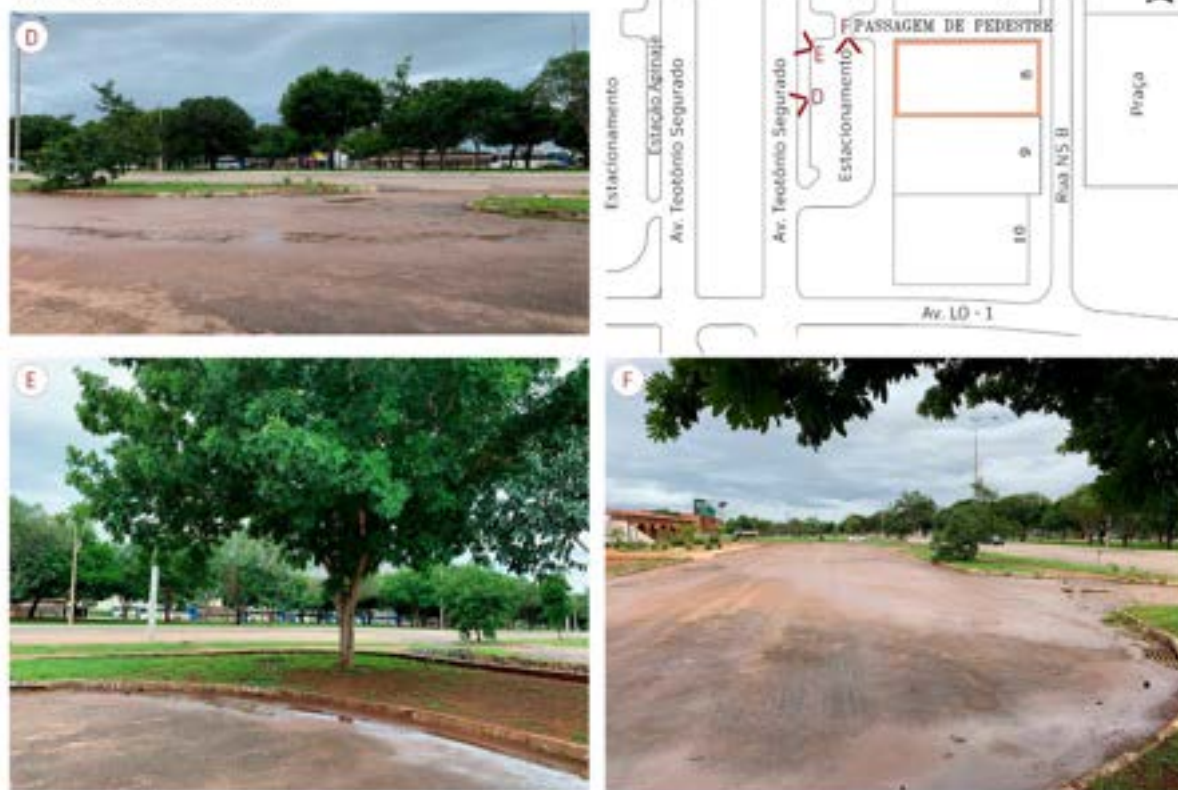


Fonte: Acervo Pessoal (2022).

Na figura 22 é possível observar imagens dos três fatores em relação a acessibilidade que levaram a escolha do lote, primeiramente a Avenida Teotônio Segurado, a qual representa um importante apoio ao equipamento por possibilitar grande fluxo viário de forma ordenada; a Estação Apinajé, a qual oferece mobilidade para pessoas de várias regiões da cidade até o local; e a oferta de estacionamento público já existente.

Figura 22 - Fotos do lote escolhido – (D) Foto da Av. Teotônio Segurado; (E) Foto da Estação Apinajé em frente ao lote e (F) Foto estacionamento público em frente ao lote

FOTOS DO LOTE



Fonte: Acervo Pessoal (2022).

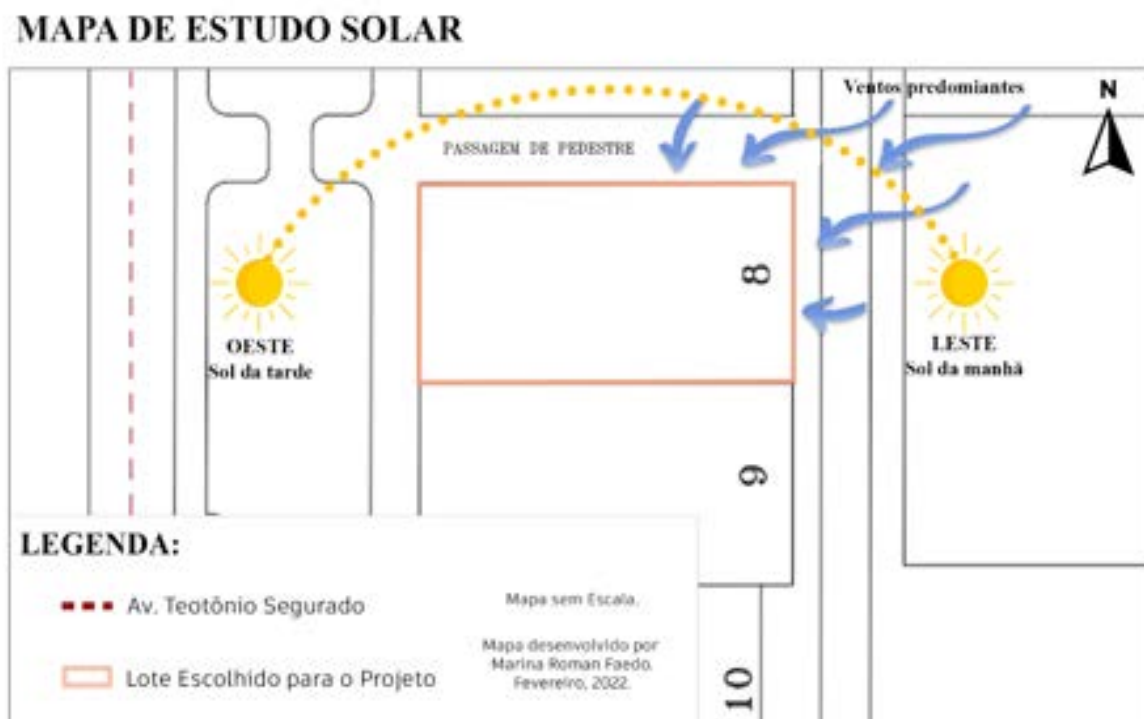
Ainda no entorno imediato há um restaurante no terreno ao lado, o qual funciona durante a noite, e no lado oposto está sendo realizada uma construção. Nos lotes do entorno há outros equipamentos como: restaurante, banco, Tribunal de Contas do Estado do Tocantins, hotéis, lava jato, consultórios médicos, entre outros. Percebe-se que a região é abastecida com diversos empreendimentos que contribuem para o apoio aos acompanhantes da gestante.

Dois equipamentos de lazer e uma área verde precisam ser observados. Próximo do terreno ao sul, há a Praça dos Girassóis, praça mais importante da cidade, a qual abriga diversos edifícios governamentais, possui um fluxo dinâmico de pessoas durante todo o dia, porém não de grande intensidade devido ao clima quente intenso e falta de sombreamento. Atrás do terreno, na Rua NS B, localiza-se uma praça, diferentemente da praça dos girassóis possui mais áreas de sombras devido a vegetação, mas ainda assim não é muito utilizada. Além disso, entre as duas pistas da Avenida Teotônio Segurado há uma extensa área verde. É importante analisar essas áreas pois refletem na dinâmica do entorno e apresentam suas potencialidades. A praça da quadra e o canteiro central da avenida podem conectar-se através da rua de pedestre existente

ao lado do terreno escolhido, e juntamente com uma requalificação da área promover espaço de lazer e passagem com conforto aos moradores.

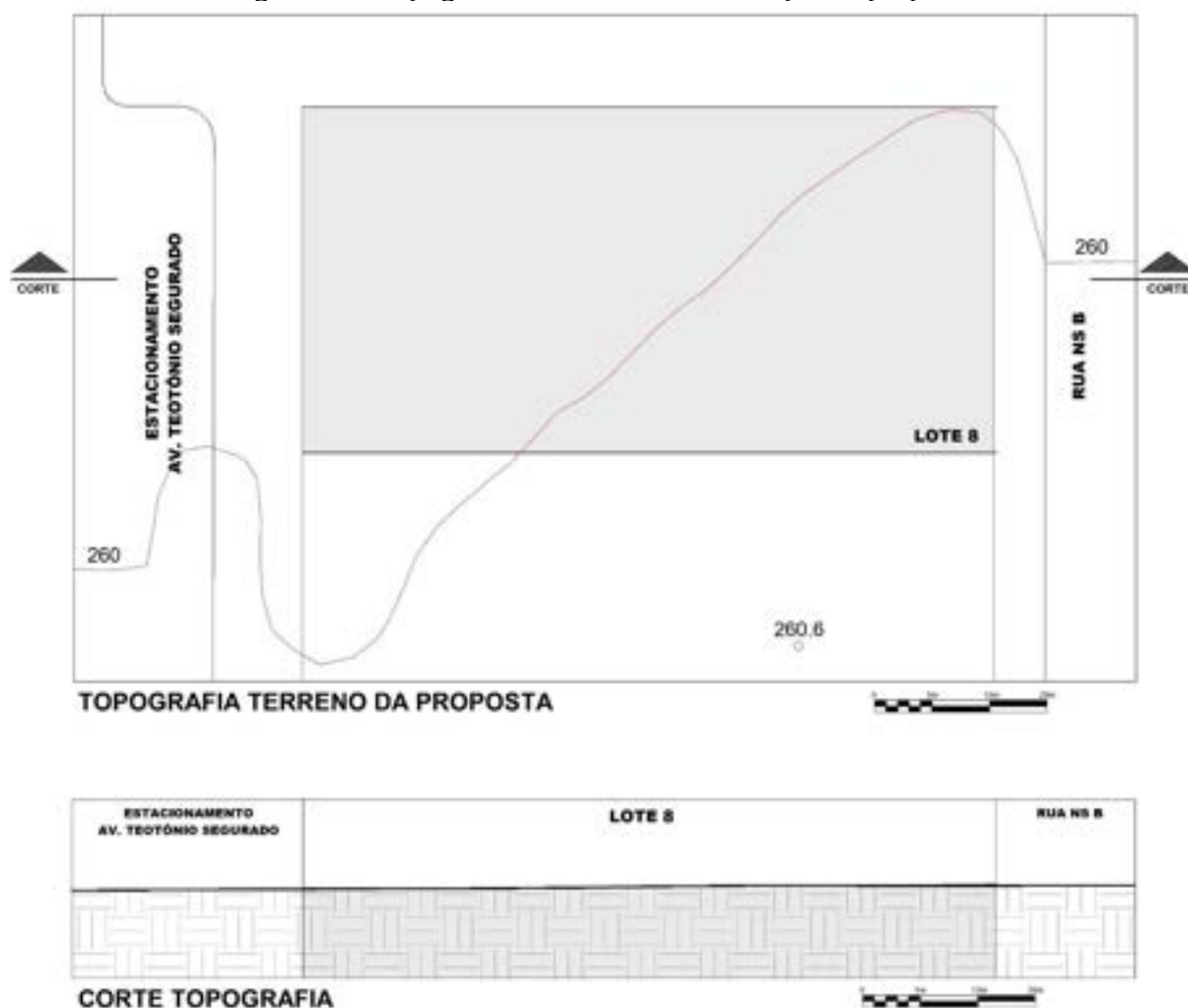
A cidade possui um clima quente intenso, segundo Köppen e Geiger é classificado como Aw e possui média de 26,8 °C, com mínima de 21,4 °C e máxima de 39,6 °C. Dessa forma, a vegetação existente e os ventos precisam ser observados para boas escolhas projetuais. O entorno imediato do lote possui pouquíssima arborização, com exceção do canteiro central da avenida. Segundo Silva e Souza (2016) Palmas possui ventos provenientes de várias direções, mas há predominância no sentido Norte e Leste (Mapa 7). Em relação a topografia, o terreno é predominantemente plano (Figura 23).

Mapa 7 - Estudo solar do terreno para decisões projetuais



Fonte: Autora (2021).

Figura 23 - Topografia do terreno escolhido para a proposta



Fonte: Autora (2022).

Por tratar-se de uma região central possui grande fluxo de veículos e pessoas, boa infraestrutura, como iluminação, bocas de lobo no estacionamento para escoamento de água pluvial, abastecimento de água e coleta de esgoto e lixo. Porém, como em diversos pontos da cidade há falta de mobiliário urbano como lixeiras, bancos, calçamento de qualidade e padronizado.

5.1.4 Legislação: Uso do Solo

O terreno escolhido encontra-se na Zona de Uso de Área de Comércio e Serviço Urbano (ACSU), segundo a Lei complementar nº 321 de 13 de agosto de 2015. Assim, prevê-se a implantação de estabelecimentos que atendem a cidade, como equipamentos de ensino, cultura, hospedagem, turismo, saúde, lojas comerciais, entre diversos outros.

A taxa máxima de ocupação, índice máximo de aproveitamento, recuos laterais, frontal e de fundo é definida de acordo com a localização do lote. O lote proposto encontra-se na ACSU NE 10 e Conjunto 01, dessa forma obriga-se que a frente seja voltada para a Avenida Teotônio, sem necessidade de afastamento frontal, 5,00 m de afastamento lateral e 7,5 m no fundo. Além disso, a taxa máxima de ocupação é 100% para subsolo, 50% para térreo e 1º andar e 30% para demais andares; e o índice máximo de aproveitamento é 4 (quatro) (Tabela 6).

