

Maria

Complexo de apoio à Gestante,
Parturiente e Puérpera

*A arquitetura
no ambiente de nascer*



Maria

Complexo de apoio à Gestante,
Parturiente e Puérpera

Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Escola de Artes e Arquitetura
Arquitetura e Urbanismo

Trabalho de Conclusão de Curso II

Orientadoras: Prof.^a Ma. Camilla Pompeo de Camargo e Silva

Prof.^a Ma. Isabela Paiva Gomes Ferrante

Orientanda: Licieli Bento Gonçalves



*"Para mudar o mundo,
primeiro é preciso mudar a forma de nascer"*

Michel Odent

Sumário

1 Introdução - p.01

2 O Parto: da Casa ao Hospital - p.03

2. 1. A realidade no Brasil - p. 06

3 Tema - p. 08

Sumário

4 Referencial Teórico – p. 12

- 4. 1. O que é Humanização? – p. 13
 - 4. 1. 1. Humanização, Arquitetura e o Ambiente Hospitalar – p. 16
- 4. 2. Programas Assistenciais Voltados à gestação e incentivo ao Parto Humanizado no Brasil – p. 19
- 4. 3. Conceito de Centro de Parto Normal – p. 21
- 4. 4. Maternidades Públicas de Referência em Goiânia – p. 24

5 Referencial Projetual – p. 25

- 5. 1. Estudos de Caso – p. 26

6 O Local – p. 32

- 6. 1. Bairro Vila Redenção Goiânia – GO – p. 33
- 6. 2. Local de Intervenção – p. 34
- 6. 3. Justificativa da escolha do local – p. 35
- 6. 4. Estudos do entorno | Hierarquia Viária/Acessos – p. 36
- 6. 5. Estudos do Entorno | Mapas – p. 37
- 6. 6. Estudos do Entorno | Imagens do Local – p. 39

Sumário

7 O Complexo - p. 40

- 7. 1. Setorização e Programa - p. 41
- 7. 2. Organização e Fluxos - p. 42
- 7. 3. Diretrizes Projetuais - p. 43
- 7. 4. Tecnologias Propostas - p. 44

8 Projeto - p. 45

- 8. 1. Apropriação do terreno |
Macrossetores - p. 46
- 8. 2. Implantação - p. 47
- 8. 3. Casa da Gestante, Bebê e
Puérpera - p. 51
- 8. 4. Casa de Parto Natural - p. 53
- 8. 5. Centro de Integração, Apoio e
Convivência - p. 55

9 Referências Bibliográficas - p. 58



Artista: Mavi Dutra

1. Introdução

Introdução

O parto carrega em si uma grande carga, pois ao mesmo tempo que está nascendo um novo ser, ocorre também a separação de duas pessoas que por meses se mantiveram de fato unidas. Ocorrem então dois momentos simultâneos: para a mulher, um parto e para o bebê, um nascimento (ALMEIDA *et al*, 2005). É o momento em que o bebê, que desde o início de sua existência esteve dentro da barriga, vai para os braços da mãe e não há tristeza nessa separação, pelo contrário, o que acontece é alegria e emoção.

E esse momento não pode ocorrer de forma tão mecânica, de modo tão medicalizado e algumas vezes até desumano, como na maioria dos partos hoje em dia. Há de se reconhecer a importância do advento do parto cirúrgico na história da medicina e sua necessidade em determinados casos. No entanto, a popularização das cesarianas, sobretudo no contexto brasileiro, fez com que o parto deixasse de ser um evento fisiológico para se tornar um procedimento médico com várias intervenções desnecessárias, na maioria das vezes.

Com o passar do tempo, o ato de parir e tudo o que envolve assistência ao parto, foram sofrendo alterações, deixando o ambiente da casa para acontecer nos hospitais e as parteiras deram – involuntariamente – lugar aos médicos. Um acontecimento que ocorria de forma natural, acabou sendo institucionalizado.

Com tantas transformações, a mulher se tornou a coadjuvante de um momento em que ela e seu bebê deveriam ser protagonistas, sendo tratada como objeto e não mais sujeito. O excesso de procedimentos tirou da gestante o papel central do parto, as escolhas já não são mais dela, não é ela quem decide qual a forma será melhor para parir. Por isso, nos últimos anos, o Ministério da Saúde, no âmbito do Brasil, deu início a um movimento de humanização do parto, solicitando uma assistência integral e humanizada à mulher com segurança e dignidade, assegurando-lhe o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e pós parto (VENDRÚSCOLO, KRUEL, 2015; BRASIL, 2001; BRASIL, 2011).

Hoje, é possível perceber, mesmo que aos poucos, o aumento da procura pelo conhecimento e entendimento do parto natural humanizado. As mulheres querem e devem voltar ao seu posto de protagonistas desse momento, juntamente com os seus bebês. Para tal, um caminho é a volta ao passado, ver como as avós e bisavós pariram, olhar para trás, resgatar e tomar como exemplo o que foi bom, adequando à realidade, buscando recuperar a naturalização desse procedimento. Além disso, as mulheres podem perceber que também haviam complicações e que hoje, com os avanços médicos, é possível minimizá-las, mas apenas quando elas realmente existem.



2. O Parto: da casa ao Hospital

Artista: Mavi Dutra

Abordagem histórica do parto: da casa...

Primórdios

A parturiente se isolava para dar à luz, provavelmente ocorrendo, vez ou outra, o pedido para que a mãe a ajudasse, surgindo assim o trabalho da parteira – a parteira é, originalmente a figura Materna (ODENT, 2003).

Séc. XVI

Os partos eram feitos, quase que exclusivamente, na casa da parturiente ou de alguma pessoa de sua convivência. Até o final do século XIX.



Séc. XVII

Criação do fórceps obstétrico pelos irmãos Chamberlen, na Inglaterra.

Os homens começaram a entrar nos quartos de parir. A cirurgia foi incorporada à medicina e o parto passou a ser estudado como um mecanismo físico. Sob a influência da escola obstétrica francesa, liderada por François Mauriceau, foi introduzido o parto horizontal.

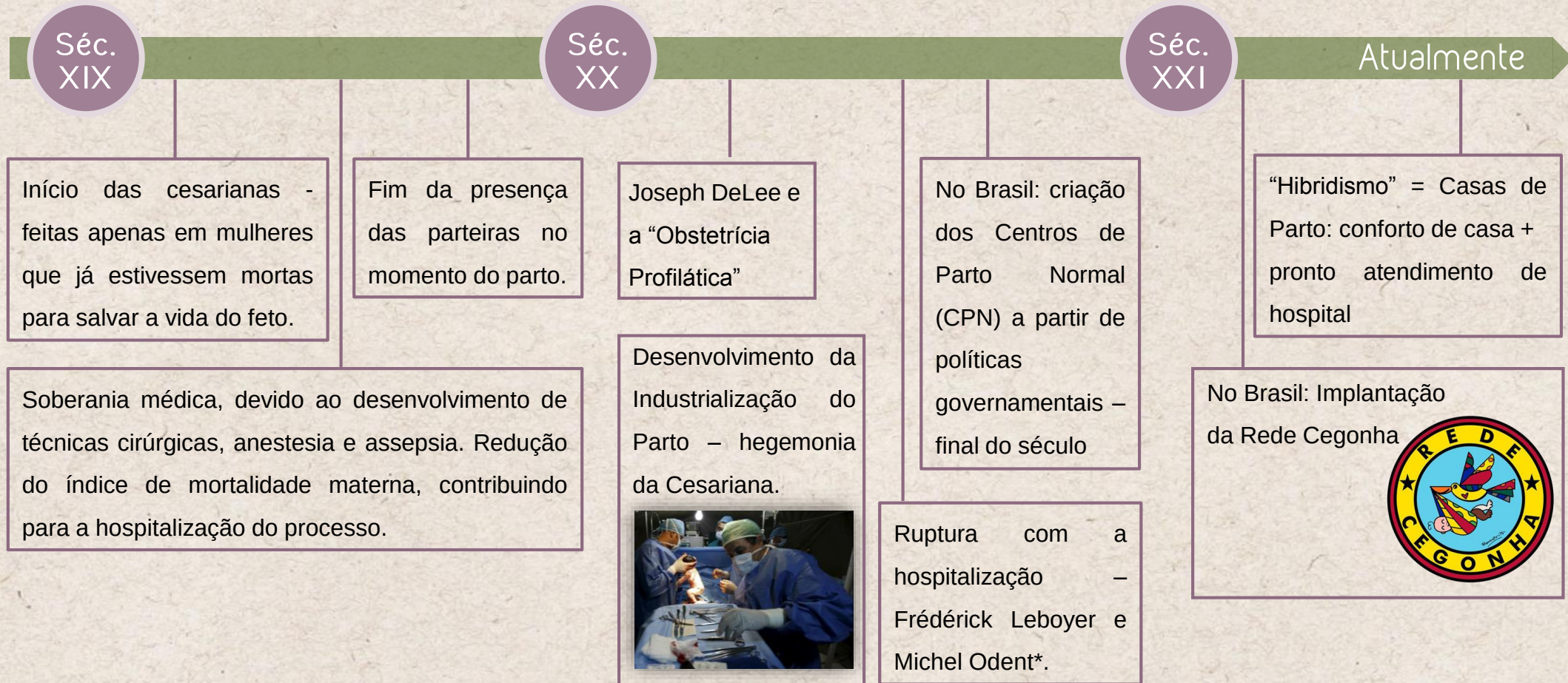


Séc. XVIII

O *médico/homem* e a *mulher/parteira*, simbolizando a disputa obstétrica pela execução do parto na Europa entre o século XVIII e XIX.



...ao hospital



* Convenci-me de que o nascimento, longe de ser uma “questão médica” era de fato uma parte integral da vida sexual e emocional. [...] Leboyer criou uma linguagem que era nova para a maioria dos médicos [...]. Ele nos mostrou o recém-nascido não como um objeto incapaz de ver, ouvir ou sentir, mas sim como uma criatura humana necessitando de carinho e aconchego. [...] Sob sua influência, nossa sala de parto tornou-se um lugar mais silencioso e tranquilo, de maior receptividade para o bebê. Nós passamos a encorajar contatos prolongados entre as mães e os recém-nascidos. As mães estavam livres para amamentar e banhar seus bebês quando quisessem. (ODENT, 2002. Pág. 8 e 9)

2. 1. A realidade no Brasil

A história do parto e nascimento no Brasil apresenta-se a partir de referências que se deram desde antes da colonização. Segundo Bitencourt, existem vários registros históricos que descrevem como a mãe indígena utiliza do ambiente natural para realizar o parto (BRENES, 1991; AGUIAR, 1996; RATTO DE LIMA, 1977; CARNEIRO, 2000; DE LUCA, 2003; REZENDE, 2005 *apud* BITENCOURT, 2007).

As mulheres de algumas tribos, como as botocudas (imagem 5), as coroadas e as tapuias, pariam sozinhas em meio à natureza – quando primíparas (mulher que está parindo pela primeira vez), eram acompanhadas por uma mulher mais idosa e experiente – e retornavam após um banho (REZENDE, 2005 *apud* BITENCOURT, 2007). Outro exemplo, são das índias Tupinambás (imagem 6), onde o parto, na maioria das vezes, acontecia dentro da oca, na presença de todas as mulheres da tribo ou em algum lugar próximo à Aldeia (RATTO DE LIMA, 1977 *apud* BITENCOURT, 2007).



Imagem 5: Ilustração representando um parto da Tribo Botocudos.
Fonte: SILVA, 2018.



Imagem 6: Ilustração representando um parto da Tribo Tupinambá.
Fonte: SILVA, 2018.

A medicalização do parto no Brasil aconteceu, inicialmente, por meio do atendimento a escravas, mães solteiras, prostitutas e mulheres pobres. (MOTT, 2002). É possível denominar essa motivação de “utilitarista”, uma vez que essas mulheres serviram de cobaia aos estudantes dos cursos de medicina, contribuindo assim para o sucesso da prática obstétrica. Havia ainda uma motivação dada por sentimentos humanistas de filantropia e caridade no cuidado com a saúde dos mais pobres. Mas, principalmente, segundo Mott (2002, p.201), além de sentimentos humanitários, havia uma motivação ligada à nova ordem social, que via no aumento populacional a possibilidade de garantia da riqueza e do poder do país, “Assim, a saúde das mulheres passava a interessar aos médicos, legisladores e governantes, por sua capacidade de reproduzir filhos vivos e saudáveis”. (MOTT, 2002)

Houve ainda no Brasil, um movimento de abertura de maternidades e extinção das Casas de Maternidade, tidas como locais “clandestinos” – onde algumas parteiras, inclusive estrangeiras que emigraram para o Brasil a partir da década de 1820, realizavam partos – desde o século XIX, mas foi no século XX que a institucionalização do parto nos hospitais e maternidades começou a se estabelecer no país. Isso, graças à junção dos discursos da agenda sanitária – iniciada na Europa ainda no século XIX e que viria ao Brasil na transição para o século XX – e dos discursos da classe médica para atrair a mulher para o espaço médico e possibilitar a prática da obstetrícia (PALHARINI, FIGUEIRÔA, 2018; Mott, 2002).

Atualmente, o modelo de parto predominante no Brasil, pode ser chamado de “Parto Tecnocrático” que, há muitos anos, representa a corrente de pensamento convencional acerca da prática da assistência obstétrica tendo início com a entrada da figura masculina no atendimento ao parto. O parto tecnocrático é um procedimento altamente medicalizado onde a mulher perde a autonomia do seu próprio corpo deixando o profissional escolher qual conduta seguir (SEIBERT et al, 2005).

O alto índice de partos cesáreos no país e no mundo, tem levado autoridades e profissionais da área a muitas discussões, não apenas a nível nacional, mas também a nível mundial, a respeito do que se pode ser feito para que essas taxas diminuam. Em 1970 por exemplo, o índice de cesáreas no país era de 14,6%, e em 1980

chegou a 31% em unidades públicas e superou a marca de 75% em clínicas particulares. Já em 1981, a taxa de cirurgia cesariana nos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo chegaram a 40% (Coelho, 2003).

A cesariana, quando feita por indicação, salva vidas, tanto da mãe quanto do bebê. Mas ocorre uma banalização da opção pela cesariana. Temos hoje no Brasil um modelo privado de hospitais que induz à cesariana. A mulher é ligada a um profissional que tem uma agenda, outros partos agendados ou consultas, e nem sempre ele tem tempo ou está à disposição para acompanhar todo o processo do parto normal. Criou-se a cultura de que a cesariana é uma forma prática, moderna e indolor de ter um bebê. (VILELA)¹

Visando a diminuição dessas taxas, no Brasil existem hoje políticas públicas voltadas para a assistência e atenção ao pré-natal, parto e puerpério, onde a proposta é dar à gestante e seu bebê maior segurança e respeito no momento de parto e nascimento.

Queremos que as mulheres deem à luz em um ambiente seguro, com profissionais qualificados e em unidades bem equipadas. No entanto, a crescente medicalização de processos normais de parto está prejudicando o protagonismo da mulher para dar à luz, e impactando negativamente sua experiência de parto. (SIMELELA, diretora-geral adjunta da área de Família, Mulheres, Crianças e Adolescentes da OMS)²

¹ VILELA, Esther. *Parto normal ou cesariana: qual a melhor maneira de ter o bebê?* <<http://gnt.globo.com/maes-e-filhos/materias/parto-normal-ou-cesariana-qual-e-a-melhor-maneira-de-ter-o-bebe.htm>>. Acesso em: 28/03/2020.

² SIMELELA, Princess Nothemba. *OMS emite recomendações para estabelecer padrão de cuidado para mulheres grávidas e reduzir intervenções médicas desnecessárias* <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5596:oms-emite-recomendacoes-para-estabelecer-padrao-de-cuidado-para-mulheres-gravidas-e-reduzir-intervencoes-medicas-desnecessarias&Itemid=820>. Acesso em: 26/03/2020.



Artista: Mavi Dutra

3. Tema

Justificativa do Tema

O Brasil é hoje o segundo país do mundo onde se realizam mais cesáreas, cerca de 55,5%, ficando atrás apenas da República Dominicana com 58% (OMS, 2018), imagem 7. Desde 1985, a recomendação da Organização Mundial da Saúde é de que a taxa de cesáreas em todos os países seja de 10 a 15%. A maior parte dessas cesarianas acontecem de forma eletiva, não existindo fatores de risco que as justifiquem e, muitas acontecem antes mesmo da mulher entrar em trabalho de parto. Quando não necessário, o procedimento pode oferecer riscos tanto para mãe quanto para o bebê.

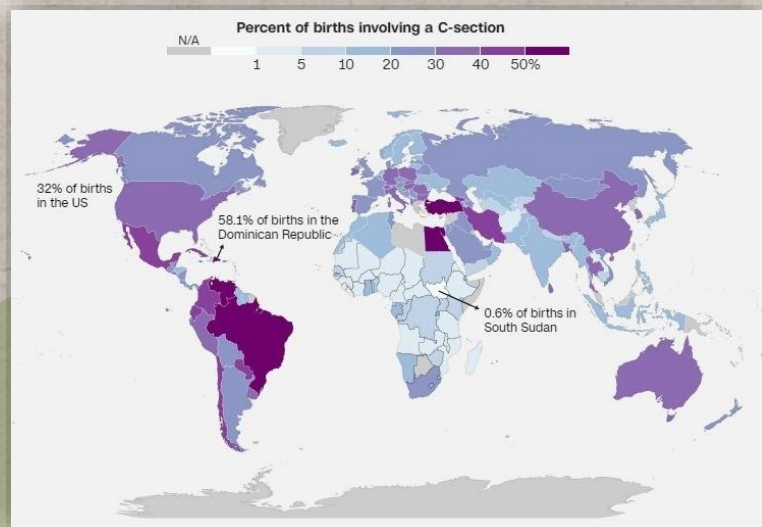


Imagem 7: Taxas de cesáreas pelo mundo em 2018.
Fonte: <<https://edition.cnn.com/2018/10/11/health/c-section-rates-study-parenting-without-borders-intl/index.html>>
Acesso em: 01/05/2020

O bebê nasce na hora que ele quer, e não na hora que alguém escolhe, é o momento que ele está pronto para vir ao mundo. Com o parto vaginal (normal) a criança e a mulher têm menos riscos como infecções, trombose e hemorragia, sem contar que a recuperação é mais rápida. (CORDIOLI)³

De acordo como o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), em 2016 apontam que 55,4% do total de nascidos vivos no Brasil foram por meio de cesárea. Entre os estados com maiores índices, estão Goiás (67%), Espírito Santo (67%), Rondônia (66%), Paraná (63%) e Rio Grande do Sul (63%). Dos partos realizados na rede pública de saúde, 40% ocorrem por meio de cesarianas. Já na rede particular esse índice chega a 84%, variando de acordo com a região (GUEDES)⁴.

