



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE TECNOLOGIA
FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO

GABRIELA DE OLIVEIRA CORRÊA

**ESTUDO SOBRE A IMPLANTAÇÃO DE CENTROS DE PARTO NORMAL (CPN) NO
ÂMBITO DO SUS PARA O MUNICÍPIO DE BELÉM/PA**

Belém/PA
Dezembro/2019

GABRIELA DE OLIVEIRA CORRÊA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II

**ESTUDO SOBRE A IMPLANTAÇÃO DE CENTROS DE PARTO NORMAL (CPN) NO
ÂMBITO DO SUS PARA O MUNICÍPIO DE BELÉM/PA**

Monografia apresentada a disciplina TCC II como
requisito para a conclusão do curso de graduação
na Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da
Universidade Federal do Para — UFPA.

Orientador: Prof. Dr. Raul da Silva Ventura Neto

Belém/PA
Dezembro/2019

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II

ESTUDO SOBRE A IMPLANTAÇÃO DE CENTROS DE PARTO NORMAL (CPN) NO ÂMBITO DO SUS PARA A REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM/PA

Gabriela de Oliveira Corrêa

Banca examinadora

Prof. Dr. Raul da Silva Ventura Neto
Orientador

Prof. Msc. Joaquim Augusto Gomes de Souza Meira
Avaliador

Profª. Enfª. Lorena Saavedra Siqueira
Avaliadora

Profª. Drª. Gisa Helena Melo Bassalo
Avaliadora

Data: ____/____/____

Nota: _____ Conceito: _____

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, por ter plantado em meu coração a semente de me tornar uma Arquiteta e Urbanista; por ter me dado condições físicas e psicológicas para realizar os cinco anos desta graduação e finalizar este trabalho de maneira satisfatória, além de colocar pessoas especiais que me auxiliaram durante toda a minha trajetória acadêmica; por ter me dado o privilégio de realizar esta graduação em uma instituição, que apesar dos contratempos, me formou uma profissional com plena capacidade de contribuir positivamente para a construção de ambientes e cidades melhores.

Ao meu noivo, Isaque, pelo incentivo, ajuda e colo em todos os dias, principalmente quando acreditava não ser capaz de completar a graduação. Esta vitória também é sua!

A minha família, principalmente aos meus pais e irmão, que vibraram com minhas vitórias e me apoiavam nas dificuldades. Seus ensinamentos, apoio e carinho me conduziram a esta vitória!

Aos meus amigos de curso, em especial a Rafaela e Eloise, que, através do RAGAEL, enfrentaram ao meu lado os desafios e aproveitaram as benesses destes cinco anos de graduação. Acreditem, sem vocês, não chegaria até aqui!

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	2
CAPÍTULO 1: A ASSISTÊNCIA AO PARTO NOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SAÚDE. 6	
1.1. ASSISTÊNCIA AO PARTO NA INGLATERRA.....	9
1.2. ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL.....	11
CAPÍTULO 2: PARÂMETROS ARQUITETÔNICOS PARA ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE VOLTADOS AO PARTO NORMAL.....	19
2.1. PARÂMETROS ARQUITETÔNICOS PARA BIRTH CENTRE: GRÃ-BRETANHA E AUSTRÁLIA.....	21
Controle.....	21
Privacidade.....	22
Imersão na água.....	24
Iluminação.....	27
Janelas.....	28
Ruído.....	29
Decoração, mobiliário e equipamentos.....	30
Espaço para deambulação.....	35
Contato com a natureza e Facilidade de acesso.....	37
Suporte aos acompanhantes.....	38
2.2. PARÂMETROS ARQUITETÔNICOS PARA CENTROS DE PARTO NORMAL NO SUS.....	39
CAPITULO 3: PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE UM CENTRO DE PARTO NORMAL NO MUNICÍPIO DE BELÉM/PA.....	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS.....	66
ANEXO A - PLANTA DE SITUAÇÃO.....	71
ANEXO B - PLANTA DE IMPLANTAÇÃO.....	72
ANEXO C - PLANTA BAIXA E LAYOUT.....	73
ANEXO D - PLANTA DE COBERTURA E ELEVAÇÃO.....	74
ANEXO E – CORTES E ELEVAÇÃO.....	75

INTRODUÇÃO

O nascimento é um acontecimento familiar, social e cultural de extrema relevância para toda a sociedade, não somente no âmbito da saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 140 milhões de nascimentos ocorrem por ano no mundo, variando na forma de assistência de cada país, em função de suas características socioculturais e econômicas. Wagner (2001) classificou os modelos de assistência ao parto adotados no mundo de acordo com o grau de medicalização: Tecnocrata ou altamente medicalizado, adotado nos Estados Unidos e nas áreas urbanas do Brasil, caracterizado pelo uso extremo da tecnologia e de intervenções hospitalares (visão patológica dos procedimentos); Holístico ou menos medicalizado, adotado na Holanda, Nova Zelândia e países escandinavos e se caracteriza por baixas taxas de intervenções (episiotomia, fórceps ou ventosas, epidural, cesáreas, etc.) e pelo respeito ao processo fisiológico; e o Intermediário ou Humanista, adotado pela Grã-Bretanha, Canadá e Alemanha.

O que se observa atualmente é o contínuo aumento das taxas de intervenções obstétricas em parturientes de risco habitual, principalmente a prática da cesariana em parturientes de risco habitual – em oposição ao recomendado pela OMS. O modelo medicalizado, predominante na assistência obstétrica brasileira, considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças e não como expressões de saúde, ignorando aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo. O Brasil é o segundo país que mais realiza cesarianas no mundo, apresentando uma taxa de 55,66% no ano de 2017 (BRASIL, 2019), estando bem acima das taxas de cesáreas recomendadas pela OMS (15 a 20%) e pelas políticas do Ministério da Saúde (25 a 30%). Ao comparar com a saúde suplementar brasileira, esta taxa é de 83%, com perspectiva de alcançar os 90% em 2020. Verificou-se uma tendência de aumento desta taxa ao longo dos anos, o que gera consequências a curto e longo prazo na saúde pública brasileira (prematuridade e manifestações de doenças crônicas, por exemplo) e nos gastos em saúde pública no Brasil: as cesáreas em excesso representam um gasto adicional significativo para o SUS que são afastados de outros serviços essenciais de saúde.

Portanto, é necessária a mudança do atual modelo medicalizado para um modelo holístico e humanizado de assistência obstétrica no Brasil, que geraria impactos positivos para a saúde pública, para a população, para a economia do país, assim como

atenderia às recomendações internacionais e diretrizes do Ministério da Saúde. Este trabalho apresenta como o desenho arquitetônico de estabelecimentos de assistência obstétrica pode contribuir para esta mudança, através do incentivo a implantação de Centros de Parto Normal (CPN): uma tipologia arquitetônica existente no âmbito do SUS desde 1999, que promove a humanização na atenção ao parto e não possui uma abrangência relevante no cenário obstétrico brasileiro.

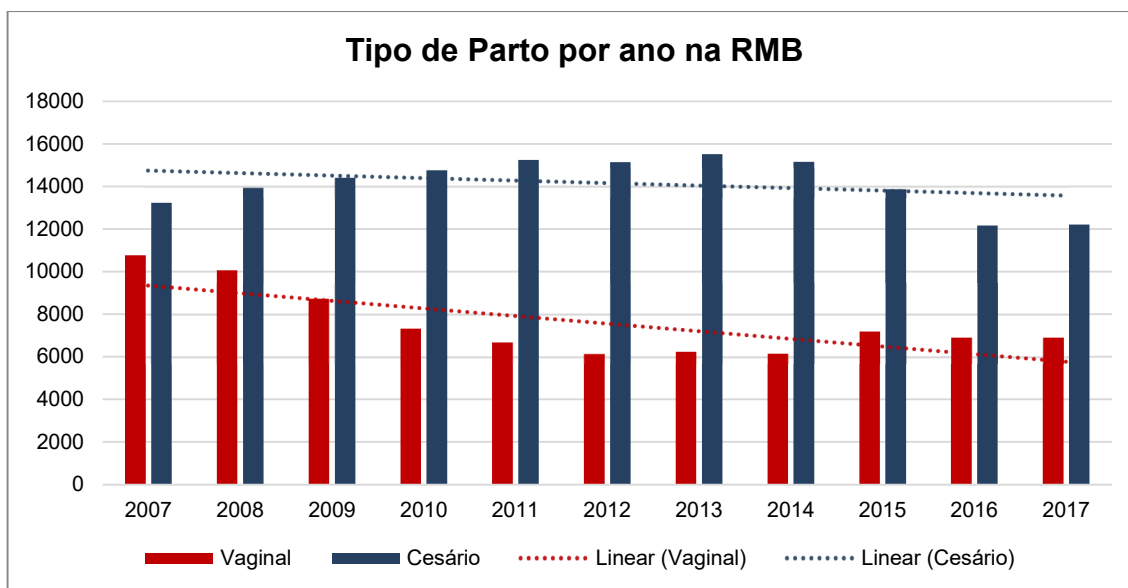
O objetivo geral deste estudo é discutir a assistência ao parto no Sistema Único de Saúde (SUS), sugerindo propostas de mudança em seu modelo medicalizante através de parâmetros arquitetônicos em estabelecimentos de atenção ao parto normal, principalmente com a tipologia de Centro de Parto Normal (CPN) para implantação o município de Belém/PA. Dentre os objetivos específicos estão: (1) Apresentar como a assistência ao parto ocorre nos sistemas públicos de saúde do Brasil e da Inglaterra, posicionando-os em relação aos parâmetros internacionais (2) Sistematizar parâmetros para arquitetura de Birth Centers e CPN, utilizando como base os sistemas públicos da Inglaterra e Austrália; (3) Propor um projeto de CPN para o município de Belém/PA, adequada à epidemiologia da região e à rede cegonha existente.

Este estudo se justifica na medida em que propõe alternativas arquitetônicas de baixo impacto econômico que contribuem na mudança do atual modelo assistencial obstétrico brasileiro e condizente às regulamentações pela OMS e às diretrizes da Rede Cegonha, no âmbito do SUS. Apesar de propor um Centro de Parto Normal para o município de Belém/PA, os parâmetros de desenho arquitetônico definidos neste trabalho podem ser utilizados em outros estabelecimentos de atenção ao parto, de maneira adequadas às condicionantes locais. Espera-se que estes resultados possam ser amplamente divulgados e incorporados nos estabelecimentos voltados ao parto normal, de modo a melhorar as experiências de nascimento de mulheres e crianças, principalmente em Belém.

Como mostra o gráfico 01, as taxas de cesarianas tendem a manter o crescimento, enquanto que os partos vaginais estão decrescendo mais a cada ano na Região Metropolitana de Belém (RMB), acompanhando o cenário nacional. Assim, este trabalho pode contribuir para a diminuição da taxa de cesáreas na RMB, através do estímulo da implantação de Centros de Parto Normal e da sistematização de parâmetros

arquitetônicos de humanização dos espaços de nascimentos, demonstrando que é possível a adoção de um espaço alternativo de assistência ao parto.

Gráfico 01. Taxa de partos cesáreas e vaginais por ano na RMB.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC (2019)

O capítulo 1 apresenta o cenário atual da assistência obstétrica no mundo, realizando uma comparação entre os sistemas públicos de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), e o britânico, o National Health System (NHS) – referência na assistência obstétrica pública e humanizada. Uma análise do histórico, dos dados e dos parâmetros utilizados em relação à atenção ao parto é realizada para ambos sistemas públicos de saúde, possibilitando realizar uma comparação entre eles em âmbito internacional, além de apontar questões em que o SUS poderia avançar rumo a humanização do nascimento.

O capítulo 2 analisa os parâmetros do desenho arquitetônico para estabelecimentos de saúde voltados ao parto normal: os Birth Centre na Inglaterra e Austrália e Centro de Parto Normal no Brasil. Aspectos arquitetônicos como Controle, Privacidade, Imersão na água, Iluminação, Janelas, Ruído, Decoração, mobiliário e equipamentos, Espaço para deambulação, Contato com a natureza e Facilidade de acesso, são analisados e sistematizados para aplicação no SUS, além de visualizar o impacto que eles podem causar na experiência de nascimento da mulher e da criança, assim como na mudança da atenção obstétrica brasileira.

Por fim, o capítulo 3 apresenta uma proposta de Centro de parto normal Perihospitar (CPN) para o município de Belém/PA, utilizando os parâmetros de desenho arquitetônico apresentados no capítulo anterior como principal referência para a elaboração do projeto. Outros parâmetros, como as condicionantes locais relacionadas ao conforto ambiental, ao posicionamento na malha urbana, à leitura visual, mobiliário, programa de necessidades, dentre outros, foram respeitados de modo a produzir uma tipologia arquitetônica assistencial ao parto normal que possa ser reproduzida para outras áreas da RMB, visando a difusão do modelo de humanização ao parto através da apropriação desta tipologia pela população local.

CAPÍTULO 1: A ASSISTÊNCIA AO PARTO NOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SAÚDE.

De acordo com a OMS, a maioria dos partos ocorrem com gestantes de risco habitual, ou seja, sem qualquer complicação clínica e obstétrica até o momento do parto, com feto único, a termo e apresentação cefálica. Elaborado pela OMS em 1996, o manual de “Boas Práticas de atenção ao parto e ao nascimento” recomenda que, em casos de gravidez de risco habitual, seja realizado o parto normal assistido por enfermeira obstétrica ou profissional capacitado, com trabalho de parto espontâneo entre 37 e 42 semanas completas de gestação, sem intervenções clínicas e obstétricas. O nascimento assistido por médicos em ambiente hospitalar é indicado para casos que apresentam complicações obstétricas e representam riscos à saúde da parturiente e/ou da criança e, portanto, são adotadas tecnologias e procedimentos médicos visando a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais.

Porém, observou-se nos últimos 20 anos um aumento das taxas de intervenções em mulheres e recém-nascidos sem complicações obstétricas, tornando-se uma prática rotineira em alguns países. O modelo altamente medicalizado, como o adotado no Brasil, considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças e não como expressões de saúde, desconsiderando os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo (BRASIL, 2017). Há, desse modo, uma lacuna entre evidências científicas e diretrizes disponíveis para melhoria da qualidade da atenção à saúde e a adoção desses recursos evidências pelos serviços de saúde (ANS, 2016).

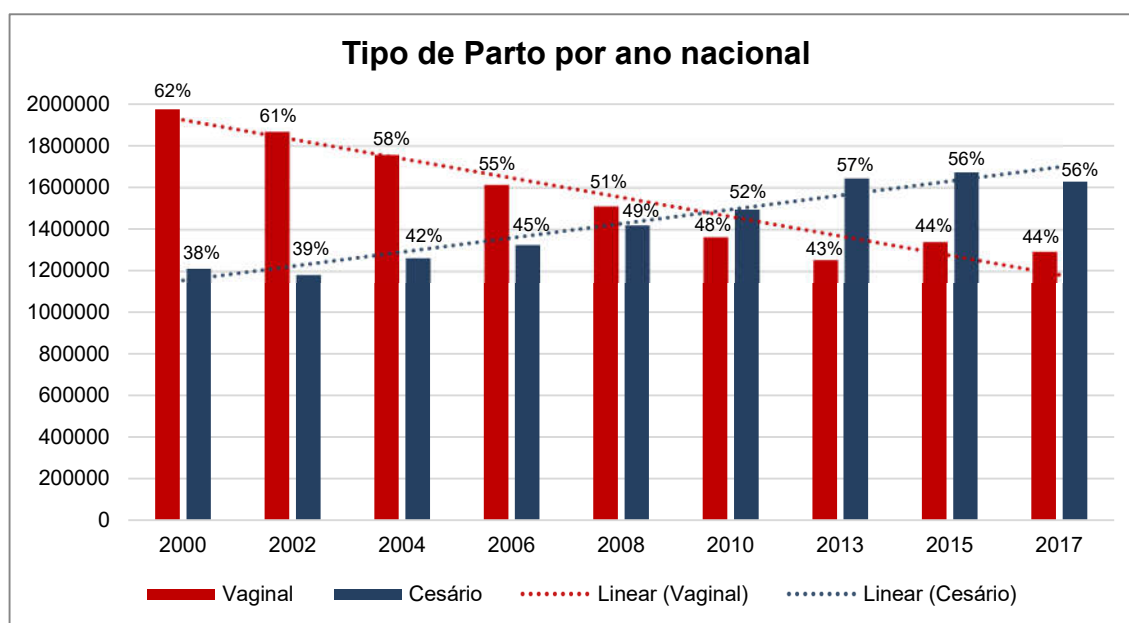
Segundo PATAH, L. E. M et al (2011), a cesárea é uma intervenção cirúrgica concebida para ser realizada em situações de maior complexidade e, quando indicada por razões médicas, é considerada efetiva na redução do risco de complicações maternas e/ou fetais durante a gravidez e o trabalho de parto. Desde 1985, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15% (índice que está em atual reavaliação, pois depende do modelo de assistência obstétrica de cada país) e afirma que taxas maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal (OMS, 2015).

No entanto, o documento “Intrapartum care for a positive childbirth experience” desenvolvido recentemente pela OMS revela que as taxas de cesarianas realizadas em todas as regiões no mundo têm aumentado constantemente, mas sem benefícios significativos para a saúde da mulher ou do bebê. Este estudo realizado em 150 países

aponta que, em 2018, 18,6% de todos os nascimentos ocorreram por cesariana, variando de 1,4% para 56,4% entre os países analisados. Neste mesmo estudo, uma análise de tendência realizada com um banco de dados de 121 países entre 1990 e 2014, verifica-se um aumento de quase três vezes da taxa média global anual: de 6,7% para 19,1%. A América Latina é a região com maior aumento desta taxa (de 22,8% para 42,2%), seguida pela Ásia (de 4,4% para 19,5%), Oceania (de 18,5% para 32,6%), Europa (de 11,2% para 25%), América do Norte (de 22,3% para 32,3%) e África (de 2,9% para 7,4%) (G1, 2018).

Em outro estudo publicado na revista Lancet em 2018, o Brasil é o segundo país que mais realiza esta intervenção (55,5%), estando atrás somente da República Dominicana com 58,1% (FOLHA DE SÃO PAULO, 2018). Segundo BRASIL (2019), o percentual de cesáreas no SUS se elevou no Brasil ao longo dos anos: de 37,78% em 2000, para 55,48% em 2015, e dados mais recentes mostram que a taxa de cesárea é 55,66% no ano de 2017, demonstrando uma tendência de aumento. É possível observar uma disparidade da taxa de cesáreas entre as regiões brasileiras: Enquanto as regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste registraram taxas acima da média nacional no ano de 2017 (62,65%, 61,37% e 58,64%, respectivamente), as regiões Norte e Nordeste apresentam valores menores, mas ainda acima da média (46,53% e 50,09%, respectivamente).

Gráfico 02. Taxa de partos cesáreos e vaginais por ano em âmbito nacional.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC (2019)

O excesso de cesáreas configura-se como um problema de saúde pública e está relacionado, a curto prazo, com maior permanência hospitalar e maior morbimortalidade materna e neonatal (CLARK, S. L. et al., 2009) e, a longo prazo, com riscos à saúde da mulher, da criança e de futuras gestações através do desenvolvimento de doenças crônicas (ANS, 2016). O uso indiscriminado da cesariana desvinculada da indicação clínica, além de impactar negativamente na saúde pública, tem consequências econômicas para o sistema de saúde.

Segundo estudo multicêntrico realizado pela OMS em 137 países, abrangendo cerca de 95% dos nascimentos no mundo em 2008, estimou que 6,2 milhões de cesáreas são praticadas desnecessariamente (50% dessas na China e no Brasil), correspondendo ao quíntuplo do custo das cesarianas efetivas, aproximadamente US\$ 2,32 bilhões. Em paralelo, 40% dos países estudados registraram uma taxa de cesariana menor que 10%, representando US\$ 432 milhões para 3,2 milhões de cesáreas necessárias.