Tabela 6 - Lei de Uso do Solo do terreno escolhido para a elaboração do projeto

ACSU NE 10 - Conjunto 01- Uso do Solo			
AFASTAMENTOS	FRENTE	FUNDO	LATERAL
	NULO	7,50 M	5,00 M
TAXA DE OCUPAÇÃO	SUBSOLO	TÉRREO E 1 ANDAR	DEMAIS ANDARES
	100%	50%	30%
	ÁREA SUBSOLO	ÁREA TÉRREO OU 1 ANDAR	ÁREA DEMAIS ANDARES
	1800 M ²	900 M ²	540 M ²
ÍNDICE DE APROVEITAMENTO	ÍNDICE DE APROVEITAMENTO		
	4		
ÁREA	TOTAL	ÁREA TOTAL PERMITIDA S/ SUBSOLO	Nº DE PAVIMENTOS
	1800 M ²	7200 M ²	12

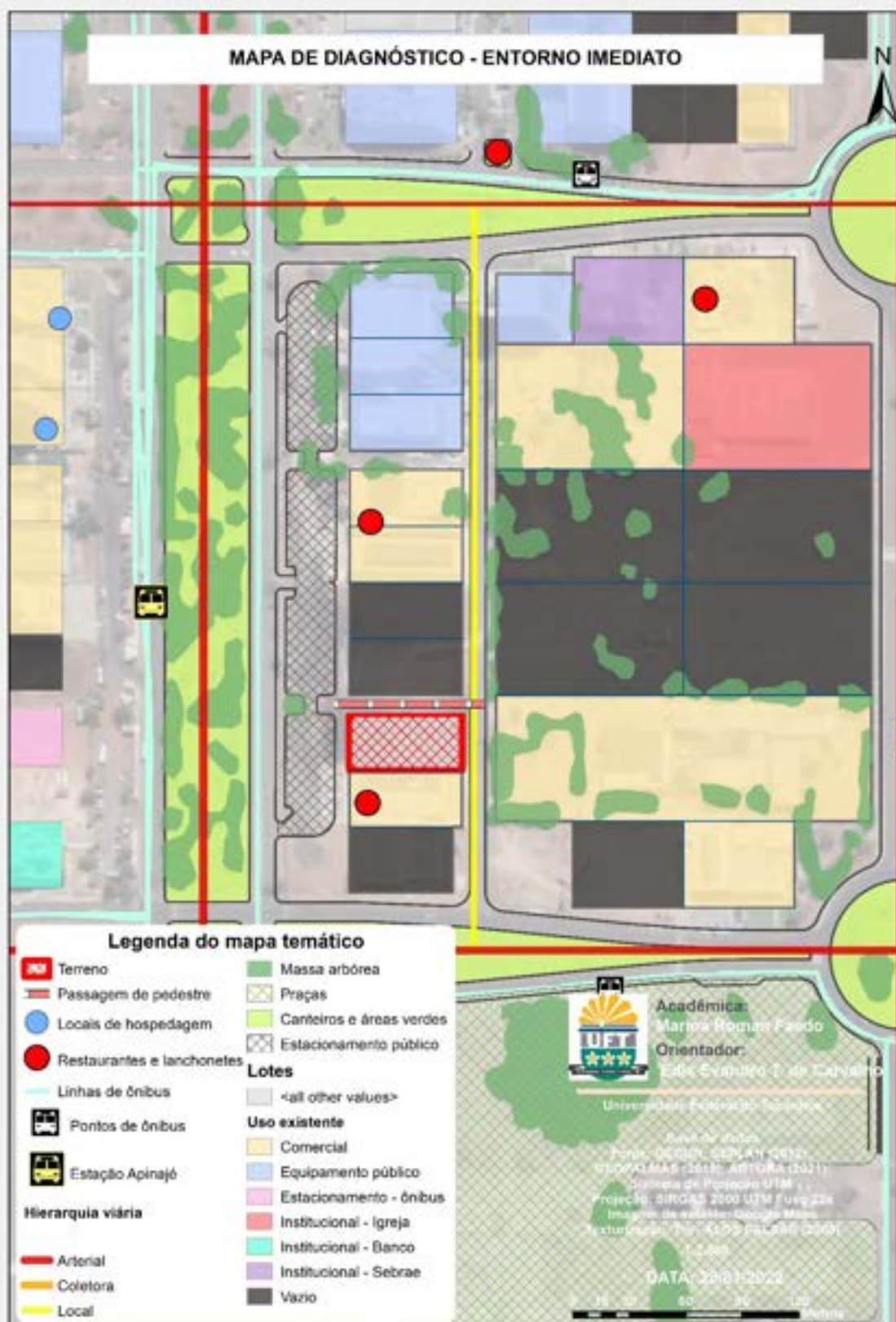
Fonte: Lei nº 321 (2015). Adaptado pela autora, 2021.

Vale ressaltar que o subsolo é optativo e não entra no cálculo de índice de aproveitamento. Assim como, mezanino é considerado 1º andar e meio-subsolo é considerado como térreo.

5.1.5 Diagnóstico final

Para auxiliar na tomada de decisões projetuais desenvolveu-se o mapa 8 a partir da caracterização do entorno, em que foi possível identificar potencialidade e problemas/desafios, os quais foram identificados na tabela 7. A partir da análise desses pontos principais o partido e as diretrizes projetuais serão desenvolvidas de forma a observar a realidade e necessidade do local.

Mapa 8 - Diagnóstico do entorno imediato do terreno escolhido para a elaboração dado projeto



Fonte: Autora (2021).

Tabela 7 - Síntese de diagnóstico, identificando potencialidades e problemas/desafios do terreno escolhido

Quadro Síntese de Diagnóstico	
DESCRIÇÃO	
POTENCIALIDADES	• PROXIMIDADE COM O HOSPITAL E MATERNIDADE DONA REGINA (HMDR) • PROXIMIDADE COM ÁREA DE MAIOR CONCENTRAÇÃO DE COMÉRCIO E SERVIÇO • PROXIMIDADE COM ÁREA DE MAIOR CONCENTRAÇÃO DE HOSPEDAGEM • PROXIMIDADE COM PONTO DE ÔNIBUS E ESTAÇÃO APINAJÉ • DISPONIBILIDADE DE LINHAS DE ÔNIBUS • VELOCIDADE ALTA DA VIA DE ACESSO PRINCIPAL • BOA INFRAESTRUTURA DO ENTORNO (ILUMINAÇÃO, DRENAGEM PLUVIAL, ABASTECIMENTO DE ÁGUA E COLETA DE ESGOTO E LIXO) • BOA INFRAESTRUTURA VIÁRIA PARA SUPORTE DE FLUXO INTENSO DE VEÍCULOS • EXISTÊNCIA DE SEMÁFOROS NO ENTORNO, QUE AJUDAM NO CONTROLE DO TRÁFEGO URBANO • GRANDE CANTEIRO VERDE CENTRAL NA VIA DE ACESSO PRINCIPAL (AVENIDA TEOTÔNIO SEGURADO), COM POSSIBILIDADE DE IMPLANTAÇÃO DE ÁREA DE LAZER • PROXIMIDADE COM PRAÇA DE GIRASSÓIS • PASSAGEM DE PEDESTRE AO LADO DO TERRENO • ESTACIONAMENTO PÚBLICO NA FRENTE DO TERRENO • MÉDIA VERTICALIZAÇÃO NO ENTORNO • QUADRAS DO ENTORNO CONSOLIDADAS • GRANDE FLUXO DE PEDESTRES DEVIDO A ESTAÇÃO APINAJÉ, COM POSSIBILIDADE DE INTERAÇÃO DO EDIFÍCIO COM A POPULAÇÃO • TOPOGRAFIA PLANA
DESAFIOS/PROBLEMAS	• CALÇADAS EM MÁ CONDIÇÕES E DESALINHADAS • FALTA DE FAIXAS DE PEDESTRES • FALTA DE ARBORIZAÇÃO, DIFICULTANDO A PERCURSO DE PEDESTRES • POUCAS FACHADAS ATIVAS NO LADO DIREITO DA AVENIDA TEOTÔNIO SEGURADO, ONDE SE LOCALIZA O TERRENO • MUITOS LOTES VAZIOS NO ENTORNO, ESPECIALMENTE NO INTERIOR DA QUADRA • EDIFÍCIOS PÚBLICO COM FACHADAS CEGAS NA ESQUINA PERTO DO TERRENO • TERRENO COM OCUPAÇÃO PARCIAL E GRANDE ÁREA SEM USO E DESCUIDADA • SENSÇÃO DE INSEGURANÇA NO ENTORNO IMEDIATO

Fonte: Autora (2021).

5.2 Análise do Anteprojeto

5.2.1 Conceito e Partido Arquitetônico (diretrizes projetuais)

O Jaci- Centro de Parto Humanizado desenvolve-se com a finalidade de melhorar as deficiências encontradas em outros ambientes de saúde que realizam parto hoje em dia, por meio de ambientes que estejam alinhados com as premissas da humanização.

Como já referido, a humanização deve estar presente desde o primeiro contato da gestante com o ambiente de saúde até o momento de ir para casa. Diante disso, as atendedoras da recepção, os médicos, enfermeiros, toda a equipe precisa estar preparada para lidar com a mulher e seu acompanhante de forma sensível e humana. Ouvir e compreender os sentimentos que existem no momento é essencial, para que os profissionais possam ajudar a gerenciá-los da melhor forma. Se a parturiente estiver agitada, com medo, aflita, busca-se acalmá-la, se está insegura deve passar confiança e segurança, entre outros sentimentos e emoções.

Porém todo esse comportamento é muito mais eficiente se o ambiente em que ocorre estiver alinhado com as sensações e sentimentos desejados. A arquitetura tem o poder de impactar as emoções das pessoas que nela se encontram. Quando pessoas estão em locais que naturalmente transmitem sentimentos negativos, torna-se mais difícil manter sentimentos e pensamentos positivos, e vice-versa. Diante disso, as decisões projetuais interferem no impacto gerado, por isso devem ser pensadas de acordo com o conceito arquitetônico almejado.

O conceito proposto para o anteprojeto do Centro de Parto Humanizado é a humanização do ambiente de saúde e o resgate do Sagrado Feminino, através da busca da sensibilidade, liberdade, acolhimento, conforto, privacidade e conexão com a natureza na arquitetura para expressar dos usuários sentimentos positivos e benéficos para o momento do nascimento de uma vida. Assim o partido arquitetônico, ou seja, as diretrizes projetuais, permeiam entorno desse conceito.

As principais diretrizes projetuais são: design biofílico, criação de espaços amplos para convívio e espaços privativos, iluminação e ventilação natural, e o Sagrado Feminino. As diretrizes estão presentes em diversas escalas do projeto, na escala urbana, escala do edifício e escala humana.

A primeira diretriz, o design biofílico, é uma das formas de reconexão com a natureza. Através do uso de elementos naturais, ou que remetem a natureza, no interior e exterior dos edifícios cria-se ambientes que promovem sensações positivas de bem-estar, conforto, calma, tranquilidade, aconchego, etc. Esses sentimentos são despertados nos usuários pois, segundo

Miyazaki, 2018 (Apud DOLÔRES 2021), a necessidade de conexão/contato com a natureza está em nosso DNA pois o ser humano habitou as matas por milhares de anos, assim estar longe da natureza é uma forma de gerar stress ao corpo.

Além disso, o Sagrado Feminino, como já descrito em capítulo anterior, é um estilo de vida que tem por objetivo a reconexão da pessoa com ela mesma e a vida em harmonia com os ciclos da natureza. Tratando-se especificamente da mulher, compreende-se que a mulher é cíclica como a natureza, por isso seus ciclos são diretamente influenciados por elementos naturais, como à lua. Diante disso, entende-se que o contato com a natureza contribui para a mulher reconectar consigo, compreender-se, sentir suas emoções, sentimentos, seu tempo e necessidades. Consequentemente, a conexão da mulher consigo e com sua alma tem como resultado um parto mais confiante e respeitoso, pois ela mesma aprende a se respeitar deixando o poder do seu corpo, história e própria natureza guiar o nascimento do filho.

Além disso, vale ressaltar que o nome escolhido para o local foi Jaci- Centro de Parto Humanizado, pois Jaci é a deusa da lua na mitologia tupi-guarani. Há várias versões do mito, uma delas conta que Jaci foi criada por Tupã, para ser a rainha da noite e trazer suavidade e temor aos homens, além de ser símbolo de feminilidade, fertilidade e renovação. Diante disso e de outros mitos relacionados a lua, no Sagrado Feminino ela está presente em diversas simbologias e é uma das importantes formas de reconexão da mulher com sua própria natureza. Ao observar os ciclos da lua, a mulher entende os seus próprios ciclos e a influência do satélite natural em sua vida. Dessa forma, como forma de simbolizar a importância da lua escolheu-se o nome da deusa da lua, Jaci.

A diretriz de criação de espaços amplos para convívio e espaços privativos, relaciona-se principalmente com a liberdade de escolha da mulher, além do conforto, acolhimento e aconchego. Ao projetar diferentes espaços de convívio e áreas de permanência, os acompanhantes poderão ficar confortáveis para acompanhar a gestante. Além disso, a gestante poderá circular e ter contato com outras pessoas nesses ambientes se desejar, podendo distrair-se de forma a diminuir a tensão naturalmente existente no momento. Os amplos espaços privativos permitem a deambulação da parturiente em um local individualizado, com segurança e conexão com a natureza. Esses ambientes foram projetados a partir da compreensão que uma mulher é diferente da outra, enquanto algumas querer ter contato com outras pessoas, outras preferem isolar-se durante o processo de parto.

A última diretriz, iluminação e ventilação natural, relaciona-se com a primeira diretriz, por novamente permitir o contato com a natureza, e gera sensação de conforto e aconchego. Uma vez que, segundo Cavalcanti (2002), as luzes influenciam no estado psicológico do ser

humano, além de ser responsável pela produção de alguns hormônios e vitaminas, a iluminação deve ser pensada a fim de favorecer o bem-estar dos indivíduos que estão na edificação. Luzes artificiais, no geral, por mais que permitam um maior controle de iluminação e precisão da visibilidade, transmitem sensação de frieza. Enquanto, a luz natural transmite sensações ligadas ao aconchego e conforto, contribuem para a noção de tempo e espaço, e são benéficas à saúde do ser humano desde recém-nascido. Dessa forma, buscou-se o uso de luz natural em diferentes ambientes de diferentes formas, juntamente com a ventilação a qual promove maior conforto térmico para os ambientes.

Seguindo esses objetivos o edifício e os ambientes foram projetados. A dimensão dos ambientes, funcionalidade, fluxo, volumetria, até os acabamentos do Centro de Parto Humanizado estão alinhados com o conceito e partido arquitetônico.

5.2.2 Legislação Pertinente para o Anteprojeto

Para iniciar o anteprojeto do Centro de Parto Humanizado estudou-se as legislações pertinentes para a elaboração do projeto, visto que elas implicam em diversas diretrizes projetuais. Elaborou-se a tabela 8 para facilitar a identificação dessas legislações e as abordagens de cada uma.

Ademais, considerou-se a norma NBR 9077/2001 e as normativas técnicas do Estado do Tocantins, como a Lei 1.828 de 2007 e o Decreto Nº 3.950 de 2010, para dimensionar as saídas de emergências mínimas necessárias (Tabela 9). Visando a segurança dos usuários em caso de incêndio. Na tabela abaixo encontram-se as especificidades em que a edificação se enquadra. A partir das normas verificou-se a necessidade de uma escada não enclausurada com largura mínima de 1,20m, e dimensões dos acessos e portas.

Tabela 8 - Legislações pertinentes para o desenvolvimento do anteprojeto do Centro de Parto Humanizado

Legislações pertinentes para a elaboração do projeto	
LEGISLAÇÃO E DIRETRIZES NORMATIVAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	
PORTARIA N° 985/1999	cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal
PORTARIA N° 1459/2011	institui a Rede da Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde, visando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.
PORTARIA N° 11/2015	redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o componente parto e nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal.
LEGISLAÇÃO E DIRETRIZES NORMATIVAS DA ANVISA	
RDC N° 50/2002	aprova o Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.
RDC N° 36/2008	aprova a resolução que regulamenta o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal e seus anexos.
RDC N° 51/2010	estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

Fonte: Autora (2021).