Nesse mesmo ano, entre as capitais do país, Goiânia-GO foi a que registrou o maior índice de cesarianas no período chegando a 71%, em contrapartida, Macapá foi a capital que registrou a menor taxa, 38%⁵ (imagem 8).

³ CORDIOLI, Eduardo. *Parto normal ou cesariana: qual a melhor maneira de ter o bebê?* <<http://gnt.globo.com/maes-e-filhos/materias/parto-normal-ou-cesariana-qual-e-a-melhor-maneira-de-ter-o-bebe.htm>>. Acesso em: 28/03/2020.

⁴ GUEDES, Aline. Especialistas apontam epidemia de cesarianas no Brasil <<https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas>>. Acesso em: 28/03/2020.

⁵ RS e SP têm cidades campeãs em índices de cesárea; descubra a taxa no seu município <<https://fiquemsabendo.com.br/saude/parto-cesaria-municipios/>>. Acesso em: 28/03/2020.

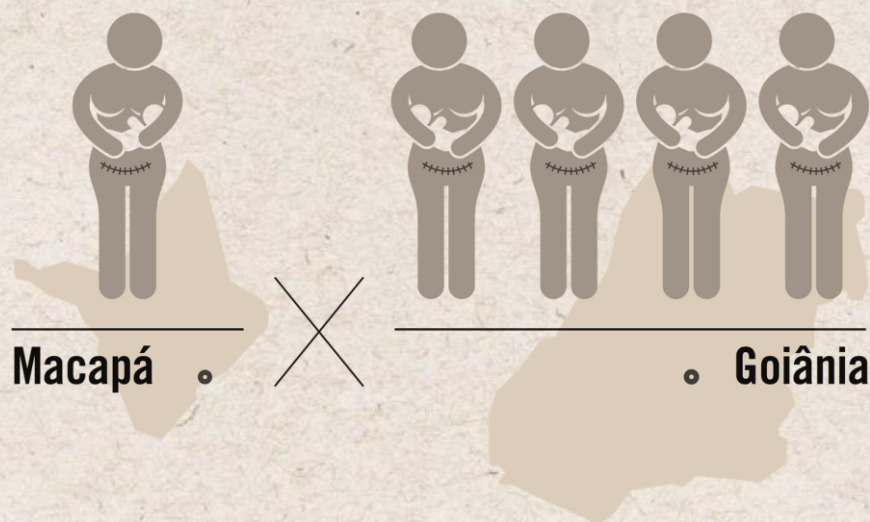


Imagem 8: Para cada parto cesáreo feito no Macapá em 2017, quatro foram feitos em Goiânia. .

Fonte: <<https://piaui.folha.uol.com.br/desiguais-desde-o-parto/>>
Acesso em: 28/03/2020

Outro ponto a se destacar, na escolha do tema, está no fato que em Goiânia e na região da grande Goiânia, não encontram-se locais específicos para a prática do parto natural, apenas maternidades, que não são voltadas exclusivamente para esse tipo de parto - mas que possuem política de humanização, como a Maternidade Nascer Cidadão e o Hospital e Maternidade Dona Íris -, pois a cultura da cesárea ainda está muito enraizada e muitas dessas maternidades – as privadas, principalmente – não veem a necessidade de investimento em salas exclusivamente para o parto natural. Além da falta de um local em que ela possa esclarecer dúvidas, fazer cursos, trocar experiências com outras gestantes e mães e praticar exercícios voltados para a gestação e pós parto de forma acessível a todas,

independente de sua condição financeira.

Portanto, o tema emergente neste trabalho, dentro da temática da saúde e assistência social, fundamenta-se na criação de um Complexo desenvolvido à partir da proposta de uma Casa de Parto humanizado para a cidade de Goiânia. Nesse sentido, o trabalho visa explorar como esse espaço, sendo planejado e projetado de forma correta – levando em consideração fatores como, por exemplo, o bem-estar dos usuários –, pode proporcionar à gestante maior conforto e segurança na hora da sua escolha por um parto natural, sem intervenções desnecessárias.

O principal objetivo do projeto, é a criação de um Complexo de Casa de Parto e apoio à gestante. Um local onde a mulher tenha apoio e assistência no pré-parto, parto e pós-parto, na cidade de Goiânia, próximo ao Hospital e Maternidade Dona Íris (HDMI).

A proposta é oferecer, através do espaço arquitetônico planejado, um equipamento que atenda as mulheres antes, durante e após o parto. Tal Complexo contará com três espaços, são eles: A **Casa de Parto Natural peri-hospitalar** (fora das dependências de um hospital de referência), visando o planejamento de ambientes exclusivos à prática do parto natural, que não remetam aos hospitais convencionais, ou seja, espaços mais aconchegantes e acolhedores, de forma a criar a sensação à parturiente de sentir-se em casa, e que consequentemente proporcione um parto mais tranquilo e um momento único.

Segundo a Portaria nº 11, de 7 de Janeiro de 2015, é obrigatório que a CPNp (peri-hospitalar, que será melhor explicado posteriormente) conte com um Hospital de Referência e esteja localizada nas imediações deste estabelecimento hospitalar. Desta forma, a Unidade de Referência para o presente projeto será o Hospital da Mulher e Maternidade Dona Íris, localizado no Bairro Vila Redenção, por possuir UTI adulto e neonatal e estar habilitada como Referência Hospitalar na Atenção à Saúde em Gestação de Alto Risco - tipo 2 (Portaria nº 547, de 12 de abril de 2019).

[...] Contudo, nós podemos criar uma atmosfera que encorajará as mulheres e seus parceiros a abordar o nascimento de forma diferenciada. É de especial importância que eles se sintam em casa [...]. As mulheres se sentem mais confortáveis ao darem à luz cercadas por rostos familiares, em um ambiente familiar [...] nosso objetivo é fazer o local de nascimento o mais semelhante possível a um lar. [...] Nós tomamos o cuidado de criar uma atmosfera especial nessa sala, uma vez que o processo do parto, como todas as experiências sexuais, é fortemente influenciado pelo ambiente que o circunda – pelas luzes, o esquema das cores, o mobiliário. Mais ainda, nós removemos todas as peças do mobiliário quem compelsse qualquer um a assumir uma posição em particular. (ODENT, 2002, p. 23,24 e 26)

Uma **Casa da Gestante, Bebê e Puérpera**, um local onde gestantes e puérperas (mães que estejam com seus bebês internados no hospital) que moram longe do HMDI ou em outra cidade possam se hospedar durante o período necessário até que retornem às suas casas. Um **Espaço de Integração, Apoio e Convivência**, onde gestantes e puérperas poderão realizar consultas, exames de

laboratório, contar com assistência social, fazer atividades físicas, cursos e participar de palestras - juntamente com suas famílias.

Ou seja, um modelo que venha a ser um grande exemplo na campanha a favor da humanização do atendimento ao pré-parto, parto e pós parto, unindo-se aos programas informativos e de incentivo oferecidos pelo Ministério Público e desenvolvendo as atividades necessárias com qualidade para que se torne uma referência na busca pela informação acerca de questões relacionadas à gravidez e parto, a diminuição das altas taxas de cesárea no país. Neste trabalho, o ambiente será o ponto de partida para a mudança do atual cenário que envolve a realidade do nascimento no Brasil e no mundo.



Artista: Mavi Dutra

4. Referencial Teórico

Referencial Teórico

4. 1. O que é Humanização?

Aurélio Buarque de Holanda Ferreira, (2002) define Humanização como: “ato ou efeito de humanizar (-se); humanizar: tornar humano; dar condição humana a; tornar benévolo, afável; fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar; (bras) amansar (animais) desumano: que não é humano, bestial; cruel”.

Para DAVIM e MENEZES (2001, p. 63), “ser humanizado significa ser consciente das características únicas de ser humano, onde humanizar é tornar-se humano como também é dar condição humana”. O termo “humanizar” diz respeito à valorização da vida humana, enxergando a pessoa enquanto ser autônomo e dotado de vontades próprias, resultando na garantia dos direitos fundamentais da mãe e do bebê. Zelo, cuidado e proteção à puérpera são parte de uma assistência humanizada (QUEIROZ et al, 2003 apud SILVA, 2018).

Na concepção de CECHIN (2002, p.445), a humanização, no âmbito de assistência na maternidade, consiste em acolher a parturiente, respeitar sua individualidade, “oferecer ambiente seguro, oportunizar um acompanhante e não intervir em processos naturais com tecnologia desnecessária”.

Segundo o Ministério da Saúde, a humanização do nascimento compreende ações desde o pré-natal, onde todos os esforços para evitar condutas intempestivas e agressivas para o bebê, devem ser realizados. A atenção dedicada ao recém-nascido deverá caracterizar-se pela segurança técnica da atuação dos profissionais que a realizam. As condições hospitalares deverão ser adequadas e aliadas à suavidade no toque durante a execução de todos os cuidados prestados, dando especial enfoque ao conhecimento agregado com relação ao bebê, à mãe e à família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 *apud* COELHO, 2003)

No ano de 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que em 2003 passou a se chamar Política Nacional de Humanização (PNH), devendo estar presente em todas as ações da saúde. Tem por objetivo a melhoria na qualidade de todos os serviços – políticas e programas – oferecidos pelo sistema único de saúde (SUS) à população (BRASIL) ⁶. O programa visa uma nova forma de se relacionar funcionários e clientes, com base no diálogo e em fatores extra técnicos (SANTOS, 2009).

Desta forma, a “humanização” se estendeu então para a prática do parto através do programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento que almeja reorganizar os procedimentos obstétricos de atendimento ao parto – devido, principalmente, pelas altas taxas de cesarianas e morbimortalidade materna e perinatal – através de duas diretrizes: a) respeitar e promover os direitos da mulher na

⁶ BRASIL, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS* <<https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>>. Acesso em: 28/03/2020.

gestação e no parto e, b) treinar e formar profissionais, com base em evidências científicas que norteiem as rotinas assistenciais, reorientando o uso das instalações físicas e recursos tecnológicos disponíveis (HOTIMSKY e SCHRAIBER, 2005 *apud* SANTOS, 2009, p.12).

“Humanismo é prestar atenção nas necessidades do indivíduo, com respeito e dignidade durante o nascimento do bebê. Respeitando e honrando suas escolhas e garantindo que ela – a parturiente – tenha escolhas. E que ela entenda as suas opções” (DAVIS-FLOYD, antropóloga e ativista do parto natural)⁷



Imagem 9: Mulher dando à luz de cócoras em um parto humanizado.

Fonte: <<http://doulaeluz.blogspot.com/2011/10/afinal-quem-inventou-essa-historia-de.html>> Acesso em: 30/03/2020

Vale destacar que o parto natural não pode ser classificado como “humanizado”, apenas por ser natural. A humanização do atendimento prevê uma ação assistencialista, ao invés de intervencionista, com base na valorização do diálogo, para esclarecimento de dúvidas, e fornecimento de informações para gestante optar por um método que lhe dê segurança (SANTOS, 2009).

A humanização depende de nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nossos semelhantes [...] A ciência e a tecnologia se tornam desumanizantes quando ficamos reduzidos a objetos despersonalizados de nossa própria técnica, de uma investigação fria e objetiva [...] Isso acontece quando ele [o hospital] trata os pacientes como simples objetos de intervenção técnica e considera desnecessário e até mesmo perda de tempo ouvir suas angústias, temores e expectativas. Ou quando os pacientes nem sequer são informados sobre o que está sendo feito com eles (BRASIL, *apud* SANTOS, 2009, p.16).

Para CAPARROZ (2007) *apud* MOURA *et al*, “a medicalização do parto influenciou no uso cada vez maior de cesárea e negativamente nos índices de morbimortalidade materna e perinatal, o que favoreceu a desumanização da assistência, além dos altos custos hospitalares”. DUARTE (2005) considera como intervenções não humanizadas no momento do parto: a proibição da presença de um acompanhante à mulher, a realização de lavagem intestinal e raspagem dos pelos pubianos, o uso da violência verbal e psicológica e da indução intravenosa para

⁷ DAVIS-FLOYD, Robbie. Documentário “O Renascimento do parto”, 2013.

acelerar o parto, a prescrição de jejum durante o trabalho de parto, restrição de movimentos, obrigação da posição litotômica (deitada, com flexão de 90° de quadril e joelho, expondo o períneo) no momento do parto, uso de episiotomia indiscriminadamente, e a separação do recém-nascido da mãe logo após o parto impedindo o primeiro vínculo entre ambos.

Humanizar é, antes de mais nada, ficar ao lado, oferecer conforto e dar orientações. É ouvir, prestar esclarecimentos, e se comprometer com o nascimento de um novo ser, de forma segura, digna e responsável devolvendo à parturiente o direito de ser sujeito desse processo único (MOURA *et al*). “A humanização deve ser a mola mestra do atendimento à concepção, atualmente existe um movimento mundial em prol desta humanização, estimulando os profissionais de saúde a repensarem à sua prática, buscando a transformação da realidade no cotidiano do cuidado”. (MOURA *et al* sem data de publicação)

Em 1999, através das portarias: 2.883, de 04 de junho de 1998 e 1.406, de 15 de dezembro de 1999, foi instituído pelo Ministério da saúde, O Prêmio Galba Araújo, com o objetivo de incentivar o serviço público na humanização do seu atendimento, privilegiando a autonomia e acolhimento da mulher e seu companheiro, no momento do parto, (BRASIL, 2003, p.24). Este prêmio “reconhece e premia as unidades de saúde vinculadas à

rede SUS, que desenvolvem e se destacam na humanização do atendimento à mulher e ao recém-nascido, estimulam o parto normal e o aleitamento materno” (III Prêmio Galda de Araújo, Ministério da saúde, 2002).

Conforme a Organização Mundial de Saúde, a parturiente durante um parto natural humanizado deve ter o direito de escolher a pessoa em quem confia para acompanhá-la durante do seu parto; privacidade e acesso a todas informações e explicações que deseje e necessite conhecer; ser orientada de que tem a liberdade de solicitar métodos que aliviem sua dor durante o trabalho de parto, como assumir qualquer posição mais confortável no leito ou fora dele, tomar banho morno, massagens relaxantes, respiração ritmada e ofegante, fundo musical e outras técnicas (MATEI, 2003; MOURA, sem data de publicação)

Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, para que o sentimento humano, as percepções de dor ou de prazer sejam humanizadas, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso, ainda, que esse sujeito ouça do outro palavras de seu reconhecimento. É pela linguagem que fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. Sem isso, nos desumanizamos reciprocamente. Ou seja, sem comunicação, não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nossos semelhantes. (Manual da Humanização, Humaniza Saúde, disponível em:

<<http://www.humanizasaude.rs.gov.br/site/artigos/manual/>>)

4. 1. 1. Humanização, Arquitetura e o Ambiente Hospitalar

Segundo Corbella (2003), uma pessoa se considera confortável em um ambiente quando se sente em neutralidade em relação a ele. No que se trata de edifícios hospitalares, a arquitetura pode ser um instrumento terapêutico a partir do momento em que contribui para o bem-estar físico do paciente com a criação de espaços que, além de acompanharem os avanços da tecnologia, desenvolvam condições de convívio mais humanas, como por exemplo, o Hospital Sarah Kubitschek do arquiteto João Filgueiras Lima (Lelé), imagem 10. Miquelin (1992) lembra que o desconforto ambiental nos hospitais não pode ser um problema a mais nesses espaços que já são construídos para, muitas vezes, ocorrerem situações estressantes de atendimento associadas a pacientes com risco de vida ou sofrimento profundo (CORBELLA, 2003; MIQUELIN, 1992 apud MARTINS, 2004)



Imagem 10: Hospital Sarah Kubitschek Salvador, exemplo de arquitetura pensada para o bem-estar do usuário. Arquiteto: João Filgueiras Lima, Lelé.
Fonte: <<https://www.archdaily.com.br/br/01-36653/classicos-da-arquitetura-hospital-sarah-kubitschek-salvador-joao-filgueiras-lima-lele>>
Acesso em: 29/03/2020

Arquitetura e humanização estão - ou ao menos deveriam estar - intimamente ligados não apenas de forma conceitual, mas também na prática. Ao se conceber um espaço arquitetônico, a principal preocupação deve estar na adequação do ambiente ao seu usuário, ao ser humano que irá utilizá-lo. É importante que a edificação atenda aos diversos anseios materiais e psicológicos dos seus ocupantes, assim sendo, a construção deve reunir as qualidades mínimas necessárias para que atendam às necessidades básicas de segurança, saúde, higiene e bem-estar dos usuários (CIACO, 2010).

Falar arquitetura humanizada é cometer no mínimo um pleonismo, já que uma arquitetura de qualidade tem como objetivo fundamental atender às necessidades do homem, sejam elas do plano material como do psicológico. Entre as primeiras, colocamos a orientação da edificação, a facilidade e clareza dos acessos, o dimensionamento adequado dos ambientes, a relação entre as diferentes áreas funcionais, a correta utilização dos materiais, a facilidade da manutenção através da previsão de visitas a todas as instalações, o conforto ambiental, entre outros aspectos a serem cuidados. No plano psicológico destacamos o respeito à privacidade dos usuários, a criação de espaços de convívio, o acesso à paisagem do entorno e a jardins, a presença de obras de arte e de outras manifestações culturais, a música e o silêncio dependendo da escolha do paciente e, finalmente, o caráter simbólico e o sentido de lugar que toda boa arquitetura deve proporcionar. (Irineu BREITMAN apud TOLEDO, 2008)

A respeito do termo “humanização”, CIACO (2010) diz ainda que “qualquer espaço exerce influência sobre o ser humano, seja ele sua residência, seu local de trabalho, de lazer etc. O que torna estes

Arquitetura e humanização estão - ou ao menos deveriam estar - intimamente ligados não apenas de forma conceitual, mas também na prática. Ao se conceber um espaço arquitetônico, a principal preocupação deve estar na adequação do ambiente ao seu usuário, ao ser humano que irá utilizá-lo. É importante que a edificação atenda aos diversos anseios materiais e psicológicos dos seus ocupantes, assim sendo, a construção deve reunir as qualidades mínimas necessárias para que atendam às necessidades básicas de segurança, saúde, higiene e bem-estar dos usuários (CIACO, 2010).

Falar arquitetura humanizada é cometer no mínimo um pleonismo, já que uma arquitetura de qualidade tem como objetivo fundamental atender às necessidades do homem, sejam elas do plano material como do psicológico. Entre as primeiras, colocamos a orientação da edificação, a facilidade e clareza dos acessos, o dimensionamento adequado dos ambientes, a relação entre as diferentes áreas funcionais, a correta utilização dos materiais, a facilidade da manutenção através da previsão de visitas a todas as instalações, o conforto ambiental, entre outros aspectos a serem cuidados. No plano psicológico destacamos o respeito à privacidade dos usuários, a criação de espaços de convívio, o acesso à paisagem do entorno e a jardins, a presença de obras de arte e de outras manifestações culturais, a música e o silêncio dependendo da escolha do paciente e, finalmente, o caráter simbólico e o sentido de lugar que toda boa arquitetura deve proporcionar. (Irineu BREITMAN *apud* TOLEDO, 2008)

A respeito do termo “humanização”, CIACO (2010) diz ainda que “qualquer espaço exerce influência sobre o ser humano, seja ele sua residência, seu local de trabalho, de lazer etc. O que torna estes

espaços humanizados é o fato de eles estabelecerem uma forte ligação com o seu usuário”. Quando esse termo é trazido para o âmbito dos ambientes hospitalares, é necessário que este aspecto seja ainda mais forte, pois serão espaços projetados para receber pessoas as quais o fator emocional influencia muito. Desta forma, o ambiente deve oferecer ao indivíduo a sensação de tranquilidade e bem-estar e, conseqüentemente, segurança e confiabilidade (CIACO, 2010).

