



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

SUELI DIAS DOS SANTOS

**MARIAS: proposta arquitetônica de um centro de parto normal no contexto do SUS
para o município de Baião.**

BELÉM-PA

2025

SUELI DIAS DOS SANTOS

**MARIAS: proposta arquitetônica de um centro de parto normal no contexto do SUS
para o município de Baião.**

Trabalho de Conclusão de Curso II,
apresentado como requisito para obtenção de
grau de Bacharel em Arquitetura e Urbanismo,
pela Universidade Federal do Pará à Faculdade
de Arquitetura e Urbanismo da Universidade
Federal do Pará.

Orientador: Prof. Dr. Raul da Silva Ventura
Neto

BELÉM

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S237m Santos, Sueli Dias dos.
MARIAS: proposta arquitetônica de um centro de parto normal
no contexto do SUS para o município de Baião. / Sueli Dias dos
Santos. — 2025.
118 f. : il. color.

Orientador(a): Prof. Dr. Raul da Silva Ventura Neto
Trabalho de Conclusão (Graduação) - Universidade Federal do
Pará, Instituto de Tecnologia, Faculdade de Arquitetura e
Urbanismo, Belém, 2025.

1. Arquitetura. 2. Parto Humanizado. 3. Acessibilidade. 4.
Assistência materno-infantil. I. Título.

CDD 725.5098115

SUELI DIAS DOS SANTOS

**MARIAS: proposta arquitetônica de um centro de parto normal no contexto do SUS
para o município de Baião.**

Trabalho de Conclusão de Curso II,
apresentado como requisito para obtenção de
grau de Bacharel em Arquitetura e Urbanismo,
pela Universidade Federal do Pará à Faculdade
de Arquitetura e Urbanismo da Universidade
Federal do Pará.

Orientador: Prof. Dr. Raul da Silva Ventura
Neto

Data da Aprovação: 11/09/2025

Conceito: Excelente.

Banca examinadora

Orientador:

Prof. Dr. Raul da Silva Ventura Neto
Faculdade de Arquitetura e Urbanismo – UFPA

Membro da Banca:

Prof^a. Dr^a. Louise Barbalho Pontes
Faculdade de Arquitetura e Urbanismo – UFPA

Membro da Banca:

Prof^a. Dr^a. Kamila Diniz Oliveira
Centro de Ciências Naturais e de Tecnologia -UEPA

Dedico esta monografia à minha mãe, Maria, e à minha irmã, Suele, mulheres e mães extraordinárias, que são para mim fonte de inspiração e força. Estendo também esta dedicação a todas as futuras mães que sonham com um parto humanizado, para que possam vivenciar esse momento tão especial em um espaço digno, acolhedor e preparado para recebê-las.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, que me amparou em toda esta caminhada. Mesmo diante das dificuldades, foi ele quem me deu coragem, fé e perseverança, renovando minhas forças e mostrando que, no final, tudo valeria a pena.

Aos meus pais, Maria do Socorro e Pedro Barbosa, registro minha gratidão pelo amor incondicional, pelo incentivo e por todo o apoio que sempre me ofereceram.

Ao meu companheiro, João Paulo, sou imensamente grata pela paciência, carinho e dedicação. Sua presença firme e acolhedora me sustentou nos momentos mais desafiadores e me encorajou a seguir em frente.

À minha irmã, Suele, e ao seu esposo, Dayvid, agradeço de coração pelo apoio constante, pelo afeto e por acreditarem em mim quando mais precisei.

Ao Prof. Dr. Raul da Silva Ventura Neto, deixo meu sincero reconhecimento pela orientação, disponibilidade e pelos valiosos ensinamentos que contribuíram de forma decisiva para a realização deste trabalho.

A todos que, de alguma forma, estiveram ao meu lado ao longo desta trajetória, oferecendo palavras de incentivo, amizade, apoio e companhia nos momentos de alegria e também nos de dificuldade deixo o meu muito obrigada.

Gratidão!