Tabela 9 - Normas de atendimento a NBR 9077/2001 e as normativas do Estado do Tocantins

TABELA	CLASSIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO
01- Classificação das edificações quanto a sua ocupação	H-3	Hospitais e assemelhados
02- Classificação das edificações	L	Edificações baixas
03- Classificação das edificações quanto às dimensões	α - Q	De grande pavimento
	β - S	Com grande subsolo
	Y - U	Edificações médias
04- Classificação das edificações quanto às suas características construtivas	Y	Edificações com mediana resistência ao fogo.
05- Classificação das edificações quanto à carga de incêndio	Risco Baixo	até 300 MJ/m².

Fonte: Autora (2022).

5.2.3 Programa de necessidades e Pré-dimensionamento

Além disso, o pré-dimensionamento apresentado no capítulo anterior foi atualizado com o intuito de maior assertividade do anteprojeto (Tabela 10). Acrescentou-se consultório pediátrico, sala de ultrassonografia, consultório multifuncional, sala de fisioterapia e pilates, brinquedoteca e outros ambientes julgados necessários pela autora, por mais que não sejam obrigatórios segundo as normativas (Portaria Nº 985/1999 e Portaria Nº 1459/2011). Por outro lado, retirou-se o alojamento conjunto, para que a experiência de parto e pós-parto seja mais íntima e acolhedora.

Os novos ambientes foram propostos para criar um estabelecimento de atendimento mais completo para a gestante, mãe e bebê, com o objetivo da mulher criar um vínculo com o Centro de Parto Humanizado. O acompanhamento geral, em todos os momentos da gestação, parto e pós-nascimento, garante primeiramente um sentimento de pertencimento, acolhimento e familiaridade da gestante com o local, fato que reflete positivamente no parto. A parturiente, reconhecendo o local e os profissionais, sente-se mais segura, acolhida e confortável.

No estacionamento do subsolo, foram propostas 16 vagas de carros e 11 para motos, totalizando 27 vagas. Pensou-se na ocupação quase total do edifício para definir a quantidade de vagas, contando com número de funcionários, consultórios, salas de atividade e quartos PPP disponíveis. Assim, a quantidade ultrapassou o número de vagas definido na RDC Nº 50/2002, 1 vaga para cada 4 leitos, e no Código de Obras de Palmas, 1 vaga para cada 100 m².

Tabela 10 - Segundo pré-dimensionamento do Centro de Parto Humanizado

PRÉ-DIMENSIONAMENTO CENTRO DE PARTO HUMANIZADO							
AMBIENTE	QNT.	DIM. MÍN.	ÁREA MÍN.	ÁREA DESEJADA	A. TOTAL	ANOTAÇÕES	EQUIPAMENTOS
Recepção/Registro/Sala de acolhimento	1	-	12	30	30	Ambiente confortável com assentos suficientes para receber as gestantes e acompanhantes.	Deve haver espaço para a passagem de uma maca, ter uma mesa e arquivos de prontuários.
Sanitário Recepção	2			3,8	7,6	Porta deve abrir para fora e as maçanetas devem ser do tipo alavanca ou similar.	Vaso sanitário e pia.
Sala de Segurança	1			5	5	Sala para segurança.	Mesa e cadeira.
Sala de TI	1			5	5	Sala para equipamentos de TI.	Equipamentos TI.
Sala de Contabilidade	1			16	16	Sala destinada a parte financeira e de contabilidade.	Mesa, cadeiras e armários.
Sala de Arquivo	1			8	8	Sala ao armazenamento de arquivos.	Armários (arquivos).
Sala de Administração	1			16	16	Ambiente destinado a administração do CPN.	Mesa, cadeiras e armários (arquivos).
Sala de estar para acompanhantes	1	-	-	30	30	Sala de estar e/ou reunião para acompanhantes, visitantes e familiares.	Sofá, mesas, máquinas de venda automática de comida.
Esperas	2			30	60	Ambientes destinados a espera para consulta e administração.	Cadeiras ou poltronas, mesas.
Brinquedoteca	1			8	8	Ambiente para recreação de crianças.	Mesas, puffs, televisão, armários.
Sala Multifuncional	1			30	30	Ambiente destinado a realização de palestras, oficinas, e outras atividades voltadas a comunidade.	Telão, cadeiras, sofá e mesas.
Sala de Ultrassonografia	1	-	-	16	16	Ambiente destinado a exames de ultrassonografia.	Bancada com pia, mesa, cadeira, maca e equipamento de ultrassonografia.
Sala de Fisioterapia e Pilates	1			30	30	Ambiente destinado exercícios de fisioterapia e pilates.	Bancada com pia, mesa, cadeira e maca.
Consultório Multifuncional	1			10	10	Consultório multifuncional para atendimento de nutrição, fisioterapia, psicologia, etc.	Bancada com pia, mesa, cadeira e maca.

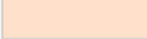
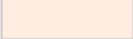
Consultório Pediatria		1			16	16	Ambiente destinado a consulta de pediatria.	Bancada com pia, mesa, cadeira e maca.
Sala de Exames e Admissão de Parturientes (consultório)		2	-	9	16	32	Consultório para examinar a gestante.	Bancada com pia, mesa, cadeira e maca.
Sanitário Anexo à Sala de Exames e Consultório de Ultrassonografia		3	1,2	2,4	3,8	11,4	Porta deve abrir para fora e as maçanetas devem ser do tipo alavanca ou similar.	Vaso sanitário e pia.
Quarto PPP (s/ banheiro)		3	3,2	14,5	20	60	Mínimo 10 m² para leito e 4 m² para cuidados com RN. Atenção as cores, iluminação e conforto do ambiente.	Poltrona reclinável para acompanhante, berço, bancada com pia, bola suíça, barra de alongamento, banqueta de parto, cavalinho, entre outros.
Quarto PPP (c/ banheiro)		2	3,2	18	24	48	Mínimo 10,5 m² para leito, 4 m² para cuidados com RN e 4,8 m² para instalação da banheira (largura mínima 0,90m e altura máxima 0,43m). Atenção as cores, iluminação e conforto do ambiente.	Banheira, poltrona reclinável para acompanhante, berço, bancada com pia, bola suíça, barra de alongamento, banqueta de parto, cavalinho, entre outros.
Banheiro Quarto PPP		5	1,7	4,8	6	30	Box com dimensão mínima de 0,90x1,10m com barra de segurança.	Vaso sanitário, pia, chuveiro, chuveirinho e barras de apoio.
Sala de Cuidados com Recém-Nascido- Sala de reanimação neonatal		1			10	10	Ambiente destinado ao cuidado de recém-nascido, caso necessário e não consiga realizar os cuidados no quarto PPP.	Bancada com pia, equipamentos médicos e berços.
Área para Deambulação	Interna	1	-	20	40	40	Área coberta e elementos naturais (revestimentos de pedras, madeira, vegetação, entre outros). Buscar a privacidade das gestantes.	Assentos confortáveis, mesas de apoio para gestante e acompanhantes.
	Externa (solário)	6			12	72	Área parcialmente coberta e elementos naturais (revestimentos de pedras, madeira, vegetação, entre outros). Buscar a privacidade das gestantes.	Assentos confortáveis, mesas de apoio para gestante e acompanhantes.

Copa	1	1,15	4	8	8	Ambiente é destinado à recepção e distribuição da dieta das parturientes e acompanhantes.	Bancada com pia, fogão, microondas, refrigerador.
Refeitório	1	-	12	12	12	Poderá estar contígua à copa, destinada à realização de refeições/lanches fora do quarto, pode constituir-se de um espaço aberto, não necessariamente um ambiente fechado.	Mesas e cadeiras.
Depósito de alimentos	1			7	7	Ambiente destinado ao armazenamento de alimentos servidos as parturientes, os quais são entregues por empresa terceirizada.	Refrigeradores e estufa.
Lactário	1			10	10	Local destinado a coleta, armazenamento e preparo do leite materno ou fórmulas lácteas.	Pia para higienização, fogão, refrigerador, freezer, balança digital, bico de Bünsen, aparelho de ar condicionado.
Sala de Curativos	1			8	8	Local destinado ao atendimentos de procedimentos voltados a feridas.	Bancada com pia, cadeira, maca e armário.
Sanitários Extra na Ala de Serviços	2			3	6	Porta deve abrir para fora e as maçanetas devem ser do tipo alavanca ou similar.	Vaso sanitário e pia.
Posto de Enfermagem	1	-	2,5	8	8	Ambiente para atividades administrativas do serviço de enfermagem.	Mesa, cadeira e armário/prateleiras.
Sala de Serviços	1	-	5,7	8	8	Sala destinada ao preparo de medicação e material utilizado na assistência ao paciente.	Mesa, cadeira, armário/prateleiras, bancada com pia.
Sala de Esterilização	1			8	8	Sala destinada ao esterilização de materiais e equipamentos.	Bancada com pia, equipamentos, armários e cadeira.

Sala de Utilidades ou Expurgo	1	1,5	6	10	10	Sala destinada à recepção, limpeza, desinfecção e guarda de materiais e roupas utilizados na assistência ao paciente.	Bancada com pia, pia de despejo com acionamento por válvula de descarga e tubulação de 75mm.
Quarto de Plantão	2	2	5	12	24	Ambiente de descanso para profissionais, como médicos e enfermeiros.	Cama, mesa de apoio e poltrona.
Banheiro Quarto de Plantão	4	-	2,3	3,8	15,2	Porta deve abrir para fora e as maçanetas devem ser do tipo alavanca ou similar.	Vaso sanitário, pia e chuveiro.
Vestiários	2			12	24	Ambiente destinado aos funcionários, para troca de roupa e armazenamento de seus pertences.	Vasos sanitários, pias e chuveiros, armários.
Rouparia	2	-	-	2	4	Não precisa ser um ambiente, mas apenas um armário com duas portas.	
Depósito de Equipamentos e Materiais	1	-	3,15	5	5	Ambiente para armazenar materiais e equipamentos por categoria e tipo.	Armário e bancada.
Área de Serviço	1			5	5	Ambiente para limpeza geral.	Tanque, bancada.
DML	1	1	2	6	6	Ambiente para depósito de material de limpeza, utensílios e aparelhos.	Tanque.
Depósito de Macas e Cadeiras de Rodas	1	-	-	6	6	Armazenar os materiais e equipamentos por categoria e tipo.	
Depósito de Gás	1	-	-	5	5		
Central de Ar Condicionado	1	-	-	-	-		
Reservatório de Água	1	-	-	-	-		
Gerador	1	-	-	5	5		
TOTAL	69	14,95	123,35	529,4	775,2		
TOTAL mais 30% de circulação					1007,76		

ESTACIONAMENTO							
VAGAS	MÍNIMO DE VAGAS	VAGAS P/ CLIENTE	VAGAS P/ PROFISSIONAIS	TOTAL DE VAGAS	ÁREA POR VAGA	ÁREA TOTAL (VAGAS)	ANOTAÇÕES
CARRO	NL ≤ 50 = 1 vaga p/ leito	10	6	16	12,5	200	As 10 vagas de carro para clientes foram contabilizadas levando em conta a quantidade de Quartos PPP e Consultórios.
AMBULÂNCIA		1		1	12	12	
MOTO	-	3	8	11	2	22	
TOTAL				28		234	
TOTAL mais 30% de circulação						304,2	

ÁREA TOTAL (EDIFICAÇÃO E ESTACIONAMENTO) =	1311,96
--	---------

LEGENDA:	
	Ambientes obrigatórios de acordo com: Portaria Nº 985/1999, Portaria Nº 1439/2011, Portaria Nº 11/2013, RDC Nº 36/2008 e RDC Nº 50/2002.
	Ambientes opcionais perante a legislação que foram incluídos por escolha da autora.

Fonte: Autora (2021).

5.2.4 Organograma e Fluxograma

Após o pré-dimensionamento realizou-se o organograma setorizando os ambientes (Figura 24) em seis categorias, sendo elas atendimento, acolhimento, administração, apoio logístico, parturição e serviço. O organograma é fundamental para entender a atividade realizada em cada ambiente e assim pensar nas relações existentes entre eles.

Dessa forma, a partir da análise das relações dos ambientes organizou-se o fluxograma geral, como mostrado na figura 25. O fluxograma geral compreende os fluxos entre os setores, ou seja, entre as atividades dos ambientes de forma panorâmica. Além de compreender por onde acontecem os acessos do público, funcionários e ambulância.

Diante do fluxograma geral é possível pensar nas relações de cada ambiente, o fluxo entre eles e os acessos não apenas externos, mas do interior. Assim, elaborou-se o fluxograma detalhado com todos os ambientes (Figura 26). O acesso principal de pedestre é pela fachada voltada para a Avenida Teotônio Segurado, porém o estacionamento pode ser acessado pelas duas ruas que atendem o terreno, tendo uma circulação de duplo sentido. Enquanto o acesso de serviço é realizado apenas pela Rua NS B.

Ao analisar o fluxograma fica evidente a necessidade de alguns setores serem mais isolados, como por exemplo a parturição, a qual possui pouca conectividade com ambientes de outros setores, pois necessita de maior privacidade. Além disso, observa-se a importância das circulações, as quais ao mesmo tempo que conectam os ambientes, conseguem filtrar a entrada em diferentes setores.