Muito se tem discutido nos últimos anos a respeito da humanização nos hospitais. Esse é um assunto que está interligado com discussões acerca do conforto e da qualidade dos ambientes hospitalares. “Um ambiente hospitalar humano deve ser confortável, transmitir bem estar e propiciar um padrão satisfatório de qualidade para todos os seus usuários” (SAMPAIO, 2004).

Pensando nos principais usuários do hospital, temos primeiramente o paciente, que é uma pessoa que pelas suas condições físicas e psicológicas tem as seguintes sensações: expectativa, ansiedade, desconfiança, insegurança, desânimo, tristeza e medo. Por estar na maior parte das vezes, imóvel, os seus sentidos: visual, auditivo, cinestésico, olfativo e térmico estão mais aguçados. O seu ambiente é vivido intensamente. (SAMPAIO, 2004, p.153).

O ambiente influencia também os profissionais que atendem os pacientes, é comum que eles trabalhem sempre com uma sensação de pressa, tensão e cansaço pois, além de possuírem um

trabalho que por si só já tem uma carga alta de stress, convivem também com as características do ambiente o qual passa a maior parte do seu dia, o qual raras vezes se tem a preocupação de torná-lo um ambiente com atmosfera mais humana e aconchegante (SAMPAIO, 2004).

O arquiteto, por sua vez, pode contribuir para minimizar o desconforto desses ambientes que, na maioria das vezes, são frios, impessoais, com cheiros e ruídos característicos, pessoas sofrendo e profissionais agitados. A forma de colaboração dos profissionais da arquitetura nesse sentido, está na criação de ambientes de descanso, de tranquilidade, de relaxamento (imagens 11 e 12) e que permitam que o paciente sinta mais confiança, assim como a equipe de profissionais que podem contar com um local de trabalho que transmita maior segurança e conforto e, conseqüentemente, maior produtividade (SAMPAIO, 2004).

Engana-se quem pensa e diz que Arquitetura e Humanização não caminham juntas, humanizar um ambiente vai muito além de uma decoração que deixe o ambiente bonito, com alguns quadros pendurados nas paredes. Ao contrário, a arquitetura é, provavelmente, um dos mais importantes elementos que compõe o conceito de humanização. Tendo o poder de tornar os espaços mais humanos, é capaz de proporcionar ao usuário um melhor aproveitamento do ambiente, uma vez que este sentirá mais conforto, segurança e aconchego.

Uma arquitetura de qualidade facilita o estabelecimento da organicidade dos demais elementos que influenciam na recuperação do paciente e, desta maneira, assume uma importância central em todo o processo de humanização – o que a torna indispensável. Ela tem um caráter único que não pode ser desconsiderado: a arquitetura pode ser entendida como uma humanização permanente e segura. Dentro de todo o processo, a arquitetura é o elemento mais estático e duradouro. A partir dela todos os demais elementos poderão se desenvolver melhor. (CIACO, 2010, p. 96).



Imagem 11:
Unidade Jardins
do Hospital
Israelita Albert
Einstein.
Disponível em:
<<https://www.galeriadaarquitetura.com.br/slideshow/newslideshow.aspx?idproject=4697&index=0>>



Imagem 12: Hospital Sarah Kubitschek, Claraboia traz luz natural para o ambiente terapêutico. Disponível em:
<<https://casavogue.globo.com/MostrasExpos/Arquitetura/noticia/2015/01/legado-de-lele-ganha-mostras-na-alemanha.html>>

4. 2. Programas Assistenciais Voltados à gestação e incentivo ao Parto Humanizado no Brasil

Projeto Maternidade Segura

Lançado no ano de 1987 em Nairobi, no Quênia, surgiu a partir da colaboração de grandes instituições como a OMS, o UNICEF e UNFPA. Consiste num esforço conjunto tendo **como objetivo a melhora na assistência obstétrica e a redução das taxas de mortalidade materna e infantil no mundo**. O projeto aborda também questões relacionadas ao processo de humanização da assistência ao parto e nascimento. Um projeto difundido pelo mundo com o intuito de assegurar o direito à vida. (BATISTUTA, 2003)

Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher

Publicado na cartilha do Ministério da Saúde em 2001, o projeto teve como objetivo divulgar conceitos e práticas da assistência ao parto entre os profissionais de saúde. Resgatando tanto para as gestantes quanto para os profissionais da saúde a singularidade deste momento. O programa surgiu como uma forma **de estabelecer princípios a serem seguidos proporcionando à gestante o direito de cidadania mais fundamental: dar à luz, recebendo uma assistência humanizada e de boa qualidade**. (BRASIL, 2001)

Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)

Foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de 1º de junho de 2000, para contribuir nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto. Tem como **finalidade garantir a aplicação dos parâmetros de assistência humanizada à gestante e ao recém-nascido no pré-parto, parto e pós parto**, assegurando os direitos de cidadania. (BRASIL, 2002)



Imagem 13:
Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.
Fonte: <https://www.senado.gov.br/comissoes/cas/ap/ano-de-2009/AP20090811_Dr._Jose_Luiz_Telles.pdf> Acesso em: 30/03/2020

HumanizaSUS

Política Nacional de Humanização, o HumanizaSUS existe desde 2003 com o **objetivo de colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil. Uma de suas diretrizes é a ambiência, ou seja, a criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis**, que respeitem a privacidade e propiciem melhoria no processo de trabalho. (BRASIL, 2015)

Rede Cegonha

Criada em 2011 com o intuito de adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento e assistência pré-natal, parto, puerpério e neonatal, foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde através da Portaria nº 1.459. Consiste numa rede de cuidados que tem **como objetivo assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e ao recém-nascido o direito ao nascimento, crescimento e desenvolvimento seguros e saudáveis**. (BRASIL, 2011)

Projeto Parto Adequado

Criado em 2015, através da iniciativa conjunta da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do Hospital Israelita Albert Einstein e do Institute for Healthcare Improvement (IHI), tem **como objetivo apoiar e instrumentalizar a implementação de ações baseadas em evidências científicas no setor suplementar de saúde, para reduzir de forma segura o percentual de cesarianas realizadas desnecessariamente, aumentar a qualidade e a segurança da atenção ao parto e nascimento**. Estruturado em 3 fases, o projeto teve o lançamento de sua terceira etapa em Outubro de 2019, que consiste em promover a disseminação das estratégias de melhoria da qualidade da atenção do parto e nascimento em todas as maternidades do Brasil. (BRASIL, 2015)



4. 3. Conceito de Centro de Parto Normal

O Ministério da Saúde entende como Centro de Parto Normal (CPN), a unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias, ou considerados de risco habitual (sem problemas prévios, tanto de origem materna ou fetal que impeça o parto natural). Constitui ainda o CPN como uma unidade de saúde destinada à assistência ao parto de baixo risco pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizada em suas dependências internas ou imediações (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1999; MINISTÉRIO DA SAÚDE 2015). São unidades de atendimento ao parto normal, localizadas fora do centro cirúrgico obstétrico e que passaram a ser chamadas popularmente de Casas de Parto.

Os Centros de Parto Normal foram formalmente criados a partir da publicação de uma Resolução do Ministério da Saúde, Portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999, o qual estabeleceu os parâmetros legais para sua implantação, considerando a necessidade de garantir à gestante o acesso à assistência ao parto nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma plena e humanizada, priorizando ações que objetivem a redução da mortalidade materna e perinatal, e considerando também a necessidade de melhoria na qualidade da assistência pré-natal e parto com o intuito de diminuir o número de óbitos por causas

evitáveis. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1999).

Existem ainda outras normativas como a RDC 36/2008 e as Portarias nº 904/2013 e nº 11/2015. Esta última dispõe das diretrizes para implantação e habilitação do Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), especificando o público-alvo, as atribuições, os requisitos de estrutura e de processo de cuidado. Os Centros de Parto Normal surgiram com o intuito de devolver à gestante o direito à privacidade e à dignidade ao dar à luz num local semelhante ao seu ambiente familiar, e ao mesmo tempo garantir segurança a ela e seu bebê, oferecendo-lhes recursos tecnológicos apropriados em casos de eventual necessidade. Os CPN seguem um padrão de procedimentos previamente estabelecidos e que direcionam as ações que realizam. (MACHADO, PRAÇA, 2004)

O estímulo à implantação deste modelo de assistência, no país, ganhou força, a partir da década de oitenta, quando o movimento de mulheres, no Brasil e no mundo, passou a questionar as práticas obstétricas de rotina e apresentar propostas para humanizar o atendimento. Nesse período disseminou-se a divulgação de que na maioria dos países desenvolvidos a assistência ao parto e nascimento de baixo risco fundamenta-se na atenção prestada por enfermeiras obstétricas e por parteiras especializadas, cuja formação está voltada para o suporte emocional e o atendimento da mulher e do recém-nascido, sem interferir no processo fisiológico do parto, permitindo à mãe vivenciar esse momento de forma prazerosa e segura. (MACHADO, PRAÇA, 2004)

Os Centro de Parto Normal são classificados em: CPN Intra-Hospitalar (CPNi) Tipo I; CPN Intra-Hospitalar (CPNi) Tipo II; e CPN Peri-Hospitalar (CPNp) - modelo escolhido para a elaboração deste trabalho. Cada tipo de deve respeitar requisitos específicos:

- **CPNi Tipo I:** deve estar localizado nas dependências internas do estabelecimento hospitalar; possuir ambientes fins exclusivos da unidade, tais como recepção e sala de exames, quartos para pré-parto/parto/pós-parto (PPP), área de deambulação, posto de enfermagem e sala de serviço, podendo compartilhar os ambientes de apoio; e garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP, da admissão à alta.
- **CPNi Tipo II:** deve estar localizado nas dependências internas do estabelecimento hospitalar; possuir ambientes compartilhados com o restante da maternidade, como recepção, sala de exames, posto de enfermagem, sala de serviço e outros ambientes de apoio; e garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP durante o pré-parto e parto, podendo, após o puerpério imediato, serem transferidos para o alojamento conjunto.
- **CPNp:** deve 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; 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

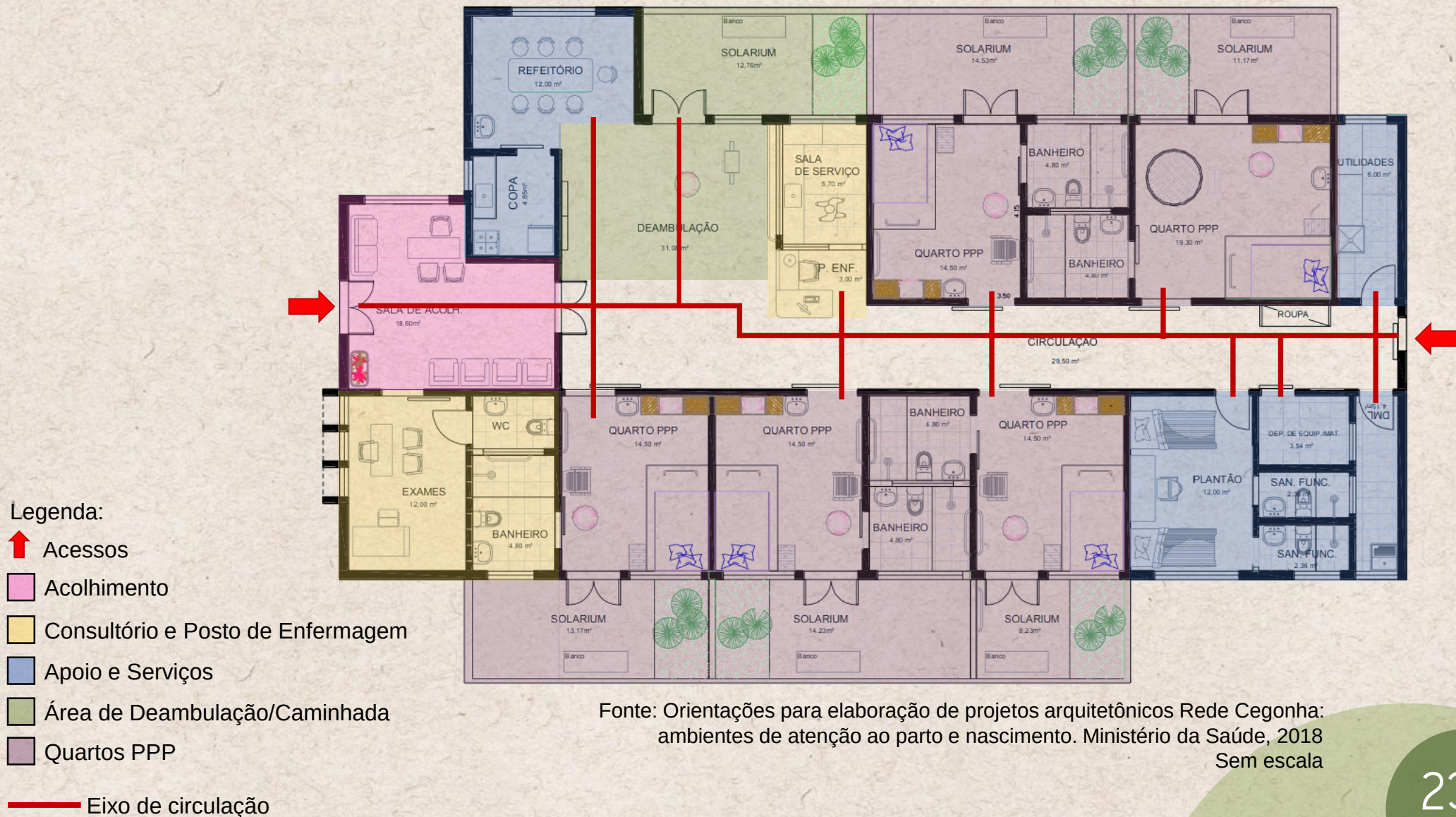
dia e nos 7 (sete) dias da semana; ter como referência os serviços de apoio do estabelecimento ao qual pertence ou está vinculado; e garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP, da admissão à alta. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2015)

Dentre as atribuições destinadas às CPNs, destacam-se o desenvolvimento de atividades educativas e de humanização, visando à preparação das gestantes para o plano de parto e amamentação, o acolhimento e avaliação das condições de saúde materna, a permissão da presença de um acompanhante em todo o processo, a garantia de assistência ao parto normal sem distócias, respeitando a individualidade da parturiente como também ao recém-nascido e o acompanhamento do puerpério por um período mínimo de dez dias. É necessário também que se apresente planta física adequada ao acesso da gestante (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1999).

Sendo a Casa de Parto uma unidade isolada, esta deve garantir assistência necessária e imediata ao recém-nascido em possíveis situações de risco, dispondo de recursos materiais e profissionais capacitados para prestar manobras básicas de ressuscitação, além de garantir a remoção da gestante e do recém-nascido em unidades de transporte adequadas, quando em eventuais intercorrências no parto, no prazo máximo de 20 minutos (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2015). Tornando imprescindível que a CPN seja instalada próxima à uma unidade de saúde emergencial, preferencialmente voltada ao cuidado materno-infantil.

Conforme o artigo 5º da Portaria nº 11/2015, a estrutura física do CPN deve obedecer às normas pré-estabelecidas no anexo I do documento e na Resolução - RDC nº 36/ANVISA, de 2008, os quais dizem respeito às finalidades e dimensões mínimas necessárias para cada ambiente e aos equipamentos

mínimos necessários para seu funcionamento adequado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2015). A imagem abaixo mostra o *layout* do projeto de Referência de um Centro de Parto Normal, disponibilizado pelo Ministério da Saúde



4. 4. Maternidades Públicas de Referência em Goiânia

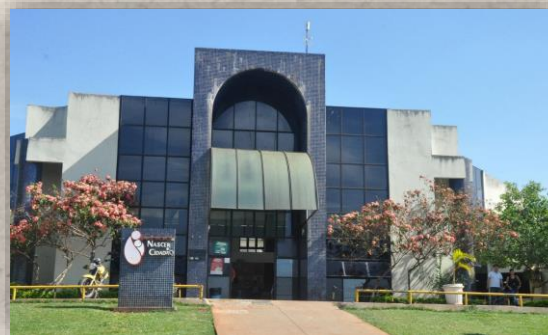
A Rede Hospitalar de atendimento à mulher no município de Goiânia é composta de três maternidades que atendem a usuárias do SUS: a Maternidade Dona Iris no setor Vila Redenção, a Maternidade Nascer Cidadão no Jardim Curitiba e a Maternidade Nossa Senhora De Lourdes, no setor Vila Jaraguá.

Dois desse hospitais são considerados referências em atendimento humanizado a gestantes e recém-nascidos, que são o Hospital e Maternidade Dona Iris (HMDI) e a Maternidade Nascer Cidadão (MNC). Ter esse tipo de referência é importante para que as mulheres saibam que têm opções seguras, de confiança e gratuitas para o seu parto, uma vez que são maternidades vinculadas ao SUS. De acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e do Ministério da Saúde, entre os anos de 2008 a 2012, 96.223 mulheres optaram por ter os seus filhos no SUS mesmo possuindo plano de saúde. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2015).

Mapa de Goiânia



1 Hospital da Mulher e Maternidade Dona Iris



2 Maternidade Nascer Cidadão



3 Hospital Estadual e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes



Artista: Mavi Dutra

5. Referencial Projetual

Referencial Projetual

5. 1. Estudos de Caso

Casa Angela (Referência programática)

Localizada na zona sul de São Paulo, a Casa Angela é um Centro de Parto Humanizado peri-hospitalar. Foi inaugurada no ano de 2009, mas sua história iniciou na década de 1980 com a parteira alemã Angela Gehrke da Silva. Tendo como referência e inspirada por sua formação com o médico obstetra francês Frédérick Leboyer, em 1983 Angela chegou ao Brasil para trabalhar na área da saúde da Associação Comunitária Monte Azul, localizada na favela homônima na zona sul de São Paulo. Comovida com a falta de acesso das mulheres da comunidade a serviços de saúde dignos, passou a oferecer assistência antes, durante e após o parto no ambulatório da Associação Comunitária.