Em face da característica da população e modelo obstétrico brasileiro, considera-se 25% a 30% como referência de taxa de cesariana, segundo o documento do Ministério da Saúde “Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana”. Uma projeção do impacto orçamentário das taxas de cesarianas em excesso no Brasil entre 2016 a 2020, realizado somente com gestantes de risco habitual primíparas e multíparas sem cicatriz uterina, estimou uma economia de US\$ 80 milhões ao ano para o SUS comparando o cenário atual da taxa de cesarianas a um cenário de referência (partos vaginais para 75% dos casos) (ENTRINGER, A.P.; GOMES, M.A.S.M.; COSTA, A.C.C., 2018). Considerando que o SUS gastou US\$ 707,5 milhões no ano de 2016 para este público, a economia representaria mais de 10% dos custos anuais. No entanto, se a tendência atual de crescimento dos últimos 15 anos (2000 a 2014) nas taxas de cesariana no Brasil se mantiver, “a taxa de partos cirúrgicos pode alcançar quase 60% no SUS” (ENTRINGER, A.P.; GOMES, M.A.S.M.; COSTA, A.C.C., 2018). Acrescenta-se a este contexto que as internações destinadas ao parto e a atenção obstétrica equivalem a 20% do total no SUS em 2014, correspondendo a um gasto desnecessário de 7% dos recursos despendidos neste setor (BRASIL, 2019).

A disparidade é ainda mais evidente quando se comparam as taxas de cesáreas e o custo do modelo assistencial do SUS em relação ao da Saúde Suplementar. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2018, a taxa média de partos

cesáreos era 83% com perspectiva de alcançar 90% até 2020 (ENTRINGER, A.P.; GOMES, M.A.S.M.; COSTA, A.C.C., 2018). Em média, um parto no Brasil na rede particular custa R\$15.000 (incluindo o obstetra, um instrumentador, um anestesista e um pediatra neonatal), segundo a Associação Médica Brasileira (AMB).

Segundo Borba (2006), uma parte significativa do dinheiro investido nas organizações hospitalares é consumida com desperdícios, retrabalho, ineficiência e excesso de complexidade dos processos. Esta afirmação pode ser ilustrada através do crescimento da prematuridade no Brasil que, segundo a ANS (2016), pode ser ocasionada devido ao excesso de cesáreas. De acordo com dados da March of Dimes (2016), um bebê prematuro custa em média doze vezes mais para o Governo do que um bebê que nasce a termo.

Desse modo, as cesáreas em excesso representam um gasto adicional significativo para o SUS que são afastados de outros serviços essenciais de saúde. Reduzindo a lacuna entre as recomendações científicas e as atuais práticas obstétricas, os recursos disponíveis podem ser revertidos em casos de riscos reais, liberando leitos de internações a outras especialidades e possibilitando uma assistência obstétrica eficaz, humanizada e dentro das diretrizes internacionais e nacionais ao parto a um maior contingente de parturientes.

1.1. ASSISTÊNCIA AO PARTO NA INGLATERRA

O National Health Service (NHS) é o sistema público de saúde da Inglaterra e foi criado em 1948 como resultado de reconstrução econômica e social após a Segunda Guerra Mundial. Baseado no Relatório Dawson desenvolvido em 1920, o NHS foi amparado no princípio da medicina social, através da garantia da cobertura universal, gratuita, integrada e pública aos cidadãos britânicos e da organização em redes de atenção hierarquizadas e regionalizadas. O modelo assistencial desenvolvido no NHS apresentou sucesso em sua inserção e constituiu-se em um marco conceitual no âmbito dos sistemas nacionais de saúde cujos princípios foram seguidos por diversos países, inclusive no Brasil.

Segundo TANAKA, O.Y.; OLIVEIRA, V.E (2007), foi realizada uma reforma no NHS em 1990 aos moldes neoliberais, em que se acreditava que a competição entre os serviços levaria à sua melhoria. No entanto, pesquisas de opinião demonstraram que a introdução de mecanismos de mercado não foi suficiente para resolver alguns problemas

enfrentados pelo sistema. Com a reforma trabalhista de 1999, o NHS os conceitos neoliberais foram substituídos pelo rígido monitoramento do desempenho, como o NHS Walk-in Centres, NHS Direct além dos Padrões Nacionais de Serviços (National Service Frameworks), com o objetivo de aumentar a qualidade e reduzir variações entre diferentes prestadores.

Portanto, o NHS manteve seu formato institucional original, com prioridade na medicina preventiva através da expansão da atenção primária em centros locais pelo General Practitioner (GP) - médicos de atenção primária, agindo como porta de entrada do sistema (gatekeepers) -, coordenados e integrados a centros de atenção secundária, compreendendo o atendimento ambulatorial especializado e hospitais de referência de alta complexidade.

O modelo de assistência obstétrica britânico, apesar da incorporação da prática obstétrica pela medicina através da institucionalização do parto na Europa nos séculos XVII e XVIII, é voltado para facilitar, ajudar e estimular a gestante na realização do parto normal, cujo pré-natal, parto e pós-parto é assistido pelas chamadas Midwives - profissionais capacitadas que se assemelham às obstetrias. A parturiente tem a opção de realizar o parto domiciliar, em “Midwifery Unit” ou “Birth Centre” (Unidades de assistência ao parto normal) ou em hospitais especializados: esta escolha irá depender do risco da gestação e da escolha da parturiente.

Desse modo, os médicos obstetras somente agem em partos hospitalares cuja gestação é de alto risco, cesariana ou parto normal com necessidade de assistência por intervenções, direcionando a maioria dos partos às “Midwifery Units”, “Birth Centres” ou até mesmo aos domicílios das gestantes: Na Inglaterra e no País de Gales, pouco mais de 1 em cada 50 mulheres grávidas dão à luz em casa. Segundo o NHS (2018), os centros de assistência ao parto normal (“Midwifery Units” e “Birth Centres”) são mais confortáveis e acolhedores do que um hospital, podendo ser parte de uma maternidade hospitalar com atendimento obstétrico, neonatal e anestésicos disponíveis ou separado de um hospital.

Dados das cartilhas “Information for women who have had a baby before” (2018) e “Information for healthy, low-risk women having their first baby” (2018) disponibilizadas pelo NHS informam que 98% de mulheres multíparas realizaram parto vaginal espontâneo sem intervenções em Midwifery Units (0,8% foram cesáreas e a diferença

foram partos normais assistidos com intervenção) e 81,3% de mulheres uníparas realizaram parto vaginal espontâneo sem intervenções em Midwifery Units (6,9% foram cesáreas e a diferença foram partos normais assistidos com intervenção). Em 9,4% dos partos de múltiparas em Midwifery Units houve a transferência das gestantes para uma Unidade Obstétrica especializada, enquanto que para gestantes uníparas este valor aumenta para 36,3%.

Portanto, é possível verificar que as recomendações da OMS, além de fazerem parte das diretrizes de assistência ao parto na Grã-Bretanha, também estão incluídas nas práticas obstétricas do país. Segundo BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. (2018), estes modelos resgatam parcialmente e em versão atualizada, os costumes tradicionais do parto normal e boas práticas, representando um papel decisivo na reversão da tendência epidêmica das cesarianas no mundo, e neste caso, no Brasil.

1.2. ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL

Inspirado no Relatório Dawson desenvolvido na Inglaterra em 1920, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 como resultado de um processo de democratização do país e em um contexto mundial de reformas no setor da saúde, principalmente após a II Guerra Mundial (COSTA, M.T.F., 2014). A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, com participação ampla da sociedade civil, o SUS foi organizado como um sistema integrado, descentralizado e hierarquizado cujas diretrizes são a universalidade, integralidade das ações, participação social (BERTOLOZZI, M.R.; GRECO, R.M., 1996). Desse modo, a saúde foi garantida como um direito constitucional e dever do Estado garantido pela Lei nº 8.080/1990, com a possibilidade da livre iniciativa privada prestar assistência médica de modo complementar, através de contratos e convênios.

Instituída em 24 de junho de 2011 através da Portaria nº 1.459, a Rede Cegonha assegura a assistência obstétrica a mulher e a criança até 2 anos, garantindo atenção humanizada ao planejamento reprodutivo, à gravidez, ao parto e ao puerpério, assim como o nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudável perinatal no âmbito do SUS. Consiste em uma rede de programação de serviços relativamente nova que estabelece um conjunto articulado de serviços em territórios definidos (regiões de saúde), garantindo um financiamento de custeio em bloco de uma série de serviços obstétricos e perinatais (BRASIL, 2014). Está estruturada em estabelecimentos que

variam de acordo com a complexidade e objetivo do serviço: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Parto Normal (CPN), Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), Maternidades Comuns e de Risco (Imagem 01).

Imagem 01. Rede de Estabelecimentos de Saúde integrantes da Rede Cegonha.



Fonte: Ministério da Saúde (2017).

As diretrizes de assistência ao parto difundidas pelo SUS e Rede Cegonha foram construídas com base nas orientações do NICE (National Institute for Health and Care Excellence) que norteiam o sistema de saúde pública do Reino Unido (NHS ou National Health Service) e são condizentes às recomendações internacionais, principalmente da OMS. O princípio básico das diretrizes brasileiras é a humanização da atenção parto que implica a adoção de práticas seguras de conduta acolhedora e não-intervencionista, respeitando a dimensão a subjetiva, social e fisiológica do processo de parturição, garantindo o acesso das usuárias às informações sobre saúde e reafirmando o parto como direito fundamental de toda mulher. Em contraposição ao modelo tecnocrata, o modelo humanizado possui uma visão integrativa e abrangente do parto, como um processo natural cujo controle se encontra na mulher e não nos profissionais de saúde.

A discussão acerca da humanização no processo de parturição no Brasil antecede às ações do Ministério da Saúde (MS) e foram executadas através de conferências e fóruns nacionais e internacionais. Destacam-se a Conferência Nacional

sobre a organização de serviços para a Maternidade Segura à luz da Humanização realizada em 1998 e a Conferência Institucional sobre Humanização do parto realizada em 2000, cujo foco foi a contenção das intervenções desnecessárias. Após estes eventos, o MS publicou portarias e manuais com recomendações e ações no âmbito da atenção ao parto, com objetivo de melhorar a humanização na assistência obstétrica, evitando práticas de caráter danoso ou ineficaz, usadas regularmente de maneira inapropriada.

Além da criação da Rede Cegonha, algumas ações importantes foram realizadas pelo MS no âmbito do SUS e relacionadas à humanização, dentre elas estão: a Portaria nº 569/2000 que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); a Lei nº 11.108/2005, que garante as parturientes o direito à presença de um acompanhante de sua indicação durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal de 2004; a Portaria nº 399/2006, que estabelece como meta a redução da mortalidade infantil e materna; a RDC nº 36/2008 da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) que regulamenta o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal; a Portaria nº 353/2017 que obriga a cientificação da gestante ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e eventos adversos relacionados ao parto; Manuais e Diretrizes que não foram citados aqui mas foram utilizados como base neste trabalho.

Apesar das diretrizes e ações do Ministério da Saúde com vistas à humanização do processo de parturição, a assistência ao parto no Brasil segue predominantemente o modelo clínico-assistencial hospitalar curativista, tecnicista e mediado pela produtividade, evidente no SUS e mais ainda nos estabelecimentos suplementares de saúde – que atendem aos Planos ou Convênios particulares. Este modelo foi concebido no século XX, com maior intensidade após os anos 40, quando o saber-poder feminino dos tradicionais partos normais domiciliares realizados por parteiras com seu conhecimento empírico e respeitando a fisiologia e o protagonismo da parturiente foi substituído pelo saber-poder masculino dos partos cesáreos, hospitalares e impessoais assistidos por médicos em uma complexa estrutura hospitalar (WOLFF, L. R. et al, 2004).

Há décadas, o Brasil passa por um processo de revisão do modelo de atenção ao parto e ao nascimento (ENTRINGER, A.P.; PINTO, M.; DIAS, M.A.B; GOMES,

M.A.S.M., 2018), visando superar o “modelo tecnocrático” em direção a um “modelo humanista”. A assistência obstétrica no Brasil é incompatível com a política internacional e resulta de uma complexidade de fatores, que vão desde o histórico da saúde pública no país, até aspectos socioeconômicos e características psicológicas e culturais das pacientes (FAISAL-CURY; MENEZES, 2006). Desde os anos 60, as diretrizes da saúde no Brasil possuem caráter liberal, priorizando o estado mínimo e estimulando a expansão da assistência médica comercializada com vistas no lucro e na produtividade. Baseado no modelo norte-americano, as cooperativas médicas difundiram o modelo medicalizante, com uso de tecnologia de alta complexidade e mão-de-obra especializada, aumentando, assim, os lucros auferidos por essas empresas e contribuindo para a crescente desresponsabilização do Estado em relação à saúde pública.

Mesmo com a criação do SUS na década de 90 como expressão do direito universal à saúde aos cidadãos brasileiros, predominou-se a lógica econômica neoliberalista na saúde, cujos reflexos são observados até nos dias de hoje, quando são dados prioridade a procedimentos que dão lucro, como a cesárea, em detrimento de outros menos dispendiosos, como o parto normal, sob justificativa de serem mais “seguros”. Segundo PATAH, L. E. M et al (2011), há uma segmentação do SUS caracterizada por uma especialização do setor público em produtos de menor complexidade e o favorecimento indireto do setor privado através do crescimento de convênios de serviços hospitalares de alta complexidade.

Este é um dos motivos pelo qual o percentual de partos hospitalares no Brasil cresceu de 96% em 1996 para 98% em 2006, dos quais 76% foram realizados por meio do SUS, segundo dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde. A predominância dos partos hospitalares contribui também para uma redução na presença de acompanhantes no momento do nascimento: somente 16% dos partos realizados no país foram acompanhados de um familiar da parturiente (BRASIL, 2006). Desse modo, o isolamento da gestante aos seus familiares, a falta de privacidade, o desrespeito a sua autonomia, a frieza e impessoalidade do ambiente hospitalar são alguns dos aspectos que contribuem para o aumento dos riscos maternos e perinatais (BRASIL, 2017) e corroboram a necessidade da humanização da assistência ao parto no Brasil.

O modelo de remuneração médica através do aumento do lucro em função da produtividade contribuiu para a difusão da “cultura da cesariana” no Brasil, motivando o aumento dos partos intra-hospitalares. Por conveniência médica, é comum a prática de partos cesáreos com duração de 15 a 20 minutos, auferindo um lucro maior devido ao número de procedimentos e ao uso de tecnologia de alta complexidade hospitalar, em detrimento da realização de um parto normal com até 20 horas de duração, obtendo-se menos lucro, em face da não necessidade de estrutura especializada (PAULA, E.; CHAUVET, E., 2013).

Portanto, a “Indústria do Nascimento” contribui para o crescimento da violência obstétrica, devido à sobrecarga na jornada de trabalho do obstetra e à exposição da parturiente e a criança a procedimentos desnecessários, pois não há, na maioria dos casos, indicação médica para a realização de uma intervenção cirúrgica (PAULA, E.; CHAUVET, E., 2013). Esta dinâmica se opõe à Convenção Interamericana Belém do Pará de 1994, que visa a prevenção, a punição e a erradicação da violência contra mulher (onde se enquadra a violência obstétrica) além das diretrizes internacionais e nacionais de assistência ao parto.

O abuso de intervenções desnecessárias, principalmente as cesarianas, pode ter contribuído para o alto índice de prematuridade no país. A pesquisa “Nascer no Brasil” de 2016 revela que a taxa de prematuridade brasileira (11,5%) é quase duas vezes superior à observada nos países europeus, sendo que 74% desses são prematuros tardios (34 a 36 semanas gestacionais). Do total de prematuros nascidos no país, 41% foram caracterizados por prematuridade terapêutica, ou seja, quando é provocada por intervenção médica de indução ao parto ou por cesariana anteparto, e 90% dos prematuros nasceram por cesariana programada e realizada sem trabalho de parto (Cesariana eletiva). Tendo em vista que nos países desenvolvidos, essa taxa é de 30%, é possível concluir que os riscos a curto e longo prazo que mulheres e crianças decorrentes do modelo de assistência obstétrica que são submetidos são altos para a realidade internacional e tendem a crescer (ESNP/FIOCRUZ, 2019).

Outro motivo que contribui para a consolidação do modelo assistencial vigente no Brasil é a insuficiência e ineficiência dos gastos em saúde, proporcionando o sucateamento e a precarização dos estabelecimentos assistenciais. Segundo BRAVO, M. I. S (2009) 3,4% do PIB brasileiro é revertido ao SUS, enquanto que em países como

Uruguai (5,1%), Panamá (4,8%), Argentina (4,7%), França (7,2%), Alemanha (8,0%), este gasto é superior.

Portanto, o financiamento do SUS não tem sido suficiente para garantir recursos adequados aos serviços prestados pelo sistema público (PAIM, J. S. et al., 2011): É possível ilustrar este subfinanciamento no SUS através do estudo de ENTRINGER, A. P.; PINTO, M; GOMES, M. (2018) que verificou que o custo médio de um parto vaginal foi de R\$1.397,91, enquanto que o custo médio da cesariana eletiva foi de R\$1.843,87 – um valor 32% maior que o procedimento de parto vaginal. Observou-se neste estudo um custo direto muito maior do que os valores da tabela de repasse de valores do SUS para os hospitais com administração direta e conveniados (SIGTAP), visto que são pagos R\$ 443,40 pelo procedimento do parto normal e R\$ 545,73 pela cesariana. Segundo ENTRINGER, A.P.; PINTO, M.; DIAS, M.A.B; GOMES, M.A.S.M. (2017) o sub financiamento do SUS pode influenciar no atendimento de qualidade, assim como o respeito aos protocolos e diretrizes nacionais.

A assistência ao parto de risco habitual recomendada pela OMS e predominante no mundo é realizada por enfermeiras obstétricas ou obstetrizas. Neste sentido, uma ação importante desenvolvida pelo Ministério da Saúde através da Rede Cegonha é o incentivo à formação e capacitação de enfermeiras obstétricas por meio de disponibilização de vagas em Residência, Especialização e Aprimoramento nos estados das cinco regiões do Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Além disso, são realizadas oficinas de qualificação e capacitação de parteiras tradicionais, além da distribuição de materiais técnicos para o apoio destas profissionais.

Apesar da lei de regulamentação do exercício profissional da enfermagem (Lei nº 7498/1986) e de ações de estímulo à prática da enfermagem obstétrica e outros profissionais da área, a maioria dos partos são assistidos por médicos. A pesquisa “Nascer no Brasil” (2016) identificou que apenas 8% do total de partos no Brasil são assistidos por enfermeiras obstétricas - no setor privado esta porcentagem é de 0,5% -, enquanto que na França e Inglaterra este percentual alcança os 85%. Em relação à região Norte, as enfermeiras obstétricas e obstetrizas atendem 24,1% dos partos vaginais, pois, segundo a pesquisa, estes profissionais estão mais presentes pela ausência de médicos.

Portanto, é necessária uma mudança no modelo de atenção obstétrica e neonatal brasileiro, possibilitando a recuperação da "feminização do parto" através do fortalecimento da atuação das Enfermeiras Obstétricas e Obstetrizas (WOLFF, L. R. et al, 2004). Além disso, de acordo com a pesquisa "Nascer no Brasil", a participação direta de enfermeiras na assistência ao parto incentiva o uso das Boas Práticas disseminadas pela OMS, o que contribui para a mudança na "cultura da cesariana" existente na atualidade no Brasil.

Segundo ENTRINGER, A. P.; PINTO, M; GOMES, M. (2018), há uma demanda crescente pelo parto vaginal tanto no SUS quanto na Saúde Suplementar, possibilitada pelo apoio a práticas que aumentem a satisfação da parturiente, como as diretrizes descritas anteriormente. Porém, a taxa de cesarianas continua com perspectiva de crescimento nos próximos anos, tanto no setor público quanto no privado (ENTRINGER, A.P.; GOMES, M.A.S.M.; COSTA, A.C.C., 2018). A pesquisa "Nascer no Brasil" mostrou que 66% das gestantes disseram preferir o parto vaginal no início da gestação, mas durante a gestação houve uma mudança de decisão em relação à via de parto que não pode ser explicada por questões clínicas. Deste modo, é possível concluir que as medidas tomadas pelo MS em conjunto com outros órgãos, como a ANVISA e ANS, precisam ser intensificadas de maneira que permita impactar de forma positiva na redução das taxas de cesariana e incentivar o parto vaginal, além de ser condizente com a atual política pública brasileira e internacional, gerando economia para o SUS.