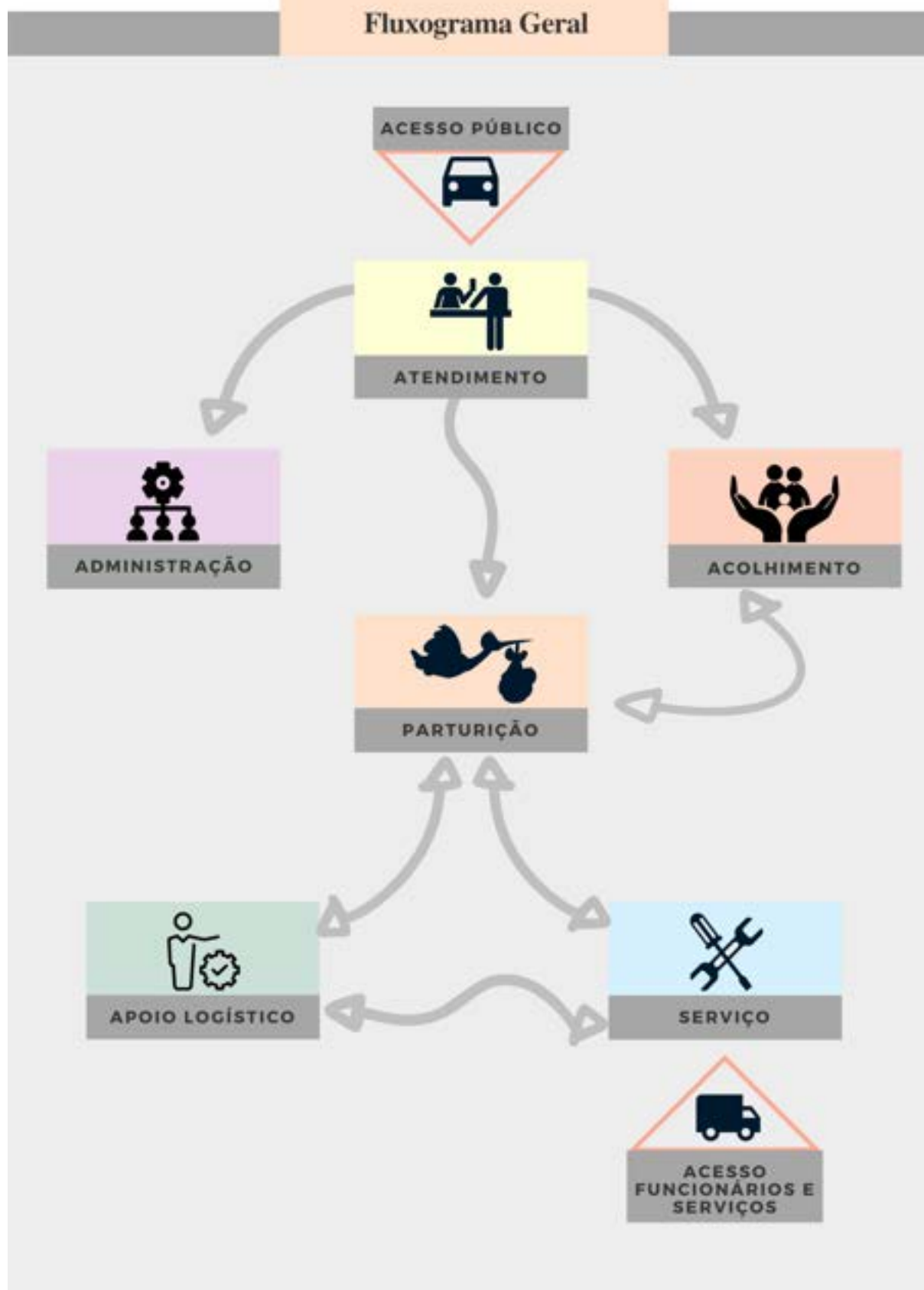
Devido a importância das circulações no edifício essas devem ser pensadas como ambientes de permanência, convívio e trocas. Diante disso, almeja-se a criação de ambientes acolhedores, com iluminação natural, vegetação e aberturas no teto, como pátios/jardins internos.

Figura 24 - Organograma com a setorização dos ambientes



Fonte: Autora (2022).

Figura 25 - Fluxograma geral com o fluxo entre os setores definidos no organograma



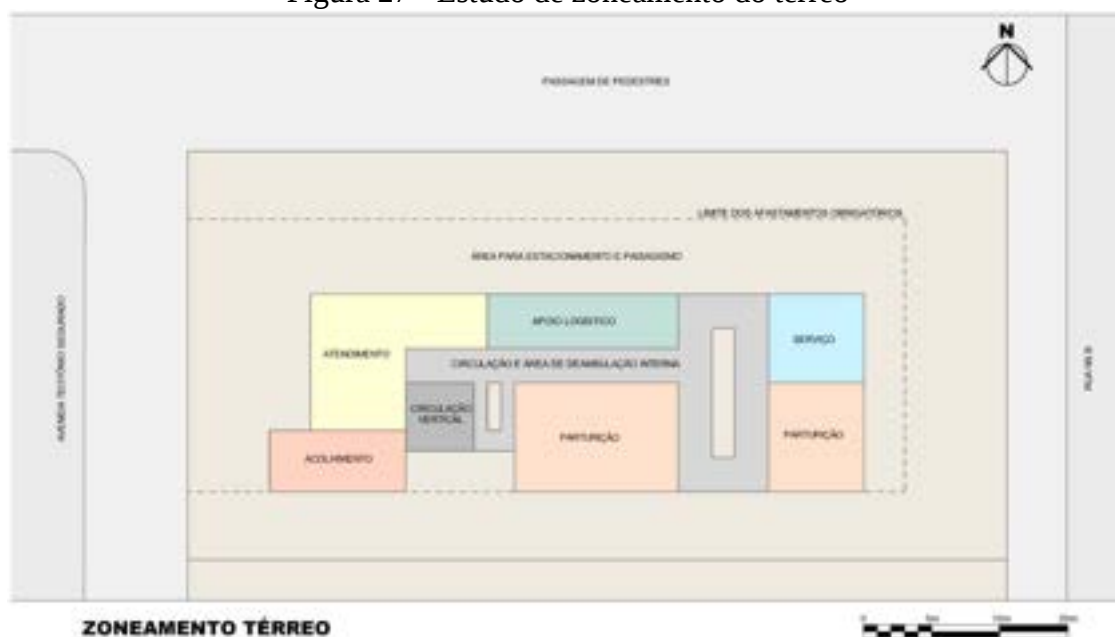
Fonte: Autora (2022).



5.2.5 Zoneamento

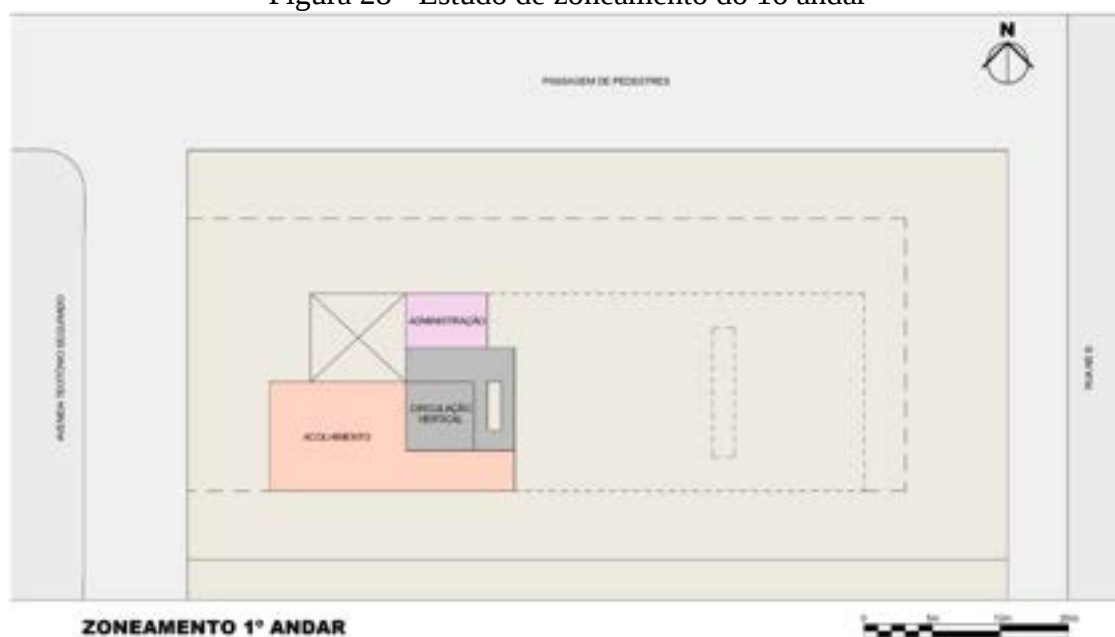
O zoneamento foi elaborado como uma etapa do processo projetual, a fim de compreender a melhor disposição dos ambientes de acordo com a setorização estabelecida no organograma. Além disso, analisou-se o fluxograma para que o zoneamento permitisse a conexão necessária entre os ambientes (Figura 27, 28, 29).

Figura 27 - Estudo de zoneamento do térreo



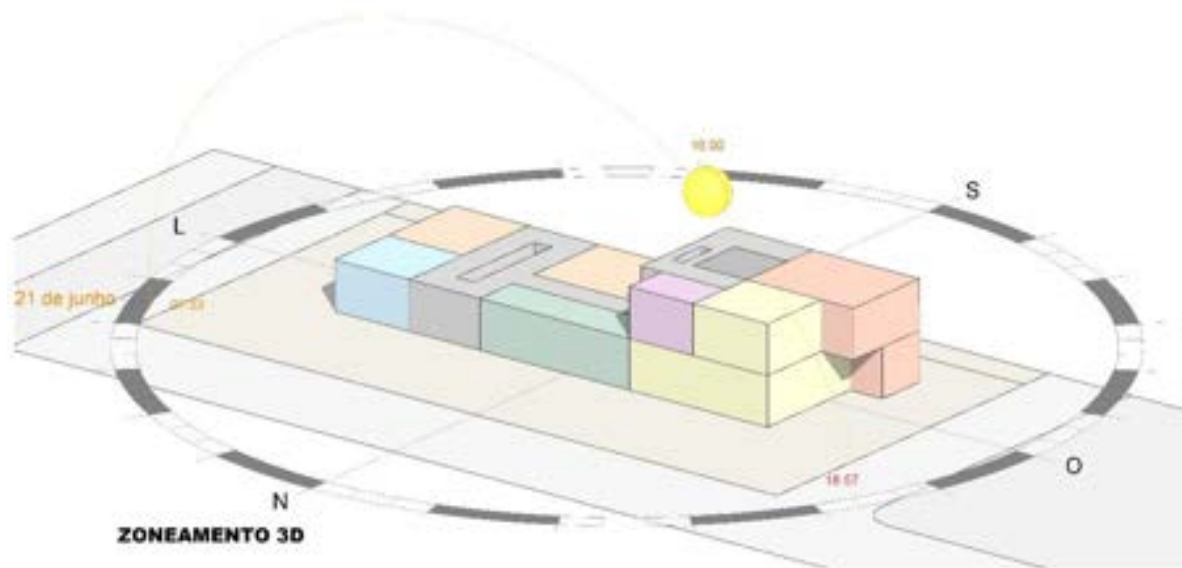
Fonte: Autora (2022).

Figura 28 - Estudo de zoneamento do 1º andar



Fonte: Autora (2022).

Figura 29 - Estudo solar com estudo zoneamento e volumetria



Fonte: Autora (2022).

Primeiramente definiu-se que todos os setores ligados diretamente à realização do parto estariam conectados entre si e separados dos outros setores (administração, acolhimento e parte do atendimento), visando a privacidade da parturiente, tanto visualmente, quanto em relação à acústica. Assim, o edifício foi dividido em duas partes principais, a primeira parte é ligada aos setores de primeiro contato, ou seja, ambientes em que a mulher passará durante a gestação, antes da admissão para a realização do parto e para consultas com o bebê; a segunda é a parte citada acima, ligada a todos ambientes necessários para a realização do parto.

Os setores da primeira parte foram abrigados na fachada principal ao oeste, localizada na Avenida Teotônio Segurado. Os ambientes de atendimento estão no térreo com a ideia de ter pé direito duplo, para facilitar a acessibilidade. O setor de acolhimento localiza-se parte no térreo e parte no segundo pavimento, visto que os usuários desses ambientes não necessariamente serão parturientes, como exemplo a sala multifuncional, a qual poderá realizar palestras ao público. No segundo pavimento ainda, serão abrigados os ambientes do setor administrativo.

A segunda parte do edifício foi situada da metade do terreno para trás. O setor de parturição foi localizado ao sul para garantir maior privacidade e conforto térmico, uma vez que ao norte há uma passagem de pedestre e a insolação ao sul é menor. Além disso, foi dividido em duas partes com uma ampla circulação central, para que pudesse existir uma grande área de convívio e deambulação, e criar pátios privativos para cada quarto PPP.

O setor de serviço e apoio logístico foram alocados perto da Rua NS B com o objetivo de facilitar o acesso, especialmente para abastecimento de medicamentos, gás, entre outros.

Vale ressaltar, que todas as circulações possuem uma ampla área, sendo além de meros corredores, pois devem promover áreas de convívio e permanência para os acompanhantes, além de área de deambulação para as gestantes. Nesses ambientes pensou-se na realização de abertura no teto para a inserção de jardins internos, promovendo contato dos usuários com a natureza.

Dessa forma, o zoneamento foi pensando de acordo com o conceito e partidos arquitetônicos do projeto, para que a partir da planta baixa essas decisões projetuais fossem melhor desenvolvidas.

5.2.6 Implantação

A implantação do edifício partiu especialmente de dois fatores, primeiramente a localização da passagem de pedestre e a possibilidade de acesso pelas duas vias, Avenida Teotônio Segurado e a Rua NS B (Figura 30).

Partindo do pressuposto que a passagem de pedestre não deveria ser ignorada e que a partir dela seria possível a criação de um interessante espaço de convivência, passagem e relação com o edifício optou-se por deixar o mais livre possível o espaço ao norte do terreno. Assim, o edifício foi projetado de forma a ocupar o máximo do terreno no sentido Leste-Oeste.

Figura 30 - Planta de implantação do Jaci- Centro de Parto Humanizado



Fonte: Autora (2022).

A princípio, durante a fase de zoneamento deixou-se livre uma faixa mais generosa entre o edifício e a passagem de pedestre com a intenção de abrigar parte do estacionamento e a criação de jardins e espaços de convívio e permanência (Figura 27). Porém, após a concepção

da planta baixa e o acréscimo de alguns ambientes tornou-se necessário a ocupação de parte desse espaço, ainda que o estacionamento esteja localizado no subsolo.

Assim, a partir da compreensão de que a entrada do estacionamento, sendo duas rampas de acesso ao subsolo, cria uma barreira física para a passagem de pessoas e uso do espaço, elas foram localizadas no afastamento ao sul. Diante disso, o afastamento ao norte ficou livre para a passagem de ambulância e implantação de jardim para criar um espaço agradável ao lado da passagem de pedestre, a qual pode ser qualificada para o uso. Além disso, há uma cobertura para a proteção solar e de chuva no acesso da ambulância, juntamente com uma parede de cobogó que garante a privacidade.

Vale ressaltar, que as entradas de estacionamento e ambulância foram projetadas para serem feitas pela Avenida Teotônio Segurado enquanto a saída é pela Rua NS B. Essa configuração foi feita a fim de facilitar o percurso dentro do estacionamento do subsolo e da ambulância no térreo, uma vez que o fluxo gerado ocorre em apenas um sentido. Além disso, a saída da ambulância pela Rua NS B possui um trajeto menor de ida até o Hospital e Maternidade Dona Regina, quando comparado com a saída na Avenida Teotônio Segurado.

5.2.7 Planta Baixa

Após o estudo de zoneamento os ambientes foram dimensionados com maior precisão e previu-se a localização deles para a concepção da planta baixa. Como referido no subcapítulo zoneamento, o edifício foi dividido em duas partes.