RESUMO

Este trabalho busca explorar a relação entre a arquitetura, os avanços tecnológicos e a humanização em ambientes dedicados à assistência à saúde da mulher e da criança, com ênfase no contexto do parto, no cuidado da parturiente e do recém-nascido. Adota-se uma metodologia qualitativa, exploratória e aplicada, com o objetivo de compreender, analisar e desenvolver soluções práticas para a problemática em questão. Dessa forma, propõe-se a criação de um Centro de Parto Normal peri-hospitalar que, além de oferecer um ambiente qualificado para o nascimento, também se configure como referência para mulheres e mães que buscam informações sobre o parto humanizado e temas relacionados. A área de estudo e implantação do projeto abrange o município de Baião, uma região caracterizada por uma diversidade de tipologias comunitárias, incluindo quilombos e vilas ribeirinhas. Essas diferentes realidades apresentam desafios geográficos, sociais e culturais, que impactam diretamente o acesso à saúde e a qualidade do atendimento obstétrico. Diante dessa dicotomia entre modernidade e tradição, o projeto propõe soluções arquitetônicas que considerem a acessibilidade aos serviços de saúde em áreas remotas, respeitando as práticas tradicionais e promovendo um diálogo entre os saberes locais e as inovações tecnológicas. Assim, busca-se garantir um espaço que una eficiência, acolhimento e respeito às especificidades culturais, contribuindo para a humanização do parto e a melhoria da assistência materno-infantil na região.

Palavras-chaves: Arquitetura; parto humanizado; acessibilidade; Assistência materno-infantil.

ABSTRACT

This work seeks to explore the relationship between architecture, technological advancements, and humanization in environments dedicated to the care of women and children, with an emphasis on childbirth, the care of the mother, and the newborn. A qualitative, exploratory, and applied methodology is adopted, aiming to understand, analyze, and develop practical solutions to the issue at hand. Thus, the proposal involves creating a peri-hospital Normal Birth Center that, in addition to offering a qualified environment for childbirth, also serves as a reference point for women and mothers seeking information about humanized birth and related topics. The study and project implementation area encompasses the municipality of Baião, a region characterized by a diversity of community typologies, including quilombola settlements and riverside villages. These different realities present geographical, social, and cultural challenges that directly affect access to healthcare and the quality of obstetric care. Faced with this dichotomy between modernity and tradition, the project proposes architectural solutions that consider accessibility to healthcare services in remote areas, while respecting traditional practices and promoting a dialogue between local knowledge and technological innovations. In this way, the project aims to ensure a space that combines efficiency, warmth, and respect for cultural specificities, contributing to the humanization of childbirth and the improvement of maternal and child healthcare in the region.

Keywords: Architecture; humanized childbirth; accessibility; maternal and child care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-Gráfico de taxa de parto cesárea e vaginal no intervalo de 5 anos no município de Baião.....	13
Figura 2- Mapa de localização do município de Baião/PA	16
Figura 3- Mapa de localização do município de Baião/PA	17
Figura 4- Foto feita em 1910 na parte da frente do município, na margem do rio Tocantins.....	19
Figura 5-Atual Igreja de Santo Antônio de Pádua, construída em 1922. Desenhada pelo "Arquiteto do Ciclo da Borracha" José Freire Sidrim, arquiteto e desenhista nascido em Fortaleza.....	20
Figura 6-Fachada principal do HMSJ.....	21
Figura 7-Uma mulher dando à luz em uma cadeira de parto.....	24
Figura 8- Um médico fazendo um parto cesáreo.....	25
Figura 9 - Dez diagramas ilustrando vários métodos de parto com fórceps. Gravura, 1791.....	26
Figura 10 - Representação de parto indígena da etnia botocudo.....	29
Figura 11- Marca da Rede Cegonha.....	35
Figura 12- Estrutura de funcionamento da Rede Cegonha.....	36
Figura 13 – Eixos Estratégicos da Pnaisc.....	39
Figura 14 – Linha do tempo das estratégias e programas voltados à humanização da assistência ao parto.....	39
Figura 15– Marca da rede Alyne.....	40
Figura 17- Birth Centres -Quarto privativo.....	43
Figura 18 - Quarto individual de um CPN.....	48
Figura 19-Banheira de Parto.....	49
Figura 20- Banheiro privativo.....	50
Figura 21- Luzes e Temperatura de cor correlata.....	52
Figura 22- Presença de luz natural.....	53
Figura 23- Isolamento e Condicionamento Acústico.....	55
Figura 24- Sala de parto do Hospital Universitário Western Middlesex.....	58
Figura 25- Jardim do pátio do Centro de Parto de Helensville, Nova Zelândia.....	60
Figura 26 - Espaços físicos de um CPN e suas respectivas quantidades, dimensões e áreas mínimas.....	65
Figura 27-Atribuições assistenciais dos ambientes de acordo com RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 – Anvisa, RDC nº 36, de 3 de junho 2008 – Anvisa e PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº3, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017; ANEXO II, TÍTULO II, CAPÍTULOS I ao IV.....	66
Figura 28- Fluxo da parturiente RDC nº 36 / Anvisa.....	68
Figura 29- Layout do projeto de Referência de um Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar, disponibilizado pelo Ministério da Saúde.....	68
Figura 30-Casa Angela, fachada frontal.....	69
Figura 31 -Vista Sala de espera.....	71
Figura 32 - Croqui esquemático de zoneamento e funcionalidade da Casa Ângela.....	71
Figura 33 - Sala de eventos.....	72
Figura 34 - Quarto PPP com equipamentos de auxílio e banheiro.....	72
Figura 35 - Oficina de Trabalho Corporal	73
Figura 36 - Fachada frontal do Abbey Birth Center.....	74
Figura 37-sala de parto privativa com banheiro.....	74
Figura 38-Studio Sala de espera.....	75
Figura 39-Sala de espera.....	76
Figura 40-sala de parto privativa com banheiro.....	76
Figura 41-Área de descanso.....	77
Figura 42-Garden (Jardim interno).....	77
Figura 43-sala de parto privativa com banheiro.....	78
Figura 44 -Sala de Atendimento.....	78