Desse modo, uma diretriz da Rede Cegonha condizente às recomendações e às práticas internacionais relacionadas à humanização e ao incentivo ao parto vaginal, é a inclusão e a valorização de modalidades de assistência ao parto em ambientes não-hospitalares. Segundo o manual de "Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal" de 2017, o objetivo é tornar o processo de parturição mais aconchegante e flexível, permitindo que a mulher e sua família possam participar e expressar livremente suas expectativas e preferências. Neste sentido, surge a tipologia de Centros de Parto Normal (CPN) como uma alternativa ao parto hospitalar e ao parto domiciliar (desestimulado pela atual política de saúde brasileira), visto que geraria menos gastos ao SUS, por ser uma modalidade de parto menos dispendiosa – estima-se que o custo de parto normal em uma CPN seja de R\$ 352,50 por procedimento, segundo ENTRINGER, A. P.; PINTO, M; GOMES, M. (2018) -, além de estimular a mudança do modelo de atenção ao parto, com

assistência de profissionais da enfermagem obstétrica, primordialmente. Portanto, este trabalho visa estudar a tipologia arquitetônica de um CPN, tomando como referência os existentes no SUS e NHS, e analisar a possibilidade da implantação de estabelecimentos semelhantes no município de Belém, de acordo com a epidemiologia e particularidades locais (condicionantes climáticas, urbanas, populacionais, dentre outras).

CAPÍTULO 2: PARÂMETROS ARQUITETÔNICOS PARA ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE VOLTADOS AO PARTO NORMAL

Alguns estudos apontam que o estresse pelo qual as mulheres passam em seu trabalho de parto podem contribuir negativamente em suas experiências de nascimento (JENKINSON, JOSEY & KRUSKE, 2013). Apesar da crença que o ambiente hospitalar e clínico possa ser o local seguro para o processo de parturição, estes espaços podem aumentar o estresse materno através do medo e da ansiedade geradas por um ambiente estranho e impessoal, podendo interromper as influências neuro-hormonais que impulsionam o trabalho de parto, possibilitando intervenções médicas e causando traumas e transtornos com consequências a longo prazo a mulheres, bebês e famílias.

No entanto, os ambientes clínicos e hospitalares prevalecem como espaços de nascimento tanto em países com modelo medicalizado de assistência ao parto, como o Brasil, como em países como a Austrália, onde aplica-se o modelo holístico (JENKINSON, JOSEY & KRUSKE, 2013). Portanto, é necessário que sejam concebidos espaços de nascimento adequados e apropriados à assistência a maternidade com o objetivo de gerar uma experiência de parturição segura e satisfatória. Segundo Jenkinson, Josey & Kruske (2013), ambientes projetados para complementar e facilitar a fisiologia do parto podem estimular a diminuição do uso de analgesia intraparto, do parto vaginal instrumental e episiotomia, bem como aumento da probabilidade de parto vaginal espontâneo, aleitamento materno aos seis a oito semanas, gerando, assim, experiências positivas de parto para as mulheres.

Neste contexto, surge uma tipologia arquitetônica que se contrapõe aos ambientes hospitalares para a assistência ao parto: os Centros de Parto Normal (CPN). Estes edifícios oferecem um meio-termo estético e médico entre o ambiente hospitalar e uma clínica domiciliar (TURKEL, 1995) cuja concepção compreende a natureza holística do processo de parturição e mostra consistentemente melhores resultados clínicos para mulheres e bebês nos últimos anos (DEERY et al., 2010). Joyce (2018) afirma que as experiências de nascimento nestes espaços apresentam uma dinâmica mais humanizadora para mulheres. Na Inglaterra, por exemplo, as Freestanding Midwifery Unit (FMU) e Alongside Midwifery Unit (AMU) são centros de parto normal alternativos que realizam assistência obstétrica e neonatal através das

parteiras ou enfermeiras obstétricas, respeitando o processo fisiológico e emocional da mulher.

Pesquisa realizada por Newburn e Singh (2003) com quase 2000 novas mães na Inglaterra, País de Gales, Escócia e Irlanda do Norte concluiu que 90% das mulheres entrevistadas sentiram que o ambiente físico pode afetar a facilidade ou dificuldade de dar à luz. Segundo Vico (2017), um estudo realizado por Hodnett no Canadá (2012) com 11.795 mulheres atendidas em um ambiente alternativo de assistência ao parto mostrou menor probabilidade de intervenções médicas, maior hipótese de parto vaginal espontâneo, maior satisfação materna e maior viabilidade de amamentação no 1º e 2º mês pós-parto, sem nenhum risco identificado para a mãe ou para o bebê, quando comparadas com o parto em ambiente hospitalar convencional.

Tabela 01. Considerações sobre os fatores de influência no espaço de nascimento no processo de parturição.

Fatores de influência no espaço de nascimento às parturientes	Pouca Importância (%)	Importância mediana (%)	Grande Importância (%)
Limpeza do quarto	1	7	92
Liberdade para movimentação	1	9	89
Cadeira confortável para acompanhante	4	24	72
Banheiro privativo	8	22	70
Controle de quem entra na sala	5	26	69
Disponibilidade de travesseiros, tapetes, toalhas, cobertores, dentre outros	6	29	65
Não ouvir outras mulheres dando a luz	11	25	64
Capacidade de controlar o brilho da luz	7	38	56
Fácil acesso a lanches e bebidas	10	37	53
Sala com aparência caseira, não como hospital	12	35	52
Capacidade de controlar a temperatura	6	45	49
Chuveiro privativo	24	23	43
Certeza que outros não podem ouvi-las	20	32	48
Lugar agradável para caminhar	13	47	40
Saber que o equipamento de emergência está perto, mas não visível	20	38	42
Banheira de parto	21	42	37

Capacidade de mover a mobília para se adequar as suas necessidades	21	36	42
Quarto agradavelmente decorado	15	49	35

Fonte: Newburn e Singh (2003).

Deste modo, este capítulo apresenta elementos-chave no desenho arquitetônico de ambientes de assistência ao parto que podem afetar nas condições fisiológicas, psicológicas e sociais das parturientes, enfatizando a importância destes nos Centros de Parto Normal, no Brasil, e em Birth Centre, na Grã-Bretanha e Austrália, através da revisão bibliográfica de guias, normativos e recomendações. Além disso, foi realizado um paralelo com exemplos de estabelecimentos já existentes, visando ilustrar o efeito de cada recomendação em espaços de nascimento.

2.1. PARÂMETROS ARQUITETÔNICOS PARA BIRTH CENTRE: GRÃ-BRETANHA E AUSTRÁLIA

A partir do estudo dos documentos “*BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design*” desenvolvido por Queensland Centre for Mothers & Babies da Universidade de Queensland, Austrália, e “*Creating a Better Birth Environment Women’s*” desenvolvido pelo National Childbirth Trust, Londres, foi elaborado uma sistematização das recomendações no desenho arquitetônico de espaços de nascimento através de elementos-chave como: Controle, Privacidade, Imersão na água, Banheiro, Iluminação artificial, Janelas, Ruídos, Decoração, mobiliário e equipamentos, Espaço para deambulação, Contato com a natureza e Facilidade de Acesso e Suporte aos acompanhantes.

Controle

O controle é um aspecto de extrema importância para mulheres em processo de parturição (JOYCE, 2018). Em um ambiente hospitalar, o controle espacial, social, físico e emocional encontra-se nos profissionais de saúde, impondo geralmente a parturiente uma posição de impotência (Davis-Floyd et al., 2009, p.1) – modelo médico como uma 'cultura de controle' (Sterk et al., 2002, p.137) e ligado a relações de poder e gênero. O parto é um processo fisiológico em que os fatores emocionais afetam seu desenvolvimento: ao atribuir o controle de aspectos ambientais no espaço de nascimento, por exemplo (mudança do nível de iluminação, temperatura,

posicionamento de mobiliário), a mulher pode ter a sensação de autonomia e poder de sua condição física e emocional, contribuindo para um parto mais seguro, natural e com menos interferência médica.

Muitas recomendações para o desenho arquitetônico de ambientes de assistência ao parto normal indicam a concepção de ambientes “caseiros” e “familiares” (distinto de um ambiente clínico e institucional). Segundo De Certeau, Giard e Mayol (1998, p. 145), lar define-se como um território privado que “não pode ser o lugar de outros” ou espelho, um lugar de auto-expressão (Cooper Marcus, 1995). Mais da metade (52%) das parturientes entrevistadas por Newburn e Singh (2003) consideraram como de “grande importância” a sala de parto remeter a aspectos caseiros e não a hospitais. Portanto, para uma parturiente se “sentir em casa” em ambiente de nascimento, a estética, o layout e outros aspectos do desenho arquitetônico do espaço devem garantir a mulher a percepção do pertencimento, da liberdade de movimentação e de expressão, ou seja, do controle do ambiente.

Privacidade

Uma forma de atender às demandas de controle das parturientes em relação ao espaço de nascimento e as pessoas envolvidas no processo de parturição é lhes garantir a privacidade necessária ao seu trabalho de parto. Evidências mostram que o parto fisiológico funciona melhor quando a mulher não é observada (Buckley, 2003), a sensação de privacidade acalma o neo-córtex (área cerebral responsável por liberar a adrenalina) e apoia a liberação dos hormônios necessários parto e nascimento, incluindo ocitocina. Apesar disso, a práticas hospitalar de observação e vigilância sobre o leito obstétrico é uma característica proeminente da maioria das salas de parto no Reino Unido e no mundo (Hodnett, Stremler, Weston & McKeever, 2009).

O controle pessoal sobre a interação social, especialmente a interação com os não-familiares, é importante para o parto das mulheres. A exposição da mulher em trabalho de parto se torna mais intensificada em um contexto hospitalar onde ela não possui a liberdade de gerenciar o contato com diferentes pessoas que fazem uso da edificação (equipe de limpeza, médicos, pacientes, auxiliares, parteiras, obstetras, dentre outros profissionais de saúde). Este desconforto social é mais evidente em enfermarias com cortinas e nos quartos com banheiros compartilhados: além da maioria das mulheres evitaram o uso do espaço, elas disseram que sentiram a

necessidade de ficar quietas para evitar a passagem de som (JOYCE, 2018). Os estudos de Newburn e Singh (2003) verificaram que 69% das mulheres consideraram que a capacidade de controlar quem entra na sala era um fator de “grande importância” no ambiente de parturição.

Segundo o estudo de Joyce (2018), as mulheres em trabalho de parto identificam diferentes “zonas” ou partes do ambiente que pertencem às pessoas que o utilizam: para si, seus acompanhantes e para a equipe obstétrica. De acordo com Joyce (2018), as parturientes preferem um espaço mais reservado cujo layout possa ser utilizado para controlar a proximidade com outras pessoas, inclusive com seus acompanhantes e parteiras: a proximidade das entradas (portas e janelas), por exemplo, pode incomodar as mulheres, pois representa o limite entre as partes públicas do hospital e a área privativa da parturiente, gerando uma maior visibilidade devido ao intenso fluxo de pessoas.

Portanto, Jenkinson, Josey & Kruske (2013) recomendam algumas propostas no desenho arquitetônico de espaços de nascimento que podem melhorar a privacidade das parturientes e trazer benefícios para o trabalho de parto:

- Priorizar ambientes de ocupação única em detrimento dos compartilhados como enfermarias, salas de parto e banheiros, pois promove maior privacidade e satisfação à parturiente, com consequentes melhoras clínicas no trabalho de parto;
- A configuração do layout do edifício, principalmente nas salas de parto, deve ter complexidade na divisão dos espaços através de níveis crescentes de privacidade para a ocupação individual (JOYCE, 2018). Como é possível analisar as divisões da Imagem 02.
- Os espaços de nascimento devem ser flexíveis para garantir a autogestão do espaço pela mulher, além de possuir divisões físicas para controlar a proximidade física com os outros, gerando “zonas” separadas para a equipe médica (principalmente as parteiras), para seus acompanhantes e para si. Segundo Joyce (2018), as mulheres valorizam espaços que permitem um processo iterativo de retirada física e reconexão com os companheiros e a equipe médica, principalmente, quando ela quer que isso aconteça.

- As portas não devem abrir diretamente para a sala de parto: deve-se utilizar barreiras visuais e físicas para preservar a privacidade mesmo quando a porta estiver aberta;
- Janelas internas (visores entre áreas internas adjacentes) devem ser evitadas, pois contribuem para uma sensação de vigilância;
- Janelas externas devem permitir a entrada de luz natural, mas não permitir que a atividade na sala seja perceptível para pessoas de fora.

Imagem 02. Uma sala de parto no Origin Birth Centre na Holanda, onde se observa os níveis crescentes de privacidade.



Fonte: Jenkinson, Josey & Kruske (2013)

Imersão na água

Segundo Jenkinson, Josey & Kruske (2013), a imersão na água durante a primeira fase do trabalho de parto está associada à redução do uso de analgesia e a uma diminuição da duração da primeira fase do trabalho de parto, sem qualquer aumento nas taxas de nascimento instrumental ou nos resultados neonatais adversos. O acesso a uma banheira ou piscina para imersão na água durante o trabalho de parto ou no parto é valorizado pelas mulheres porque lhes proporciona uma sensação de privacidade e um ambiente relaxante e de apoio, além de representar um espaço de separação adicional nas salas de parto (JOYCE, 2018).

Para a imersão da parturiente na água, muitos Centros de Parto Normal instalam banheiras fixas, com encanamento próprio, no entanto, existem também as banheiras infláveis que proporcionam o mesmo efeito, só deve atender à profundidade suficiente para submergir o períneo da mulher quando ela estiver de quatro (JENKINSON, JOSEY & KRUSKE, 2013). Newburn e Singh (2003) descobriram que mais de um terço (37%) das mulheres britânicas consideravam o acesso a banheiras/piscinas de imersão em água como "muito importante" para o trabalho de parto, encontrando-se taxas significativamente mais altas de satisfação materna após o parto, comparado ao nascimento fora da água. Sua utilização nas salas de parto da Austrália está sendo ampliada através de programas desenvolvidos pelo NSW Health – Sistema público de Saúde Australiano (JENKINSON, JOSEY & KRUSKE, 2013).

Imagem 03. Banheira Inflável: uma alternativa a Salas de parto sem uma banheira encanada.



Fonte: Jenkinson, Josey & Kruske (2013)

Jenkinson, Josey & Kruske (2013) recomendam algumas propostas no desenho arquitetônico de espaços de nascimento em relação ao acesso à imersão em água:

- Deve ser considerada a instalação de uma banheira adequada ao parto em todas as salas de parto do estabelecimento de saúde. Caso não seja possível a instalação banheira fixa e encanada, uma banheira inflável adequada pode ser uma alternativa.
- A banheira deve ser instalada ou montada em um local protegido (os cantos dos quartos ou em uma área molhada separada) visando a não exposição excessiva da mulher e possibilitando o acesso por dois lados no mínimo.

- A área de instalação ou montagem da banheira devem ter pisos antiderrapantes e barras de apoio.

Banheiros

De acordo com um estudo de mulheres em trabalho de parto em Taiwan, as mulheres que tomavam um banho quente terapêutico relataram scores de dor significativamente mais baixos em comparação às mulheres que não os tomava. Jenkinson, Josey & Kruske (2013) afirma que tomar banho durante o parto representa uma abordagem não-farmacológica eficaz, higiênica e fácil de usar para alívio da dor que também permite que as mulheres participem ativamente do processo de trabalho.

No entanto, o estudo de Joyce (2018) verificou que, apesar da eficácia dos banhos, nenhuma das mulheres usou um banheiro compartilhado ou com acesso compartilhado como um espaço para o trabalho. O acesso privativo a um banheiro e especificamente a um chuveiro é altamente valorizado por mulheres em trabalho de parto: Setenta por cento das parturientes entrevistadas por Newburn & Singh (2003) relataram que o acesso um banheiro privativo era de "grande importância" para elas e para seus acompanhantes, além disso, metade das entrevistadas consideraram também que o acesso a um chuveiro privativo era "grande importância". Da mesma forma, um estudo norte-americano descobriu que 78% das mulheres que usaram o chuveiro como um método de alívio da dor acharam "algo muito útil".

Jenkinson, Josey & Kruske (2013) recomendam algumas propostas no desenho arquitetônico de espaços de nascimento em relação aos banheiros:

- É importante que todas as salas de parto possuam um banheiro privativo com chuveiro, estabelecendo um padrão em CPN, pois esta medida proporciona a privacidade essencial a mulher durante o trabalho de parto, assim como a seus acompanhantes.
- O banheiro deve ser grande o suficiente para permitir a entrada de uma cadeira de rodas, carrinho ou outro equipamento de emergência, se necessário. Além disso, as áreas de banho devem ter espaço para acomodar a mulher, seu parceiro e a parteira, assim como mobiliários que possam ajudar a parturiente no momento do parto (cadeira, bola de parto, dentre outros).

- É útil que sejam instaladas duas mangueiras flexíveis e dois chuveiros que permitam o direcionamento do fluxo de água nas áreas desejadas para aliviar o desconforto.
- Deve ser fixados trilhos e barras de apoio na parede do banheiro, principalmente nas áreas de banho.
- Todos os pisos do banheiro devem ser antiderrapantes.

Iluminação

A iluminação em estabelecimentos de saúde, principalmente em espaços de nascimento, possui importância tanto para o melhor atendimento clínico do paciente quanto para seu bem-estar físico e psicológico. Geralmente, a luz artificial branca (a partir de 6000 K) é utilizada na iluminação de espaços assistenciais de saúde: esta prática estimula o neo-córtex, provocando a liberação de adrenalina e inibindo a fisiologia do nascimento (JENKINSON, JOSEY & KRUSKE, 2013). Newburn & Singh (2003) relataram que mais da metade (56%) das mulheres atribuíam grande importância ao controle do brilho da luz em sua sala de parto.

Portanto, o projeto de iluminação de espaços de nascimentos deve ser concebido visando sua transformação em ambientes menos clínicos através da redução ou controle da intensidade da luz e da utilização de luzes menos frias. Estas medidas podem gerar a sensação de tranquilidade e privacidade em ambientes de nascimento, facilitando o processo fisiológico do parto. Além disso, a iluminação pode ser usada como uma forma de distração terapêutica às mulheres criando espaços criativos e relaxantes. São medidas para o desenho arquitetônico para melhoria da iluminação em espaços de nascimento (JENKINSON, JOSEY & KRUSKE, 2013):

- Luzes de teto brilhantes e frias dentro da sala de parto, embora necessárias em certas situações de emergência, não devem ser a única iluminação disponível. Deve-se considerar uma iluminação mais quente menos intensa como alternativa.
- Fornecer iluminação ajustável (dimerizável) para o controle da intensidade da luz, proporcionando a mulher o controle sobre o espaço de nascimento (exceto em emergências).

- Priorizar iluminações de paredes (arandelas, por exemplo), pois não incomodam a visão da parturiente ao deitar na cama e gera uma iluminação mais difusa.

Imagem 04. Iluminação quente e difusa em Sala de parto do York Teaching Hospital NHS Foundation Trust, gerando um ambiente mais confortável e relaxante.



Fonte: Jenkinson, Josey & Kruske (2013).

Janelas

A luz natural, de acordo com Jenkinson, Josey & Kruske (2013), é um elemento que contribui significativamente no processo de cura e recuperação, além de ser importante durante os estágios iniciais do processo de parto, pois ela ajuda a regular os biorritmos naturais do corpo. As janelas, além de possibilitarem a entrada de luz natural e ventilação no ambiente, possuem importância tanto para a visibilidade do exterior pelos usuários do edifício, quanto para a exposição destes usuários para o exterior. O tamanho e o posicionamento de janelas devem ser projetados considerando estes aspectos, de modo a permitir a entrada de iluminação e ventilação natural suficiente no espaço, promover uma distração terapêutica através da paisagem exterior e, por fim, garantir privacidade aos ocupantes do espaço.

Outro aspecto importante é que as janelas possibilitam à mulher em trabalho de parto ter noção do tempo, através da mudança da iluminação e da paisagem gerada na janela. Segundo Jenkinson, Josey & Kruske (2013), as parturientes devem ser capazes de abrir e fechar as janelas, assim como ao acessório para o controle da iluminação natural (persianas, cortinas, dentre outros), garantindo algum controle sobre a temperatura, a iluminação e a privacidade no ambiente. São medidas para o

desenho arquitetônico em relação às janelas em espaços de nascimento (JENKINSON, JOSEY & KRUSKE, 2013):

- Evitar ambientes que não possuam aberturas para o exterior, principalmente em espaços de nascimento;
- Projetar janelas com entrada, prioritariamente, de iluminação natural indireta, minimizando o brilho e o aquecimento no ambiente.
- As janelas devem ser posicionadas para permitir acesso visual ao ambiente natural.
- Recomenda-se o uso de janelas grandes, no entanto, esta deve garantir a privacidade dos ocupantes. Evitar o uso de janelas do chão ao teto, pois elas contribuem para a perda da sensação de fechamento e segurança dentro do espaço.
- Fornecer coberturas/proteções ajustáveis para a janela, como persianas e cortinas, para preservar a privacidade e controlar os níveis de luz.
- As janelas devem ser operáveis e de preferencia deslizantes.
- Janelas internas (visores adjacentes a espaços internos) devem ser evitadas, pois prejudicam a privacidade do ambiente natal através da sensação de vigilância.