Imagem 14: Casa Angela, fachada
Fonte: <<http://www.casaangela.org.br/>> Acesso em: 28/03/2020

Com a tamanha procura das gestantes de todas as regiões pelos serviços oferecidos pela parteira, foi criada então em 1997 a Casa de Parto Monte Azul, primeira casa de parto de São Paulo. Ela se dedicou ao parto humanizado durante quase 15 anos mas em 1998 adoeceu de um câncer, retornando em 1999 para sua terra natal para se tratar e então voltar ao Brasil e retomar suas atividades como parteira. Mas no mesmo ano a Casa de Parto fechou e em 2000 Angela faleceu na Alemanha, vítima do câncer.



Imagens 15,16,17 e 18: Casa Angela, sala de espera
Fonte: <<http://www.casaangela.org.br/>> Acesso em: 28/03/2020

Em 2003, a Associação Comunitária de Monte Azul convidou a médica alemã Anke Riedel para desenvolver, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, o projeto de uma nova casa de parto, que se chamaria Casa Angela, em homenagem à parteira que deu início ao projeto. Riedel, que havia trabalhado como voluntária com Angela, coordenou então todo o processo de construção e implantação da Casa, atuando na gestão até o ano de 2017, quando retornou à Alemanha. As obras deram início somente no ano de 2006, com o apoio de parceiros internacionais da Associação.

Em 2009 nascia a Casa Angela, no mesmo local onde se encontra atualmente, construída adequadamente, tomando como referência a Portaria e a Casa de Parto Sapopemba. À época, a Casa precisou iniciar seu funcionamento apenas com trabalhos voluntários e doações pois a parceria com a Secretaria de Saúde não teve continuidade, devido à mudança de gestão, oferecendo apenas serviços como consultas, visitas domiciliares e posto de coleta de leite materno. Finalmente, em 2012, com recursos de parceiros, de doadores e de pacientes particulares, a casa passou a funcionar 24h, oferecendo assistência humanizada ao parto.

Em dezembro de 2015 foi assinado o convênio com a Prefeitura, permitindo à Casa Angela o aumento do número de partos devido aos recursos que passou a receber do SUS, desta forma, todas as usuárias do Sistema Único de Saúde moradora da cidade de São Paulo, pode fazer seu acompanhamento gratuitamente na Casa Angela.⁸

⁸ <http://www.casaangela.org.br/>



Imagens 19, 20 e 21: Casa Angela, quarto e salão de eventos.
Fonte: <<http://www.casaangela.org.br/>>
Acesso em: 28/03/2020

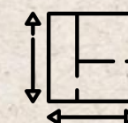
A área construída é dividida em térreo e primeiro pavimento. O programa da casa conta com recepção, quartos PPP, alojamentos conjuntos, sanitários, posto de enfermagem, sala de reanimação neonatal, consultórios, sala de espera, administração, salão multifuncional, setor de serviços, ambulatório de pré-natal e puericultura, ambulatório de aleitamento materno: com posto de coleta de leite materno, almoxarifado, expurgo, copa, sala de conforto para a equipe assistencial e área para refeições (figuras 6 e 7). Na área externa encontra-se o gerador de emergência, o abrigo para gases medicinais, aquecedor a gás, jardim, estacionamento e uma ambulância de prontidão, caso haja situação de emergência com alguma parturiente.



São Paulo - SP



2006-2009

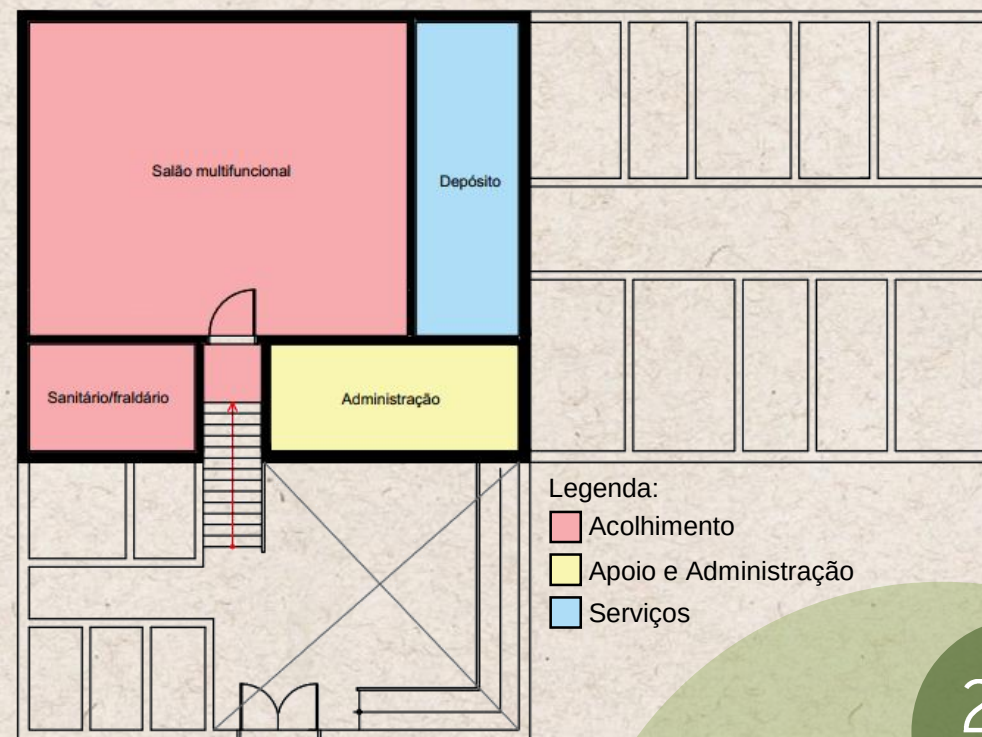


750m²

Imagem 25: Croqui esquemático - Térreo



Imagem 26: Croqui esquemático - 1º Pavimento

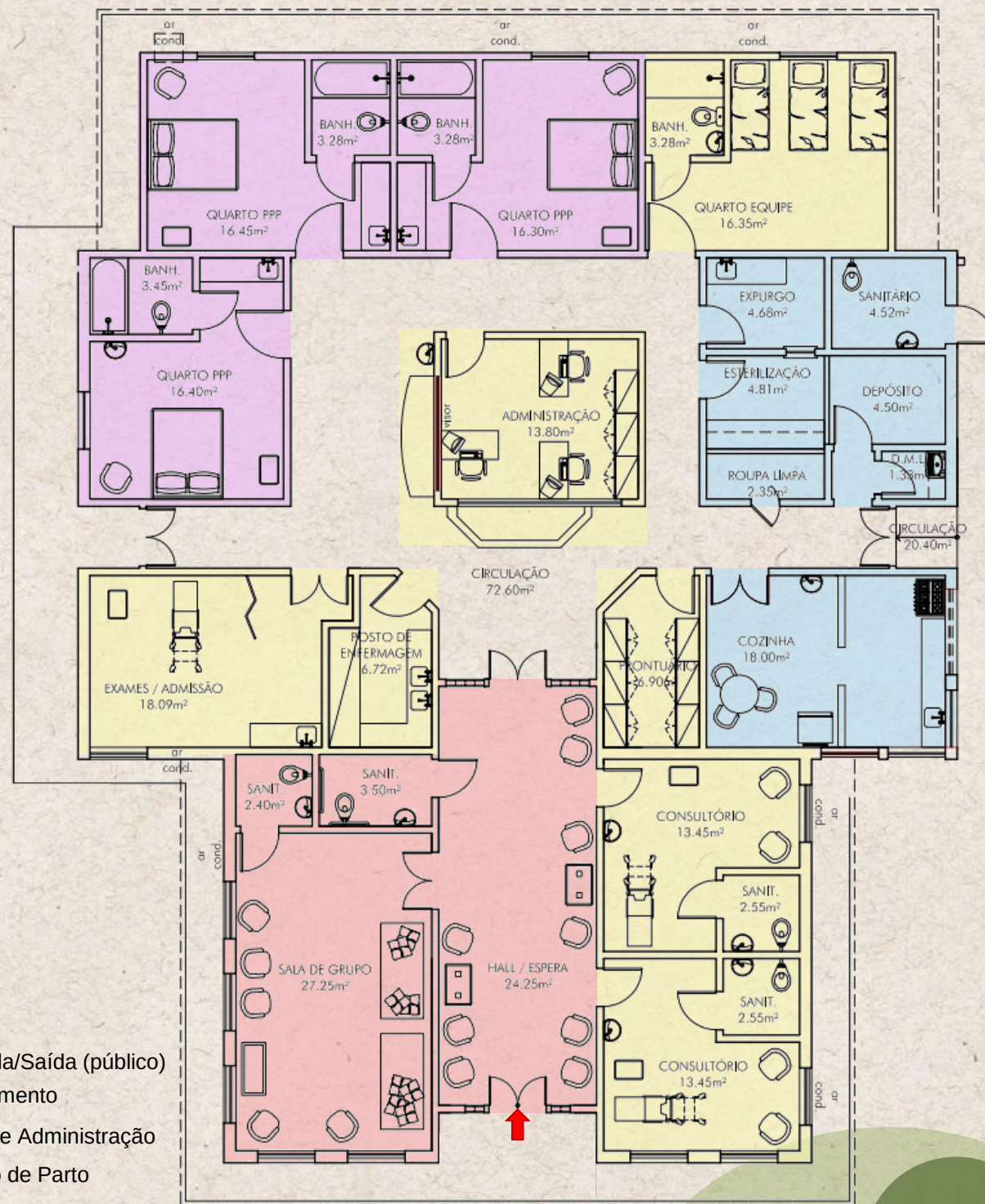


Casa David Capistrano Filho

(Referência programática)

Inaugurada em março de 2004 pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro por meio da resolução SMS nº 971 25/03/2003 e resolução SMS nº 1041 11/02/2004. É integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

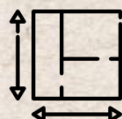
Seu projeto atende boa parte das recomendações do Ministério da Saúde e da ANVISA para Casas de Parto incluindo também alguns elementos recomendados para centros obstétricos (como expurgo, por exemplo). É um projeto com uma setorização que permite que os usos ocorram de maneira eficiente. A estrutura da casa tem uma disposição circular, criando um ambiente em que alguns setores se comunicam: a recepção, as três suítes para acolher as famílias em trabalho de parto, a administração, a sala de admissão, o quarto da equipe e o setor de serviços e apoio. Servirá como base de estudos para a realização do projeto também por seu programa.



Rio de Janeiro -RJ



2004



-

Sem escala

Casa Moara (Referência programática)

A Casa Moara não é uma Casa de Parto Normal, mas sim um espaço de convivência especialmente voltado às mulheres grávidas e suas famílias. Sendo o Brasil um dos países com um dos mais altos índices de cesárea do mundo, as famílias que optam por uma opção mais natural e menos intervencionista para o parto, têm dificuldade de encontrar lugares onde possam encontrar apoio e informações que fortaleçam suas decisões e façam valer suas escolhas. E é esse o tipo de suporte, fundamentado nas mais recentes evidências científicas e recomendações da OMS (Organização Mundial da Saúde), que a Casa Moara tem como proposta.

A Casa conta com uma equipe multidisciplinar, que vai da ginecologia à pediatria, da psicologia à nutrição e também fisioterapia que atua no preparo e na reabilitação perineal. Além de contar também com parteiras contemporâneas, coloca à disposição das mulheres atividades que contribuem para uma gravidez mais saudável e prazerosa, como yoga, pilates, dança, Shantala, acupuntura, vivências e reuniões de grupos de apoio para gestantes, pós-parto e amamentação, avós e avôs. Para mães e pais, a Casa oferece cursos de preparação para o parto e de cuidados com o bebê.

“Ponto de encontro de pessoas que entendem o nascimento como um evento familiar emocionante e transformador, a Casa Moara é um local de troca de experiências, onde as vivências individuais contribuem para fortalecer o grupo como um todo. Essa é a nossa forma de ajudar a nascer.”⁹



Imagens 22, 23, 24, 25 e 28: Casa Moara.
Fonte: <<https://www.casamoara.com.br/>> Acesso em: 28/03/2020

⁹ <https://www.casamoara.com.br/> Acesso em: 27/03/2020.

Rede Sarah Kubitschek

(Referência projetual - humanização de ambientes hospitalares)

João Figueiras Lima, mais conhecido como Lelé foi o responsável pela criação dos projetos da rede de hospitais Sara Kubitschek. Ele acreditava na **funcionalidade dos hospitais aliada à beleza**, vista por ele como a **chave para a humanização**.

Sua preocupação com o **bem-estar do paciente** e não somente com a função básica do hospital, aborda questões como:

- **Integração** entre a arquitetura e a natureza;
- Poucas barreiras arquitetônicas, permitindo o **deslocamento e o exercício livre dos pacientes**;
- Troca de enfermaria a cada estágio de recuperação, **estimulando a movimentação**;
- **Espaços alegres** através de pinturas, painéis, murais coloridos;
- **Iluminação e ventilação natural**, humanizando o hospital além de evitar infecções hospitalares.





Artista: Mavi Dutra

6. O Local

6. 1. Bairro Vila Redenção | Goiânia - GO

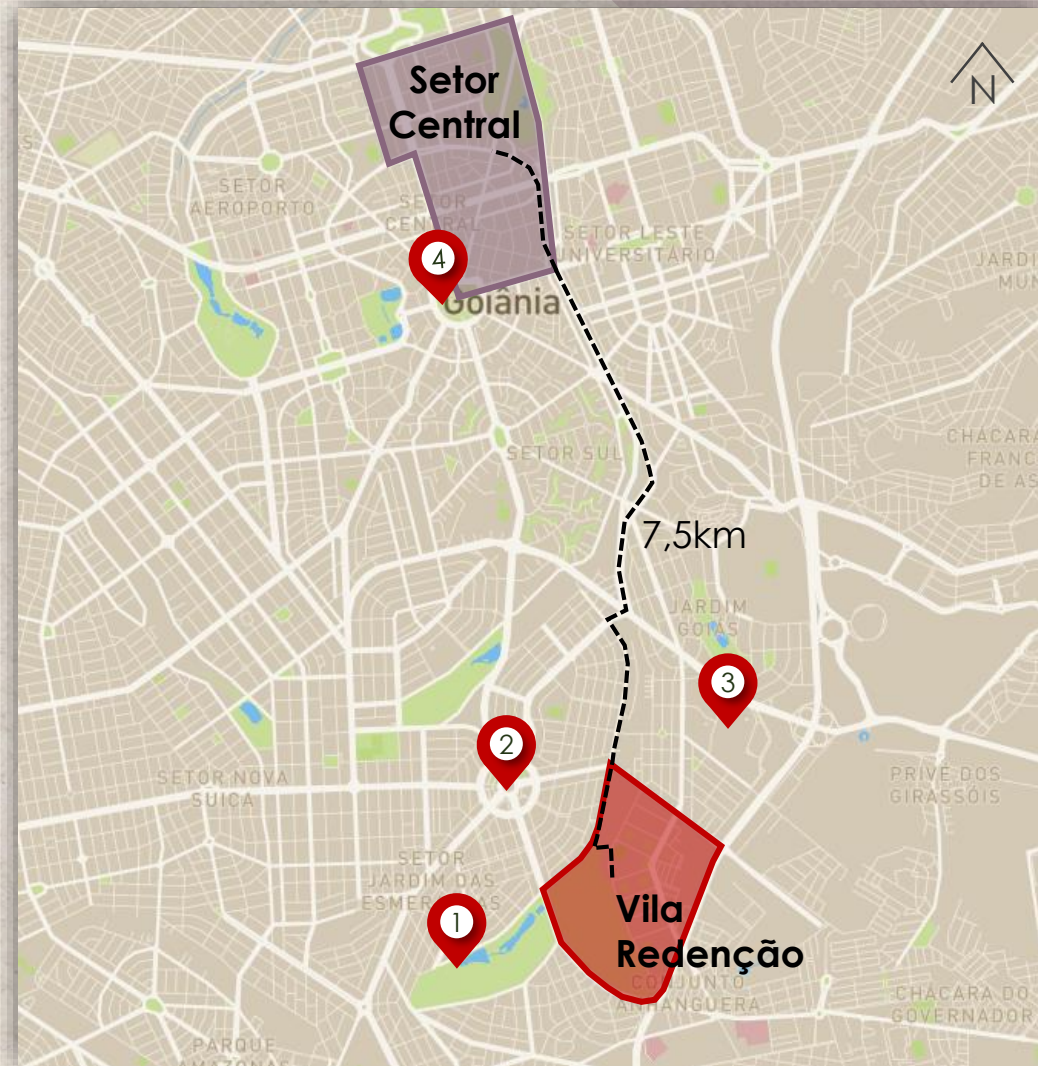
A Vila Redenção é um bairro localizado na região sul de Goiânia, criado em 1965 pelo então prefeito Iris Rezende. O bairro foi o primeiro conjunto habitacional popular da cidade a ser construído com o dinheiro do convênio com o Banco Nacional de Habitação (BNH) – criado na década de 1960, voltado para o financiamento e produção de empreendimentos imobiliários.

Apesar de ter sido concebido para abrigar famílias de baixa renda, hoje em dia a maior parte dessas famílias não vive mais na Vila Redenção pois sua proximidade com o Shopping Flamboyant, hipermercados e outros importantes pontos de lazer transformou toda a região.

Segundo dados do IBGE, no Censo 2010 a população da Vila Redenção era de 5.713 pessoas.

Legenda – Pontos de referência:

- | | |
|----------------------|---------------------|
| 1 Jardim Botânico | 2 Terminal Isidória |
| 3 Shopping Flaboyant | 4 Praça Cívica |



Bairro em relação ao Centro da cidade

6. 2. Local de Intervenção

Local de intervenção em relação ao Bairro

O local escolhido para a realização deste projeto é uma quadra destinada a uso público, permitindo assim esse tipo de intervenção.

Legenda:

 Bairro Vila Redenção

 Local de Intervenção

 Hospital e Maternidade Dona Íris



6. 3. Justificativa da escolha do local

A Casa de Parto proposta nesse trabalho, será de caráter “peri-hospitalar”, ou seja, ficará localizada fora das dependências de um hospital / maternidade. Será projetada de acordo com as normas estabelecidas pela Portaria nº 11, de 7 de Janeiro de 2015 que define as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dada a necessidade, segundo a norma, de que a CPN deve contar com um Hospital de Referência e estar localizada nas imediações deste estabelecimento hospitalar, a uma distância que deve ser percorrida em tempo inferior a vinte minutos do respectivo estabelecimento e em unidades de transporte adequadas, a Unidade de Referência para esse projeto será o Hospital da Mulher e Maternidade Dona Íris.