Figura 45-sala de Trabalho de Parto, Parto e Recuperação (TPPR).....	79
Figura 46-sala de Trabalho de Parto, Parto e Recuperação (TPPR).....	80
Figura 47-Sala de espera.....	81
Figura 48-sala de Trabalho de Parto, Parto e Recuperação (TPPR).....	81
Figura 49- Localização do terreno escolhido para o estudo da implantação do CPN proposto.....	83
Figura 50- Caminho percorrido do terreno até o hospital.....	83
Figura 51-Mapa de zoneamento da cidade de Baião, de acordo com o PDM.....	84
Figura 52 -Quadro de índices, recuos e demais restrições para uso não residencial de acordo com o PDM.....	84
Figura 53- Topografia do terreno.....	85
Figura 54-Incidência solar e Sentido dos ventos no terreno.....	86
Figura 55-Estudo solar do local escolhido em três horários diferentes: 07:00, 12:00 e 16:00.....	86
Figura 56 -análise do entorno/hierarquia viária.....	87
Figura 57 -análise do entorno/hierarquia viária.....	88
Figura 58- Programa de Necessidades para o CNPJ proposto.....	89
Figura 59-Conceitos para o CNPJ proposto.....	92
Figura 60- diretrizes para o CPN proposto.....	92
Figura 61- Organograma do CPN proposto.....	93
Figura 62 - Fluxograma do CPN proposto.....	94
Figura 63-Planta baixa de implantação e Elevação esquerda do CPN proposto.....	95
Figura 64- Planta de implantação do CPN proposto com os principais acessos.....	96
Figura 65-Estacionamento do CPN proposto.....	97
Figura 66- Perspectiva do Estacionamento do CPN proposto.....	97
Figura 67- Planta baixa e perspectiva do jardim da fachada esquerda com passeios do CPN proposto.....	98
Figura 68-Planta Baixa e Layout do CPN proposto.....	99
Figura 69- Perspectiva isométrica do CPN proposto.....	100
Figura 70- Fachada principal do CPN proposto.....	100
Figura 71- perspectiva da fachada principal CPN proposto.....	101
Figura 72- perspectiva da fachada principal CPN proposto.....	101
Figura 73- Perspectiva interna da sala de espera do CPN proposto.....	102
Figura 74- Perspectiva da sala de Sala de demonstração e educação em saúde do CPN proposto.....	102
Figura 75-Consultorio tipo do CPN proposto.....	103
Figura 76- Figura 60- Perspectiva interna da área social do CPN proposto.....	103
Figura 77- Perspectiva interna da sala de espera do CPN proposto.....	104
Figura 78- Perspectiva interna do quarto/alojamento do CPN proposto.....	104
Figura 79- Layout quarto PPP, com descrição de mobiliário.....	105
Figura 80- Perspectiva interna do quarto PPP do CPN proposto.....	106
Figura 81- Perspectiva interna do quarto PPP do CPN proposto.....	106
Figura 82- Perspectiva interna do quarto PPP do CPN proposto.....	107
Figura 83-Perspectiva interna do quarto PPP do CPN proposto.....	107
Figura 84-Perspectiva interna do quarto PPP do CPN proposto.....	108
Figura 85- Planta de cobertura do CPN proposto.....	109
Figura 86- Imagem ilustrativa do sistema construtivo do CPN proposto.....	110
Figura 87-Tabela de vegetação.....	111