Ruído

O ruído ambiental contínuo costuma ser inerente ao ambiente hospitalar, principalmente em estabelecimentos de assistência obstétrica, e pode afetar negativamente a memória, causar maior agitação, reduzir a tolerância à dor e aumentar o uso do alívio farmacológico da dor (JENKINSON, JOSEY & KRUSKE, 2013). Em ambientes ruidosos, as pessoas tornam-se menos interpessoais, menos carinhosas e menos reflexivas e as pessoas mostram menos perseverança. As conversas e ruídos emitidos por outras mulheres em trabalho de parto foram as experiências mais comumente percebidas pelas parturientes no estudo de Joyce (2018). Newburn e Singh (2003) relatam que 64% das mulheres em trabalho de parto consideram como de “grande importância” não ser capaz de ouvir outras mulheres dando à luz no ambiente de parturição.

Portanto, há a necessidade do uso de materiais absorvedores de ruído em salas de parto, principalmente em forros, paredes e mobiliário, com o objetivo de

impedir a passagem de som para outros ambientes, além de tratar a reverberação que intensifica o ruído gerado pela parturiente no mesmo ambiente. A insonorização de salas de parto também contribui para a privacidade. As mulheres precisam se sentir confortáveis o suficiente para fazer barulho durante o trabalho de parto sem o medo de serem ouvidas. Quarenta e oito por cento das mulheres no estudo de Newburn e Singh (2003) consideram que a certeza de que outros não a escutam era um fator de “grande importância” no espaço de nascimento. Além do benefício à mulher, as intervenções destinadas a reduzir o ruído em ambientes de cuidados de saúde pode reduzir as taxas de erro clínico.

No entanto, a reprodução de música para efeitos terapêuticos pode trazer benefícios significativos ao trabalho de parto, conforme afirmam Jenkinson, Josey & Kruske (2013): “A musicoterapia pode ajudar a diminuir a ansiedade e as sensações de dor nas mulheres que trabalham, através da distração dos sentidos e da redução da concentração da mulher nos estímulos negativos”. Quase metade (48%) das mulheres entrevistadas por Newburn e Singh (2003) sugeriram o uso de um CD ou toca-fitas durante o trabalho de parto. Além disso, a música também pode ser uma maneira útil de bloquear ruídos de fundo e aumentar a sensação de privacidade que uma mulher tem em sua sala de parto. São medidas para o desenho arquitetônico em relação aos ruídos em espaços de nascimento (JENKINSON, JOSEY & KRUSKE, 2013):

- As superfícies das salas de parto devem ser revestidas por materiais absorvedores de ruído para conter sons dentro do espaço e excluir ruídos externos.
- A capacidade de reproduzir música deve ser incorporada todas as salas de parto, sendo o volume e o tipo de música determinados pela mulher. Ademais, a parturiente deve ter a liberdade de mover o objeto de reprodução da música ao redor da sala e ao banheiro.

Decoração, mobiliário e equipamentos

Um dos principais mobiliários nos espaços de nascimento, cuja forma, posicionamento e uso devem ser projetados com cuidado é a cama: Jenkinson, Josey & Kruske (2013) afirmam que a maioria das mulheres nos hospitais dá à luz deitadas na cama. Esta posição é amplamente utilizada em ambientes hospitalares na

execução de partos pois promove uma maior facilidade de “acesso e visibilidade” dos profissionais de saúde ao corpo da parturiente, atribuindo a ela uma posição passiva e estática. Apesar disso, pesquisas mostram que posições supinas, ou seja, com a parturiente deitada de face para cima, são as menos efetivas para o processo do parto fisiológico (TEW, 2013).

O parto em uma cama ou em posição supina é um fenômeno moderno: desde as sociedades tradicionais até o século XVII a mulher dava à luz geralmente em posições verticais. Do ponto de vista fisiológico, a posição ideal para o parto é uma posição ereta ou de cócoras, promovendo um menor tempo de trabalho de parto, menos cesarianas, menos anestésicos e seus bebês tinham menor probabilidade de serem admitidos em terapia intensiva (JENKINSON, JOSEY & KRUSKE, 2013).

Um estudo na Austrália descobriu que 88,3% das mulheres que tiveram um parto vaginal em hospital ou centro de parto em Queensland, deu à luz na cama. Mais de um terço (43,3%) dessas mulheres relataram estar em posição supina quando deram à luz, enquanto que os 56,7% das mulheres adotaram outras posições em seu parto na cama (em de pé, agachadas, ajoelhadas, sentadas, dentre outras posições). Desse modo, o uso de uma cama no espaço de nascimento é importante, mas ela deva ser posicionada de modo a incentivar a mulher a adotar posições não-supinas e altos níveis de mobilidade, seja na cama ou em outro equipamento na sala de parto.

Imagem 05 e 06. Flexibilização do layout da Sala de Parto de Mary's Hospital, Londres.



Fonte: Jenkinson, Josey & Kruske (2013).

Em geral, a cama é posicionada no centro da sala de parto, funcionando como ponto focal do espaço de nascimento. Esta medida possui duas implicações importantes no comportamento e no psicológico das parturientes: elas tendem a se posicionar na cama durante todo o trabalho de parto, pois entendem que este é o lugar

de parir – este comportamento restringe sua movimentação e o uso de outras possibilidades de posição no trabalho de parto -, além de contribuir para uma sensação de maior vigilância às mulheres, reduzindo sua privacidade. O layout dos atuais espaços de nascimento hospitalares, denominado de “cama-cadeira-monitor” por Joyce (2018), promove à mulher a sensação de estar distanciada das outras pessoas posicionadas em locais determinados pela mobília, não permitindo sua mobilidade e sua autonomia do ambiente.

Joyce (2018) afirma que uma nova compreensão arquitetônica dos espaços de nascimento precisa considerar implicações de fronteiras espaciais fixas ou flexíveis que a localização desses mobiliários possa gerar dentro dos edifícios. Os layouts devem refletir a preferência das mulheres por conhecer todos os espaços que provavelmente ocuparão durante o trabalho de parto. Para isso, é importante buscar a flexibilidade no layout da sala de parto e do uso múltiplo do mobiliário utilizado, possibilitando à mulher a oportunidade para reorganizar e personalizar o espaço, além de descobrir formas alternativas no mobiliário para apoiá-las durante o trabalho de parto (JOYCE, 2018). Assim, os projetistas devem procurar projetar espaços não prescritivos e interpretáveis para suportar múltiplas possibilidades.

Outros fatores podem funcionar como pontos focais no espaço de nascimento como cores, as janelas, iluminação, elementos de decoração, equipamentos e mobiliário, proporcionando distrações para a dor, incentivando a mulher a utilizar diferentes equipamentos em seu trabalho de parto e garantindo novas experiências de parturição. Desse modo, é importante que seja posicionado o mobiliário considerando as linhas de visão da mulher: sua linha de visão deve estar voltada “para fora”, ou seja, em direção às paredes ou janelas.

Devem ser fornecidos, de modo visível e acessível às parturientes, equipamentos de suporte ao parto, como bolas, bancos, cadeiras e cordas, incentivando a adoção de posições não-supinas e facilitando a evolução fisiológica do parto. Outra medida importante é a prática de esconder equipamentos médicos por trás cortinas atrativas ou em gabinetes de aparência doméstica como “camuflagem médica” (FANNIN, 2003, p. 516). Assim, o ambiente apresenta uma atmosfera caseira, mas permanece baseada na tecnologia em casos de emergência.

Imagem 07. Atmosfera caseira e ausência de ponto focal na Sala de Parto de Cossham Birth Centre em Bristol, Inglaterra.



Fonte: Jenkinson, Josey & Kruske (2013).

O esquema de cores e os materiais usados em um espaço de nascimento podem desempenhar um papel significativo na formação do humor da parturiente. Brancos e cremes devem ser evitados, pois contribuem para uma sensação clínica, que pode estimular o neo-córtex e inibir os hormônios do nascimento. As cores ideais incluem azuis profundos, roxos, rosas e verde (JENKINSON, JOSEY & KRUSKE, 2013). A utilização de materiais com aspecto de fibras naturais e madeira são úteis para evitar a sensação estéril do ambiente hospitalar tradicional e remeter elementos da natureza: dar preferência a tons de madeira mais claros para proporcionar uma sensação natural. Recomenda-se que as superfícies de móveis fixos devam ser lisas e facilmente laváveis. Além disso, são sugestões de medidas para o desenho arquitetônico em relação à decoração, mobiliário e equipamentos em espaços de nascimento (JENKINSON, JOSEY & KRUSKE, 2013):

- O mobiliário deve encorajar e apoiar as mulheres a adotar posições não-supinas para o trabalho e nascimento, além de estarem disponíveis e acessíveis no espaço de nascimento. Dentre os móveis, destacam-se:
 - Bola de parto;
 - Cordas;
 - Cadeira vertical;
 - Cadeira de balanço;

- Banquinho de parto ou cadeira;
- Trilhos/barras na parede em diferentes alturas;
- Armário com uma fechadura para proteger itens pessoais;
- Esteiras de piso.
- Pontos focais visuais devem ser criados dentro das salas de nascimento: a cama não deve ser o ponto focal da sala. Em algumas salas de parto, a cama poderia ser removida completamente. Uma alternativa é o uso de camas retráteis.
- Projetar um espaço que possibilite a flexibilização do espaço e seus mobiliários por parturientes.
- Deve-se ocultar os equipamentos médicos de emergência em armários acessíveis com o objetivo de tanto preservar o espaço como criar um ambiente menos medicalizado.
- Posicionar móveis fixos para suporte firme no trabalho de parto, as mulheres geralmente acham mais confortável manter-se ereto e inclinar-se para a frente em uma bancada ou prateleira para apoio.
- Cores profundas e não reflexivas devem ser usadas em salas de parto, em detrimento dos brancos, cremes ou cores brilhantes.
- Materiais naturais, painéis de efeito de madeira e móveis devem ser usados.

Imagem 08. Mobiliário de incentivo a posições não supinas e o uso de materiais com aparência mais natural na Sala de Parto de Lewisham Birth Centre.



Fonte: Jenkinson, Josey & Kruske (2013).

Espaço para deambulação

A mulher em trabalho de parto deve ser capaz de deambular, ou seja, se movimentar livremente em espaços que são destinados para este fim. Estudos mostram que esta prática proporciona uma contração mais eficaz do útero, aumenta o fluxo sanguíneo que chega ao bebê através da placenta e a dor é menos intensa, auxiliando a descida do feto para a posição de parto e diminuindo seu tempo de duração. Mamede et al (2007) verificou que as parturientes que deambularam uma distância maior, durante as três primeiras horas da fase ativa, tiveram uma redução na duração do trabalho de parto: a cada 100 metros deambulado, a duração da fase ativa do trabalho de parto teve uma redução de cerca de 22 minutos. Na segunda hora, a redução na duração desta fase foi de 10 minutos a cada 100 metros deambulado. Na terceira hora, a redução desta fase foi de 6 minutos para cada 100 metros deambulado. A duração da fase ativa do trabalho de parto foi uma média de 7,04 horas e a distância média percorrida pelas participantes deste estudo foram de 1.624 ± 836 metros.

Em contraposição, as mulheres que são incapazes de se locomover pelo ambiente de parto têm maior probabilidade de nascer por cesariana de emergência (JENKINSON, JOSEY & KRUSKE, 2013). No estudo de Joyce (2018), muitas mulheres descreveram uma espécie de “experiências de espera” no hospital: quando as parturientes sentiam que estavam esperando, elas pararam de ser fisicamente ativas no espaço. Em um contexto hospitalar, os fatores organizacionais geralmente deixam as mulheres esperando nos espaços para progredir mais rapidamente para o próximo.

Portanto, a liberdade de posição e a deambulação da parturiente durante todo seu trabalho de parto deve ser encorajadas através de um ambiente adequado e acessível para esta prática. Quando uma mulher caminha entre os espaços, ela é muito mais consciente do layout desses espaços e se sente mais no controle de sua experiência. Alguns fatores podem contribuir para uma postura estática da parturiente nos espaços de nascimento: o monitoramento fetal contínuo, realizado através de fios ligados a máquinas, por exemplo, pode impedir a livre locomoção da mulher. No entanto, o uso de equipamentos sem fio pode favorecer a mobilidade da parturiente sem negligenciar o monitoramento do feto.

Imagem 09. Sala de parto do West Middlesex University Hospital em Isleworth, onde verifica-se o espaço aberto para a deambulação, a cama distanciada do ponto focal da sala, a iluminação difusa na parede e o uso de acabamentos naturais.



Fonte: Jenkinson, Josey & Kruske (2013).

Outro aspecto no desenho arquitetônico que afeta a capacidade de deambulação das parturientes é a falta de espaço em torno do mobiliário além da percepção de imobilidade destes nos espaços de nascimento. Segundo Joyce (2018), os móveis formam limites espaciais entre os quais elas se movem. O layout da sala e os móveis contidos no espaço moldaram o movimento e o posicionamento das mulheres e sua interação com os outros: a mobília estática ou fixa no ambiente podem determinar uma única posição às mulheres e aos seus companheiros na sala, diminuindo, assim, a possibilidade de deambulação e de liberdade de posições. A maioria das mulheres deste estudo não achava possível alterar o layout desses espaços e algumas os consideraram apertados.

A capacidade de se locomover livremente foi considerada de grande importância para quase todas as mulheres entrevistadas (89%) por Newburn e Singh (2003). Outros fatores de “grande importância” para as parturientes estão o acesso a disponibilidade de travesseiros, tapetes, toalhas, cobertores, dentre outros na sala de parto (65%) e a capacidade de mover o mobiliário para adequar às suas necessidades (42%).

Em um projeto de espaços de nascimento, é importante que sejam analisadas qual o impacto do layout destes ambientes pode gerar na mobilidade da parturiente. Desse modo, é importante que sejam projetados ambientes amplos que possibilitem

às parturientes selecionar e (re)posicionar os móveis livremente de acordo com suas necessidades, através de um layout flexível e do uso múltiplo do espaço. Além disso, são sugestões de medidas para o desenho arquitetônico em relação aos espaços para deambulação e liberdade de posição em espaços de nascimento (JENKINSON, JOSEY & KRUSKE, 2013):

- A salas de parto devem ser grandes o suficiente para:
 - Permitir que a mulher ande pelo espaço e adote diferentes posições;
 - Acomodar a mulher e seu pessoal de apoio;
 - Acomodar uma gama de equipamentos e opções de móveis.
- Minimize o número de itens fixos na sala - o uso flexível do espaço é ideal.
- Equipamentos sem fio devem ser disponibilizados onde o monitoramento contínuo do coração fetal é necessário.
- Recomenda-se uma abordagem minimalista do mobiliário, dada a importância do espaço aberto na sala de parto.

Contato com a natureza e Facilidade de acesso

A visão e o contato com a natureza podem contribuir na redução dos níveis de estresse e benefícios no processo de parturição. Estudos mostram que pacientes que mantinham contato com uma cena natural através de uma janela tomavam menos analgésicos e tinham estadias pós-operatórias mais curtas em comparação com pacientes cuja janela dava para uma parede de tijolos (JENKINSON, JOSEY & KRUSKE, 2013). A janela, portanto, tem função de permitir a entrada de luz e ventilação natural e proporcionar uma vista natural de qualidade e acessível pelas parturientes.

Além disso, é importante a concepção de áreas e pátios ao ar livre próximas às salas de parto, possibilitando uma vista confortáveis aos seus usuários e acrescentando um espaço de contemplação na edificação, contribuindo para a restauração da produção de oxitocina e um processo de parturição mais eficaz. Quase metade (47%) das mulheres entrevistadas por Newburn e Singh (2003) consideram de “grande importância” a existência de lugares agradáveis para andar nas edificações assistenciais ao parto. Para isso, recomenda-se que os espaços de nascimentos estejam posicionados no térreo, pois além dos benefícios citados

anteriormente, podem fornecer facilidade de acesso para as mulheres em trabalho de parto. São medidas para a melhora do desenho arquitetônico em relação ao contato com a natureza e a facilidade de acesso aos espaços de nascimento (JENKINSON, JOSEY & KRUSKE, 2013):

- Todas as salas de parto devem ter pelo menos uma janela para permitir que a luz natural penetre na sala.
- As janelas das salas de parto devem fornecer uma visão de uma cena natural do lado de fora.
- As salas de parto devem estar localizadas no térreo, garantindo acesso fácil e próximo da entrada.
- Salas de parto devem permitir o acesso fácil a espaços ao ar livre como pátios e jardins privados.

Suporte aos acompanhantes

Embora o foco das medidas de melhoria dos espaços de nascimento seja para as mulheres em trabalho de parto, também é importante a concepção de ambientes confortáveis aos acompanhantes, pois as parturientes valorizam o espaço e o conforto de seus parceiros (JOYCE, 2018). Jenkinson, Josey & Kruske (2013) destaca que mulheres que têm apoio contínuo durante o parto têm melhores resultados, com menores taxas de cesárea e parto instrumental, menor uso de alívio farmacológico da dor e maior probabilidade de estarem satisfeitos com a experiência do parto.

Newburn e Singh (2003) constataram que 72% das mulheres consideraram como de “grande importância” o fornecimento de um acento confortável aos seus acompanhantes. Mais da metade das mulheres (53%) consideravam como de “grande importância” o fácil acesso a lanches e bebidas, principalmente pelas pessoas que lhes acompanha. Dada a importância de garantir o conforto para os acompanhantes das mulheres durante o trabalho de parto, é recomendado que a sala de parto deve ser suficientemente espaçosa e bem mobiliada para acomodar confortavelmente os acompanhantes através de cadeira e sofá-cama. Segundo o estudo de Joyce (2018) várias mulheres, sentindo-se insatisfeitas com o layout da cama de hospital dos quartos do hospital, pois não era espaçosa o suficiente para acomodar ela e seu parceiro, sugerindo que uma cama de casal seria melhor. Jenkinson, Josey & Kruske

(2013) apontam algumas medidas no desenho arquitetônico dos espaços de nascimento que beneficiaria o conforto dos acompanhantes das parturientes:

- Salas de parto devem ser suficientemente grandes e bem mobiliadas para acomodar confortavelmente os acompanhantes.
- Os acompanhantes devem ter acesso a comida e bebida, ou instalações para preparar refrescos. Parturientes sugeriram no estudo de Newburn e Singh (2003) a instalação de uma copa pequena com frigobar e área para fazer café e chá.

2.2. PARÂMETROS ARQUITETÔNICOS PARA CENTROS DE PARTO NORMAL NO SUS

Após a análise realizada no capítulo anterior acerca da assistência obstétrica e neonatal ofertada atualmente pelos estabelecimentos públicos e privados no Brasil, é possível verificar a necessidade de: superar o modelo medicalizante de atenção ao parto; implementar medidas para reduzir as taxas de cesarianas; adotar práticas baseadas em evidências, como a privacidade, a liberdade de movimentação e de posições durante o trabalho de parto e o direito a acompanhante de livre escolha, por exemplo e; conceber ambientes que favoreçam a realização de boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, com respeito à fisiologia do corpo da mulher.

Neste contexto, o Ministério da Saúde (MS), através da Rede Cegonha, desenvolveu, mais intensamente na última década, projetos para melhorar a assistência ao parto e ao nascimento, principalmente em decorrência de alguns indicadores como, por exemplo, o alto índice de mortalidade materna e o aumento das taxas de cesariana no país (VICO, 2017). Dentre as medidas adotadas pelo MS com vistas à humanização da atenção ao parto e nascimento, está a regulamentação e a disponibilização de investimentos para construção/reforma de Centros de Parto Normal (CPN) através da Portaria nº 11/2015.