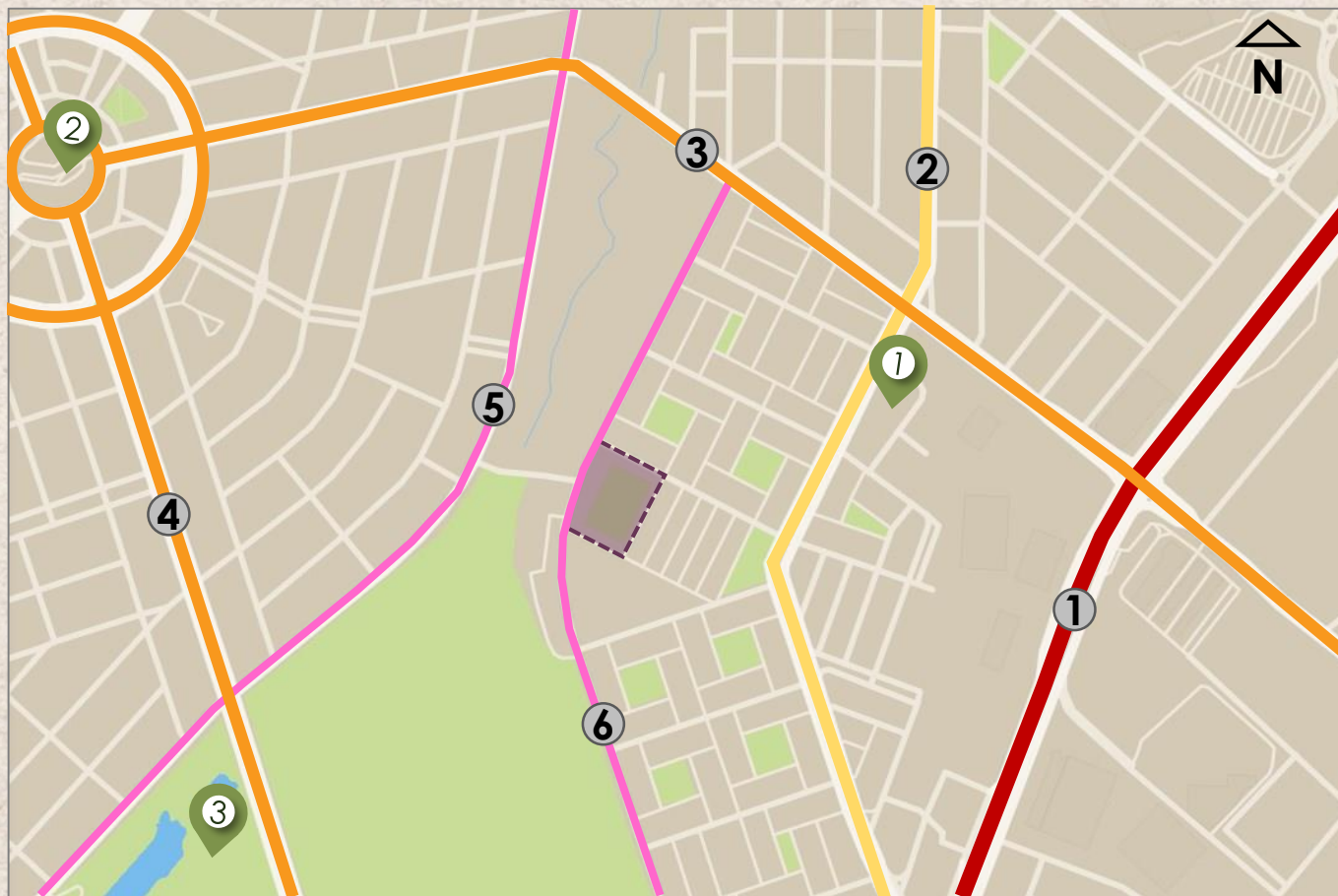
A escolha desta maternidade se deu por ser um modelo de referência em humanização no atendimento à mulher e na assistência ao parto e nascimento, não apenas para a cidade, mas para todo o Estado de Goiás. É integrada à Rede Cegonha e conta com uma unidade neonatal que é dividida em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINco) sendo dez leitos em cada e mais cinco leitos para UCIN-Canguru. A Maternidade conta também com leitos de UTI para as parturientes.

O fato de possuir leitos de UTI foi de grande importância na escolha do Hospitais de Referência pois, mesmo sendo voltado para gestações de baixo risco e não constando nas orientações do Ministério da Saúde essa obrigatoriedade, é importante que a CPN tenha como suporte um local que possa dar assistência necessária e completa para complicações que possam surgir durante o trabalho de parto, transmitindo inclusive maior segurança para a gestante.

O local escolhido para o projeto da Casa de Parto Normal fica a cerca de 500 metros da Maternidade, em torno de 2 a 3 minutos de distância.



6. 4. Estudos do entorno | Hierarquia Viária/Acessos



Legenda:

① BR 153

② Alameda Emílio Póvoa

③ 2ª Radial

④ 3ª Radial

⑤ Avenida Botafogo

⑥ Avenida Jardim Botânico

— Via Expressa 1ª categoria

— Via Expressa 3ª categoria

— Via Arterial

— Via Coletora

▨ Quadra de Intervenção



Hospital e
Maternidade Dona Iris

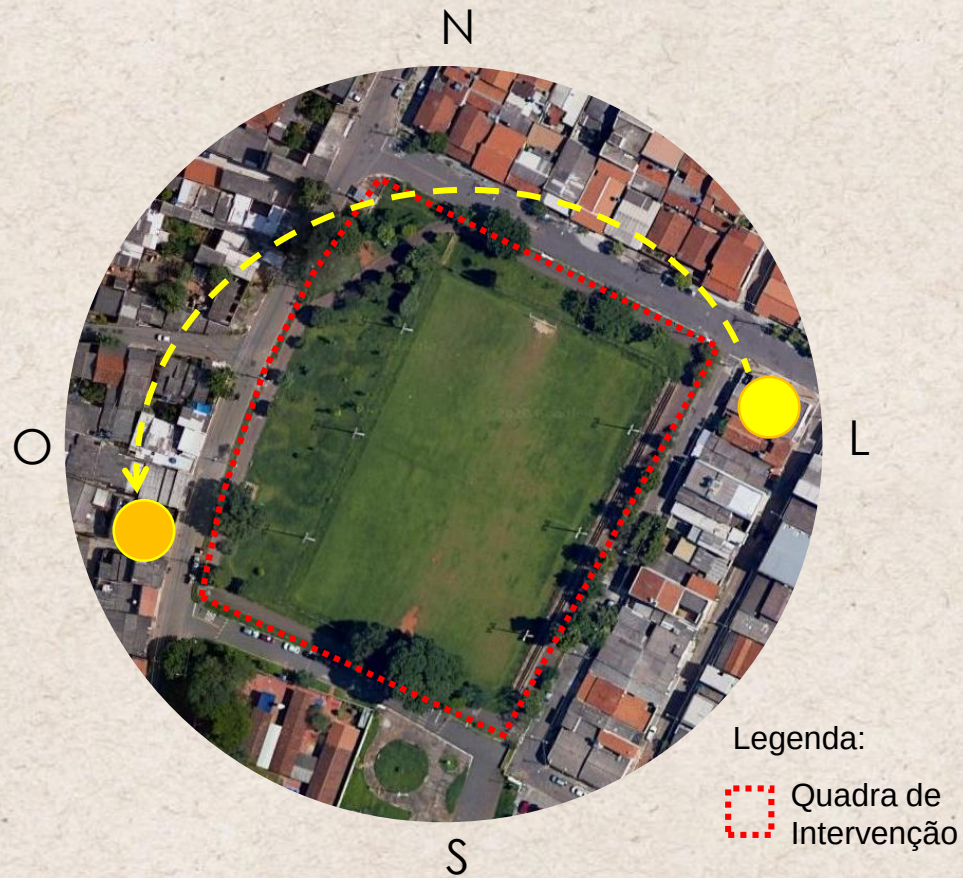


Terminal Isidória

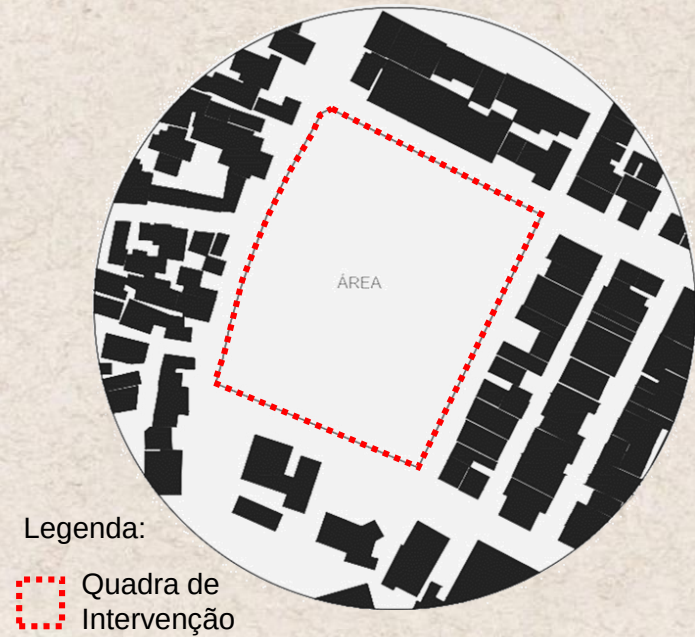


Jardim Botânico

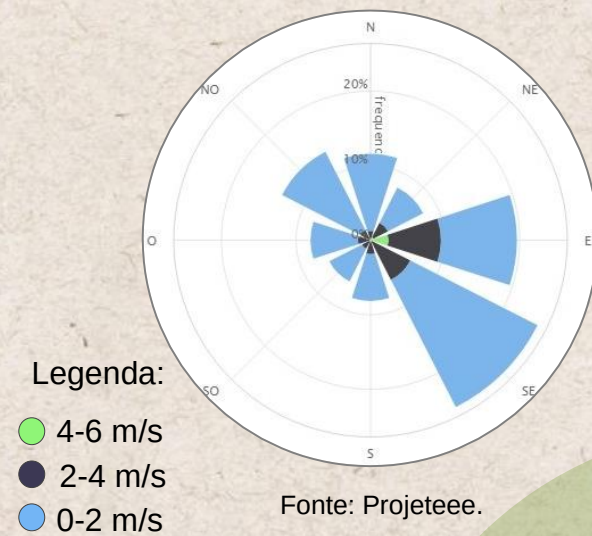
6. 5. Estudos do Entorno | Mapas



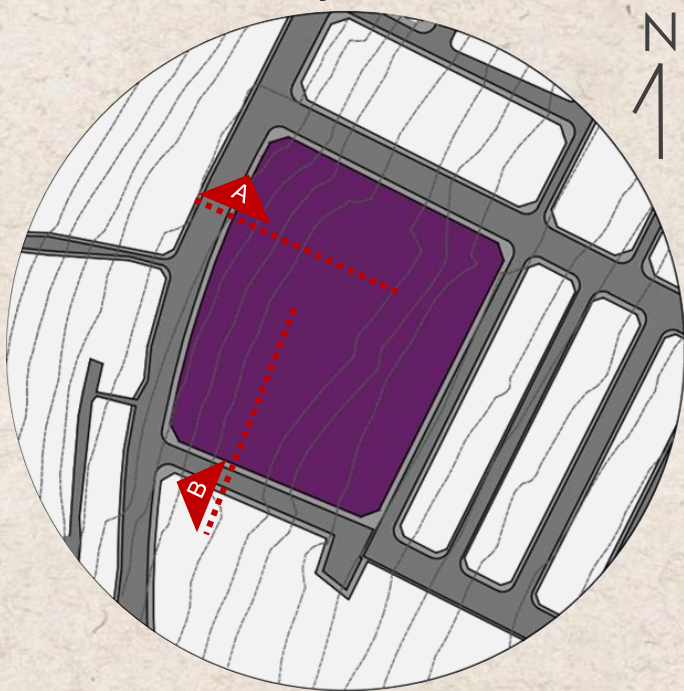
Mapa de Cheios e Vazios



Rosa dos Ventos - Goiânia



Localização Imediata



Av. Jardim Botânico

Rua J-1

Corte A

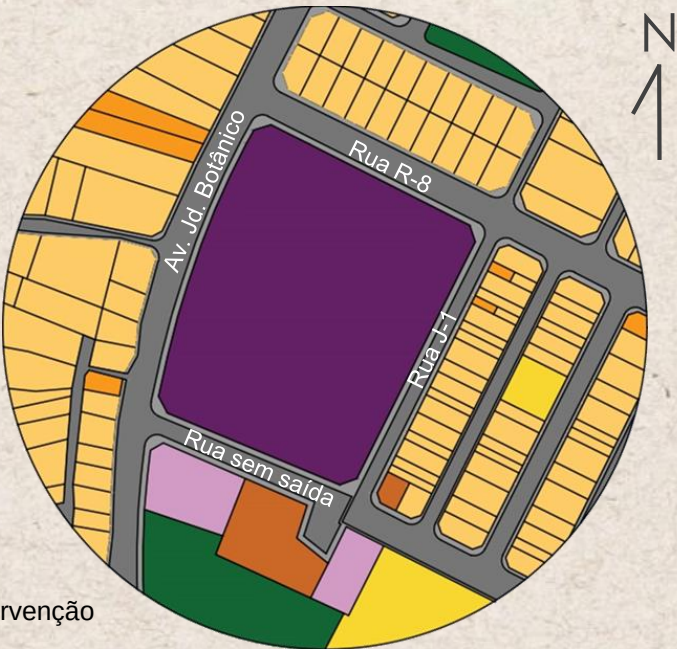
Rua sem saída

Rua R-8

Corte B

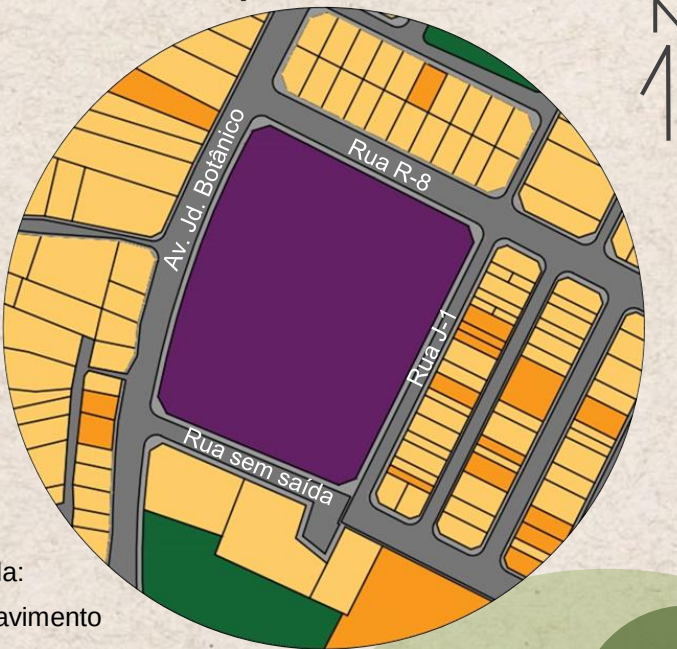
Mapa de Uso e Ocupação do solo

- Legenda:
- Residencial
 - Misto
 - Comercial
 - Igreja
 - Institucional
 - Local de intervenção



Mapa de Gabarito

- Legenda:
- 1 pavimento
 - 2 a 3 pavimentos
 - Área de intervenção / vazio



6. 6. Estudos do Entorno | Imagens do Local



Mapa-chave



1. Rua J-1



2. Rua R-8



3. Avenida Jardim Botânico



4. Rua sem saída



5. Local de intervenção

Fonte: Google Maps



Artista: Mavi Dutra

7.0 Complexo

7. 1. Setorização e Programa

CASA DE PARTO NATURAL



Sala de exames;
Quartos PPP;
Área de deambulação;
Reanimação neonatal;
Apoio;
Serviços.

CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA



Sala de atendimento
multiprofissional;
Dormitórios;
Cozinha;
Jardim Interno;
Quarto plantonista;

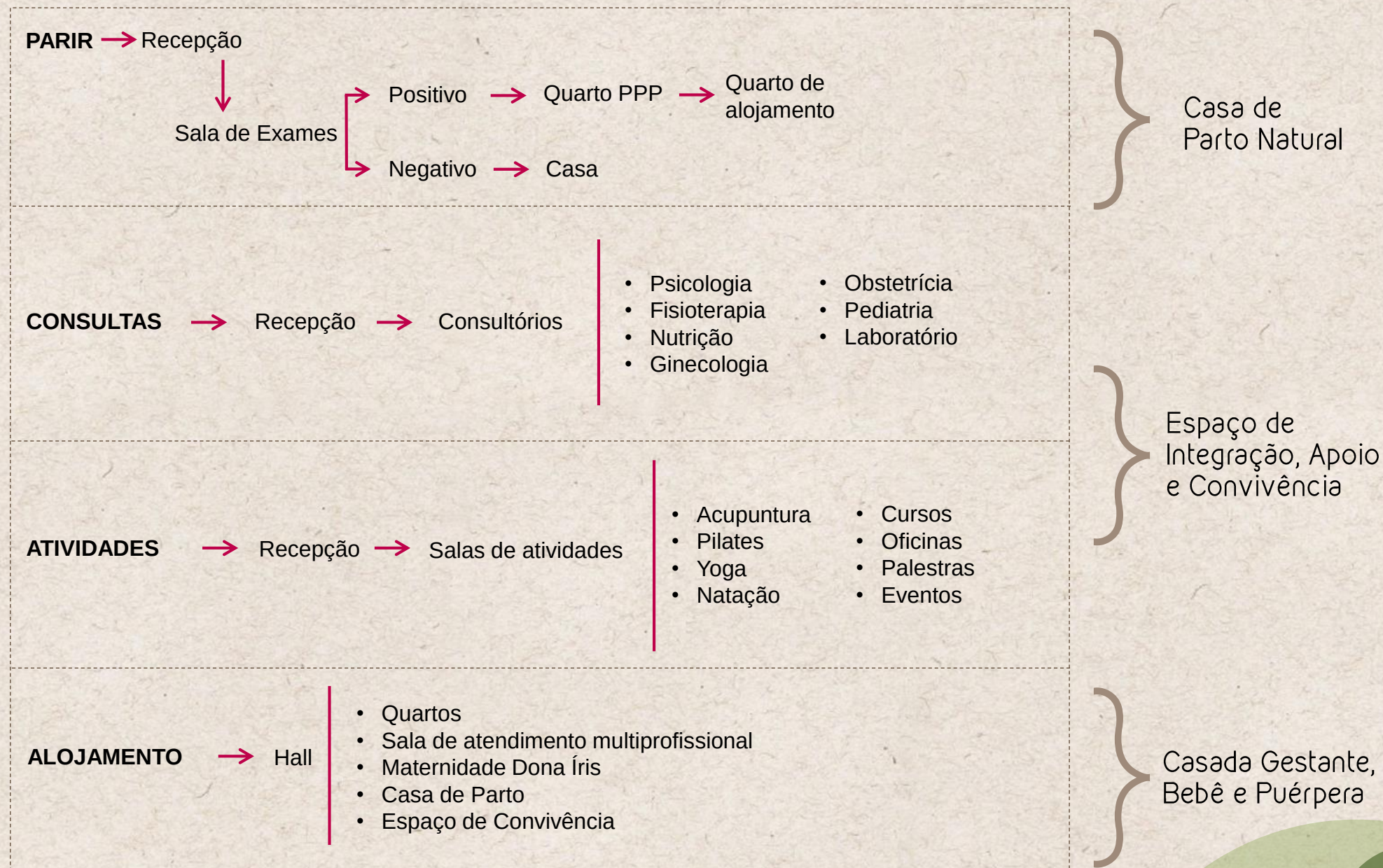
CENTRO DE INTEGRAÇÃO, APOIO E CONVIVÊNCIA



Consultórios;
Salas de Atividades;
Piscina;
Lanchonete;
Salão de Eventos;
Administração.