O acesso do público em geral faz-se pela fachada oeste, voltada para a Avenida Teotônio Segurado. A fachada oeste recebe muita insolação, dessa maneira, projetou-se uma marquise de três metros e elementos visuais que controlam a entrada do sol, como brises-soleil. A porta foi colocada de forma a criar um fluxo de circulação único com a escada, elevador e corredor que leva aos banheiros e demais áreas do edifício. A circulação vertical foi posicionada de forma que os acessos, das escadas e elevador, se fazem pela recepção para garantir a privacidade das gestantes e acompanhantes que estão sendo atendidos no Jaci- Centro de Parto Humanizado.

O primeiro andar do edifício abriga ambientes destinados ao público em geral, não necessariamente parturientes, sendo o acolhimento e a administração. A circulação é ampla com visibilidade para a recepção e parte do espaço de convivência do térreo. Dessa forma, a área pode ser utilizada como espera e brinquedoteca. Nesse andar, há sala de fisioterapia e pilates, sala multifuncional, consultório pediátrico, consultório multifuncional, lactário, sala de

curativos, administração, contabilidade, sala de segurança e TI, sala de arquivos, banheiros e laje técnica.

No térreo, após a recepção, circulação vertical, banheiros e depósito de macas, situa-se a sala de ultrassonografia e os consultórios de exames e admissão. O acesso desses ambientes não ocorre por um corredor simples, mas uma área ampla de convívio e permanência, em que há presença de vegetação natural (jardim interno), iluminação natural e pé direito duplo, com a intenção de gerar sensação de estar ao ar livre (Figura 44, p.123). Conectado a esse espaço encontra-se o refeitório, o qual não tem a intenção de funcionar como uma lanchonete, onde os usuários ficam longos períodos alimentando-se, mas de suprir as necessidades de alimentação básicas, especialmente dos acompanhantes, por meio de ambiente agradável e disposição de máquinas de venda automática de comidas e bebidas. Além disso, os funcionários podem alimentar-se nesse local.

A partir desse ambiente localiza-se a segunda parte do Jaci- Centro de Parto Humanizado, voltada diretamente a realização do parto, a qual é conectada ao edifício por meio de um amplo corredor que possui uma porta para filtrar a entrada de pessoas não autorizadas. Diante desse corredor, os ambientes de apoio logístico começam a aparecer. A copa posicionada perto da porta, facilita o fluxo dos funcionários que desejam alimentar-se no refeitório. O depósito de alimentos posicionado ao lado da copa, é um ambiente destinado a conservação dos alimentos servidos à parturiente, visto que a alimentação não é preparada no local, mas entregue por empresa terceirizada. Em seguida, é possível observar dois banheiros PcD, um masculino e um feminino, que podem ser utilizados por funcionários e acompanhantes. A sala de serviços e o posto de enfermagem estão lado a lado, pois a sala de serviços é o local em que a medicação e material destinado ao paciente são preparados e o posto de enfermagem cuida das atividades administrativas do serviço de enfermagem.

Ainda no corredor, há um depósito de macas e cadeiras de rodas, sala de esterilização e sala de cuidados com recém-nascidos. A sala de cuidados com recém-nascidos foi posicionada perto dos quartos PPP e da porta de acesso à ambulância, para que o atendimento, se necessário, ocorra da forma mais rápida possível.

A circulação, onde estão localizados os quartos PPP, é uma ampla área de deambulação interna, que permite a interação, convívio e permanência dos usuários, sem atrapalhar a funcionalidade do mesmo e o atendimento na edificação. Além disso, em toda circulação dessa segunda parte do edifício há poços de iluminação e ventilação, os quais foram colocados estrategicamente para a implantação de jardins internos, e garantir a iluminação e ventilação dos banheiros dos quartos PPP, de forma que os layouts dos quartos fossem funcionais. Os poços de

iluminação e ventilação possuem formato que remete a alguns símbolos do Sagrado Feminino, como a Triluna¹⁷.

Os quartos PPP possuem variações de metragem quadrada, uma vez que alguns tem banheiras e outros não. Mas de forma geral os banheiros estão na entrada, pois segundo Goés (2011), essa disposição facilita a limpeza dos sanitários, manutenção, ventilação e iluminação, possui maior índice de compacidade e menor circulação. As portas dos quartos PPP foram colocadas em local em que garantisse a maior privacidade visual da parturiente, assim quando ela estiver aberta o ângulo de visualização é direcionado para a parede em que não há a cama. Todos os quartos dispõem de pátio privativo com cobertura em palha e estrutura em madeira. Os pátios foram projetados seguindo o conceito de reconexão com o Sagrada Feminino e consequentemente conexão com a natureza. Ademais, a localização dos quartos PPP ao sul e leste garantem maior conforto térmico e privacidade aos ambientes.

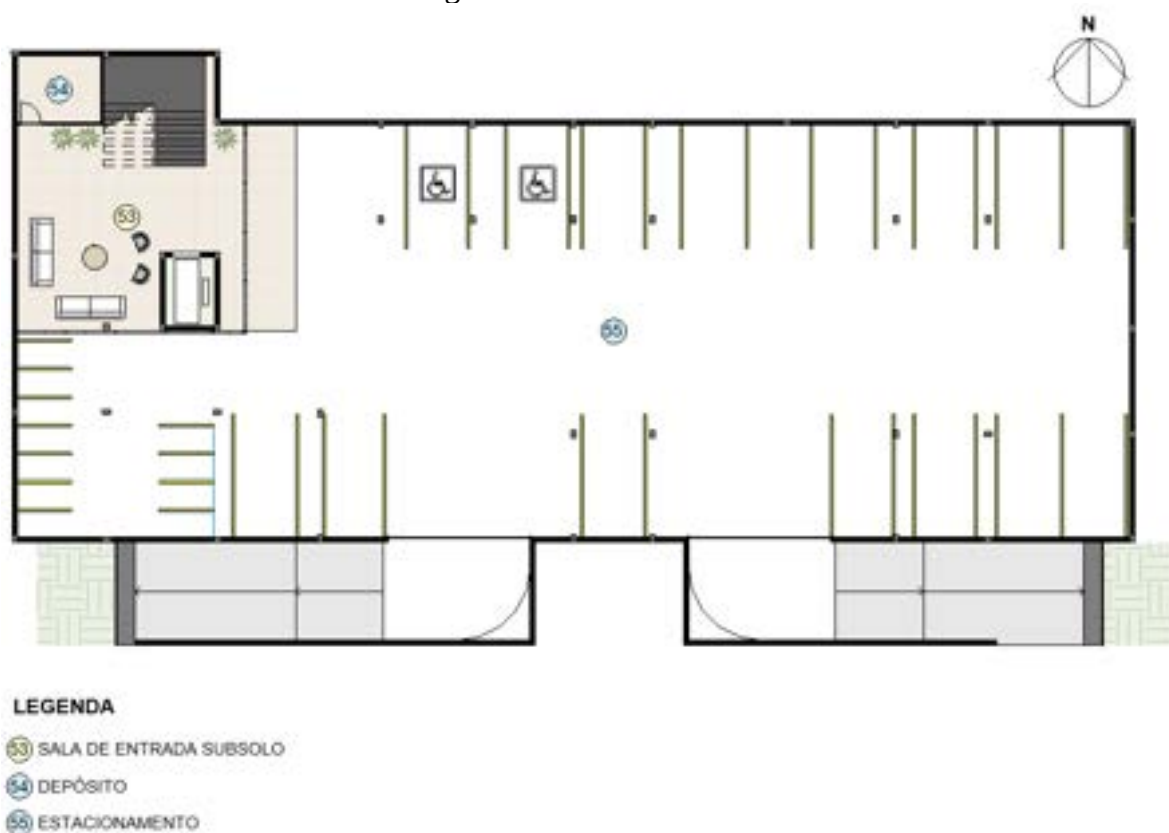
Os ambientes do setor de serviço e parte do apoio logístico, foram localizados ao nordeste do terreno visando a facilidade de acesso. É interessante perceber que a sala de expurgo, área de serviço e o depósito de gás possuem acesso pelo interior e exterior do edifício, devido às funções e atividades realizadas nesses locais. Ao lado do setor de serviço, na circulação em que há os quartos PPP, há uma porta que garante acesso a uma vaga de estacionamento de ambulância, assim a parturiente que estiver em emergência não precisará transitar por todo o edifício até chegar a ambulância ou ao quarto PPP.

Vale ressaltar que o edifício foi projetado visando acessibilidade, assim houve a preocupação de colocar banheiros PcD, portas com no mínimo 80cm de largura, corredores amplos e rampas de acordo com a norma de acessibilidade (NBR 9050). Ademais, seguindo o conceito e partidos arquitetônicos definidos para o projeto, optou-se pela busca da iluminação natural nos ambientes, tanto por janelas quanto pelo teto, por meio dos poços de iluminação.

Por fim, o subsolo possui 27 vagas de estacionamento, 16 para carros e 11 para motos. Há duas rampas de acesso, uma para entrada, voltada para a Avenida Teotônio Segurado, e a outra para saída, voltada para a Rua NS B. O estacionamento foi pensado de maneira a complementar as vagas públicas de estacionamento existentes no bolsão à frente do edifício, acessado pela Avenida Teotônio Segurado (Figura 31, 32 e 33).

¹⁷ Símbolo do sagrado feminino que representa as três fases da lua (crescente, cheia e minguante), as fases da mulher (donzela, mãe e anciã) e o seu ciclo menstrual.

Figura 33 - Planta subsolo.



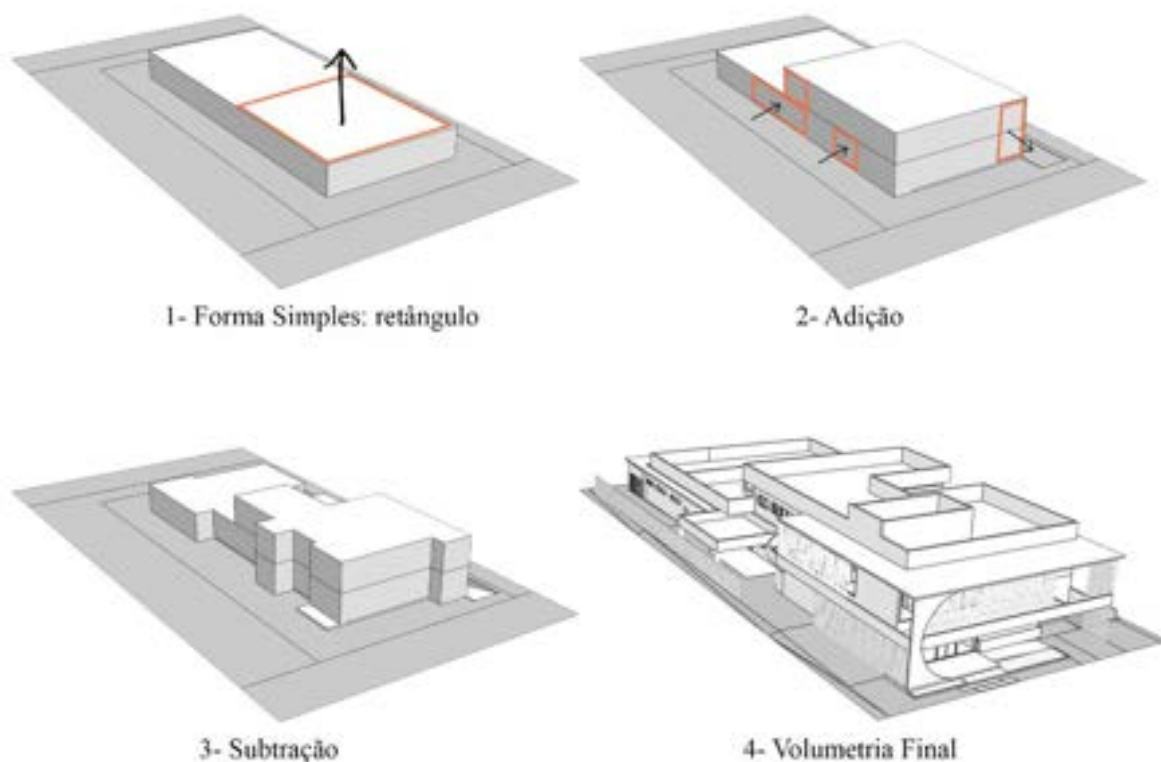
Fonte: Autora (2022).

5.2.8 Volumetria

A volumetria parte da forma simples de um retângulo, o qual sofre adição de elementos no primeiro andar e subtração no térreo, criando cheios e vazios reduzindo a monotonia das fachadas, como mostrado na figura 34. Além disso, a horizontalidade do edifício e a cobertura com platibanda cria linhas retas que são interrompidas por elementos pontuais, os quais além de gerar uma sensação de movimento possuem significados simbólicos. Esses elementos são: jardim lateral curvo, brises-soleis, parede de cobogós, parede em formato de lua crescente da entrada (fachada oeste) e elementos de três faixas na fachada oeste.

Na volumetria encontram-se marquises em balanço que funcionam como forma de proteção solar aos painéis de vidro, beneficiando o conforto térmico, além de visualmente criar uma maior dinâmica na edificação. Além disso, os brises-soleis de madeira feitos com gravetos de árvores tratadas, diminui a simplicidade das fachadas. Diante disso, percebe-se que a planta baixa influencia a volumetria, mas não limita ou dita a forma final.

Figura 34 - Estudo para concepção da forma volumétrica



Fonte: Autora (2022).

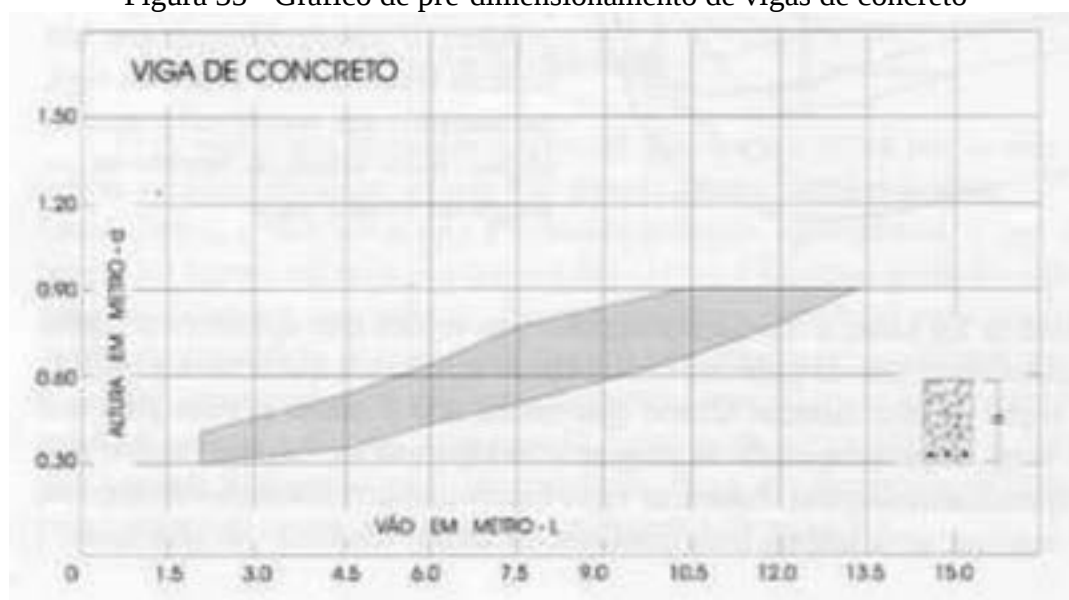
5.2.9 Sistema Construtivo e estrutural

Para a concepção do edifício foi proposto a construção mista de alvenaria e drywall, com estrutura em concreto armado. O concreto armado é feito a partir da mistura de materiais, como água, agregado miúdo, agregado graúdo e cimento, além de armadura de aço. A resistência à tração é dada pela armação de aço, enquanto o concreto resiste bem a compressão. Assim, segundo Rebello (2000), o uso do concreto armado para estrutura é vantajoso se a edificação sofre solicitação principalmente de compressão simples e momento fletor.