Segundo o artigo 3º desta portaria, Centro de Parto Normal (CPN) constitui em uma “unidade de saúde destinada à assistência ao parto de baixo risco pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizada em suas dependências internas ou imediações” (BRASIL, 2015). A assistência às parturientes em CPN deve considerar os conceitos expostos no artigo 2º da portaria nº 11/2015, principalmente:

II - Atenção humanizada ao parto e nascimento: respeito ao parto como experiência pessoal, cultural, sexual e familiar, fundamentada no

protagonismo e autonomia da mulher, que participa ativamente com a equipe das decisões referentes ao seu parto;

IV - Parto de baixo risco: parturiente com gestação atual considerada de baixo risco e história reprodutiva sem fatores de risco materno e fetal, com avaliação obstétrica no momento da admissão que evidencie um trabalho de parto eutócico [parto sem alterações];

V - Parto normal: trabalho de parto de início espontâneo, sem indução, sem aceleração, sem utilização de intervenções como fórceps ou cesariana e sem uso de anestesia geral, raquiana ou peridural durante o trabalho de parto e parto; (BRASIL, 2015)

Os incisos V e X presentes no artigo 4º desta portaria estabelecem que o CPN deve “garantir a condução da assistência ao *parto de baixo risco*, puerpério fisiológico e cuidados com recém-nascido sadio, da admissão à alta, *por obstetrix ou enfermeiro obstétrico*”, com o objetivo de promover “a segurança e a *humanização do cuidado, assegurando as boas práticas de atenção ao parto e nascimento*” (BRASIL, 2015).

Portanto, os CPN surgem como uma alternativa espacial aos ambientes coletivos de confinamento, sem privacidade, sem liberdade e sem a possibilidade de presença de acompanhante oferecidos pelos atuais centros obstétricos. Apesar de ser objeto de uma discussão recente e ser uma tipologia de espaços de cuidado obstétrico inovadora e pouco desenvolvida no país, a implantação de CPN está inclusa nas estratégias e direcionamentos do MS desde 1999, através da portaria nº 985. Assim, os CPN fazem parte de um modelo de assistência obstétrica incentivado pela política de saúde e que atende às recomendações da OMS, cuja implantação deva ser disseminada para todas as regiões do país.

Os CNP são classificados conforme o parágrafo § 1º do artigo 3º relativo à portaria nº 11/2015 em: CPN Intra-Hospitalar (CPNi) Tipo I; CPN Intra-Hospitalar (CPNi) Tipo II; e CPN Peri-Hospitalar (CPNp). Para efeito deste trabalho, consideramos a tipologia CPNp para ser objeto do estudo e projeto visando sua implantação na Região Metropolitana de Belém. O artigo 6º inciso III estabelece os requisitos mínimos para a implantação de um CPNp, dentre os quais, destacam-se: (a) deve estar localizado nas imediações do hospital de referência, a uma distância equivalente a, no máximo, 20 minutos do respectivo estabelecimento; (b) garantir a transferência da mulher e do recém-nascido para o estabelecimento hospitalar de referência de maneira intermitente e; (c) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP, da admissão à alta.

Desse modo, verifica-se que a concepção de CPNp garante a continuidade da atenção obstétrica e neonatal em diferentes níveis de complexidade através da ligação com um hospital de referência e, em paralelo, possibilita a oferta da assistência ao parto em local mais próximo da residência do público alvo (conforme recomendação da OMS), permitindo, assim, que os espaços de nascimento estejam desassociados espacialmente de ambientes medicalizados. O Ministério da Saúde estabelece aos CPN as seguintes diretrizes:

Entre as ações da Rede Cegonha está a implantação de Centros de Parto Normal (CPN), onde a mulher é acompanhada por uma enfermeira obstetra ou obstetriz, num ambiente preparado para que possa exercer as suas escolhas, como se movimentar livremente, ter acesso a métodos não farmacológicos de alívio da dor. Um fator fundamental neste atendimento é a ambiência, com projetos arquitetônicos que buscam privilegiar cores harmônicas, conforto luminoso, térmico e acústico. [...] Os Centros de Parto Normal funcionam em conjunto com as maternidades para humanizar o parto, oferecendo às gestantes um ambiente mais adequado, privativo e um atendimento centrado na mulher e na família. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

É importante acrescentar os parâmetros ambientais para os espaços de nascimento estabelecidos pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que regulamenta o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, dentre os quais, destacamos: (1) permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; (2) promover ambiência acolhedora e ações de humanização da atenção à saúde; (3) garantir a privacidade da parturiente e seu acompanhante; (4) proporcionar condições que permitam a deambulação e movimentação ativa da mulher, desde que não existam impedimentos clínicos; (5) estimular que os procedimentos adotados sejam baseados na avaliação individualizada e nos protocolos institucionais; (6) estimular o contato imediato, pele-a-pele, da mãe com o recém-nascido, favorecendo vínculo e evitando perda de calor; (7) possibilitar o controle de luminosidade, de temperatura e de ruídos no ambiente.

Semelhante aos parâmetros e recomendações do NHS Britânico e NSW Health Australiano para o desenho arquitetônico de espaços de nascimento descritos anteriormente, o SUS estabelece que a estrutura física dos CPN garanta a promoção de ambientes acolhedores, privativos, propícios ao desenvolvimento de boas práticas obstétricas e ao respeito a fisiologia do processo de parturição. Desse modo, as

recomendações apresentadas anteriormente para os *Birth Centres* são condizentes às diretrizes do SUS para CPN e devem ser amplamente divulgadas e implementadas em espaços de nascimento no Brasil.

Além destas recomendações, o SUS estabelece requisitos mínimos de estrutura física e equipamentos através da portaria nº 11/2015 nos anexos I e III, respectivamente. O parágrafo § 3º do artigo 6º estabelece que o CPN poderá ser composto por: 3 quartos PPP (Pré-parto, Parto e Pós-Parto), com produção mínima de 480 (quatrocentos e oitenta) partos anuais e média de 40 (quarenta) partos mensais ou 5 quartos PPP, com produção mínima de 840 (oitocentos e quarenta) partos anuais e média de 70 (setenta) partos mensais, estando a critério da epidemiologia da região e dos planos regionais de saúde.

As tabelas 02 e 03 abaixo ilustram esquematicamente os espaços físicos que devem estar contidos na planta física de um CPN, suas respectivas quantidades, dimensões e áreas mínimas, assim como sua caracterização. A distribuição dos espaços deve ser realizada de acordo com as especificidades do terreno e deve possuir todos os ambientes fins e de apoio nas dependências internas do estabelecimento. Segundo a RDC/Anvisa nº 51/2011, os ambientes podem ter uma variação de até cinco por cento nas dimensões mínimas, principalmente para atendimento a modulações arquitetônicas e estruturais:

Tabela 02. Espaços físicos de um CPN e suas respectivas quantidades, dimensões, áreas mínimas e caracterizações.

Ambientes		Quantidade mínima (un)	Dimensão mínima (m)	Área Unitária mínima (m²)	Caracterização
<i>Ambientes Fins</i>					
1	Sala de Registro e recepção para acolhimento da parturiente e seu acompanhante	1	-	12	I
2	Sala de exames e admissão de parturientes	1	-	9	II
3	Sanitário anexo à sala de exames	1	1,2	2,4	III
4	Quartos para pré-parto/parto/pós-parto - PPP (sem banheiro)	2	3,2	14,5	IV, V e VII
5	Quartos para pré-parto/parto/pós-parto - PPP (com banheiro)	1	3,2	18	IV, VI e VII
6	Banheiro anexo ao quarto PPP	3	1,7	4,8	VIII

7	Área para deambulação (Varanda/solário) - interna e/ou externa.	1	-	20	IX
8	Posto de enfermagem	1	-	2,5	X
9	Sala de serviço	1	-	5,7	XI
<i>Ambientes de Apoio</i>					
10	Sala de utilidades	1	1,5	6	XII
11	Quarto de plantão para funcionários	1	2	5	XIII
12	Banheiro anexo ao quarto de plantão	2	-	2,3	XIV
13	Rouparia	-	-	-	XV
14	Depósito de Material de Limpeza	1	1	2	XVI
15	Depósito de equipamentos e materiais	1	-	3,5	XVII
16	Copa	1	1,15	4	XVIII
17	Refeitório	1	-	12	XIX
18	Área para guarda de macas e cadeiras de rodas (ambiente opcional)	-	-	-	XX
<i>Obs.: Ao somatório da metragem específica de todos os ambientes deve ser acrescido 30%, referente às áreas de circulação e elementos construtivos.</i>					

Fonte: RDC/ANVISA nº 36/2008 e 50/2002.

Tabela 03. Espaços físicos de um CPN e suas respectivas quantidades, dimensões, áreas mínimas e caracterizações.

AMBIENTES FINIS	
I - Sala de recepção acolhimento e registro (parturiente e acompanhante): ambiente destinado a recepcionar e encaminhar parturientes e acompanhantes. Para este ambiente adotou-se área mínima de 12,00m² para receber uma maca e área para registro de paciente (mesa e prontuários) ou adotar área mínima de 2,00m² por pessoa.	
II - Sala de exames e admissão de parturientes com sanitário anexo: ambiente destinado a realização de exames, apresentando área mínima de 9,00m² por leito de exame e ser provido de bancada com pia com ponto de água fria e quente.	
III - Sanitário anexo à sala de exames: ambiente com dimensão mínima 1,20m e área mínima 2,40m².	
IV - Quarto de Pré-parto, Parto e Pós-Parto (PPP): ambiente com capacidade para 1 parturiente e seu acompanhante, destinado à assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Prever instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem. Esse ambiente deve ser projetado a fim de proporcionar à mulher e recém-nascido bem-estar e segurança, criando um ambiente familiar diferindo-o de uma sala cirúrgica, permitindo também a presença, bem como, a participação do acompanhante em todo o processo.	
V - Quarto PPP sem banheiro: o ambiente deve apresentar área mínima de 14,50m², sendo 10,5m² para o leito e área de 4m² para cuidados de recém-nascido (RN), com dimensão mínima de 3,2m, com previsão de poltrona para acompanhante, berço e área para cuidados de RN com bancada com pia, provida de ponto de água fria e quente. Cama executada em alvenaria de 50 cm de altura e dimensão de 1,48 x 2,48 (opcional).	
VI - Quarto PPP com banheiro: o ambiente deve apresentar área mínima de 18,00m², sendo 10,5m² para o leito, área de 4m² para cuidados de RN e 3,50m² para instalação de banheiro (com largura	

mínima de 0,90m e com altura máxima de 0,43m, no caso de utilização de banheira de hidromassagem, deve ser garantida a higienização da tubulação de recirculação da água. Quando isso não for possível o modo de hidromassagem não deve ser ativado). O ambiente deverá possuir dimensão mínima de 3,2m, com previsão de poltrona para acompanhante, berço e área para cuidados de RN com bancada com pia, provida de ponto de água fria e quente. Cama executada em alvenaria de 50 cm de altura e dimensão de 1,48 x 2,48 (opcional).

VII - Banheiro anexo ao quarto PPP para parturiente: o banheiro anexo ao quarto PPP deve ter área mínima de 4,8m², com dimensão mínima de 1,70m. O Box para chuveiro deve ter dimensão mínima de 0,90x1,10m com instalação de barra de segurança. Deve ser provido ponto de água fria e quente. Instalação opcional de banheira com largura mínima de 0,90m e com altura máxima de 0,43m. No caso de utilização de banheira de hidromassagem, deve ser garantida a higienização da tubulação de recirculação da água. Quando isso não for possível, não deve ser ativado o modo de hidromassagem.

VIII - Área de deambulação: espaço destinado à deambulação e estar das parturientes. Sugere-se que este seja interno, ligado a uma área externa provida de paisagismo, preferencialmente coberta a fim de ser utilizada independente das condições climáticas. Esse ambiente deve apresentar área mínima de 20m². A área deve ser preferencialmente coberta, a fim de ser utilizada em dias de chuva ou sol.

IX - Posto de enfermagem: ambiente destinado a realizar relatórios de enfermagem e registro de parto. Deve apresentar área mínima de 2,5m² e um posto a cada 30 leitos, provido de ponto de água fria e elétrica de emergência.

X - Sala de serviço: realizar procedimentos de enfermagem. Deve ser previsto uma sala de serviço a cada posto de enfermagem, com área mínima de 5,70m², provido de ponto de água fria e elétrica de emergência. uma sala de serviços a cada posto de enfermagem.

AMBIENTES DE APOIO

XI - Sala de utilidades: esse ambiente é destinado à recepção, lavagem, descontaminação e abrigo temporário de materiais e roupa suja. Deve ser provido de bancada com pia e uma pia de despejo, com acionamento por válvula de descarga e tubulação de 75mm, provido de ponto de água fria e água quente. Deve possuir área mínima de 6,00m², com dimensão mínima de 1,50m.

XII - Quarto de plantão para funcionários com banheiros (feminino e masculino): esse ambiente é destinado ao repouso dos funcionários presentes na unidade em regime de plantão. Deve apresentar área mínima de 5 m².

XIII - Banheiros (masculino e feminino) do quarto de plantão de funcionários: ambiente com área mínima de 2,3m² para cada unidade, provido de ponto de água quente e fria.

XIV - Rouparia: essa área será destinada ao armazenamento de roupas limpas (fornecidas pela unidade vinculada), para esta pode ser previsto um armário com duas portas.

XV - Depósito de Material de Limpeza (DML): ambiente de apoio destinado à guarda de materiais de limpeza. Deve apresentar área mínima de 2,00m², dimensão mínima de 1,0m e estar provido ponto de água fria.

XVI - Depósito de equipamentos e materiais: ambiente destinado a armazenar os materiais e equipamentos por categoria e tipo. Para este ambiente adotou-se área mínima de 3,5m².

XVII - Copa: esse ambiente é destinado à recepção e distribuição da dieta das parturientes e acompanhantes. Deve apresentar área mínima de 4m² e ser provido de ponto de água fria.

XVIII - Refeitório: essa área 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. Deve apresentar área mínima de 12,00m² e ser provido de ponto de água fria.

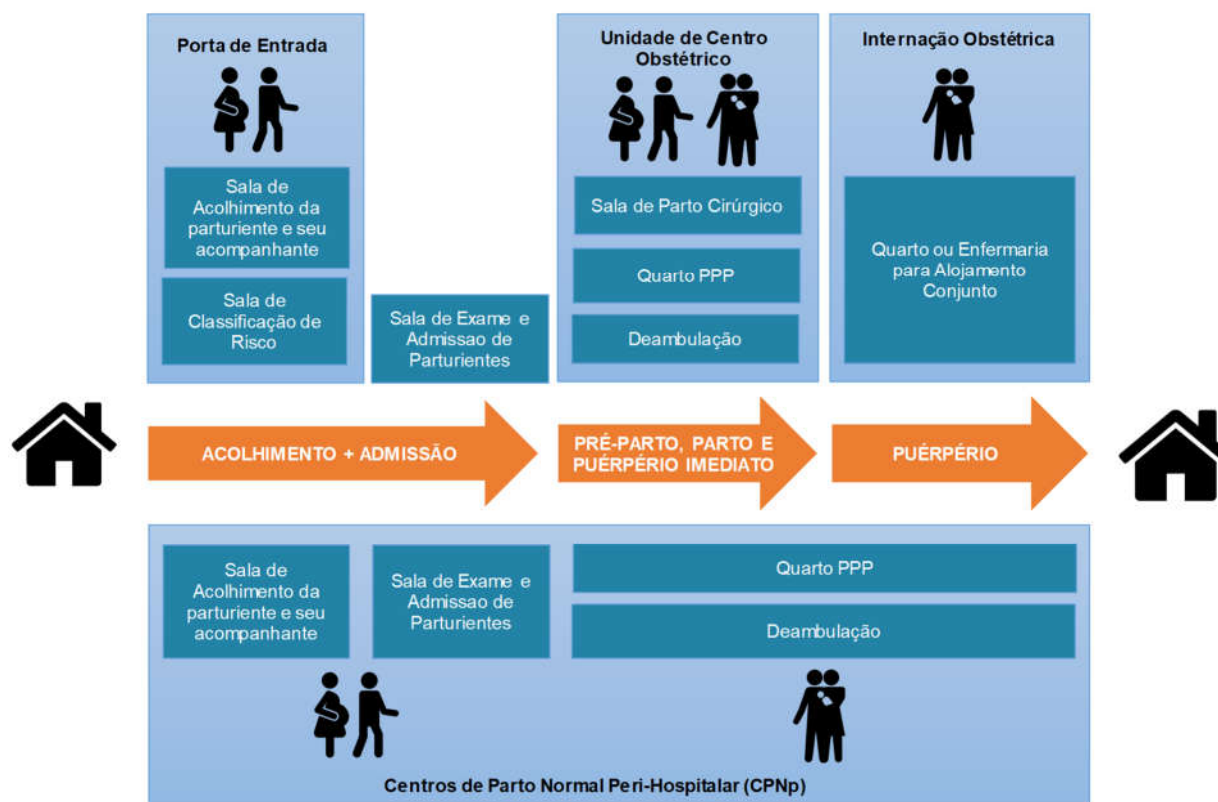
XIX - Área para guarda de macas e cadeira de rodas: Armazenar os materiais e equipamentos por categoria e tipo.

Fonte: RDC/ANVISA nº 36/2008 e 50/2002.

Segundo a RDC/ANVISA nº 36/2008, os quartos PPP devem ter capacidade para a inserção de equipamentos para “alívio não farmacológico da dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto, dentre os quais destacam-se os equipamentos que influenciam o espaço de nascimento: (a) Barra fixa e/ou escada de ling; (b) Bola de Bobat e cavalinho; (c) Arco de suporte (acoplável e removível na cama de alvenaria) que possibilite a adoção da posição de cócoras pela mulher; (d) Banheira ou piscina para o trabalho de parto/parto; (e) Banquetas e/ou cadeiras para o parto vertical; (f) Poltrona reclinável para acompanhante; (g) Berço de acrílico, 01 (um) por quarto PPP; (h) Área para cuidados para o RN com bancada e berço aquecido para reanimação com fonte de calor radiante;

Após o entendimento do espaço físico de um Centro de Parto Normal, é possível ilustrar através do esquema 01 o fluxo da parturiente em estabelecimentos hospitalares em comparação ao de Centros de Parto Normal:

Esquema 01. Fluxo da parturiente de alto risco em Estabelecimentos Hospitalares (acima) e baixo risco em CPNp (abaixo).



Fonte: RDC/ANVISA nº 36/2008 e 50/2002.

Segundo Vico (2017), haviam quinze CPN habilitados em conformidade com a Rede Cegonha até o final do ano de 2016, gerando um total de 10.329 nascimentos e mulheres beneficiadas anuais. Dentre eles, destaca-se: o *CPN David Capistrano da Costa Filho em Realengo*, Rio de Janeiro, considerado modelo em atenção obstétrica extra-hospitalar do país; *Casa de Parto São Sebastião* em Brasília e; o *Hospital Sofia Feldman*, em Belo Horizonte, referência nacional sobre humanização no Plano de Redução da Mortalidade Infantil e Materna na Amazônia Legal e Nordeste.

No entanto, Vico (2017) ressalta que este número está muito abaixo da meta do Plano Plurianual de Governo (PPA) para os anos de 2012-2015 de implantar 65 CPN até 2015, o que representa uma cobertura de 0,82% dos partos vaginais de risco habitual realizados no Brasil, ou seja, a cobertura da população que efetivamente se beneficiou dos serviços do CPN ainda seria muito baixa evidenciando um processo de implantação incipiente. Os gestores entrevistados por Vico (2017) consideram que este processo de implantação dos CPN assume um papel de “*efeito-demonstração*” para um novo modelo obstétrico brasileiro, servindo de exemplo a outros serviços. Vico (2017) afirma ainda que:

De modo geral, o processo - a maneira pela qual o CPN tem sido implementado - evidencia uma construção lenta buscando superar algumas dificuldades, tais como a quantidade de enfermeiros obstetras e obsterizes existentes, o financiamento insuficiente e a oposição de parte significativa de médicos obstetras. Não se pode desconsiderar a força do modelo ainda vigente, caracterizado por uma cultura cesarista que gera uma epidemia desta cirurgia. Aliada a esta cultura, tem-se a baixa adesão e reconhecimento das evidências que suportam as práticas que consideram a fisiologia do corpo da mulher e seu direito de vivenciar o parto e nascimento de seu filho como um evento saudável e sensível (VICO, 2017).

Por fim, verifica-se que a concepção de atenção obstétrica que inspira os CPN evidencia pertinência ao sistema de saúde brasileiro e manifesta-se como uma das ferramentas para a mudança do atual modelo de parto e nascimento e para a redução da mortalidade materna e neonatal. Vico (2017) afirma que para um aumento da implantação de CPN no Brasil “depende mais da vontade política do que da produção de evidências adicionais, uma vez que a mudança do modelo revela os conflitos de interesses estabelecidos e altera as relações de poder existentes dos profissionais entre si e entre eles e as usuárias”.