	Parturição	Hospedagem	Atividades	Total
Setores				
Área útil mínima	696,1m ²	897m ²	1223m ²	2816,1m ²
	+ 30% (circulação e paredes)			844,83m ²
	Área mínima construída			3660,9m ²

7. 2. Organização e Fluxos



7. 3. Diretrizes Projetuais



Ambiente Humanizado
(ambiência);



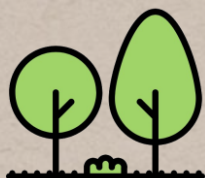
Integração entre blocos e
setores;



Cores e materiais que
transmitam conforto,
tranquilidade e segurança;



Escala do entorno;



Contato com a natureza
por meio de pátio interno;



Escala humana;



Ambiente que lembre o
aconchego de casa;



Iluminação e ventilação
naturais (conforto térmico);



Proporcionar, através da arquitetura, uma experiência de conforto de casa somado ao pronto atendimento de um hospital, permitindo que a gestante se sinta segura e confiante com o local onde dará à luz., sendo ela e seu bebê os verdadeiros protagonistas deste momento.

7. 4. Tecnologias Propostas



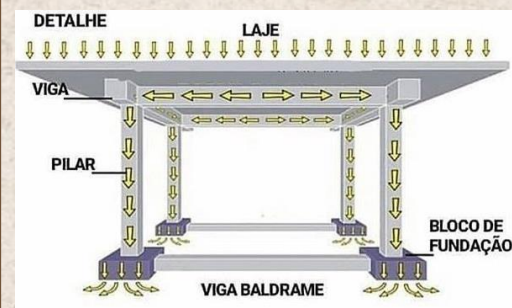
Telha termoacústica.

Popularmente chamada de Telha Sanduíche, é composta por duas chapas com um material metálico (zinco) e isolante térmico no meio, que pode ser o isopor ou o poliuretano. É uma excelente alternativa para criar conforto térmico e acústico na edificação. Será utilizada em todos os edifícios.



AeroTeto[®] SuperLux[®], Zetaflex[®].

Pérgolas com sistema “abre-fecha”, com em policarbonato, permitindo melhor aproveitamento da luz natural. Será utilizado nos jardins internos tanto da Casa de Parto quanto da Casa da Gestante, permitindo que o ambiente seja utilizado mesmo em dias de chuva.



Sistema Estrutural.

Para este projeto, o sistema estrutural proposto é a utilização de viga baldrame, pilar de concreto armado e laje pré-moldada.

AS CAMADAS DE UM TELHADO VERDE



Telhado Verde.

Proporciona conforto térmico e acústico, pois impede que o calor e o som entrem para o ambiente interno da edificação, deixando a temperatura interna mais agradável e com baixo índice de ruído dando maior qualidade e bem-estar a quem ocupa a edificação. Será instalado tanto na Casa da Gestante quanto no Centro de Integração.



Placas Fotovoltaicas.

Por serem edifícios em que o fluxo de pessoas é constante, a utilização de equipamentos que exigem energia elétrica também será grande. Desta forma, as placas de energia fotovoltaica *on-grid* (integrada à rede de distribuição de energia) permitirá a utilização da energia gerada pelo sol, diminuindo gastos. Será instalado na Casa de Gestante.



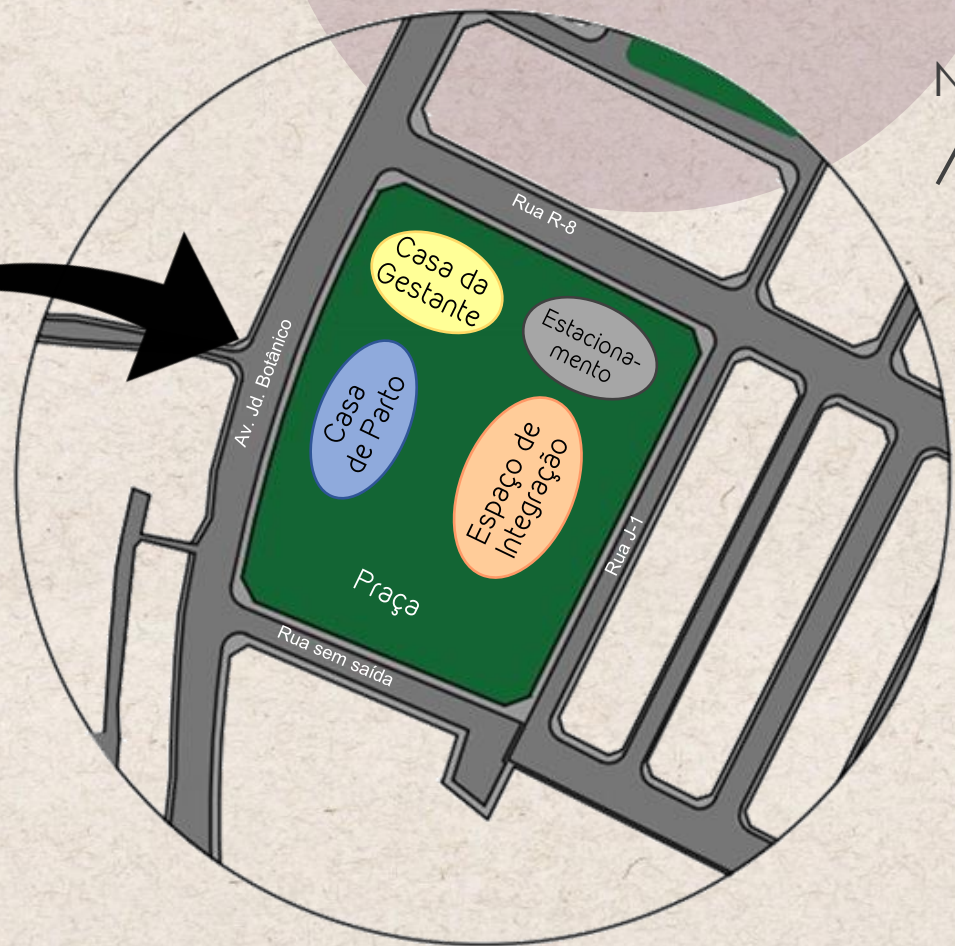
Artista: Mavi Dutra

8. Projeto

8. 1. Apropriação do terreno | Macrossetores



- Área pública com condições para receber esse tipo de edificação;
- Próxima à uma Maternidade de referência de nível Estadual;
- Área útil total: aprox. 11.505 m²
- Área útil após desmembramento: aprox. 7.000 m²
- Área construída (proposta): aprox. 3.330 m²



Legenda:

-  Acesso Pedestres
-  Acesso Veículos
-  Acesso Ambulância
-  Acesso Maternidade D. Íris

O objetivo é permitir que a quadra permaneça com uma boa permeabilidade, permitindo assim que as pessoas possam circular e aproveitar as áreas abertas destinadas ao público.

8. 2. Implantação

Planta Pavimento Térreo | Acessos



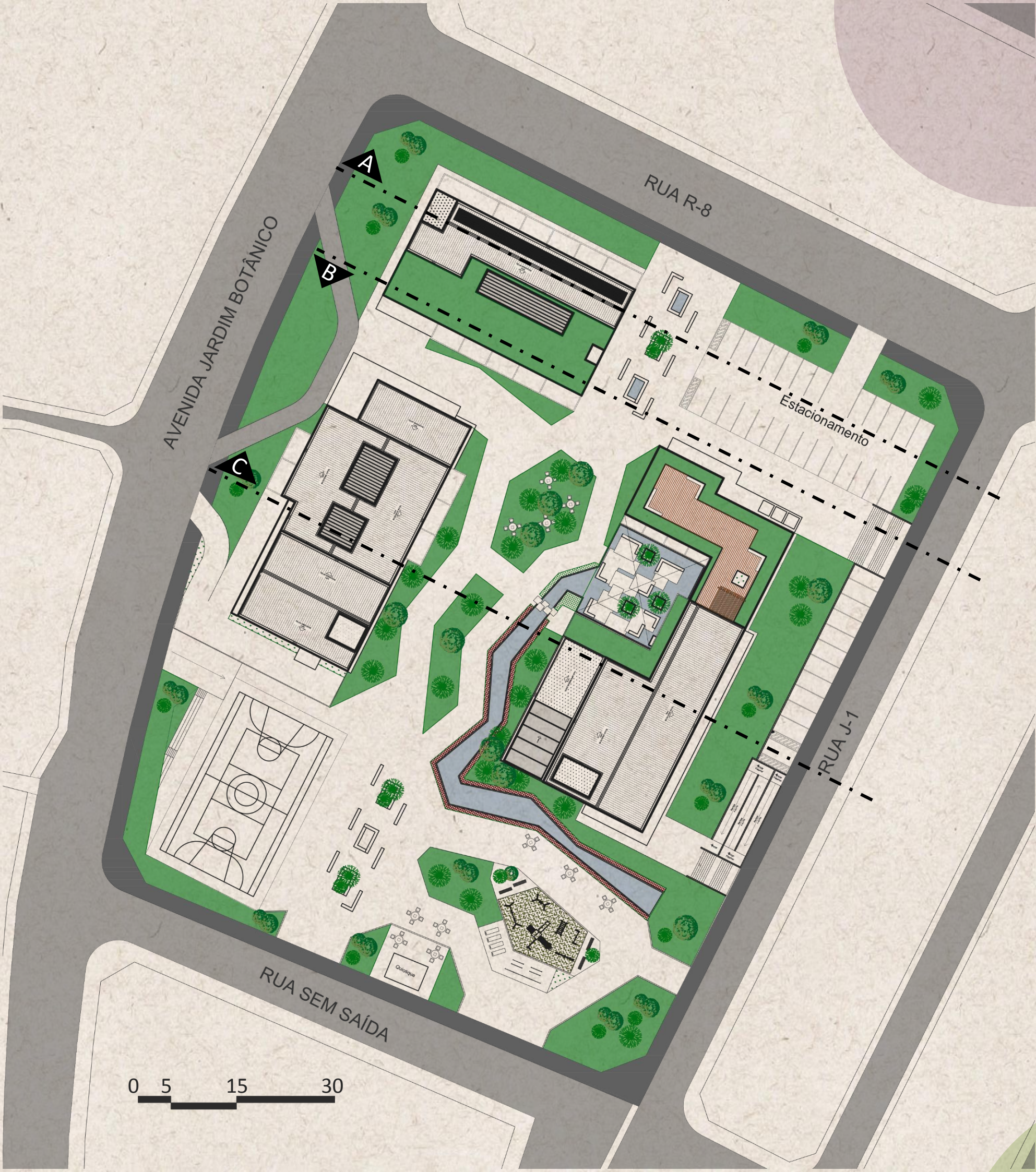
Legenda:

- Acesso Pedestres
- Acesso Veículos
- Acesso Ambulância
- Acesso Estacionamento
- Carga e Descarga / Serviços
- Acesso Maternidade D. Íris

Planta Primeiro Pavimento



Planta de Cobertura



Corte AA



Corte BB



Corte CC



8.3. Casa da Gestante, Bebê e Puérpera

A Casa da Gestante atenderá a demanda de mulheres que não morem em Goiânia ou próximo ao Hospital e Maternidade D. Íris, e estejam com seus bebês internados no hospital e necessitem passar mais de um dia.

O espaço contará com 16 quartos, sendo que desses, 3 possuem banheiros equipados para PcD. Serão 10 quartos de duplas no pavimento térreo e 6 no primeiro pavimento, para gestantes, parturientes e/ou puérperas que estiverem acompanhadas de seus companheiros (as).



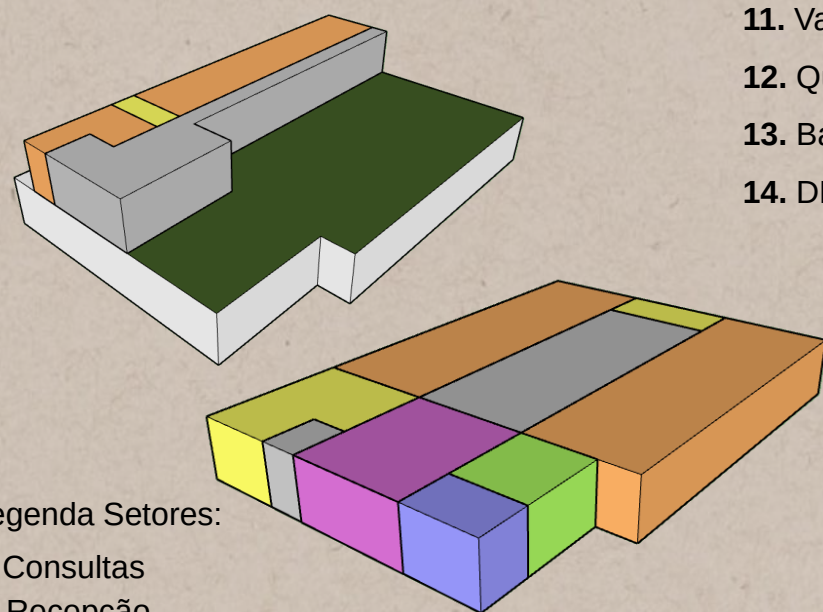
Casa da Gestante, Bebê e Puérpera



Pavimento Térreo

Programa:

1. Recepção
2. Consultório Multiprofissional
3. Espaço de Estar/Multiuso das usuárias
4. Sanitário para visitantes e Funcionários Feminino
5. Sanitário para visitantes e Funcionários Masculino
6. Cozinha
7. Área de Serviço
8. Estendal
9. Jardim Interno (área íntima)
10. Quartos com banheiro (para 20 usuárias)
11. Varandas dos Quartos
12. Quarto Plantão
13. Banheiro – quarto de plantão
14. DML / Apoio



Legenda Setores:

- Consultas
- Recepção
- Área Comum
- Circulação
- Apoio/Serviços
- Quartos
- Cobertura Verde

Primeiro Pavimento

Programa:

15. Sala de Estar
16. Quartos para casais (com banheiro)
17. Copa
18. Telhado Verde



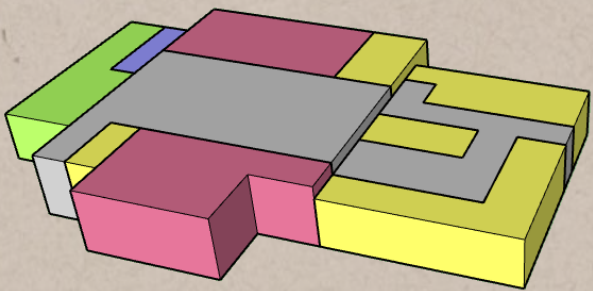
8. 4. Casa da Parto Natural

A Casa de Parto Natural é totalmente voltada para o parto sem intervenções cirúrgicas, em parturientes de baixo risco, ou seja, não ocorrerão partos cesáreos nesse equipamento. Por isso a necessidade de estar próximo a um hospital de referência, caso ocorra alguma intercorrência no momento do parto e seja necessário um parto cirúrgico.

São ao todo 5 quartos PPP, sendo 3 com banheiro e 2 sem banheiro, e contam cada um com uma varanda. Um pátio/jardim interno para deambulação, com cobertura móvel para que possa ser utilizado também em dias de chuva.



Casa de Parto Natural



Programa:

- 1. Recepção
- 2. Sanitários Feminino e Masculino
- 3. Sala de Exames
- 4. Sala de Ultrassom
- 5. Pátio de Deambulação Coletiva
- 6. Guarda maca / cadeira de rodas
- 7. Guarita / Posto policial
- 8. Quartos PPP com banheira
- 9. Quartos PPP sem banheira
- 10. Varandas quartos PPP
- 11. Sala de reanimação neonatal
- 12. Descanso funcionários
- 13. Quarto Plantão
- 14. Posto de Enfermagem
- 15. Prontuário
- 16. Analgesia
- 17. Depósito de Equipamentos e Materiais
- 18. Expurgo
- 19. Central Ar Condicionado
- 20. Depósito Gás Oxigênio
- 21. Depósito Ar Comprimido
- 22. Sala de Utilidades
- 23. Administração
- 24. Lavanderia
- 25. Vestiário Funcionários Masc. E Fem.
- 26. Sanitário Funcionários PcD
- 27. Cozinha/Copa
- 28. DML

Legenda Setores:

- | | | |
|------------|---------------|------------------|
| ■ Consulta | ■ Quartos PPP | ■ Apoio/Serviços |
| ■ Recepção | ■ Circulação | |



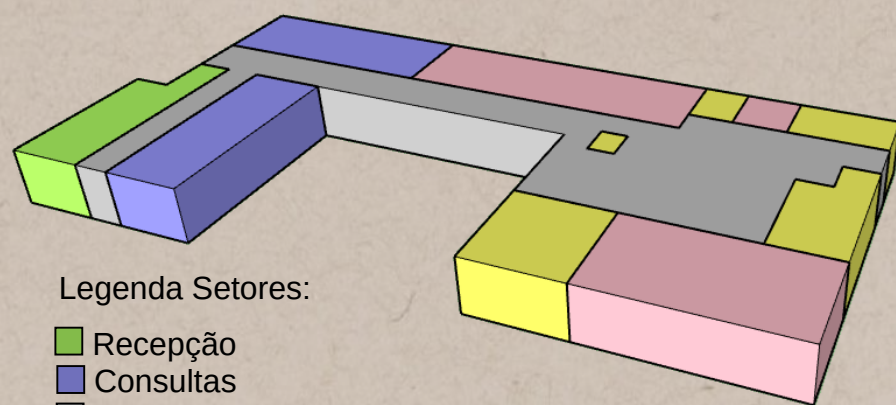
8.5. Centro de Integração, Apoio e Convivência

O Centro de Integração servirá como um equipamento onde a gestante e puérpera poderá realizar consultas e exames ambulatoriais, e lactantes poderão doar leite humano no Posto de Coleta. É também um local onde poderão ser realizadas atividades como acupuntura, yoga, natação e pilates, além disso, o espaço também conta com um salão de eventos e 3 salas multiuso para a realização de cursos e oficinas.

O primeiro pavimento dá acesso a uma área aberta com deck de madeira para que sejam realizadas atividades também nesse local.