Além disso, os vãos entre os pilares (Figura 36) foram definidos de acordo com a análise de alguns fatores, sendo eles: o estacionamento no subsolo, a altura da viga (Figura 35) e a planta baixa. Para que os pilares fossem alocados, pensou-se primeiramente na planta baixa desejada, em seguida foi estabelecido um vão máximo de 8m e vão mínimo de 3m, para que a altura da viga não fosse acima de 75cm e que os pilares não impossibilitassem o posicionamento das vagas de estacionamento. Diante disso, o pré-dimensionamento da estrutura foi realizado

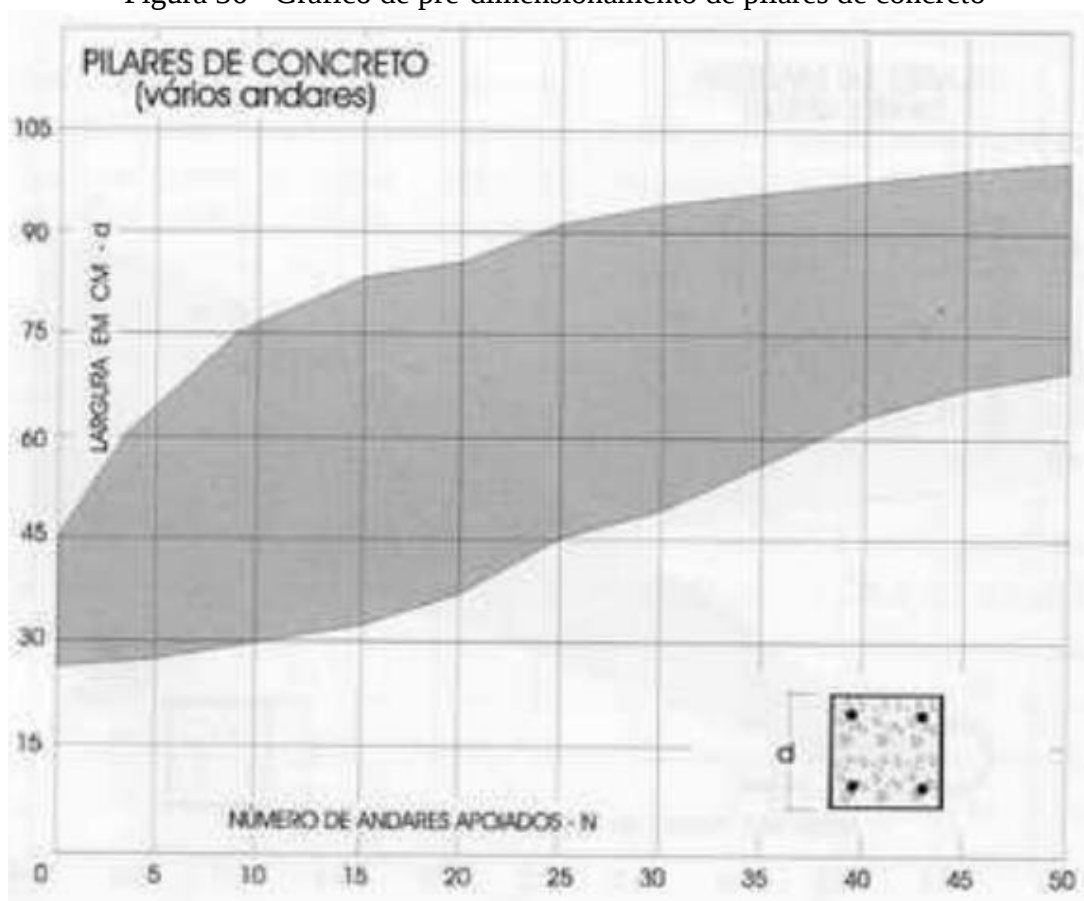
de acordo com o livro de Rebello (2000), a partir da leitura e análise das tabelas disponibilizadas.

Figura 35 - Gráfico de pré-dimensionamento de vigas de concreto



Fonte: Rebello (p.102, 2000).

Figura 36 - Gráfico de pré-dimensionamento de pilares de concreto



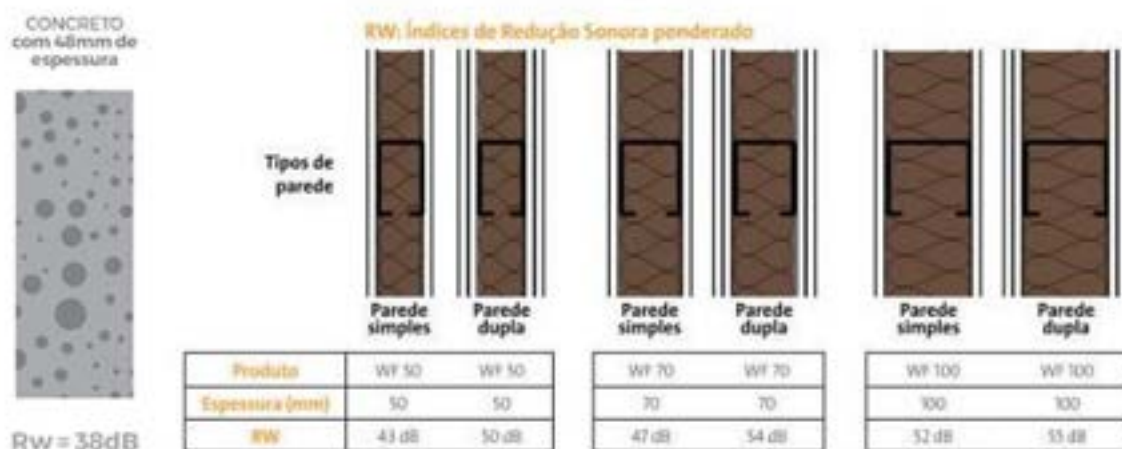
Fonte: Rebello (p.114, 2000).

O projeto do Jaci- Centro de Parto Humanizado foi realizado com vedação mista, as paredes externas e algumas internas, que são eixos estruturais, são de alvenaria com espessura de 20cm, enquanto a demais paredes internas são de drywall de 10cm (mais 2cm de acabamento). As paredes externas, de alvenaria de 20cm, são para melhorar o conforto térmico da edificação, esconder os pilares estruturais e fixar a forma desejada.

O drywall consiste em um sistema de construção composto por perfis metálicos e placas de gesso, permitindo maior flexibilização, leveza e facilidade de execução e manutenção. Além disso, pode elevar o isolamento acústico e térmico ao utilizar materiais específicos no seu interior.

No Jaci- Centro de Parto Humanizado, para garantir o conforto térmico e acústico, todas as paredes de drywall serão com lã de vidro (Figura 37 e 38), a qual pode ser inserida em qualquer vedação, inclusive paredes sujeitas à umidade, como banheiros.

Figura 37 - Índices de redução sonora de parede de concreto e drywall com lã de vidro



Fonte: Apoio Forros e Artesana (2016). Adaptada pela autora, 2022.

Figura 38 - Elementos que constituem a parede de drywall com isolamento em lâ de vidro



Fonte: Kanuf (2015) e Isover (2022). Adaptada pela autora, 2022.

5.2.10 Humanização e simbologia nas decisões projetuais

Todo o projeto, Jaci- Centro de Parto Humanizado, foi realizado com olhar voltado ao conceito definido, a humanização e a reconexão com o Sagrado Feminino (Figura 39). Em várias decisões projetuais é possível perceber o conceito e as diretrizes projetuais. Dessa forma, o subcapítulo explana sobre algumas das principais decisões que configuram o edifício.

Primeiramente, com o olhar de fora para dentro da edificação, a horizontalidade e altura da volumetria, juntamente com os elementos estéticos da fachada principal foram projetados para aproximar o usuário do edifício. A entrada de vidro convida o usuário a entrar no edifício. Os espelhos d'água, ao lado da escada, além de ser um elemento visual interessante e trazer sensação de frescor, foi implantado pois o elemento, água, simbolicamente é ligada a mulher.

A água é associada às emoções, adaptação, força, é preciosa e geradora de vida. Essa relação pode ser observada através de diversas mitologias, uma vez que as divindades que representavam a água são femininas.

Na fachada principal, há um detalhe em formato de lua crescente, o qual contribui para o sombreamento da varanda e recepção, ao mesmo tempo que reforça a ligação da lua com a mulher. A figura da lua é muito ligada à fecundidade e a feminilidade, uma vez que assim como a lua a mulher é cíclica, acredita-se que a energia lunar influencia nas emoções e ciclos, desde a menstruação até o parto (MILDON, 2021). Além disso, durante a lua crescente, acredita-se que ocorrem os partos tranquilos que fluem de maneira natural e esperada. Com base nessas crenças, o Centro de Parto foi denominado Jaci- Centro de Parto Humanizado, pois na mitologia dos povos originários do Brasil, Jaci é a deusa da lua.

O elemento de três faixas da fachada principal que funciona como brise-soleil e forma de esconder as janelas dos banheiros, representam as três fases da mulher (moça, mãe e anciã) e da lua (crescente, cheia e minguante), assim como a Triluna, a qual é um símbolo do Sagrado Feminino.

Além disso, vários acabamentos e revestimentos das paredes externas são feitas com elementos naturais, como os brises-soleil de madeira, acabamento em ecostone (papel de parede líquido feito de pedras naturais) e os cobogós de barro utilizados nas fachadas oeste e leste, há ainda coberturas com estrutura em madeira e palha. A presença dos elementos naturais além de estar alinhados com o design biofílico, o qual transmite sensação de aconchego e acolhimento, é uma forma de reconexão com a natureza e consequentemente com o Sagrado Feminino. Diante disso, a vegetação está integrada com a arquitetura no exterior e interior da edificação, de forma que os jardins externos e internos conversem entre si, enquanto o usuário não consegue perceber qual vegetação está dentro e fora, trazendo a sensação de não estar em um ambiente totalmente fechado.

A figura 40 e 41 mostra que a recepção foi projetada com a intenção de ser acolhedora e remeter à sala de uma residência. Dessa forma, o usuário, desde o primeiro contato, sente-se “em casa”. Utilizou-se de cores aconchegantes, móveis confortáveis, como sofás e poltronas, além de vegetação, lustres com elemento natural (palha), uso da madeira e iluminação quente. Os revestimentos das paredes buscam a conexão com a natureza, assim há aplicação de ecostone (papel de parede líquido de pedras naturais) e revestimento que imitam pedras. A água, elemento simbólico, novamente faz-se presente na cascata da parede de vidro ao lado da escada, a qual cria uma barreira visual para a sala de acompanhantes (espaço de convívio e permanência) ao mesmo tempo em que permite a passagem de luz natural.

Figura 39 - Elementos das fachadas alinhados com o conceito do projeto



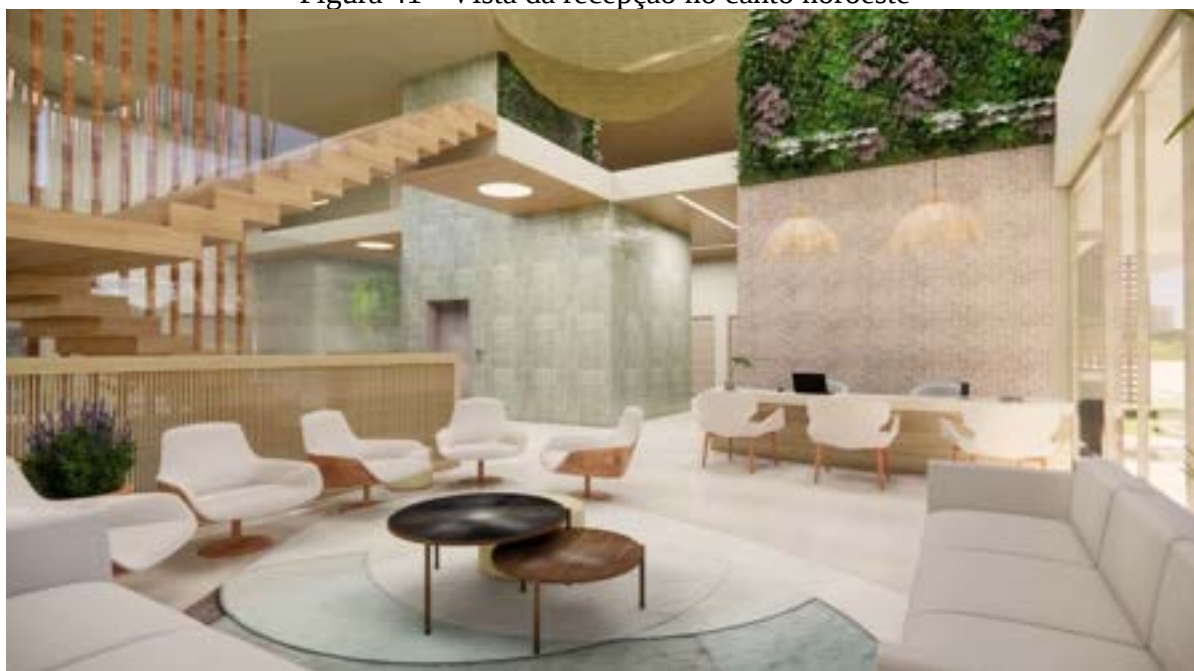
Fonte: Autora (2022).

Figura 40 - Vista da recepção a partir do corredor que leva aos consultórios



Fonte: Autora (2022).

Figura 41 - Vista da recepção no canto noroeste



Fonte: Autora (2022).