CAPITULO 3: PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE UM CENTRO DE PARTO NORMAL NO MUNICÍPIO DE BELÉM/PA

Tendo em vista a análise realizada nos capítulos anteriores acerca do cenário de assistência obstétrica brasileiro e a incipiência da implantação de estabelecimentos de incentivo ao parto normal no Brasil, foi proposto um estudo preliminar da implantação de um Centro de Parto Normal (CPN) no município de Belém. Em torno de 19.000 partos são realizados na RMB por ano (SINASC, 2019): os partos assistidos pelo SUS são realizados nos hospitais de referência da Rede Cegonha (Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, Santa Casa de Misericórdia, Hospital Regional Dr. Abelardo Santos, além dos hospitais conveniados ao SUS), inclusive os partos normais de risco habitual. A rede de assistência obstétrica da RMB é composta por, somente, um CPN e não está situado na capital (CPN Haydee Pereira de Sena, em Castanhal). Desse modo, verifica-se na RMB uma predominância do parto hospitalar e medicalizado, com a insuficiência de estabelecimentos de incentivo ao parto normal, o que justifica a proposta desenvolvida.

Para efeito deste trabalho, propõe-se o desenvolvimento de uma tipologia CPN Peri-Hospitalar (CPNp), descrito na portaria nº 11/2015, que prevê que esta tipologia deve estar localizada nas imediações do hospital de referência, a uma distância equivalente a 20 minutos. Visando a ampla difusão e a incorporação da tipologia na rede de assistência obstétrica da RMB, assim como sua reprodução para outras áreas da região, optou-se por utilizar um lote vazio (para garantir a função social da terra) que possua proporção (testada x profundidade) mais frequente na região. Segundo Mascaró (2003), os lotes de áreas em que os habitantes possuem renda familiar média e baixa seguem a proporção 1:3 a 1:6: esta característica urbanística é encontrada com frequência na maioria dos bairros de Belém e foi utilizada como parâmetro para escolha do lote para implantação do CPN.

Baseado nas localizações dos hospitais de referência e em lotes com as características apresentadas anteriormente, optou-se por posicionar o estabelecimento proposto na Av. Marquês de Herval, entre Tv. Timbó e Tv. Vileta, no município de Belém. O lote possui dimensões de 22,89 m de testada, 63,55 m de profundidade e área de 1.428,46 m², conforme imagem 10, e está a 2,4 km de

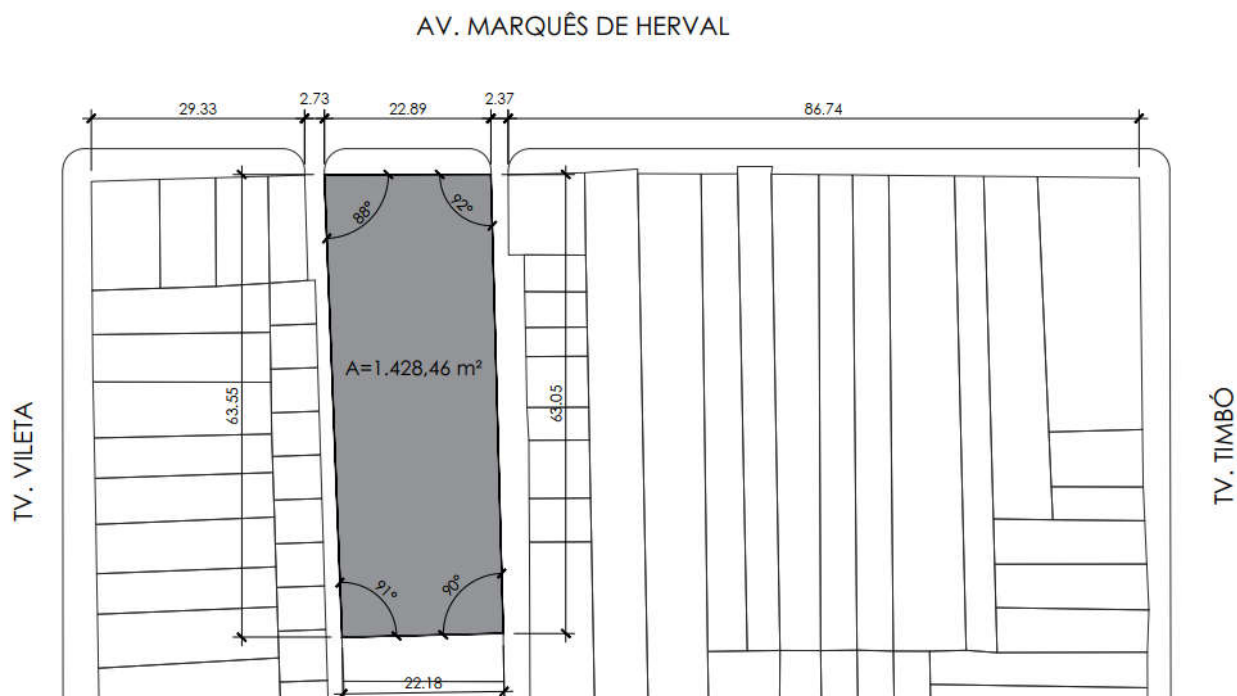
distância da Santa Casa de Misericórdia e a 2,1 km do Hospital das Clínicas, e se considerar uma velocidade de 20 km/h, a CPN estaria a, no máximo, 8 minutos do hospital de referência.

Imagem 10. Localização do terreno escolhido para o estudo preliminar do presente trabalho.



Fonte: Google Maps.

Desenho 01. Planta de situação do terreno escolhido.



Fonte: CTM Belém

Para o desenvolvimento do programa de necessidades, foi proposta a concepção de um CPNp composto, inicialmente, de 3 quartos PPP (Pré-parto, Parto e Pós-Parto), com área de expansão para mais dois quartos, quando houvesse aceitação e apropriação da tipologia pelas parturientes da região. Esta definição permite uma modulação da edificação, que facilita a implantação em outras áreas da RMB com mais limitações de áreas. Após análise das áreas e dimensões mínimas apresentadas no programa de necessidades estabelecido nas RDC/ANVISA n° 36/2008 e 50/2002 e ilustradas nas tabelas 02 e 03, verificou-se uma incompatibilidade destes dados com os parâmetros arquitetônicos estabelecidos no capítulo anterior, além das diferenças regionais em relação aos mobiliários e costumes (a rede, por exemplo, é um elemento que deveria ser previsto na concepção do projeto, mas não é abrangido pelo Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde – SOMASUS).

Desse modo, para a elaboração do programa de necessidades deste estudo, as variáveis ambiente, quantidade, áreas e dimensões mínimas foram redimensionadas e readequadas, visando atender aos parâmetros arquitetônicos apresentados anteriormente. As tabelas 04 e 05 ilustram o programa de necessidades desenvolvido para a elaboração desta proposta:

Tabela 04. Espaços físicos de um CPN e suas respectivas quantidades, dimensões, áreas mínimas e caracterizações, após a adequação com os parâmetros arquitetônico.

	Ambientes	Quantidade mínima (un)	Área útil mínima (m²)	Caracterização
1	Sala de demonstração e educação em saúde	1	21,04	I
2	Sala de Registro e recepção para acolhimento da parturiente e seu acompanhante	1	33,68	II
3	Sala de exames e admissão de parturientes	1	13,17	III
4	Sanitário anexo à sala de exames	1	3,11	-
5	Banheiro PCD	2	3	-
6	Quartos para pré-parto/parto/pós-parto - PPP (com banheira)	3	22,15	V
7	Banheiro anexo ao quarto PPP	3	8,2	VI
8	Área para deambulação (Varanda/solário) - interna e/ou externa	3	14,25	VII
9	Posto de enfermagem com sala de serviços	1	7,51	XI
<i>Ambientes de Apoio</i>				
10	Sala de utilidades	1	4,46	IX

11	Quarto de plantão para funcionários	1	6,94	X
12	Banheiro anexo ao quarto de plantão	2	3,05	-
13	Rouparia	1	3,94	-
14	Depósito de Material de Limpeza	1	3,94	XI
15	Depósito de equipamentos e materiais	1	4,1	XII
16	Copa	1	6,94	XIII
17	Refeitório	1	20,06	XIV
18	Área para guarda de macas e cadeiras de rodas (ambiente opcional)	1	-	XV

Fonte: Acervo da autora (2019).

Tabela 05. Espaços físicos de um CPN e suas respectivas quantidades, dimensões, áreas mínimas e caracterizações, após a adequação com os parâmetros arquitetônico.

AMBIENTES FINIS	
I - Sala de demonstração e educação em saúde: área destinada a realização de cursos e reuniões para gestantes, acompanhantes e profissionais da área da saúde voltados a aprendizagem.	
II - Sala de recepção acolhimento e registro (parturiente e acompanhante): ambiente destinado a recepcionar e encaminhar parturientes e acompanhantes.	
III - Sala de exames e admissão de parturientes com sanitário anexo: ambiente destinado a realização de exames, deve ser provido de bancada com pia com ponto de água fria e quente.	
IV - Quarto de Pré-parto, Parto e Pós-Parto (PPP): ambiente com capacidade para 1 parturiente e seu acompanhante, destinado à assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Prever instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem. Esse ambiente deve ser projetado a fim de proporcionar à mulher e recém-nascido bem-estar e segurança, criando um ambiente familiar diferindo-o de uma sala cirúrgica, permitindo também a presença, bem como, a participação do acompanhante em todo o processo.	
V - Banheiro anexo ao quarto PPP para parturiente: o banheiro anexo ao quarto PPP deve ter área mínima de 4,8m ² , com dimensão mínima de 1,70m. O Box para chuveiro deve ter dimensão mínima de 0,90x1,10m com instalação de barra de segurança. Deve ser provido ponto de água fria e quente. Instalação opcional de banheira com largura mínima de 0,90m e com altura máxima de 0,43m. No caso de utilização de banheira de hidromassagem, deve ser garantida a higienização da tubulação de recirculação da água. Quando isso não for possível, não deve ser ativado o modo de hidromassagem.	
VI - Banheiro anexo ao quarto PPP: Deve ter espaço para entrada de equipamentos médicos e mobiliários que auxiliem no trabalho de parto. O box deve ter dois chuveiros e mangueiras para direcionar o jato, assim como ter espaço para a parturiente, o acompanhante e o profissional de saúde.	
VII - Área de deambulação: espaço destinado à deambulação e estar das parturientes. Sugere-se que este seja interno, ligado a uma área externa provida de paisagismo, preferencialmente coberta a fim de ser utilizada independente das condições climáticas. A área deve ser preferencialmente coberta, a fim de ser utilizada em dias de chuva ou sol.	
VIII - Posto de enfermagem com sala de serviços: ambiente destinado a realizar relatórios e procedimentos de enfermagem e registro de parto. Deve ser provido de ponto de água fria e elétrica de emergência.	
AMBIENTES DE APOIO	
IX - Sala de utilidades: esse ambiente é destinado à recepção, lavagem, descontaminação e abrigo temporário de materiais e roupa suja. Deve ser provido de bancada com pia e uma pia de despejo.	
X - Quarto de plantão para funcionários com banheiros (feminino e masculino): esse ambiente é destinado ao repouso dos funcionários presentes na unidade em regime de plantão.	
XI - Depósito de Material de Limpeza (DML): ambiente destinado à guarda de materiais de limpeza.	

XII - Depósito de equipamentos e materiais: ambiente destinado a armazenar os materiais e equipamentos por categoria e tipo.

XIII- Copa: esse ambiente é destinado aos funcionários.

XIV - Refeitório: esse ambiente é destinado à recepção e distribuição da dieta das parturientes e acompanhante, além de realizar refeições/lanches fora do quarto, pode constituir-se de um espaço aberto, não necessariamente um ambiente fechado.

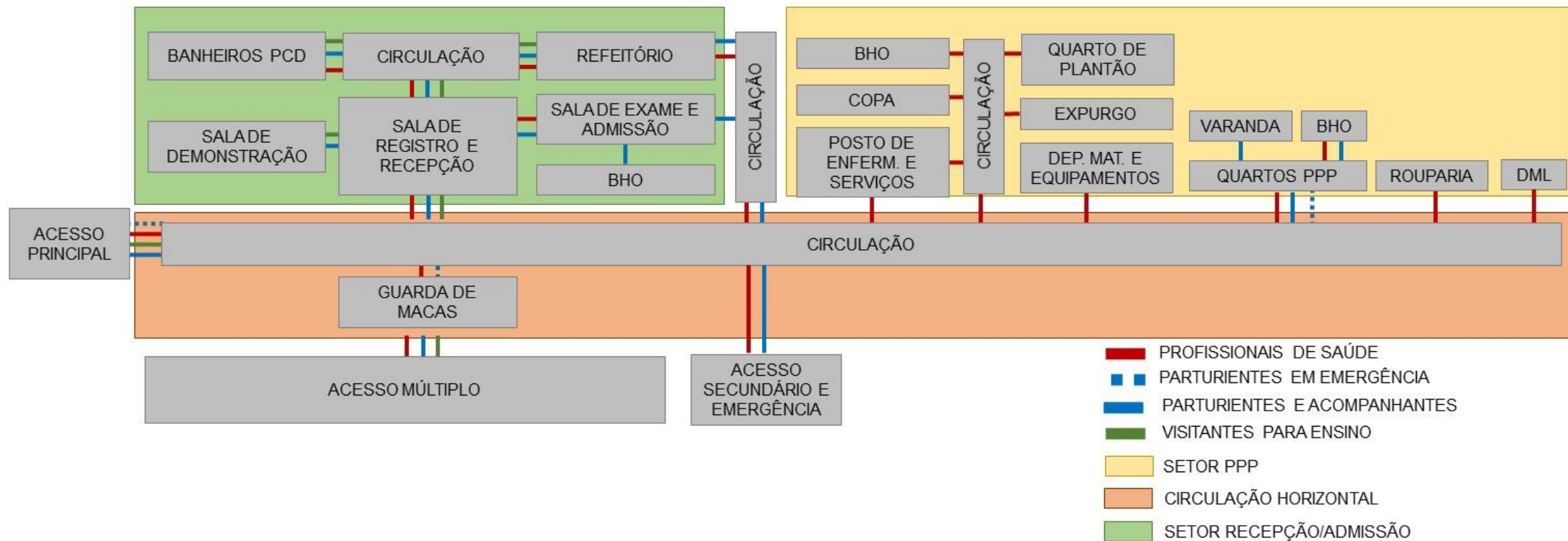
XV - Área para guarda de macas e cadeira de rodas: Armazenar os materiais e equipamentos por categoria e tipo.

Fonte: Acervo da autora (2019).

Dentre as principais alterações no programa de necessidade desenvolvido estão: (a) retirou-se o parâmetro dimensão mínima do ambiente, que ficaria sujeito às condicionantes projetuais; (b) inclusão do ambiente *Sala de Demonstração e Educação em Saúde*, tendo em vista a necessidade de disseminação das boas práticas disseminadas pela OMS; (c) ampliar a área útil da sala de registro e recepção, devido ao caráter de ensino incluído no estabelecimento; (d) inclusão de banheiros PCD para garantir a acessibilidade ao edifício; (e) opção por somente Quartos PPP com instalação de banheira para parto; (f) Inclusão de banheiro privado em cada Quarto PPP, com área ampliada para a entrada de equipamentos médicos e mobiliários que auxiliem o trabalho de parto; (g) área de deambulação individual (varanda) com tamanho menor que o estipulado, pois o Quarto PPP já possui área destinada a este fim; e (h) Refeitório para o público em geral (visitantes, parturientes, profissionais e acompanhantes).

Optou-se pela tipologia térrea e pavilhonar, para facilitar o acesso ao interior da edificação, sem uso de escadas e rampas (evitando o desgaste das parturientes devido á subida de circulação vertical e respeitando o parâmetro “Facilidade de acesso” do capítulo anterior) e adequá-la às proporções do lote (1:3, aproximadamente), garantindo, assim, mais áreas livres para vegetação e estacionamento, por exemplo. A concepção da edificação se iniciou pelo pré-dimensionamento dos ambientes determinados no programa de necessidades, principalmente os Quartos PPP. Nesta etapa, os parâmetros arquitetônicos foram aplicados de maneira mais rigorosa, transformando as diretrizes estabelecidas anteriormente em linguagem projetual. Em paralelo, foi realizado um estudo dos fluxos existentes entre os profissionais de saúde (em vermelho), as parturientes e acompanhantes (em azul), visitantes (em verde) e fluxo de emergência (em azul tracejado) nos ambientes pré-dimensionados (Esquema 02).

Esquema 02. Fluxograma do CPN proposto.

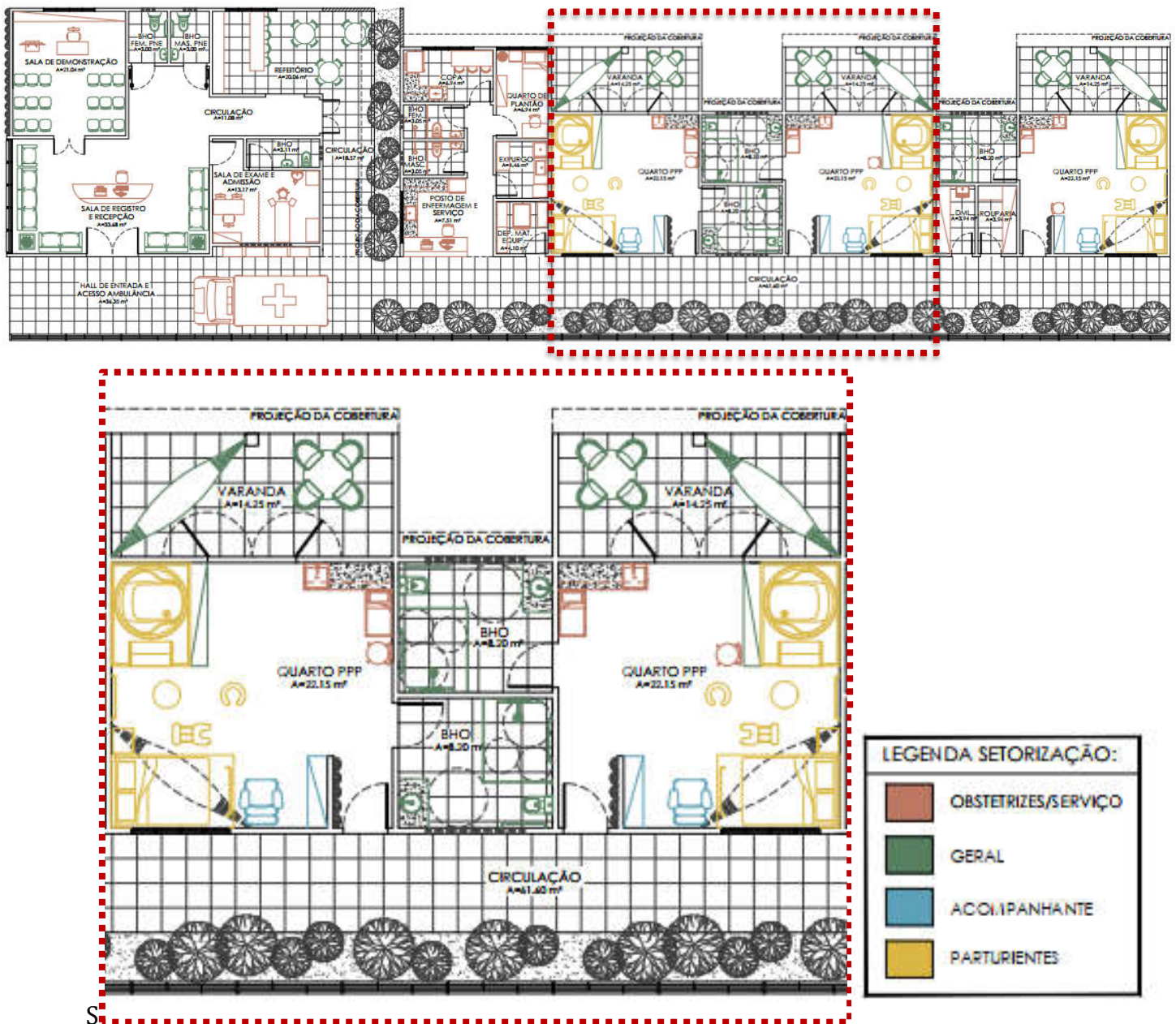


Para a concepção do partido arquitetônico, optou-se por decompor o edifício em três volumes: o setor de recepção e admissão, com acesso mais amplo e com função mais institucional (em verde, no esquema 02); o setor PPP, com acesso mais restrito a parturientes, acompanhantes e profissionais de saúde, com função principal de suporte ao processo de PPP (em amarelo, no esquema 02); e a circulação horizontal linear de ligação dos dois setores, garantindo, assim a unidade à volumetria da edificação (em laranja, no esquema 02). A concepção do Quarto PPP - de layout, volumetria e materiais - foi um dos aspectos mais importantes na elaboração do projeto do CPN, condicionando outros aspectos projetuais às definições deste ambiente. O desenho 02 ilustra o resultado final do Layout do CPN, enfatizando o Quarto PPP: nestas plantas, os mobiliários estão separados por cores que significam quais são seus usuários.