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS- Organização Mundial da Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

CPN- Centro de Parto Normal

SINASC- Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

HMSJ-Hospital Municipal São Joaquim

TFD- Tratamento Fora de Domicílio

ESF- Estratégia de Saúde da Família

PSF- Programa de Saúde da Família

UBS- Unidade Básica de Saúde

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

SISPRENATAL- Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança

PHP- Programa De Humanização No Pré Natal E Nascimento

ANVISA- Agência Nacional De Vigilância Sanitária

RAS- Rede de Atenção à Saúde

NHS- National Health Service

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Justificativa.....	11
1.2 Objetivos.....	14
1.2.1 Objetivo Geral.....	14
1.2.2 Objetivos Específicos.....	14
2 METODOLOGIA.....	15
2.1 Tipo De Pesquisa.....	15
3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO.....	16
3.1 Município de Baião e o seu contexto histórico.....	16
3.2 Análise Dos Ambientes De Saúde No Município.....	21
4 O PARTO: DAS TRADIÇÕES À MODERNIDADE.....	24
4.1 Histórico brasileiro.....	28
4.2 A Estrutura da assistência ao parto no SUS.....	31
4.4 Humanização e assistência obstétrica na Inglaterra e Austrália.....	41
5 DIRETRIZES ARQUITETÔNICAS PARA CENTROS DE PARTO NORMAL.....	45
5.1 Diretrizes Arquitetônicas para Birth Centre: Grã-Bretanha e Austrália.....	46
5.2 Diretrizes Arquitetônicas Para Centros de Parto Normal no SUS.....	62
5.2 referências projetuais.....	69
5.2.1 casa angela-Brasil.....	69
5.2.2 Abbey Birth Centre-Inglaterra.....	73
5.2.3 Royal Women's Hospital Birth Centre-Austrália.....	78
6 CONDICIONANTES PARA O PROJETO.....	82
6.1 Área de intervenção e terreno.....	82
6.2 Programa De Necessidades.....	88
7 PROCESSO PROJETUAL.....	91
7.1 Conceito.....	91
7.2 Diretrizes Do Projeto:.....	92
7.3 Organograma/Fluxograma.....	93
7.4 Implantação.....	94
7.5 Projeto Arquitetônico.....	99
7.6 Paisagismo.....	110
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	112
REFERÊNCIAS.....	113

1 INTRODUÇÃO

1.1 Justificativa

Ao abordar o parto e todo o processo envolvido no mesmo, assim como sua relação com fatores sociais e culturais, abre-se um cenário para diversas análises, que abrangem desde o aspecto humano até uma reflexão crítica sobre como os espaços de nascimento atendem às demandas e necessidades de uma parcela da sociedade que, historicamente, nem sempre teve suas especificidades reconhecidas e compreendidas. Em pouco mais de cem anos, o parto deixou de ser uma experiência vivida de maneira íntima e familiar para se tornar um processo marcado pela institucionalização e pela adoção de um modelo tecnocrático (Maia, 2010).

No Brasil, apenas em 2023, foram registrados 2.537.576 nascimentos. Desses, 98,93% ocorreram em hospitais ou outros estabelecimentos de saúde (DATASUS,2024). Ao analisar essa questão, infere-se que esse dado resulta de políticas públicas voltadas para a ampliação do acesso à saúde materno-infantil e para o incentivo ao parto hospitalar, que, em teoria, seria uma medida destinada a garantir maior segurança às mães e aos bebês. No entanto, observa-se que o sistema de saúde nacional ainda enfrenta desafios significativos, desafios esses, que são mais evidentes nas regiões do interior e em localidades remotas, onde a carência de recursos essenciais para o processo de parturição acentua a violência obstétrica, frequentemente caracterizada por negligência, imprudência, intervenções desnecessárias e isolamento da parturiente nesse momento de vulnerabilidade.