No interior do Jaci- Centro de Parto Humanizado, há ainda espaços amplos de circulação que permitem o convívio e permanência dos acompanhantes, das gestantes e dos funcionários humanizam o espaço à medida que cria ambientes confortáveis, aconchegantes e não apenas simples corredores. Esses espaços possuem conexão com a natureza pelos jardins internos e iluminação natural.

A sala de estar para acompanhantes e o refeitório utilizam de elementos para tornar o ambiente agradável e aconchegante, com o intuito de aproximar, gerar conexão com os usuários, assim como na recepção. Para isso, foram inseridos puffs, sofás, forro amadeirado, vegetação nativa e aromática, e pendentes com iluminação amarelada no jardim interno onde localizam-se redes feitas de macramê para descanso (Figura 42, 43 e 44).

Figura 42 - Área de espera em frente aos consultórios



Fonte: Autora (2022).

Figura 43 - Sala para acompanhantes e refeitório



Fonte: Autora (2022).

Figura 44 - Jardim interno da sala para acompanhantes e refeitório



Fonte: Autora (2022).

Além disso, a área de deambulação interna (figura 46 e 47) é mais que um grande corredor, é um ambiente que busca conexão com a natureza e garantir a liberdade da parturiente. Os poços de iluminação, ventilação, e os jardins internos foram projetados de maneira que o formato e disposição remetem a símbolos ligados ao sagrado feminino, como a Triluna (figura 45). As coberturas dos poços são de vidros retráteis que permitem a total abertura, propiciando a observação do céu e da lua. Quando observados de alguns ângulos, em determinadas horas do dia, tem-se a percepção de uma iluminação “divina”, como um portal, em uma analogia a fala “dar a luz”.

Figura 45 - Símbolo Triluna do Sagrado Feminino, o qual representa as fases da lua e da mulher, como o ciclo menstrual



Fonte: Astrocentro (2021).

Figura 46 - Área de deambulação interna, imagem sentido norte-sul



Fonte: Autora (2022).

Figura 47 - Área de deambulação interna, imagem sentido sul-norte



Fonte: Autora (2022).

A humanização, também, está na liberdade de escolha e na informação. A edificação possui vários ambientes destinados ao processo de parto, conseqüentemente gera diversas possibilidades de escolha para a parturiente. A mulher pode optar por dar à luz na banheira, cama, banheiro, pode deambular nas circulações, no pátio privativo, entre outras. Além disso, o setor

de acolhimento cria ambientes propícios para passar informações às gestantes e demais usuários, por meio da sala multifuncional, consultórios e outros (Figura 48 e 49).

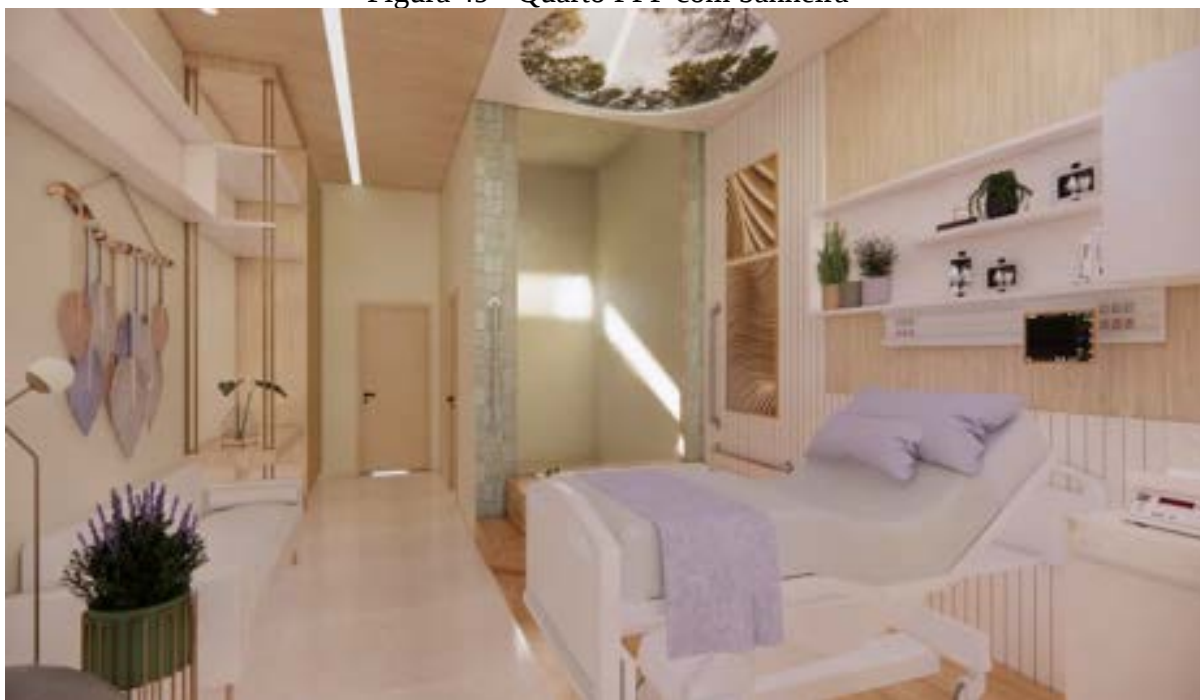
Vale ressaltar que as aberturas de iluminação foram projetadas de forma a garantir o aconchego desejado, assim há grandes aberturas que permitem a entrada de luz natural na maioria dos ambientes. Nas circulações e nos quartos PPP voltou-se uma atenção especial, assim nas circulações além de amplos painéis de vidro há poço de iluminação no teto, nos quartos PPP há uma grande janela e uma janela em fita alta. Essas aberturas além de permitir a entrada de luz natural e gerar ventilação cruzada, permite os usuários observar a lua, a qual é um importante elemento simbólico para o Jaci- Centro de Parto Humanizado, e com base na crença de seu poder de influência na vida da mulher e nos partos (figura 50).

Figura 48 - Quarto PPP com banheira



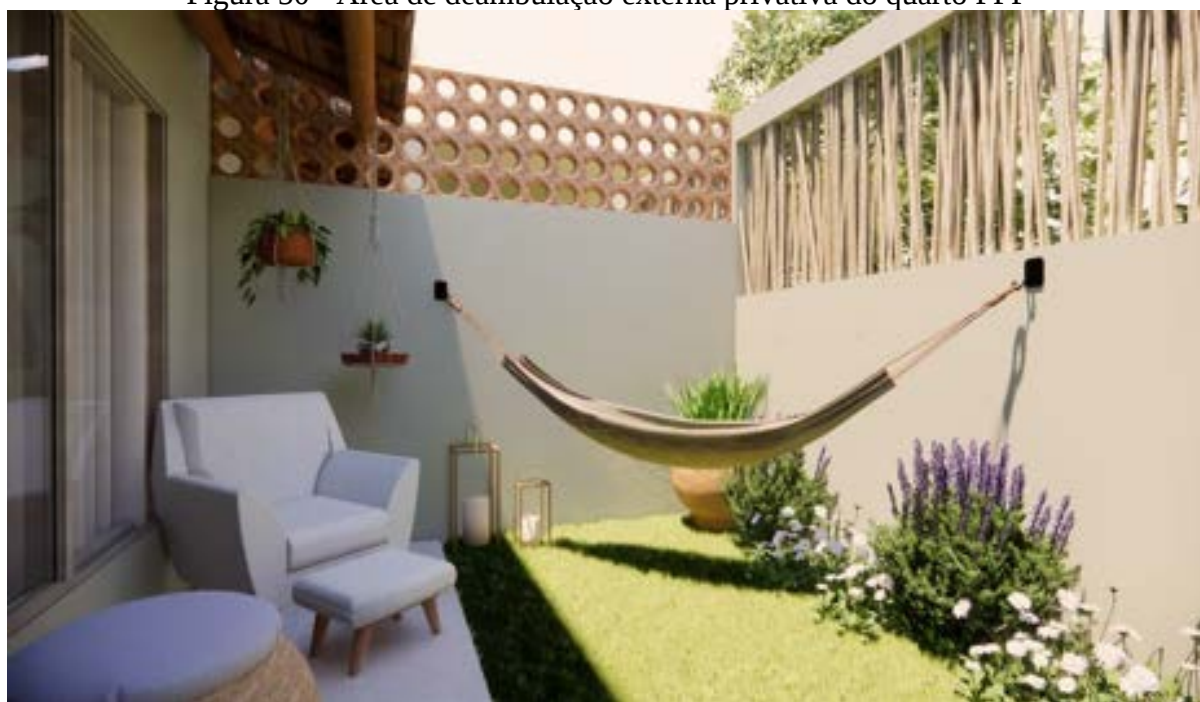
Fonte: Autora (2022).

Figura 49 - Quarto PPP com banheira



Fonte: Autora (2022).

Figura 50 - Área de deambulação externa privada do quarto PPP



Fonte: Autora (2022).

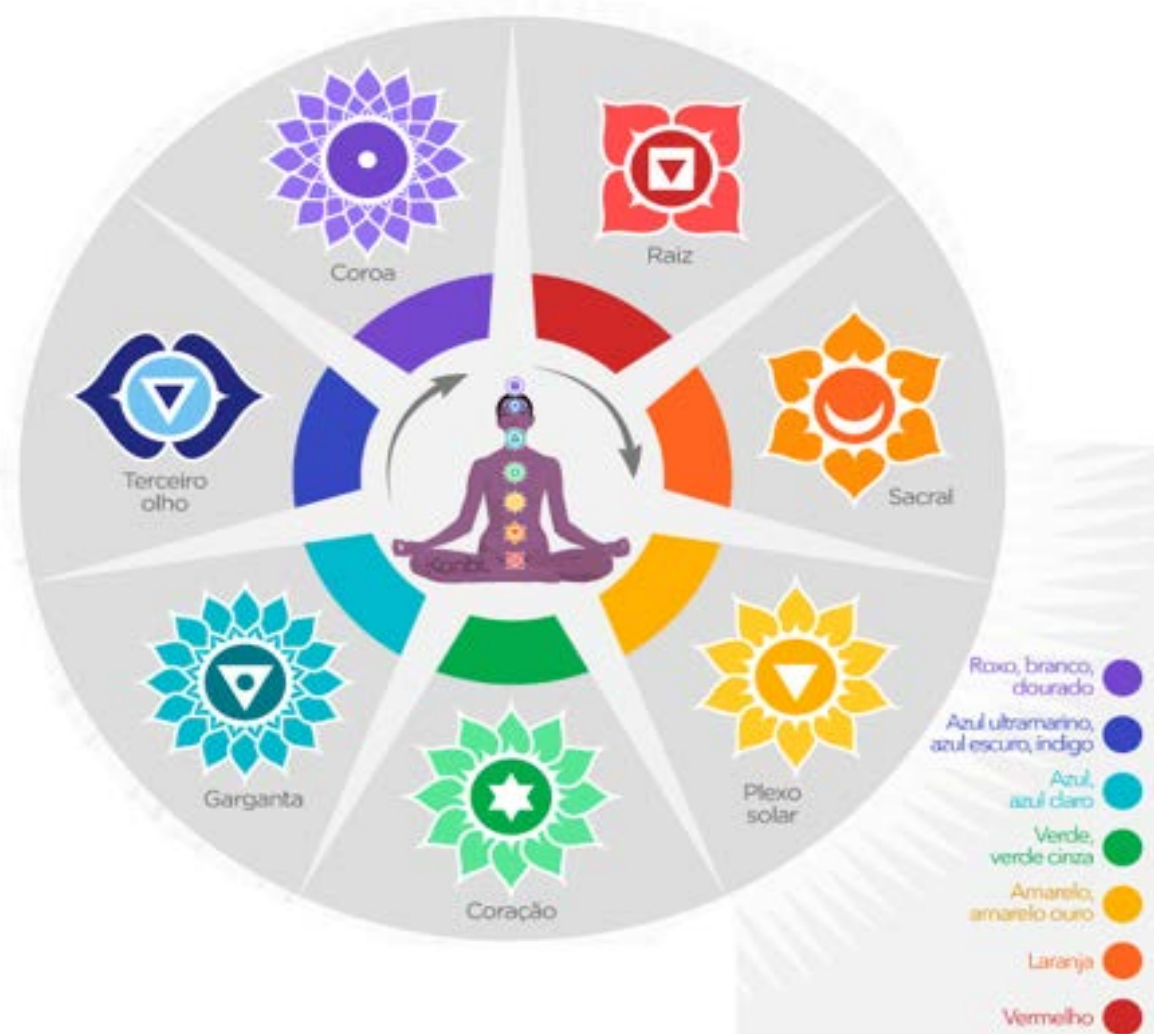
As cores, como já referido em capítulos anteriores, possuem um grande impacto nas emoções e sensações dos usuários de qualquer estabelecimento. O Jaci- Centro de Parto Humanizado, por buscar um atendimento e olhar voltado à humanização, trabalha com cores que contribuem para gerar calma, tranquilidade, confiança, alegria e outros sentimentos positivos,

para que o medo e tensão geralmente existente no momento de parto e em ambiente de saúde sejam diminuídos (Figura 51).

Assim, no exterior e interior procurou-se trabalhar com uma paleta de cores que remetesse a natureza e as cores dos chakras cardíaco e sacral. Cores da natureza, como marrom, bege, verde e o amarelo foram utilizadas como forma de incentivar a conexão com ela e o sentimento de conforto. As cores dos chakras foram escolhidas, pois o Sagrado Feminino acredita nos benefícios e poder energético desses elementos.

O chakra cardíaco é o responsável pelo sentimento de maternidade, e é relacionado a cor verde. O verde está ligado ao bem-estar, segurança, tranquilidade, coragem, serenidade e a natureza, assim como o chakra cardíaco que traz afinidade com a natureza. O chakra sacral é associado a todo sistema reprodutor e possui cor laranja. O laranja relaciona-se com sentimento de alegria, força, prazer e dominação (FARINA et al., 2006).

Figura 51 - Relação das cores e os chakras



Fonte: KarmaWeather (2018).

Vale ressaltar, que de acordo com a funcionalidade do local e o sentimento desejado foi explorado o uso dessas cores. Como exemplo, na brinquedoteca há mais presença da cor laranja que em outros locais, pois, a intenção era gerar principalmente sensação de alegria, entusiasmo e descontração.

Ainda em relação ao design de interiores, o qual ainda será elaborado, busca-se utilizar texturas diferentes, caixas de som embutidas para permitir trabalhar a sonorização, e diferentes formas de iluminação. Esses elementos foram utilizados para que os usuários pudessem alcançar ao máximo os sentimentos desejados: acolhimento, tranquilidade, conforto, entre outros. Quando se trabalha com os 5 sentidos (tato, visão, audição, olfato e paladar) a experiência é mais marcante, e a parte emocional e sentimental mais facilmente atingida. Nos quartos PPP, há um espaço em que a parturiente pode colocar suas próprias decorações afetivas, elementos de crenças, além de música e cheiro ambiente, pois há à disposição caixas de som e difusores de óleos essenciais. Ademais, a iluminação pode ser controlada, há arandelas com iluminação indireta e fitas de led que mudam de cor, como mostra a figura 52 e 53 abaixo.