O Conjunto PPP foi concebido para ocupação de uma única parturiente, sendo composto pelo Quarto, Varanda e Banheiro, dimensionados segundo os parâmetros arquitetônicos determinados no capítulo anterior. O acesso principal ao quarto se dá através de um hall de entrada com uma parede revestida por vegetação com função de barreira visual e física para parte interna do quarto, evitando a abertura direta da porta à sala de parto e garantindo privacidade aos usuários.

Foram utilizados os mobiliários estabelecidos na RDC/ANVISA nº 36/2008: (a) Barra fixa e/ou escada de ling; (b) Bola de Bobat e cavalinho; (c) Arco de suporte (acoplável e removível na cama de alvenaria); (d) Banheira ou piscina para o trabalho de parto/parto; (e) Banquetas e/ou cadeiras para o parto vertical; (f) Poltrona reclinável para acompanhante; (g) Berço de acrílico; (h) Área para cuidados para o RN com bancada e berço aquecido para reanimação com fonte de calor radiante. No entanto, foram inclusos outros mobiliários – redes, armários e mesa para visitantes – que são compatíveis aos costumes regionais e contribuem para garantir a aparência caseira ao ambiente, acolhimento dos acompanhantes e armazenamento de itens pessoais, travesseiros, lençóis e toalhas. O Quarto PPP foi setorizado em áreas para parturientes (em amarelo), para acompanhantes (em azul), para obstetrites e profissionais de saúde (em vermelho) e para uso geral (em verde).

Desenho 02. Layout do CPN com ênfase no Quarto PPP.



Fonte: Acervo da autora (2019).

Este zoneamento atribui os parâmetros “Controle” e “Privacidade” ao ambiente, pois apresenta níveis crescentes de privacidade para a ocupação individual, conferindo à parturiente o controle pessoal sobre a interação social. O mobiliário foi posicionado no espaço de maneira a não criar um único ponto focal: a cama, a banheira, a poltrona, por exemplo, estão posicionados próximos à parede, deixando livre o centro do quarto e possibilitando espaço para a deambulação e (re)organização

dos equipamentos de suporte ao parto, como bolas, bancos, cadeiras e cordas de modo visível e acessível às parturientes. Outro aspecto flexível do ambiente é a cama, optando-se por projetá-la de maneira retrátil com a possibilidade de armação de rede, de acordo com a preferência da parturiente. Desse modo, este espaço central livre confere flexibilidade ao layout do quarto, permitindo, assim, que a autogestão do espaço pela mulher e o controle de seu trabalho de parto.

Além do espaço central do quarto, a liberdade de movimentação/deambulação é garantida através do espaço da varanda e da circulação horizontal: Estes ambientes estão próximos a áreas verdes, conferindo à deambulação das parturientes fácil acesso à espaços ao ar livre e contemplação da natureza. Assim, vários aspectos do conjunto PPP foram concebidos para atuar como pontos focais, dentre os quais destacam-se os materiais aplicados nos revestimentos do ambiente, o contato com a natureza acessível pela varanda aberta, a iluminação zenital possibilitada pelo shed projetado na cobertura e a variedade de mobiliário fornecida no quarto, representando formas de distração terapêutica às mulheres criando espaços criativos e relaxantes (Imagem 11).

Imagem 11. Renderização do quarto PPP, com ênfase nos materiais e equipamentos utilizados.



Fonte: Acervo da autora (2019)

Uma banheira para parto foi instalada em todas salas de parto do CPN proposto, conferindo ao ambiente o respeito ao parâmetro “Imersão na água”, o que possibilita mais um espaço de privacidade à parturiente e mais um método não-farmacológico de alívio da dor. Além disso, definiu-se que todas as salas de parto teriam acesso a um banheiro privativo que permita a entrada de equipamentos de saúde e outros mobiliários que auxiliem o trabalho de parto: suas áreas de banho foram dimensionadas com tamanho suficiente para acomodar a mulher, seu parceiro e a parteira. Os banheiros foram posicionados na planta do CPN de modo a otimizar o espaço através da modulação e reprodução dos ambientes, além de abertura externa para circulação de ventilação natural. Outra medida importante para o parâmetro “Decoração, mobiliário e equipamentos” é a ocultação dos equipamentos médicos de emergência, localizados no setor reservado para os profissionais de saúde (em vermelho), em armários acessíveis e com aparência caseira. Desse modo, é possível criar um ambiente menos medicalizado, permitindo à parturiente saber que o equipamento de emergência está perto, mas não visível (Imagem 12).

Imagem 12. Renderização do quarto PPP, ilustrando os equipamentos médicos escondidos em armários.



Fonte: Acervo da autora (2019)

Para atender ao parâmetro “Suporte aos acompanhantes”, foi projetado um espaço reservado para acomodar confortavelmente os acompanhantes na sala de parto (em azul), com poltrona, cama de casal, rede na área externa e uma mesa, caso haja um número maior de visitantes (Imagem 13). Além disso, optou-se por posicionar o refeitório no setor de admissão e recepção para possibilitar fácil acesso a lanches e bebidas aos acompanhantes e parturientes de acordo com suas necessidades. O parâmetro “Ruído” foi atendido no quarto PPP através da utilização de materiais absorvedores de som no revestimento da superfície de uma das paredes do quarto e materiais isolantes do som nas paredes entre os quartos e entre o forro e a estrutura da cobertura. Esta medida torna possível que o ruído de dentro da sala de parto não seja transmitido para as salas adjacentes, assim como evita que o ruído externo não seja transmitido para dentro do quarto.

Imagem 13. Renderização da área da Varanda, espaço adicional para deambulação, contato com a natureza e suporte aos acompanhantes,

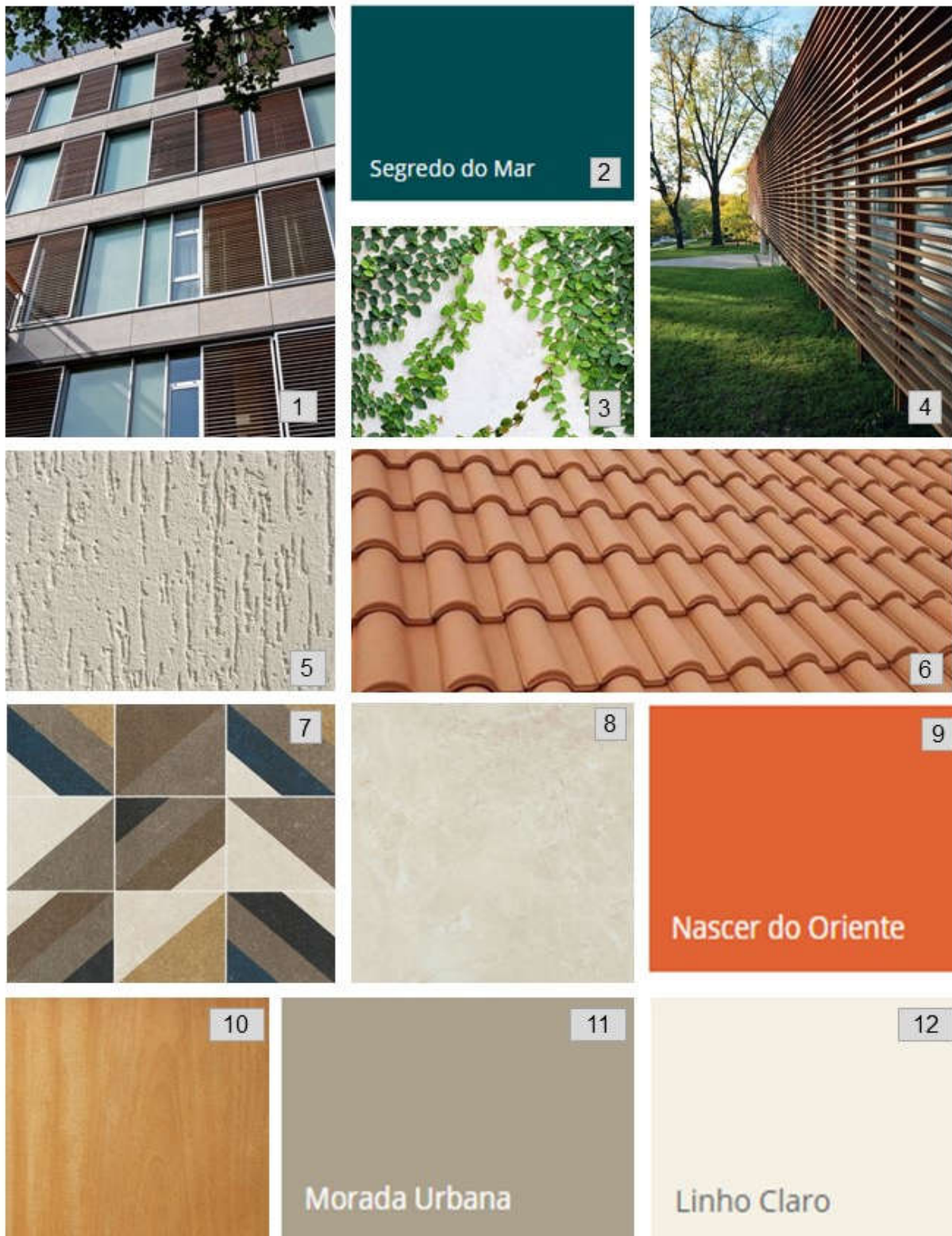


Fonte: Acervo da autora (2019)

Visando atender aos parâmetros “Janelas” e “Iluminação”, foram posicionadas aberturas em duas paredes opostas na sala de parto além da abertura na cobertura da edificação (Shed), permitindo a circulação cruzada de ventilação e iluminação natural no interior do ambiente: a varanda aberta também permite a entrada de ventilação e iluminação natural, além de possibilitar um espaço privado de contemplação e contato com a natureza. A iluminação incidente é indireta devido à proteção da cobertura, no entanto, caso seja necessário controle de temperatura, luz e privacidade, especificou-se esquadrias com ajuste acessível para os usuários dos ambientes, além do fornecimento de coberturas/proteções às mesmas. Propõe-se dois tipos de iluminação artificial, com possibilidade de ajuste e controle: Iluminação de teto mais intensa e fria para situações de emergência e iluminação de parede quente e difusa para acionamento em situações de relaxamento.

Segundo os parâmetros estabelecidos no capítulo anterior, os materiais e a decoração interna podem conferir ao CPN uma aparência caseira e familiar, diferenciando-se do ambiente estéril, institucional e clínico dos hospitais. Portanto, foram escolhidos, tanto para o exterior, quanto para o interior da edificação, materiais com aspectos naturais (madeira, telha de barro, porcelanato com textura de pedra natural) e com cores com tons mais profundos (azul, laranja, marrom e cinza mais sóbrios, com textura tipo grafiato), conforme a imagem 14, que ilustra os materiais utilizados e os locais de aplicação.

Imagem 14. Materiais utilizados na concepção do projeto do CPN.



Fonte: Acervo da autora (2019)

Tabela 06. Legenda para imagem 14, com nome do material e local de aplicação.

1	Fachada dinâmica em madeira e alumínio - Fachada lateral, circulação horizontal
2	Pintura acrílica - Superfície externa
3	Trepadeira - Fachada principal
4	Brise em madeira - Fachada principal
5	Textura na pintura - Superfícies com pintura
6	Telha de barro - cobertura setor PPP
7	Revestimento porcelanato – Varanda
8	Revestimento porcelanato - Circulação horizontal
9	Pintura acrílica - Superfícies internas do setor de admissão/recepção (meia parede)
10	Madeira - Estrutura da cobertura, piso e gabinetes
11	Pintura acrílica - Superfícies internas do setor PPP (meia parede)
12	Pintura acrílica - Superfícies internas do setor PPP (meia parede) e Passarela

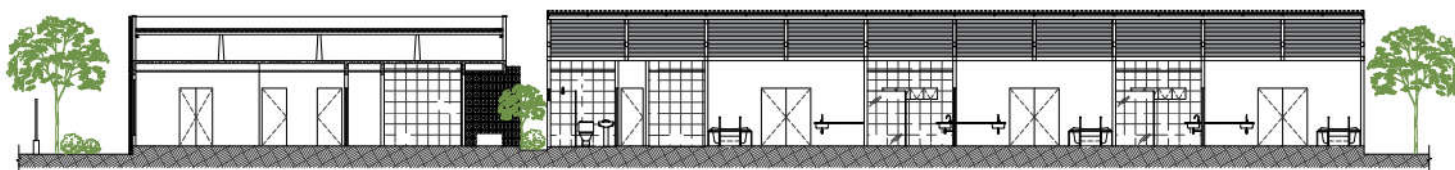
Fonte: Acervo da autora (2019)

Diante desta setorização, é possível realizar a concepção volumétrica da edificação de acordo com as funções que estão destinadas a cada setor: foi definido que os setores de recepção/admissão e PPP seriam separados fisicamente (desenho 03), visando garantir a privacidade através da separação dos fluxos mais gerais dos mais privativos e conferir à parturiente a sensação de mudança de estágio (evolução) no processo de parturição. Além disso, o setor de recepção e admissão foi posicionado próximo a testada, o setor PPP foi afastado para a área posterior do lote e a circulação horizontal foi posicionada ao lado destes setores para realizar a ligação entre eles – foram concebidas volumetrias diferentes a estes três setores, formando a composição do partido arquitetônico do CPN proposto. Após estas definições, foi possível desenvolver a planta da edificação respeitando os critérios e os parâmetros arquitetônicos estabelecidos anteriormente, ilustrada no desenho 04.

Posteriormente, foi possível determinar a volumetria dos três setores do projeto, de acordo com cada função: Em relação ao setor admissão/recepção, optou-se por atribuí-lo uma aparência institucional, principalmente a fachada principal da edificação. Para isto, foi idealizada uma volumetria mais retilínea com cobertura em platibanda sem telhado aparente, altura de 5,00 m e fachada principal revestida pela composição de parede verde e brises de madeira – é nesta fachada em que se apresenta a programação visual do estabelecimento de saúde (Desenho 05 e Imagem 15); O setor PPP foi concebido visando uma aparência “caseira” e “familiar”, através

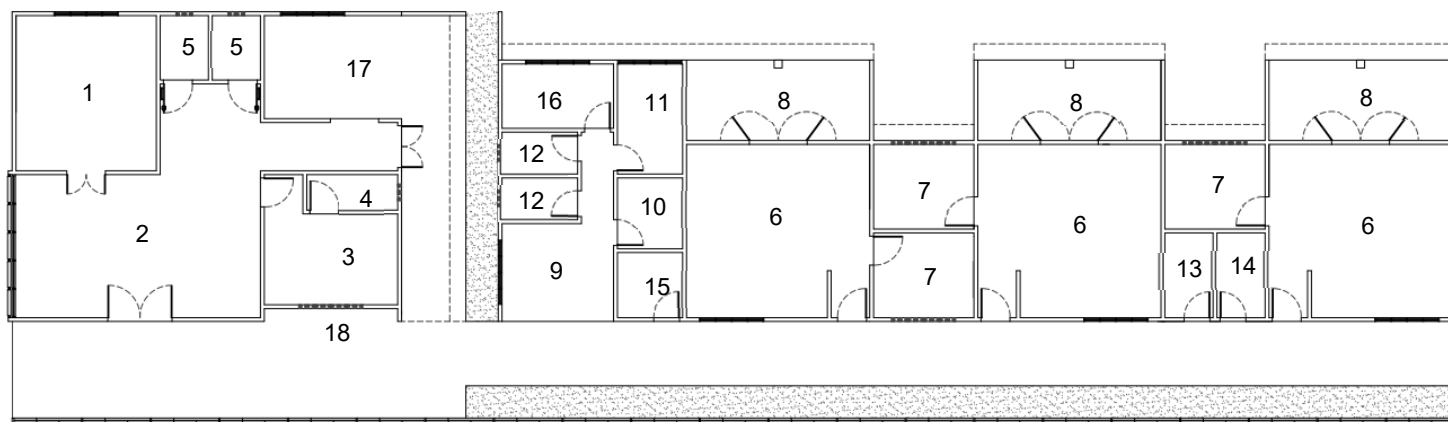
da cobertura aparente em estrutura de madeira e telhas de barro com inclinação de 30%, contato mais próximo com a natureza e um pé direito mais baixo (desenho 07); A volumetria da circulação horizontal linear foi concebida com vistas a dar unidade à edificação, equilibrando as formas das outras duas volumetrias. Portanto, optou-se por uma forma mais retilínea através da cobertura em platibanda com altura menor que os outros dois volumes: em seu fechamento vertical foi utilizada fachada dinâmica em brises de madeira semelhantes aos da fachada principal – esta medida permite o controle sobre aspectos climáticos, contato com a natureza, privacidade, além de estimular o controle sobre os elementos arquitetônicos do edifício pelos usuários, gerando a sensação de pertencimento (desenho 08). Além disso, o uso da fachada dinâmica permite acessos múltiplos ao longo da fachada lateral para que seja possível acessar ao edifício mais facilmente.

Desenho 03. Corte Longitudinal do CPN, ilustrando a separação física entre os dois setores (Recepção/Admissão e PPP)



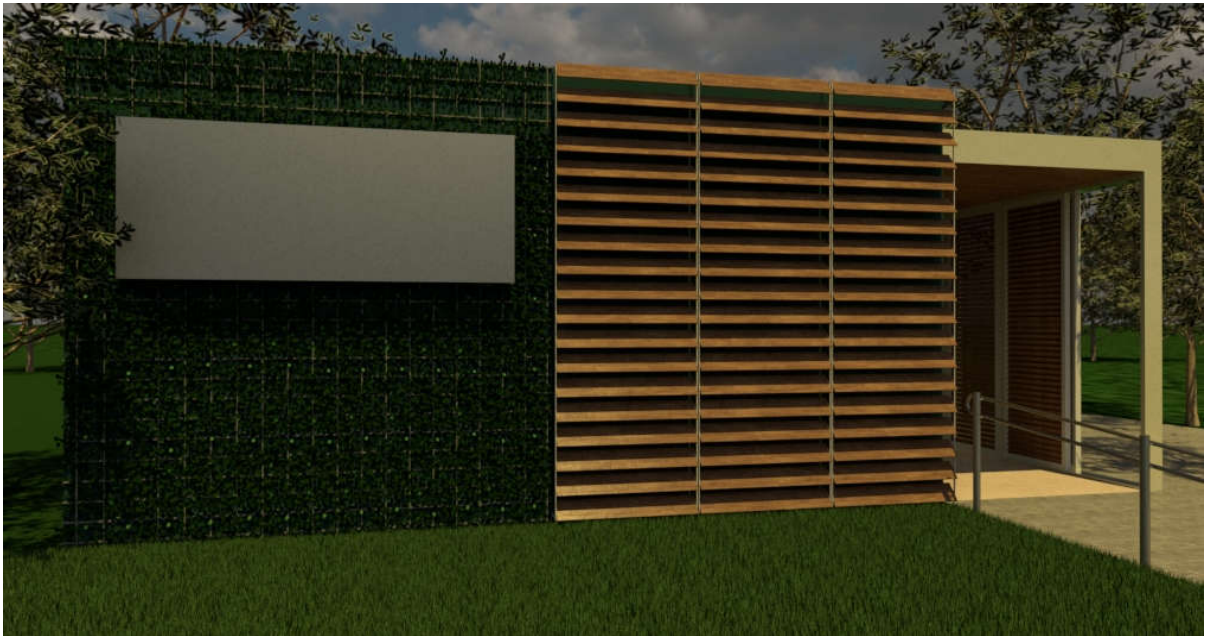
Fonte: Acervo da autora (2019).

Desenho 04. Planta baixa do CPN, com a identificação dos ambientes com a numeração do programa de necessidades (tabelas 04 e 05).