Com o objetivo de superar esses desafios e promover melhorias na assistência à saúde materno-infantil, o Ministério da Saúde instituiu, em 2011, a Rede Cegonha, com a finalidade de implementar um novo modelo de cuidado para a saúde da mulher e da criança, enfatizando o parto, o nascimento, o crescimento e o desenvolvimento infantil (Brasil, 2011). Dando continuidade a essa iniciativa, em 2017, o Ministério lançou as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, estabelecendo orientações para uma assistência ao parto humanizada e para a capacitação dos profissionais, visando uma atuação mais eficaz. Dessa forma, o Ministério da Saúde busca reduzir as altas taxas de intervenções desnecessárias, como a episiotomia (corte no períneo), o uso de ocitocina (hormônio que acelera o parto), a cesariana sem indicação adequada e a aspiração nasofaríngea no bebê, entre outras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A partir dessas iniciativas promovidos por esses programas, especialmente pelo Ministério da Saúde e outros órgãos da área, buscou-se devolver à mulher o protagonismo no

momento do parto e em todo o seu contexto, oferecendo uma nova perspectiva sobre a saúde e o ambiente onde ocorrem o nascimento e o acolhimento, com objetivo de resgatar a naturalização desse processo. O conceito de parto humanizado busca resgatar valores presentes nos processos de parturição que antecedem sua hospitalização, valorizando a autonomia da mulher, seu bem-estar físico e emocional, além de considerar o parto como um momento íntimo e familiar (Silva, 2018).

Com base nos princípios que orientam a visão dos profissionais sobre o processo de nascimento, foram definidos três principais paradigmas de assistência ao parto, conforme a classificação elaborada pela antropóloga americana Robbie Davis-Floyd (1998, 2001). Esses paradigmas são: Tecnocrático, modelo predominante no mundo ocidental, que trata o parto como um procedimento médico, com utilização de tecnologia e intervenções. Holístico, que prioriza o parto natural com mínimas intervenções, respeitando a fisiologia do nascimento. Humanista que busca um equilíbrio entre segurança e humanização, combinando tecnologia quando necessário, mas respeitando o parto como um processo natural. Esse modelo é predominante em países como Grã-Bretanha, Canadá, Alemanha e Austrália. Nessa perspectiva, este estudo abordará o modelo de assistência ao parto humanista, também conhecido como Modelo Intermediário.

Em consideração a isso, a humanização do parto não se limita ao aspecto técnico, mas envolve a valorização de práticas culturais, sociais e individuais que respeitem a diversidade das mulheres (Melo, 2017). Este trabalho se justifica ao oferecer um estudo na busca por soluções arquitetônicas viáveis e acessíveis, com o propósito de humanizar e qualificar a assistência ao parto normal no contexto proposto. Alinhado às normas da Organização Mundial da Saúde (OMS), aos padrões de excelência internacionais que têm como referências países como Inglaterra e Austrália e às diretrizes do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) e as suas subdivisões.

Os Centros de Parto Normal foram criados com a intenção de restabelecer o direito da mulher à privacidade e dignidade durante o parto, proporcionando um ambiente similar ao seu lar, enquanto garantem segurança tanto para a mãe quanto para o bebê, com a disponibilização de recursos tecnológicos adequados para situações de emergência (Machado & Praça, 2006). Diante dessa conjuntura, o espaço ganha uma importância ainda maior, pois, nesse momento, a parturiente deve ter garantidos o conforto, a privacidade e o cuidado necessários para vivenciar a experiência do parto com o máximo de respeito e dignidade dentro do espaço de assistência.

De acordo com a Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015, é obrigatório que os Centros de Parto Normal peri-hospitalares (CPNp) estejam vinculados a um hospital de referência e localizados nas proximidades dessa unidade hospitalar. Essa exigência visa garantir a segurança assistencial da parturiente e do recém-nascido, permitindo o encaminhamento imediato e eficaz em casos que demandem intervenções de maior complexidade ou cuidados especializados.

Nesse sentido, o presente trabalho busca apresentar como a arquitetura contribui para o planejamento desses espaços, atendendo às necessidades dos usuários e priorizando o bem-estar, o conforto e a segurança, além de reforçar a humanização nos serviços oferecido, por meio de análises de diretrizes para implantação de um centro de parto normal peri-hospitalar (CPNp) no município de Baião/PA, com uma tipologia arquitetônica integrada ao SUS que pode ser adaptada a diferentes realidades regionais. A proposta visa externar um modelo de assistência ao parto mais respeitoso e eficiente, promovendo melhores condições para as mães e bebês, voltada para a humanização e cuidado.

Baião é um município Paraense em expansão, com uma população crescente a cada ano. Diante disso, observa-se que as taxas de cesarianas têm aumentado periodicamente a cada ano, enquanto os partos normais vêm simultaneamente diminuindo, conforme ilustrado no gráfico 1. Nesse sentido, este trabalho busca tentar reverter esse cenário por meio de um estudo e proposta de um projeto para a implantação de um Centro de Parto Normal peri-hospitalar no município. Além disso, procura demonstrar que é possível oferecer um espaço humanizado para a assistência ao parto, seguindo diretrizes e normas específicas, buscando referências de excelência e respeitando a arquitetura local da região.