Centro de Integração, Apoio e Convivência



Legenda Setores:

- Recepção
- Consultas
- Circulação
- Atividades/Eventos
- Apoio/Serviços

Pavimento Térreo

Programa:

1. Recepção
2. Sanitários Feminino e Masculino
3. Ambulatório
4. Consultórios tipo 1 (sem banheiro)
5. Posto de coleta de Leite Humano
6. Consultórios tipo 2 (com banheiro)
7. Sala de Acupuntura
8. Sala de Yoga
9. Estúdio de Pilates
10. Administração
11. Brinquedoteca
12. Sala de Utilidades
13. Depósito de Equipamentos
14. Central Ar Condicionado
15. DML / Apoio
16. Vestiários Feminino e Masculino
17. Sanitário PcD
18. Área da Piscina
19. Lanchonete
20. Espelho d'água / Jardim Contemplativo



Centro de Integração, Apoio e Convivência



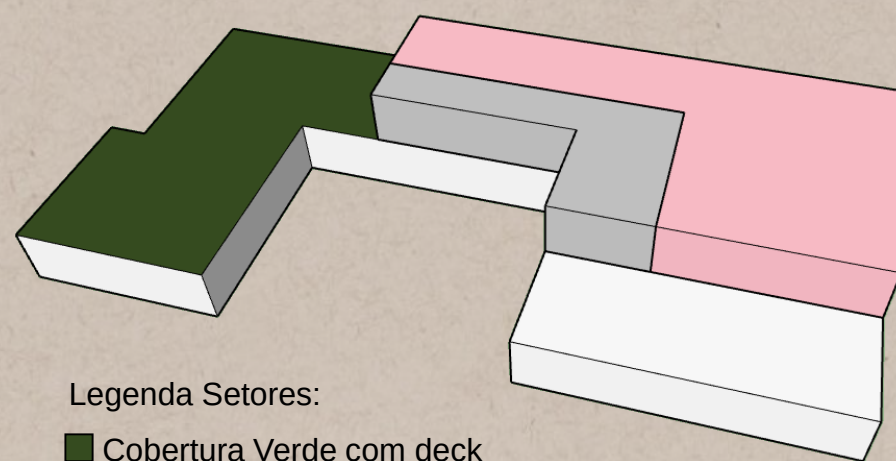
Primeiro Pavimento

Programa:

21. Salão de Eventos

22. Salas Multiuso

23. Telhado Verde com deck de Madeira para realização de atividades



Legenda Setores:

- Cobertura Verde com deck
- Circulação
- Atividades/Eventos



9. Referências Bibliográficas

BALASKAS, Janet. **Parto Ativo: Guia prático para o parto natural**. 2ª edição. São Paulo, 2008.

BATISTUTA, Paulo. **Maternidade segura: o que é isto?** <<https://www.amigasdoparto.com.br/ac017.html>> Sem data de publicação. Acesso em: 25/03/2020

BITENCOURT, Fábio Oliveira. **Arquitetura do Ambiente de Nascer: Investigação, reflexões e recomendações sobre adequação de conforto para centros obstétricos em maternidades públicas no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**. Atenção integral a saúde da mulher e da criança. Estratégia de qualificação da atenção obstétrica e infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 36, 03/06/2008 . **Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal** - Junho, 2008.

BRASIL ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 50, 21/02/2002 . **Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**- Fevereiro, 2002.

BRASIL ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 171, 04/09/2006 . **Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano** - Setembro, 2006.

CECHIN, Petronila Libana. **REFLEXÕES SOBRE O RESGATE DO PARTO NATURAL NA ERA DA TECNOLOGIA**. Brasília, 2002

CIACO, Ricardo José Alexandre Simon. **A ARQUITETURA NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DOS AMBIENTES HOSPITALARES**. São Carlos, São Paulo, 2010

COELHO, Guilherme. **A ARQUITETURA E A ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO: Humanizando o Espaço**. Rio de Janeiro, 2003

DAVIM, Rejane Marie Barbosa; MENEZES, Rejane Maria Paiva de. **ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL NO DOMICÍLIO**. São Paulo, 2001

LARA, Ingrid Gabler. Casa de Humanização e Naturalização do parto: a arquitetura no ambiente de nascer. Vila Velha, Espírito Santo, 2017.

MACHADO, Nilce Xavier de Souza; PRAÇA, Neide de Souza. **Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente**. São Paulo, 2004.

MARTINS, Vânia Paiva. **A Humanização e o Ambiente Físico Hospitalar**. Anais do I Congresso Nacional da ABDEH – IV Seminário de Engenharia Clínica. 2004

MATEI, Elizabete Martins; CARVALHO, Geraldo Mota de; SILVA, Maria Beatriz Henrique; MERIGBI, Miriam Aparecida Barbosa. **Parto Humanizado: um direito a ser respeitado**. São Paulo, 2003

MEIRA, Adailton. Introdução do livro Parto Ativo de Janet BALASKAS, 2008, p. 16.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 36, de 03 de junho de 2008**.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 11, de 07 de janeiro de 2015**.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 987, de 05 de agosto de 1999**.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Humanização no pré-natal e nascimento**. Ministério da Saúde, Brasília, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Ministério da Saúde, Brasília, 2001.

MOTT, Maria Lúcia. **Assistência ao parto: Do domicílio ao hospital (1830-1960)**. São Paulo, dezembro, 2002.

MOURA, Fernanda Maria de Jesus Sousa Pires; NERY, Inez Sampaio; SÁ, Maria Íris Mendes da Rocha. **O Renascimento do Parto Normal Humanizado: Atuação da enfermeira obstetra**. Sem data de publicação

ODENT, Michel. **O Camponês e a Parteira**. 1ª edição. São Paulo: Editora Ground, 2003.

ODENT, Michel. **O Renascimento do Parto**. 2ª edição. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

OLIVEIRA, Jéssica Silva Rocha.. **Proposta de uma casa de parto natural em Vitória da Conquista-BA**. Vitória da Conquista, Bahia, 2018.

PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de. **Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”**. Rio de Janeiro, 2018.

PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. **Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 2011.

PAULA, Érica de; CHAUVET, Eduardo. **O renascimento do Parto: o documentário**. 2013

SAMPAIO, Ana Virgínia Carvalhaes de Faria. **Arquitetura Hospitalar: Projetos ambientalmente sustentáveis, conforto e qualidade**. São Paulo, 2005.

SANTOS, Nara Moreira dos. **A “humanização” do parto em maternidades públicas de Goiânia [manuscrito]**. Goiânia, 2009

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Parto humanizado como estratégia para o fim da violência obstétrica**.<<http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/noticia/15/04/Parto-humanizado-estrategia-fim-violencia-obstetrica.shtml>> Acesso em: 29/03/2020

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Taxa de cesáreas do Hospital e Maternidade Dona Íris é menor que a média nacional**.<<http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/noticia/15/11/Taxa-cesareas-Hospital-Maternidade-Dona-Iris.shtml>> Acesso em: 29/03/2020

SEIBERT, Sabrina Lins *et al*. **Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história**. Rio de Janeiro, 2005.

SILVA, Amanda Krauze da. **CASA DE PARTO: A HUMANIZAÇÃO DO AMBIENTE DE NASCER POR MEIO DA ARQUITETURA**

TOLEDO, Luiz Carlos Menezes de. **FEITOS PARA CUIDAR: a arquitetura como um gesto médico e a humanização do edifício hospitalar**. Rio de Janeiro, 2008

VENDRÚSCOLO. Cláudia Tomasi. **A História do Parto: do domicílio do hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto**. Santa Maria, 2015.

VIEIRA, Evelin. **CASA DA MATERNIDADE LIVRE**. São Paulo, 2015.

Anexos

Programa de Necessidades

Casa da Gestante Bebê e Puérpera

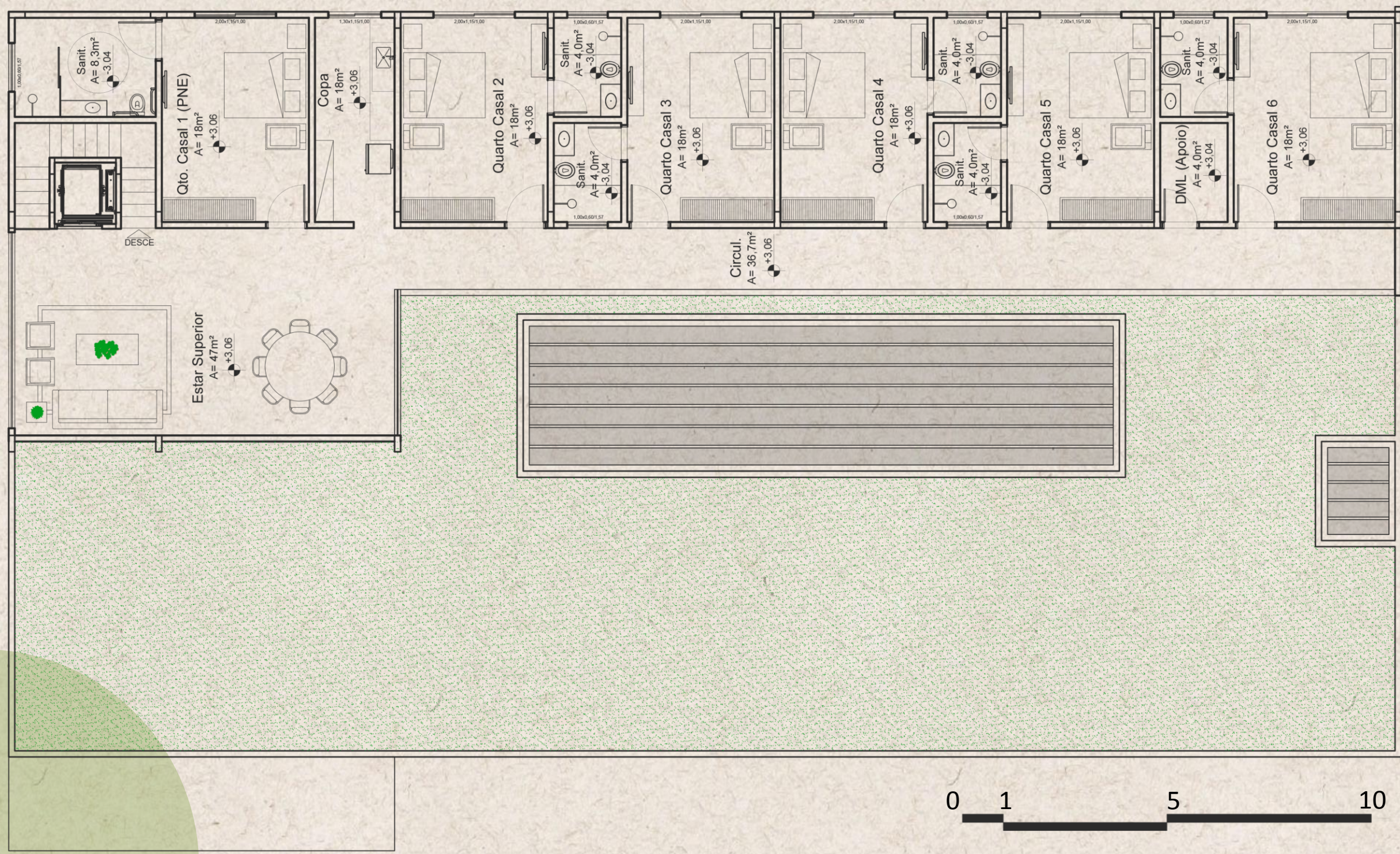
Ambiente	(qtde)	Área
Recepção		28,5m²
Sala de Atendimento Multiprofissional		17,2m²
Espaço de Estar/ Multiuso das Usuárias		62m²
Sanitário para visitantes e funcionários (x2)		4m² (cada)
Cozinha/Refeitório		28,5m²
Área de Serviço		8,3m²
Estendal		23m²
Quartos para alojamento (x16)		18m² (cada)
Banheiros Quartos (x13)		4,0m² (cada)
Banheiros Quartos PcD (x2) térreo		6,8m² (cada)
Banheiro Quarto PcD superior		8,3m²
Varanda Quartos (x10)		11,25m² (cada)
Quarto Plantão		13,6m²
Banheiro Quarto Plantão		2,8m²

Ambiente	(qtde)	Área
DML (x2)		4m² (cada)
Sala de Estar Superior		47m²
Copa Superior		18m²
Pátio/ Jardim interno		157,6m²
Total:		896,9m²

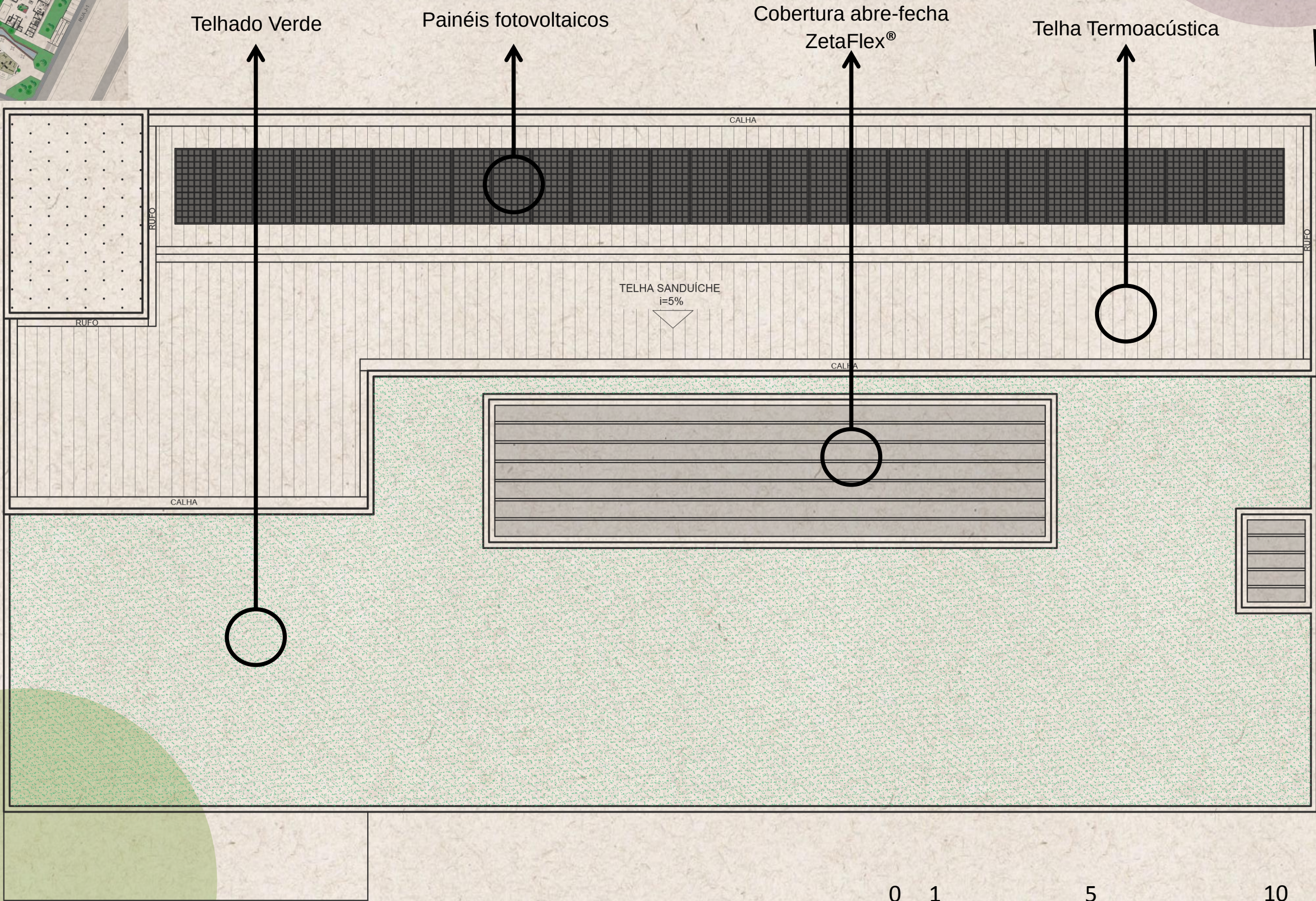




Casa da Gestante; Bebê e Puérpera | Primeiro Pavimento



Casa da Gestante, Bebê e Puérpera | Cobertura



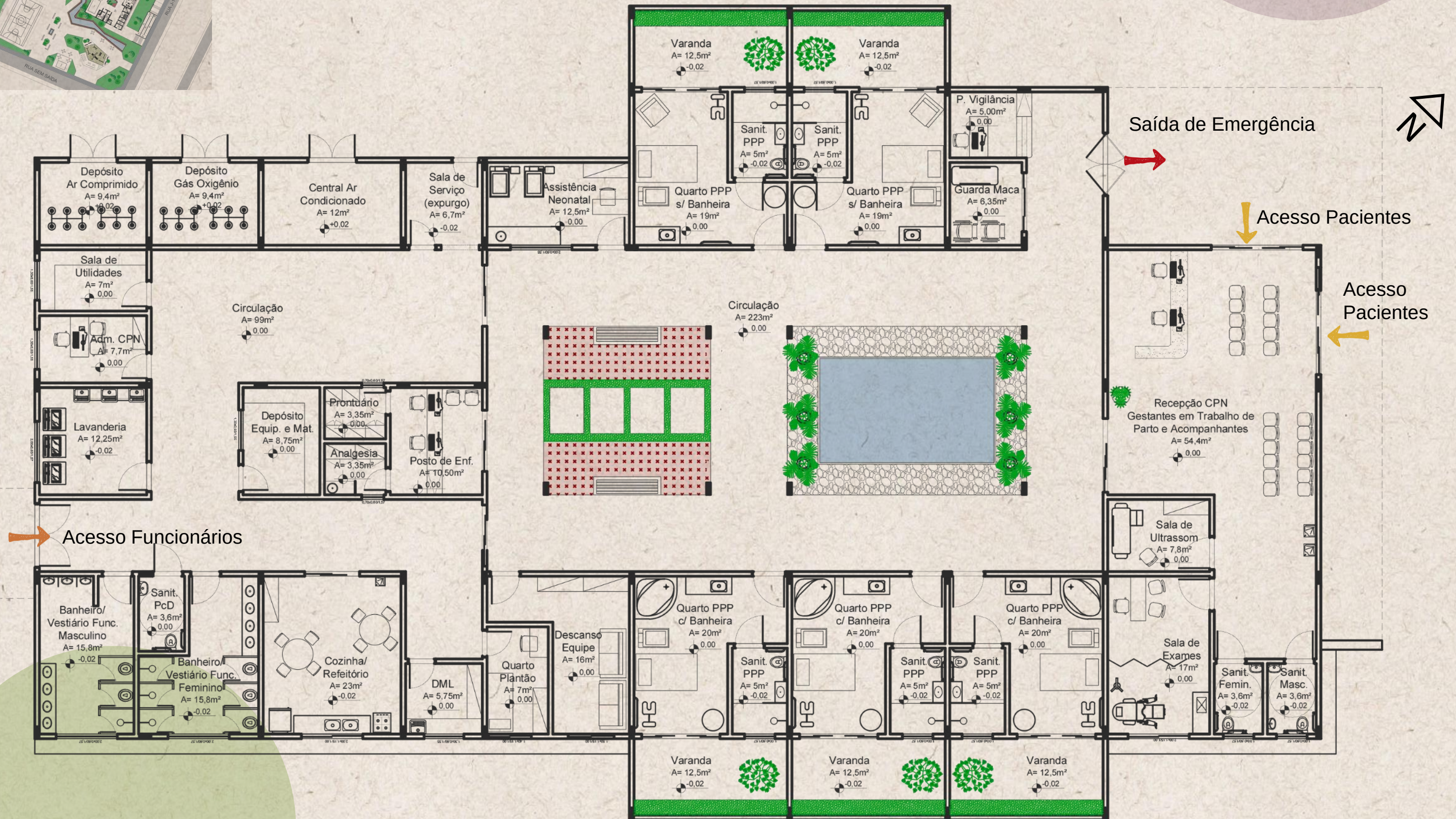
Programa de Necessidades

Casa de Parto Natural

Ambiente	(qtde)	Área
Recepção		54,4m²
Sala de Exames		17m²
Sala de Ultrassom		7,8m²
Sanitários Recepção (x2)		3,6m² (cada)
Quarto PPP c/ banheira (x3)		20m² (cada)
Quarto PPP s/ banheira (x2)		19m² (cada)
Banheiros Quartos PPP (x5)		5m² (cada)
Varanda Quartos PPP (x5)		12,5m² (cada)
Área de deambulação Coletiva		223m²
Posto de Enfermagem		10,5m²
Assistência Neonatal		12,5m²
Sala de Serviço (expurgo)		6,7m²
Sala de Utilidades		7m²
Depósito Equipamentos e Materiais		8,75m²
Lavanderia		12,25m²