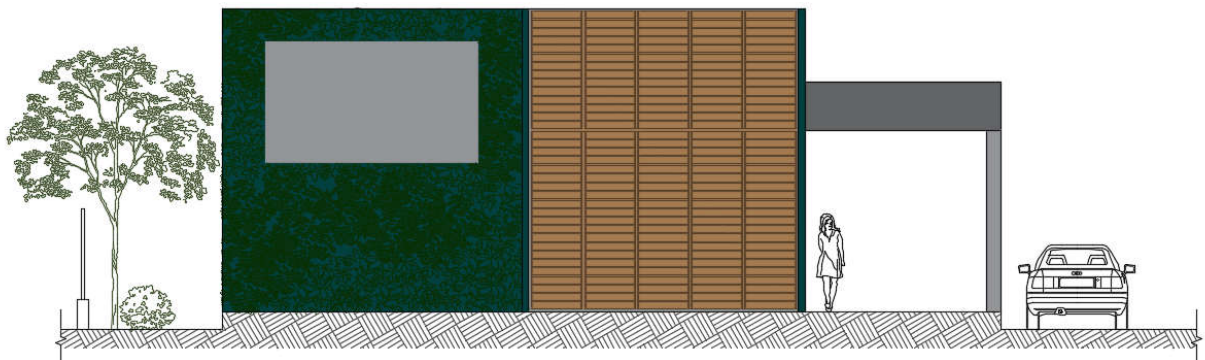
Fonte: Acervo da autora (2019).

Imagem 15. Renderização da fachada principal do CPN.



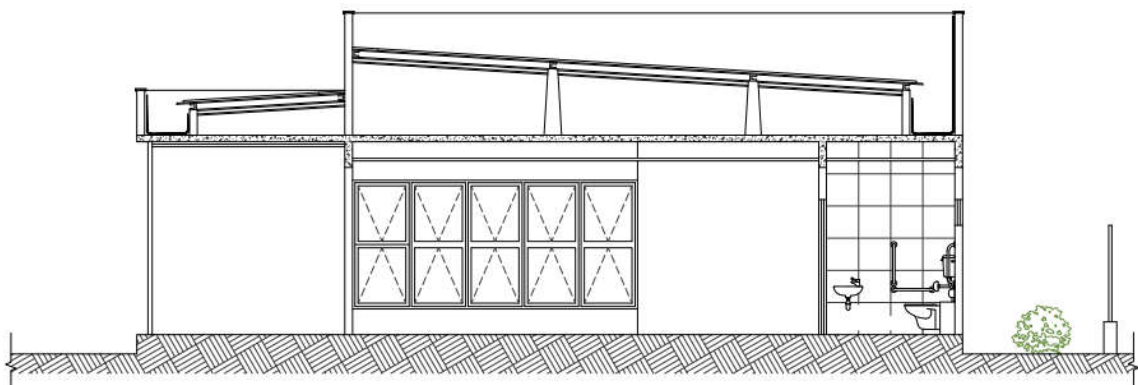
Fonte: Acervo da autora (2019).

Desenho 05. Fachada principal do CPN, com aparência institucional.



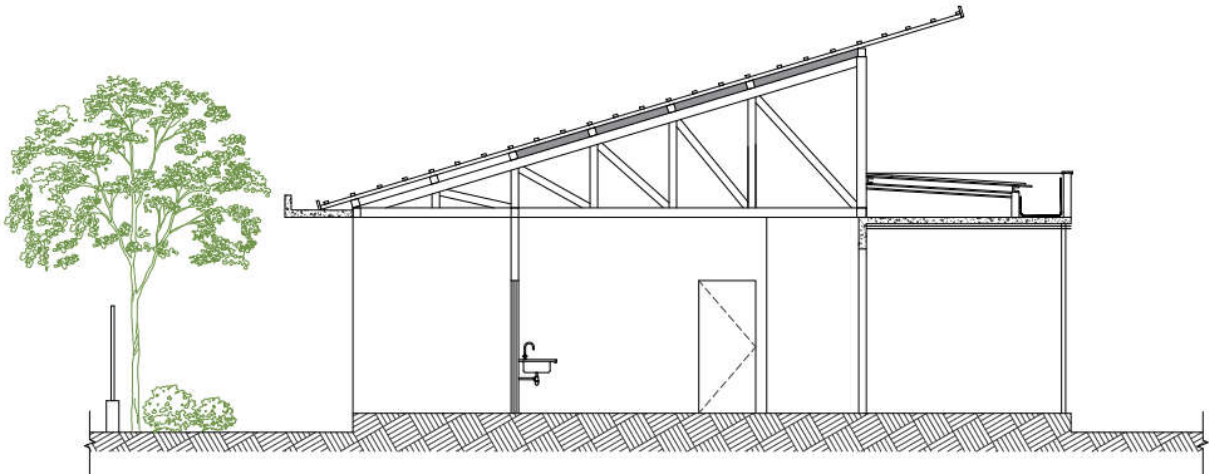
Fonte: Acervo da autora (2019).

Desenho 06. Corte Transversal do setor de Admissão/Recepção com detalhes volumétricos.



Fonte: Acervo da autora (2019).

Desenho 07. Corte Transversal do setor PPP, ilustrando a volumetria.



Fonte: Acervo da autora (2019).

Desenho 08. Fachada lateral do CPN, ilustrando o detalhe da fachada dinâmica e o Shed do setor PPP.



Fonte: Acervo da autora (2019).

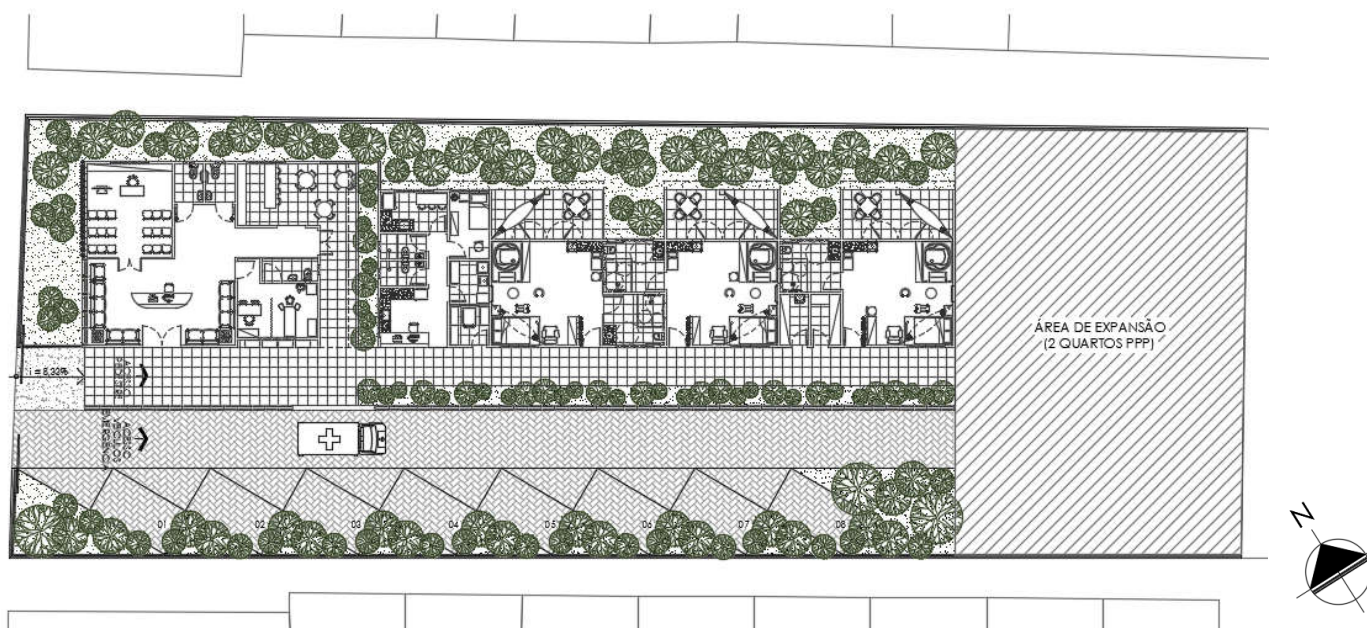
Implantação

Por se tratar de um estabelecimento assistencial de saúde (EAS), o CPN deve se destacar das demais edificações do entorno pelo contraste de seus elementos de linguagem plástica, visando a dominância morfológica da edificação com seu entorno imediato e clareza da composição plástica (KOHLSDORF, M. E., 1995). Desse modo, deslocou-se o volume da edificação dos limites do lote, utilizando afastamentos frontais e laterais maiores dos que os aplicados nos edifícios do entorno que, em sua maioria, são mínimos ou inexistentes. A implantação da volumetria no lote foi realizada considerando os aspectos de insolação, ventilação natural, posicionamento de estacionamento e áreas verdes, ampliação dos afastamentos laterais e frontal e delimitação de área de expansão suficiente para construção de 2 Quartos PPP. O lote possui uma posição privilegiada quanto a incidência de insolação e ventilação natural,

pois a ventilação predominante e secundária para Belém (Leste-Oeste e Nordeste-Sudoeste), assim como a insolação da manhã, estão direcionadas às varandas e quartos PPP, garantindo a estas áreas mais críticas as melhores condições climáticas possíveis (desenho 09).

Devido a proporção do lote, foram concebidos 3 acessos: acesso de pedestres - parturientes, acompanhantes, profissionais de saúde (obstetizes, enfermeiras, dentre outros) e visitantes; acesso veicular para o estacionamento, com capacidade para 8 vagas em 30°, com possibilidade de expansão em paralelo à edificação; e o acesso diretamente ao setor PPP e ambulância, eventualmente em caso de emergências, através de uma abertura na fachada ventilada próxima a circulação central. O acesso principal foi posicionado na lateral do edifício, evitando que os ambientes internos estejam expostos a movimentação da via e garantindo a privacidade aos usuários do CPN. A delimitação dos limites do lote foi realizada com gradil de ferro instalado em alvenaria a 50 cm do piso, de modo a permitir a visualização da edificação.

Desenho 09. Implantação da edificação no lote, ilustrando as áreas verdes, estacionamentos, acessos e área de expansão.



Fonte: Acervo da autora (2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de um cenário de aumento das taxas de cesarianas e a conservação de um modelo medicalizante na assistência ao parto no Brasil, o presente trabalho apresentou como a arquitetura pode contribuir para uma mudança neste cenário através do desenvolvimento de um projeto de um Centro de Parto Normal em Belém, assim como sistematizou parâmetros arquitetônicos utilizados amplamente em âmbito internacional de modo a serem implantados em estabelecimentos de assistência ao parto no SUS. Este estudo obteve como resultado um projeto cujo principal objetivo foi seguir às diretrizes do SUS e OMS, assim como os parâmetros sugeridos em outros Sistemas públicos referência na humanização obstétrica.

Este estudo procurou transformar as sugestões e as diretrizes de humanização do parto em linguagem projetual, de modo que estes resultados possam ser amplamente divulgados e incorporados nos estabelecimentos voltados ao parto normal, visando melhorar as experiências de nascimento de mulheres e crianças. Além disso, propõe-se a implantação de uma tipologia já existente no SUS e amplamente utilizada em âmbito internacional – o Centro de Parto Normal – e são sugeridas alterações em parâmetros arquitetônicos estabelecidos pelo SUS (área mínima, mobiliário, por exemplo) visando atender às recomendações internacionais de humanização do parto.

Desse modo, este trabalho, através da difusão destes conhecimentos, contribui para a mudança do modelo de assistência obstétrica brasileiro, que geraria impactos positivos para a saúde pública, para a população, para a economia do país, assim como atenderia às recomendações internacionais e diretrizes do Ministério da Saúde, estimulando a concepção de ambientes que favoreçam a realização de boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, com respeito à fisiologia do corpo da mulher.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde: Projeto Parto Adequado - fase 1**. Agência Nacional de Saúde Suplementar, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, Institute for Healthcare Improvement. Rio de Janeiro: ANS, 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Taxas de partos cesáreos por operadora de plano de saúde**. 2017. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/taxas-de-partos-cesareos-por-operadora-de-plano-de-saude>. Acesso em abril de 2019.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. **WHO and the epidemic of cesarians**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 18, p. 3-4, 2018.

BBC NEWS BRASIL. **O preço de dar à luz ao redor do mundo**. 2015. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/03/150306_quanto_custa_parto_mdb. Acesso em abril de 2019.

BERTOLOZZI, M.R.; GRECO, R.M. **As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais**. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 1996, vol.30, n.3, pp.380-398.

BITENCOURT, F.; BARROSO-KRAUSE, C. **Centros de parto normal: componentes arquitetônicos de conforto e desconforto**. Anais do I Congresso Nacional da ABDEH. IV Seminário de Engenharia Clínica. 2004, p. 21-26.

BORBA, V. R. **Do planejamento ao controle de gestão hospitalar: instrumento para o desenvolvimento empresarial e técnico**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

BRASIL. **Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996**. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Brasília: 1996.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: 1990.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. 2004. Disponível em: http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos_pdf_word/pdf/Pacto%20Aprovado%20na%20Tribunale.pdf. Acesso em abril de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **PND 2006 – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 3 de junho de 2008.** Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **SEÇÃO B - REDE DE ATENÇÃO À GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO (REDE CEGONHA).** In: SAS - Consulta Pública nº 6, de 12 de março de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana.** Brasília: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS; 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017.** Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília: 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Orientações para elaboração de projetos arquitetônicos Rede Cegonha: ambientes de atenção ao parto e nascimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Internações hospitalares no SUS - por local de internação.** DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/sxuf.def>. Acesso em abril de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. SIGTAP. **Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.** 2019. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>. Acesso em abril de 2019.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil.** In: Ana Elizabete Mota et al. (Org). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4ed. São Paulo: Cortez, 2009, v. 1, p. 88-110.

CLARK, S. L. et al. **Neonatal and maternal outcomes associated with elective term delivery.** American Journal Obstetrics & Gynecology, St. Louis, v. 200, n. 2, 156.e1-156.e4, 2009.

COSTA, M.T.F. **O Sistema de Saúde no Brasil.** In: BITENCOURT, F.; COSTEIRA, E. (Org.). O Sistema de Saúde no Brasil. 1 ed. Rio de Janeiro: Rio Books Editora, 2014, p. 19-31.

ENTRINGER, A.P.; GOMES, M.A.S.M.; COSTA, A.C.C.; PINTO, M. **Impacto orçamentário do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva sem indicação clínica no Brasil.** Revista Panamericana de Salud Pública. 2018, vol. 42, n.116.

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

ENTRINGER, A. P.; PINTO, M.; GOMES, M. **Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva. 2019, vol. 24, n. 4.

ESCOREL, S. **História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária.** In: GIOVANELLA, L. et al. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008. P.385-434.

ENSP/FIOCRUZ. **Prematuridade provocada por intervenção médica chega a 40% no Brasil.** 2016. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/41005>. Acesso em abril de 2019.

ESTADÃO. **OMS denuncia 'epidemia' de cesáreas no mundo; Brasil é líder.** 2015. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,oms-denuncia-epidemia-de-cesareas-no-mundo-brasil-e-lider,1667210>. Acesso em abril de 2019.

ESTADÃO. **Com novas recomendações, OMS tenta frear explosão de cesáreas.** 2018. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,com-novas-recomendacoes-omstenta-frear-explosao-de-cesareas,70002190283>. Acesso em abril de 2019.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P.R. **Fatores associados a preferências por cesarianas.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 226-232, 2006.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. **Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas.** In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D. Modelos de atenção e a saúde da família (Org.). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 43-67

FOLHA DE SÃO PAULO. **Brasil é o segundo país com maior taxa de cesáreas do mundo.** 2018. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2018/10/brasil-e-o-segundo-pais-com-maior-taxa-de-cesareas-do-mundo.shtml>. Acesso em abril de 2019.

G1. **Número de cesarianas aumenta no mundo e OMS divulga guia para reduzir procedimentos realizados.** 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/2018/10/11/numero-de-cesarianas-aumenta-no-mundo-e-oms-divulga-guia-para-reducao-do-procedimento.ghtml>. Acesso em abril de 2019.

GERSCHMAN, S. **Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Europeia e Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva. 2008, vol.13, n.5, pp.1441-1451.

JENKINSON, B., JOSEY, N., & KRUSKE, S. **BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design.** Queensland Centre for Mothers & Babies, The University of Queensland. Austrália, 2013.

JOYCE, Sarah. **Towards a New Architectural Understanding of Birth Spaces Grounded in Women's Experiences of Giving Birth.** The University of Sheffield (Thesis). Faculty of Social Science. School of Architecture, Faculty of Medicine, Dentistry and Health e School of Nursing and Midwifery. Grã-Bretanha, 2018.

KHUNPRADIT, S. et al. **Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section.** Cochrane Database Systematic Reviews, v. 15, n. 6, 2011

KOHLSDORF, M. E. Ministério da Saúde-Coordenação Geral de Normas/SAREF: consultoria para capítulo de **Condições Ambientais de Leitura Visual**, no "Manual de Planejamento, Programação e Projetos Físicos dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde". 1995.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. **Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate.** Ciência & Saúde Coletiva. 2010, vol.15, n.5, pp.2307-2316.

MAMEDE, F.V. et al. **O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto.** Esc. Anna Nery. 2007, vol.11, n.3, pp.466-471.

MARCH of Dimes. 2016. Disponível em: <http://www.marchofdimes.org/>. Acesso em abril de 2019.

MASCARÓ, J. L. **Loteamento urbanos.** Porto Alegre: L.Mascaró, 2003. v. 1. 209p

MERHY, E.E.; QUEIROZ, M.S. **Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro.** Cadernos de Saúde Pública. 1993, vol.9, n.2, pp.177-184.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Rede Cegonha.** 2017. Disponível em: <http://portalsms.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-cegonha>. Acesso em abril de 2019.

NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS). Cartilha. **Information for women who have had a baby before.** 2018. Disponível em: <https://assets.nhs.uk/prod/documents/NHSE-your-choice-where-to-have-baby-baby-before-sept2018.pdf>. Acesso em abril de 2019.

NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS). Cartilha. **Information for healthy, low-risk women having their first baby.** 2018. Disponível em: <https://assets.nhs.uk/prod/documents/NHSE-your-choice-where-to-have-baby-first-baby-sept2018.pdf>. Acesso em abril de 2019.

NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS). **Your pregnancy and baby guide.** 2019. Disponível em: <https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/where-can-i-give-birth/>. Acesso em abril de 2019.

NEWBURN, Mary; SINGH, Debbie. **Creating a Better Birth Environment Women's views about the design and facilities in maternity units: a national survey.** The National Childbirth Trust. Londres, 2003.

NORONHA, J.C.; SOARES, L.T. **A política de saúde no Brasil nos anos 90.** Ciência & Saúde Coletiva. 2001, vol.6, n.2, pp.445-450.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas.** Genebra: OMS; 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf Acesso em abril de 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.** Geneva: World Health Organization; 2018.

PAIM, J. S. et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** The Lancet, p.11-31, maio 2011.

PAIXÃO, E. M.; SOUZA, A. A.; LIMA, L. C. M. **Custo do parto normal e cesáreo: replicação do custeio ABC.** XVII Congresso Brasileiro de Custos. Belo Horizonte: 2010.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. **Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países.** Rev. Saúde Pública. 2011, vol.45, n.1, pp.185-194.

PAULA, E.; CHAUVET, E. **O Renascimento do parto [DVD].** Brasília: Master Brasil e Ritmo Filmes; 2013. (90 minutos).

SAKAE, T.M.; FREITAS, P.F.; D'ORSI, E. **Factors associated with cesarean section rates in a university hospital.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 472-480, 2009.

SOUZA, W.S.; MOREIRA, M.C.N. **Humanização da Saúde e a Estratégia da Saúde da Família: explorando alguns dilemas para além da política.** In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D. Modelos de atenção e a saúde da família (Org.). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 215-240.

TANAKA, O.Y.; OLIVEIRA, V.E. **Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS.** Saúde e Sociedade. 2007, vol.16, n.1, pp.7-17.

VICO, Amanda Fedevjcyk De. **Avaliação da Implantação dos Centros de Parto Normal no Sistema Único de Saúde.** (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2017

WAGNER, M. **Fish can't see water. The need to humanize birth.** International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2001, vol. 75 n. S1, p.S25-S37.

WOLFF, L.R.; MOURA, M.A.V. **A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura.** Esc. Anna Nery Ver. Enferm. 2004, vol. 8, n. 2, p. 279-85.