Figura 1-Gráfico de taxa de parto cesárea e vaginal no intervalo de 5 anos no município de Baião.



Fonte: MS/SVSA/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC(2025).

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Este trabalho tem como objetivo geral analisar o contexto da assistência ao parto no Sistema Único de Saúde (SUS) e, a partir dessa análise, propor alternativas humanizadas que contribuam para a redução da predominância do modelo medicalizado e tecnocrático atualmente vigente. Para isso, são apresentadas diretrizes arquitetônicas voltadas aos espaços de atenção ao parto normal, com ênfase na tipologia dos Centros de Parto Normal (CPN).

Buscando por meio de referências, valorizar o suporte humanizado ao parto, integrando os saberes tradicionais e as práticas culturais locais das comunidades do interior do município de Baião aos avanços da medicina. Propõe-se a criação de espaços projetados para oferecer conforto, acolhimento e privacidade às mulheres e suas famílias nesse momento

O projeto visa priorizar a relação entre o ambiente físico e o bem-estar da parturiente, assim como de todos os envolvidos no processo do parto. Busca-se promover a humanização do cuidado por meio de espaços acolhedores, flexíveis e adaptados às necessidades das gestantes, puérperas, recém-nascidos e profissionais de saúde. A proposta integra terapias complementares, medicina tradicional e uma arquitetura alinhada às normas técnicas, com foco em conforto ambiental, funcionalidade e, principalmente, acessibilidade.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Analisar a assistência ao parto no SUS em comparação com referências internacionais.
- Elaborar uma proposta de Centro de Parto Normal em Baião/PA, integrada ao SUS e à realidade local, propondo soluções arquitetônicas que garantam acessibilidade, conforto e qualidade ambiental.
- Valorizar o parto como experiência de autonomia feminina e de conexão coletiva.

2 METODOLOGIA

A metodologia empregada adota uma abordagem qualitativa, exploratória e aplicada, com o objetivo de realizar uma comparação entre o sistema público de saúde brasileiro e sistemas internacionais que são referência em assistência obstétrica pública e humanizada. Além disso, examina-se os critérios de projeto arquitetônico para unidades de saúde voltadas à assistência ao parto normal, visando à elaboração de diretrizes arquitetônicas para a implantação de um Centro de Parto Normal.

2.1 Tipo De Pesquisa

O estudo se fundamenta no levantamento bibliográfico sobre assistência ao parto, sistemas públicos de saúde e humanização em ambientes de parto, com base em artigos científicos, livros, normas técnicas, manuais e relatórios de órgãos como a OMS e o Ministério da Saúde. Inclui a seleção de projetos e edifícios com propostas inovadoras e alinhadas ao tema, analisando aspectos como partido arquitetônico, fluxos, conforto ambiental, integração com o entorno e a comparação de diretrizes arquitetônicas aplicadas em diferentes contextos, considerando exemplos nacionais e internacionais. Para assim elaborar uma proposta para o desenvolvimento de diretrizes arquitetônicas para um Centro de Parto Normal (CPN) adequado ao contexto de Baião/PA considerando aspectos funcionais, espaciais, ambientais e normativos.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

3.1 Município de Baião e o seu contexto histórico

Figura 2- Mapa de localização do município de Baião/PA .



Fonte: acervo da autora (2025).

A área de estudo para a proposta de implantação de um Centro de Parto Normal compreende o município de Baião, um território marcado por ampla diversidade, tanto em termos geográficos quanto no perfil da população residente. Essa heterogeneidade se reflete nas distintas realidades socioeconômicas, culturais e demográficas da região, o que demanda uma abordagem cuidadosa e inclusiva para o desenvolvimento do projeto. Além disso, a necessidade de garantir um acesso equitativo a um atendimento obstétrico humanizado reforça a importância de considerar as especificidades locais, promovendo um espaço que atenda às demandas da comunidade e respeite suas particularidades.