Figura 52 - Quarto PPP a noite



Fonte: Autora (2022).

Figura 53 - Quarto PPP durante a noite, com várias possibilidades de iluminação



Fonte: Autora (2022).

Além disso, em relação ao paisagismo foram escolhidas plantas que popularmente são utilizadas no parto e no pós parto, sendo que algumas possuem comprovações científicas da sua eficácia (tabela 11). Muitas das plantas escolhidas são aromáticas, assim dentro da edificação o olfato é estimulado visando a sensação de tranquilidade, especialmente pelo uso da lavanda.

Todo o edifício e cada ambiente é pensado para que os usuários se sintam confortáveis, como se estivessem em casa ou em um hotel, de forma a esquecer as tensões de um ambiente hospitalar. Assim, parte externa e interna foi pensada detalhadamente, criando ambientes que geram sensações de acordo com sua funcionalidade, mas sempre alinhados com a humanização e a reconexão com o Sagrado Feminino.

Tabela 11 - Escolhas de algumas plantas que foram utilizadas no projeto pois relacionam-se com o parto e são aromáticas

ALGUMAS ESCOLHAS DE PAISAGISMO						
	NOME POPULAR	NOME CIENTIFICO	FLORAÇÃO	LUMINOSIDADE	ALTURA	USO
	Lavanda	<i>Lavandula sp</i>	Junho à agosto	Sol Pleno	0.3 a 0.4	Durante o trabalho de parto, o óleo de Lavanda reduzirá a dor e seu efeito calmante terá uma ação valiosa para o centrimento e relaxamento emocional da parturiente. A Lavanda vem trazer equilíbrio e aconchego para o ambiente de parto, reduzindo a ansiedade e harmonizando as emoções. Antibacteriana, antifúngica, anti-inflamatória e analgésica. Pode ser usada em forma de chá, ou banho de assento, para o pós-parto.
	Alecrim	<i>Rosmarinus officinalis</i>	Primavera e verão	Sol Pleno	0.6 a 1.2	Emenagogo, estimulante, ajuda na exaustão física e intelectual. Cicatrizante. Pode causar insônia.
	Camomila	<i>Matricaria recutita</i>	Primavera e verão	Sol Pleno	0.1 a 0.4	Calmante da pele, anti-inflamatória, ajuda a recuperar o pH vaginal. Pode ser usada em forma de chá, ou banho de assento, para o pós-parto.
	Erva-cidreira – Melissa	<i>Melissa officinalis</i>	Primavera e verão	Sol Pleno	0.3 a 0.4	Emenagoga, ou seja, estimula a contração uterina, podendo causar hemorragia. Auxilia no trabalho de parto. Carminativo (reduz os gases), e estimulante. Não tomar durante a gestação.
	Calêndula	<i>Calendula officinalis</i>	Primavera e verão	Sol Pleno	0.4 a 0.6	Bactericida, anti-inflamatória, cicatrizante, antisséptica, emenagogo, uterotônico. Banho de assento no pós-parto.
	Erva Doce/ Funcho	<i>Pimpinella anisum</i>	-	Sia Sombra, Sol Ple	0.2 a 2.0	A infusão do funcho é recomendado para lactantes e menores de 12anos para cólicas infantis e por ser galactagogo, por no máximo 7 dias, devido a sua atividade estrogênica.
	Pé-de-Perdiz	<i>Comarostaphylis</i>	-	-	-	Ajuda no tratamento de inflamações uterinas e no parto.
	Capim santo/ capim cidreira	<i>Cymbopogon citratus</i>	Ano inteiro	Sol Pleno	até 2.0	O chá de capim santo pode ajudar a aumentar essa produção, fazendo com que a mãe tenha leite suficiente para alimentar o recém-nascido, sem necessidade de outros leites.
	Quina	<i>Strychnos pseudoquina</i>	janeiro à abril	Sol Pleno	Até 4.0	Atrodisiaca e tônica, cólicas, depurativo, banho facilita o parto, anti- inflamatório, fígado, baço e estômago.

Fonte: Autora (2022).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho apresentou a proposta da concepção de um anteprojeto do Jaci-Centro de Parto Humanizado, o qual tem por objetivo principal a humanização do ambiente hospital em que realiza partos. Além disso, busca-se o resgate do Sagrado Feminino, consequentemente a reconexão e respeito da gestante com a natureza, consigo mesma.

A localização da implantação do Jaci- Centro de Parto Humanizado é Palmas, capital do estado mais novo do Brasil, Tocantins. Uma vez que a cidade atende além de seus cidadãos, mas é uma referência na região, há um déficit de estabelecimentos que realizam partos humanizados com qualidade.

Após o estudo teórico percebeu-se que o parto ao longo dos anos na história da humanidade sofreu mudanças de significado, transformação na maneira de realização e cuidado com a parturiente. Observou-se que, atualmente, em grande parte do mundo os procedimentos de parto são feitos de maneira fria, desrespeitosa, sem se importar com os sentimentos da gestante e dos outros envolvidos. Há um grande número de indicação de cesárea sem necessidade médica, configurando uma epidemia da cesárea e mercantilização do parto.

Diante desse cenário, o anteprojeto foi concebido com o olhar voltado à humanização. As decisões projetuais foram pautadas no design biofílico, busca de reconexão com a natureza, gerar sensação de aconchego, conforto e tranquilidade. Dessa forma, os usuários da edificação podem ter uma experiência que é pouco comum hoje nos estabelecimentos de saúde, os quais causam sensação de frieza e distanciamento dos usuários.

Por fim, ressalta-se que a arquitetura tem um grande poder social, o poder de conseguir de alguma forma gerar uma mudança na sociedade. Mais especificamente, nesse caso, a arquitetura é capaz de incentivar condutas humanizadas na realização do parto. Porém, juntamente com a arquitetura, necessita haver uma mudança em relação ao protocolo de atendimento dos profissionais de saúde às gestantes, para que assim o nascimento dos próximos bebês palmenses ocorra de forma saudável física e emocionalmente para todos os envolvidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução nº 36, de 03 de junho de 2008**. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html>. Acesso em: 29 nov. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html>. Acesso em: 29 nov. 2021.

ASTROCENTRO. **Conheça os principais símbolos do Sagrado Feminino**. 2021. Disponível em: <<https://www.astrocentro.com.br/blog/bem-estar/simbolos-sagrado-feminino/>>. Acesso em: 30 nov. 2021.

ARAUJO, W.D.V.V. **Moara**: Centro de Parto Normal. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Arquitetura e Urbanismo), Universidade Paulista, São José do Rio Preto, 2019.

BETRAN, A.P.; Ye, J.; MOLLER, A.B.; SOUZA, J.P.; ZHANG, J. **Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates**. BMJ Global Health, v.6, n.6, 2021.

CASA ANGELA. **História da Casa Angela**. 2019. Disponível em: <<http://www.casaangela.org.br/historia.html>>. Acesso em: nov. 2021.

CAVALCANTI, P.B. **Qualidade da Iluminação em Ambientes de Internação Hospitalar**. Dissertação (Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, 2002.

CORREIO BRAZILIENSE. **Casa de Parto de São Sebastião só vai atender grávidas da região**. 2015. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2015/06/17/interna_cidadesdf,486951/casa-de-parto-de-sao-sebastiao-deixa-de-atender-gravidas-de-outras-reg.shtml>. Acesso em: nov. 2021.

COLIN, S. **Uma introdução à Arquitetura**. 7. ed. Rio de Janeiro: Jaguaririca, 2019.

CUNHA, A.L.S.F.; MIRANDA, A.D.S.C.; DOS ANJOS, T.I.S.; DE OLIVEIRA, L.L.; DE SOUZA, R.R. **Humanização durante o trabalho de parto normal e cesárea**. Global Academic Nursing Journal, v.2, n.98, p. 1-4, 2021.

CUNHA, L.C.R. A cor no ambiente hospitalar. **Anais do I Congresso Nacional da ABDEH - IV Seminário de Engenharia Clínica**, Salvador, p. 57-61, 2004.

DIAS, M.A.B. **Humanização da Assistência ao Parto**: Conceitos, Lógicas e Práticas no Cotidiano de uma Maternidade Pública. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança), Instituto Fernandes Figueira, 2006.

DINIZ, C.S.G. **Entre a técnica e os direitos humanos:** possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Tese de Doutorado em Medicina, Universidade de São Paulo, 2001.

DINIZ, C.S.G. **Humanização da assistência ao parto do Brasil: os muitos sentidos de um movimento.** Ciência e Saúde Coletiva, São Paulo, v.10, n.3, p.627-637, 2005.

DOLÔRES, M.F. **Design Biofílico:** O uso do design biofílico em ambientes hospitalares. Repositório de Trabalhos de Conclusão de Curso, Faculdade América, 2021.

ENTRINGER, A.P.; PINTO, M.; DIAS, M.A.B.; GOMES, M.A. D.S.M.. **Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde.** Caderno de Saúde Pública, v.34, n.5, p.1-15, 2018.

FARINA, M.; PEREZ, C.; BASTOS, D. **Psicodinâmica das cores em comunicação.** 5. ed. São Paulo: Edgard Blucher, 2006.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa.** Brasil: Editora Positivo, 1986.

GOÉS, R. **Manual prático de arquitetura hospitalar.** 2.ed. São Paulo: Blucher, 2011.

HOLANDA, D.; FARNOCCHIA, T. **Mas afinal, o que é o Sagrado Feminino?.** 2021. Portal Amazônia, 23 set. 2019. Disponível em: <https://portalamazonia.com/noticias/mas-afinal-o-que-e-o-sagrado-feminino>. Acesso em: 29 out. 2021.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **População estimada.** 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/panorama>. Acesso em: 09 nov. 2021.

KELLERT, S.R.; CALABRESE, E.F. **The Practice of Biophilic Design.** University of Vermont, 2015.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da Gravidez:** parto e puerpério. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MANAIA, M.B. **Luz, cor e percepção:** A influência da iluminação no comportamento humano. Lume Arquitetura, São Paulo, n.53, p. 72-78, 2012.

MATEI, E.M.; CARVALHO, G.M.D.; SILVA, M.B.H.; MERIGHI, M.A.B. **Parto humanizado um direito a ser respeitado.** Cadernos: Centro Universitário São Camilo, v.9, n.2, p.16-26, 2003.

MILDON, E. **A Evolução da Deusa.** 1. ed. São Paulo: Editora Pensamento, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil); DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS - DATASUS. **Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade: banco de dados.** 2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 01 nov. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.** Brasília, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Orientação para elaboração de projetos arquitetônicos Rede Cegonha**: Ambientes de atenção ao parto e nascimento. Brasília, 2018. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_projetos_arquiteticos_rede_cegonha.pdf >. Acesso em: 22 nov. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Orientação para elaboração de projetos**: Centros de Parto Normal (CPN); Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP); Adequação da Ambiência; Unidade Neonatal e Banco de Leite Humano. Diário Oficial da União: (Ampliação e Reforma). Brasília, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Portaria nº 11, de 7 de Janeiro de 2015**. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Portaria nº 985, de 05 de Agosto de 1999**. Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Portaria nº 1459, de 24 de Junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2011.

NACTO. **Guia Global de Desenho de Ruas**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 396 p., 2018.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. **Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v.11, n.4, p 415-425, 2011.

O RENASCIMENTO DO PARTO. Direção de Erica de Paula e Eduardo Chauvet. Brasil: NETFLIX, 2013 (1hora e 30minutos). Disponível em: <<https://www.netflix.com/br/title/80995575>>. Acesso em: 30 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Appropriate Technology for Birth**. 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Care in Normal Birth: A Practical Guide. Maternal and Newborn Health/ Safe Motherhood Unit**. 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015.

PALLASMAA, J. **Os Olhos da Pele**. São Paulo: Bookman, 2011.

PARENTE, R.C.M.; FILHO, O.B.M.; DE REZENDE FILHO, J.; BOTTINO, N.G.; PIRAGIBE, P.; LIMA, D.T.; GOMES, D.O. **A história do nascimento (parte 1): cesariana**. *Femina*, v.38, n.9, p.481-486, 2010.

PRISZKULNIK, G.; MAIA, A.C. **Parto Humanizado: Influências no segmento da saúde**. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, p. 80-88, 2009.

RASMUSSEN, S.E. **Arquitetura vivenciada**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

REBELLO, Y.C. P. **A Concepção Estrutural e a Arquitetura**. 9. ed. São Paulo: Zigurate, 2000.

REDE DOR SÃO LUIZ. **Maternidade do Hospital Esperança ganha Centro de Parto Normal**. 2020. Disponível em: <<https://www.rededorsaoluiz.com.br/noticias/artigo/maternidade-do-hospital-esperanca-ganha-centro-de-parto-normal>>. Acesso em: nov. 2021.

RONCA, M.B.; TEIXEIRA, E.O. **A casa de parto de São Sebastião/DF: Um exercício de APO em unidade do sistema único de saúde**. *Paranoá*, Brasília, n. 22, p. 112-130, 2018.

RUSSO, J.A.; NUCCI, M.F. **Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade**. *Interface*, Batucatu, v. 24, p. 1-14, 2020.

SECOM- SECRETÁRIA DA COMUNICAÇÃO GOVERNO DO TOCANTINS. **Notícias gerais**. 2021. Disponível em: <<https://www.to.gov.br/secom>> Acesso em: 09 nov. 2021.

SECRETÁRIA DA SAÚDE GOVERNO DO TOCANTINS. **Notícias gerais**. 2021. Disponível em: <<https://www.to.gov.br/saude>> Acesso em: 09 nov. 2021.

SILVA, L.F.G.; SOUZA, L.B. **Caracterização da direção predominante e velocidade do vento em Palmas (TO)**. XII Simpósio Brasileiro de Climatologia Geográfica, 2016.

STORTI, J.P. **O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal**. Dissertação (Mestrado Materno Infantil e Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

TORNQUIST, C.S. **Parto e Poder: O movimento pela humanização do parto no Brasil**. Tese (Doutorado em Antropologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, 429 p., 2004.

VENDRÚSCOLO, C.T.; KRUEL, C.S. **A História do Parto: Do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto**. *Disciplinarum Scientia*, Santa Maria, v.16, p.96-107, 2015.

ZANARDO, G.L.P.; URIBE, M.C.; NADAL, A.H.R.D.; HABIGZANG, L.F. **Violência Obstétrica no Brasil: Uma revisão narrativa**. *Psicologia e Sociedade*, v. 29, ed.155043, p.1-11, 2017.

ZORZANELLI, R.T.; ORTEGA, F.; JÚNIOR, B.B. **Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, n.6, p. 1859-1868, 2014.