Ambiente	(qtde)	Área
Vestiário/Banheiro Funcionários (x2)		15,8m² (cada)
Banheiro PcD		3,6m²
Cozinha/Refeitório		23m²
Descanso Equipe		16m²
Quarto Plantão		7m²
DML		5,75m²
Central de Ar Condicionado		12m²
Depósito Gás Oxigênio		9,4m²
Depósito Ar Comprimido		9,4m²
Guarda Maca		6,35m²
Posto de Vigilância		5,00m²
Prontuário		3,35m²
Analgesia		3,35m²
Administração		7,7m²
Total:		696,10m²

Casa de Parto Natural | Térreo



0 1 5 10

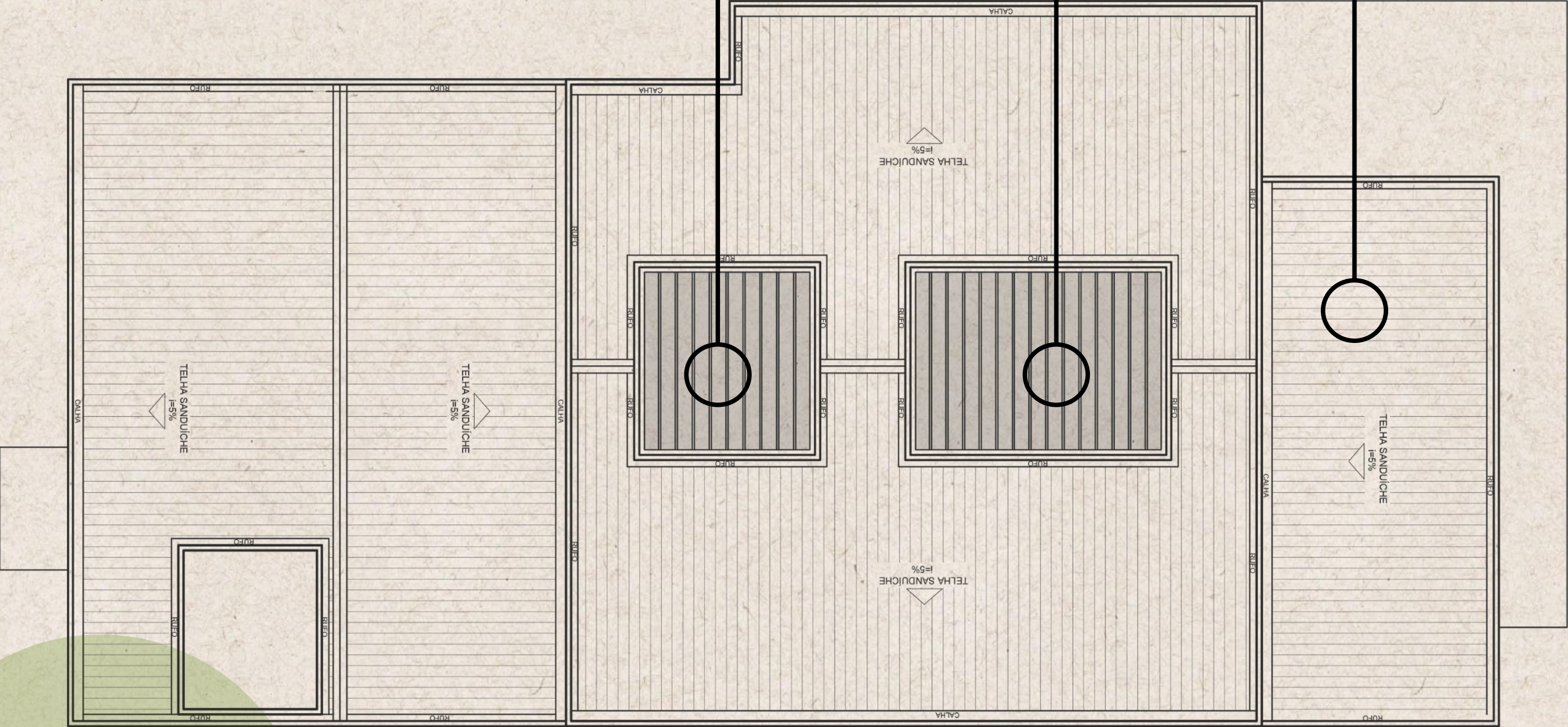


Casa de Parto Natural | Cobertura

Cobertura abre-fecha
ZetaFlex®

Cobertura abre-fecha
ZetaFlex®

Telha Termoacústica



Programa de Necessidades

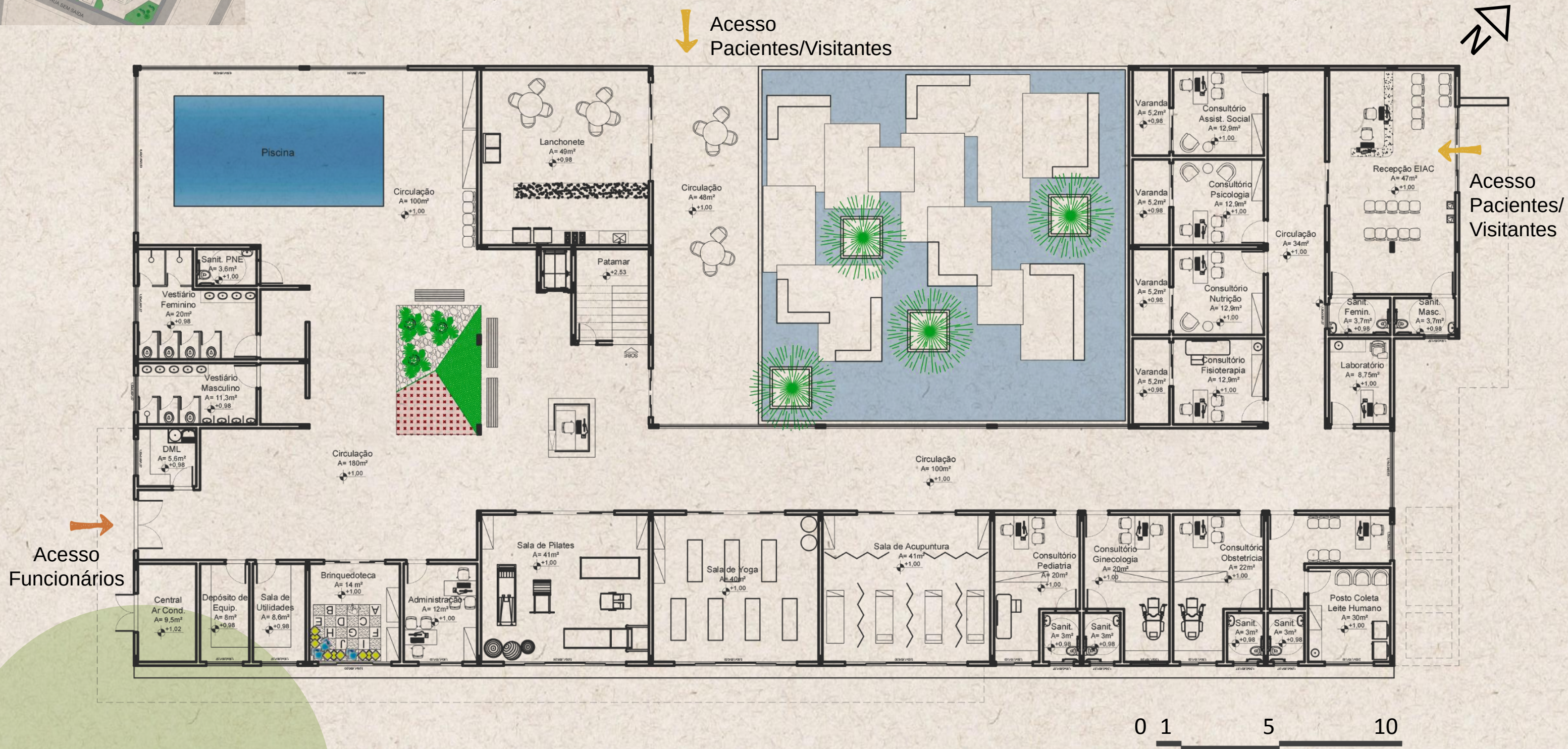
Centro de Integração, Apoio e Convivência

Ambiente	(qtde)	Área
Recepção		47m²
Sanitários Recepção (x2)		3,7m² (cada)
Laboratório		8,7m²
Consultórios tipo 1 (x4)		12,9m² (cada)
Varanda Consultórios tipo 1 (x4)		5,2m² (cada)
Consultórios tipo 2 (x2)		20m² (cada)
Consultório Obstetrícia		22m²
Posto de Coleta de Leite Humano		30m²
Sala de Acupuntura		41m²
Sala de Yoga		40m²
Sala de Pilates		41m²
Administração		12m²
Brinquedoteca		14m²

Ambiente	Área
Sala Multiuso 1	41m²
Sala Multiuso 2	40m²
Sala Multiuso 3	41m²
Salão de Eventos	232m²
Sala de Utilidades	8,6m²
Depósito de Equipamentos	8m²
Vestiário Masculino	11,3m²
Vestiário Feminino	20m²
Área da Piscina	100 m²
Lanchonete	50m²
Pátio	281m²
DML	5,5m²
Central de Ar Condicionado	9,5m²
Total:	1.223,0m²



Centro de Integração, Apoio e Convivência| Pavimento Térreo

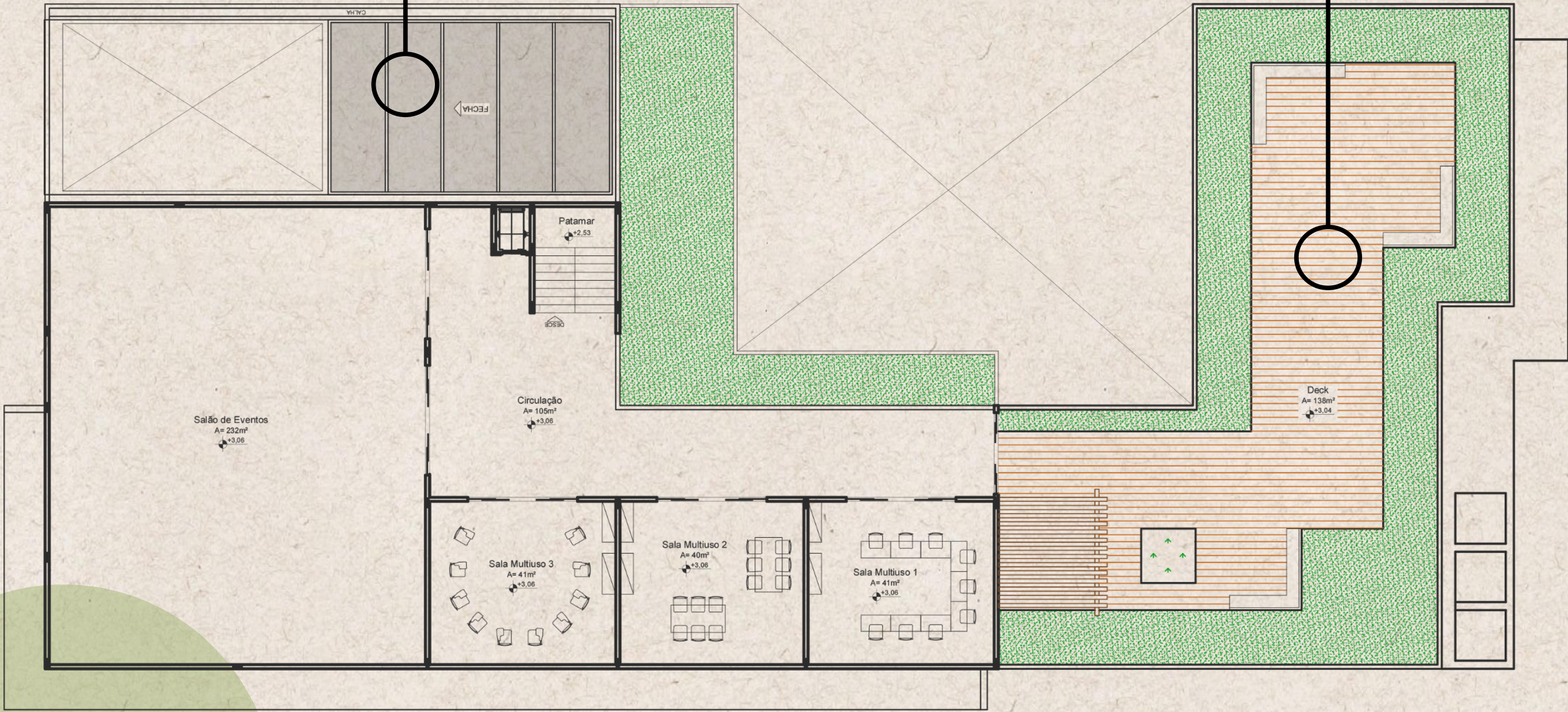


Centro de Integração, Apoio e Convivência Primeiro Pavimento



Cobertura retrátil acima da piscina

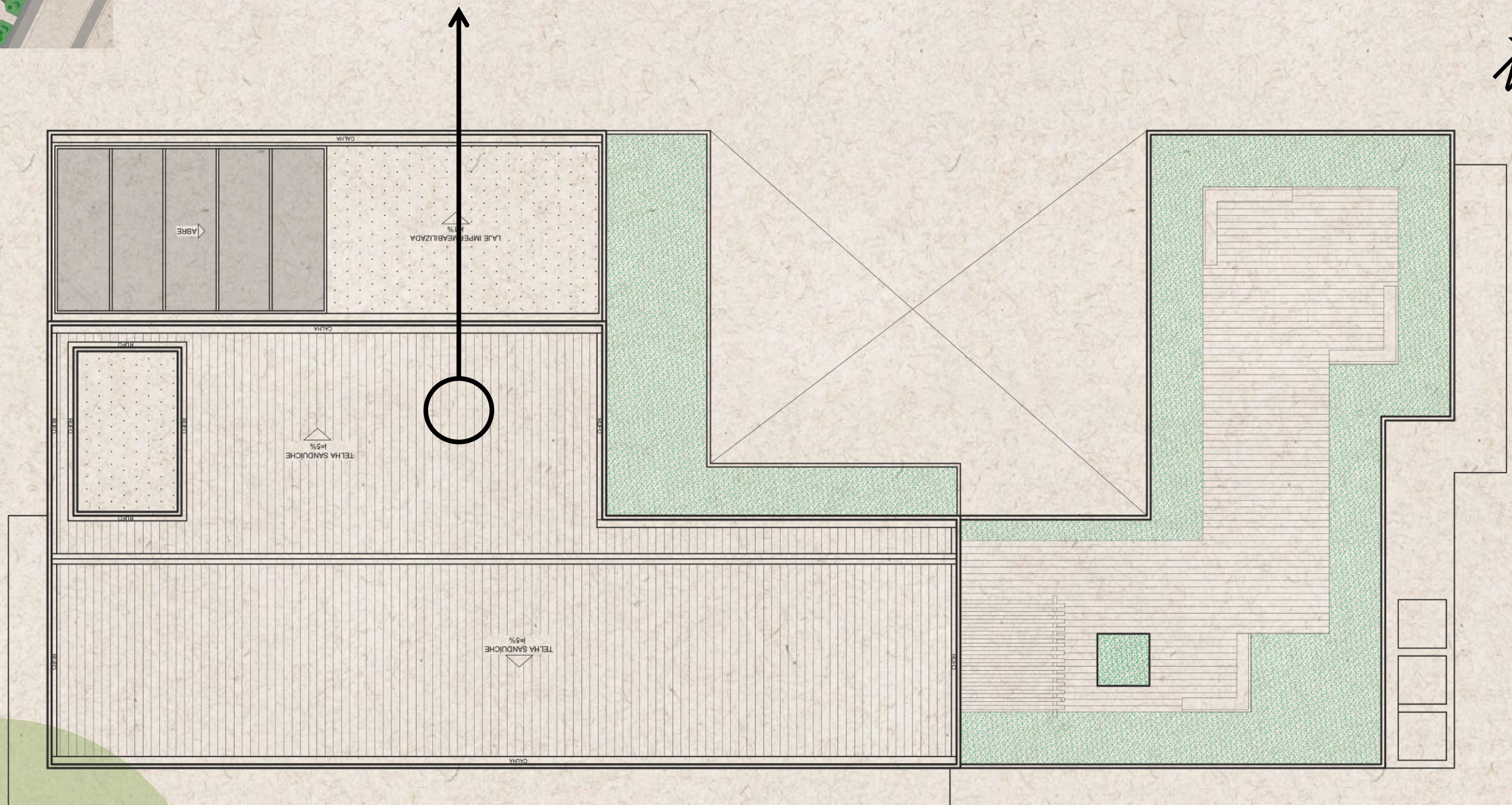
Telhado Verde com deck de madeira





Centro de Integração, Apoio e Convivência| Cobertura

Telha Termoacústica



0 1 5 10

Perspectivas do Projeto



Gentileza Urbana - Praça



Parque Infantil



Quiosque



Circulação /
Quadra Poliesportiva



Espelho d'água