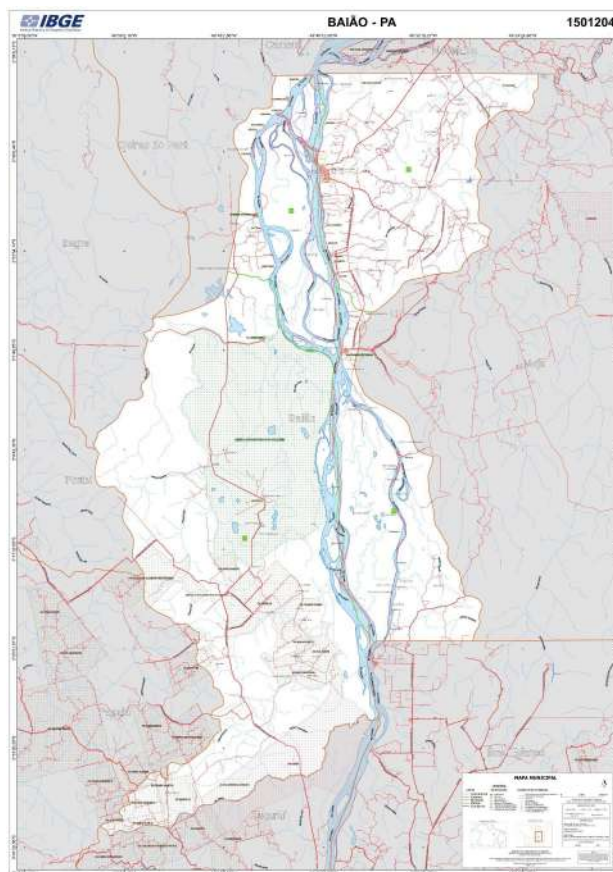
Analisando o território de estudo de forma macro, observa-se que o município de Baião está localizado na mesorregião do Baixo Tocantins, na microrregião de Cametá, sendo cortado pelo rio Tocantins. O Território abrange uma área de 36.024,20 Km² e é composto de 11 municípios sendo eles Abaetetuba, Acará, Limoeiro do Ajuru, Moju, Tailândia, Barcarena, Baião, Cametá, Igarapé-Miri, Mocajuba e Oeiras do Pará. Destes, apenas os municípios de Moju e Oeiras do Pará não são banhados pelo rio Tocantins e sim pelo rio Moju e rio Pará, respectivamente (Costa, 2006 Citado Por Nogueira Et Al., 2010).

Diante disso, verifica-se a importância da água e do rio Tocantins, que banha essa região, por se tratar não apenas de um rio, mas de todo um contexto histórico relacionado à sua existência, tanto para a alimentação quanto para o transporte, dado que, em algumas vilas o acesso ocorre somente por meio dele. Posta isso, tratam-se, antes de tudo, de formações

sócio-espaciais em que o rio não define apenas os seus contornos físicos, mas está presente como meio de circulação, como referência para o imaginário, como meio de sobrevivência, sendo, assim, por onde navega a economia, a cultura, os símbolos, os ritos e as experiências sociais expressas nessas pequenas aglomerações urbanas. (Malheiro, B. C. P., & da Trindade Júnior, S. C. C. 2009)

A área em estudo apresenta certa carência relacionada à infraestrutura urbana, à acessibilidade e à oferta de equipamentos de saúde, o que impacta diretamente a qualidade dos serviços disponíveis para a população em geral. Além disso, a região abriga uma diversidade de grupos sociais, incluindo comunidades quilombolas, ribeirinhas e outros tipos de assentamentos, cada um com demandas específicas que precisam ser consideradas. Para garantir um atendimento obstétrico eficaz e equitativo, é essencial que a proposta contemple soluções adaptáveis às realidades locais, promovendo acessibilidade, respeito às particularidades culturais e um ambiente que favoreça a humanização nesse momento do parto e nascimento.

Figura 3- Mapa de localização do município de Baião/PA .



Fonte: IBGE (2023).

O município de Baião teve suas origens em um povoado estabelecido em 1694, durante o governo de Antônio de Albuquerque Coelho de Carvalho, então governador e capitão-geral do Estado do Maranhão e Grão-Pará. Na época, como donatário da Capitania do Camutá, ele concedeu ao português Antônio Baião uma extensa sesmaria, sob a condição de que fundasse um povoado às margens do rio Tocantins. Após explorar diversos pontos ao longo do rio e buscando um local estratégico e favorável para o assentamento, Antônio Baião escolheu uma área elevada e de condições propícias para o desenvolvimento da comunidade, onde hoje se encontra a sede do município (BIBLIOTECA IBGE, 2012). Esse processo histórico reflete não apenas a expansão territorial da época colonial, mas também a importância das margens dos rios como eixo de ocupação e desenvolvimento na Amazônia.

O crescimento urbano de Baião se deu de maneira radial, tendo como eixo central a Praça Matriz João Cândio, popularmente chamada de "Parque". Nesse espaço, a construção de uma igreja desempenhou um papel fundamental na dinâmica de ocupação e na organização territorial do município, influenciando diretamente o padrão de povoamento. Com o tempo, em torno da praça foram erguidos edifícios voltados para a administração pública e o comércio, como a Câmara Municipal e a Cadeia Pública, consolidando a região como o principal centro político, econômico e social da vila (Favacho, 2021).

No início do processo de urbanização, a vila era composta por apenas três ruas, e o principal ponto de acesso era o Porto Real (ou Porto da Serraria), que tinha capacidade para acomodar de oito a dez canoas simultaneamente. Para acessar o núcleo urbano, era necessário subir uma escadaria feita de acapu, uma madeira resistente típica da região, por um estreito caminho que conectava o porto à vila. Esse modelo inicial de ocupação reflete a forte influência das tradições portuguesas no urbanismo colonial, em que a disposição das igrejas e praças centrais desempenhava um papel crucial no desenvolvimento das cidades, organizando o espaço e estruturando a vida comunitária. A configuração da vila, portanto, não só revela as características geográficas e econômicas da época, mas também a forma como o urbanismo colonial buscava promover a integração das funções religiosas, políticas e sociais.

Figura 4- Foto feita em 1910 na parte da frente do município, na margem do rio Tocantins.



Fonte: <https://baiao.pa.gov.br/o-municipio/historia/>.(2025)

Entretanto, cabe mencionar que que, em razão das significativas transformações políticas que ocorreram ao longo do século XIX, uma nova área central foi criada na vila. Com isso, foi estabelecida a Praça do Rosário, planejada de maneira similar à praça original, com uma capela dedicada a Nossa Senhora do Rosário no centro e construções ao seu redor voltadas à administração e ao comércio local. Essa configuração reforçava a tradição de organizar o espaço público em torno de elementos religiosos e administrativos, fundamentais para a vida comunitária (Favacho, 2021).

Essa reconfiguração urbana perdurou ao longo dos anos, passando por algumas modificações, como a renovação da praça, que passou a ser chamada de Praça Matriz, consolidando-se como o novo centro cívico e religioso da cidade. A antiga capela foi substituída pela atual Igreja de Santo Antônio, projetada pelo arquiteto José Sidrim, que se tornou um importante marco arquitetônico e histórico para o município. Essa transformação não apenas redefiniu a paisagem urbana, mas também refletiu a evolução da identidade local, mantendo a praça e a igreja como eixos centrais da vida social e cultural da cidade.

Figura 5-Atual Igreja de Santo Antônio de Pádua, construída em 1922. Desenhada pelo "Arquiteto do Ciclo da Borracha" José Freire Sidrim, arquiteto e desenhista nascido em Fortaleza.



Figura 104: Elevação Principal da Igreja de **Baião**.

Fonte: Acervo Ana Léa Matos.



Fonte: Camila Favacho, 2021

Atualmente, o município de Baião possui uma população estimada de 55.949 habitantes e uma área territorial de aproximadamente 3.760.000 km² (IBGE, 2024). Destaca-se por ser um dos maiores redutos de remanescentes de quilombos no Brasil, com comunidades que preservam de forma ativa as tradições, a cultura e as práticas herdadas de seus ancestrais. No entanto, Baião enfrenta desafios significativos no que diz respeito ao seu desenvolvimento urbano e econômico, uma vez que o município tem recebido poucos investimentos nessas áreas. Isso tem resultado na degradação de parte de seu patrimônio histórico e na falta de valorização de sua rica trajetória cultural, o que limita seu potencial de crescimento e a melhoria da qualidade de vida de seus habitantes.

A economia local de Baião é sustentada principalmente pelo comércio e pelas atividades extrativistas, com destaque para a produção de pimenta-do-reino, cacau, mandioca e açaí. Além disso, a piscicultura e a pesca artesanal desempenham um papel crucial na subsistência de muitas famílias, sendo fundamentais tanto para o sustento econômico quanto para a alimentação da população. Embora essas atividades sejam essenciais para a economia do município, a carência de incentivos, infraestrutura adequada e tecnologias modernas pode restringir seu potencial de crescimento, limitando a geração de renda e dificultando o desenvolvimento local de forma mais ampla. A falta de investimentos em áreas estratégicas

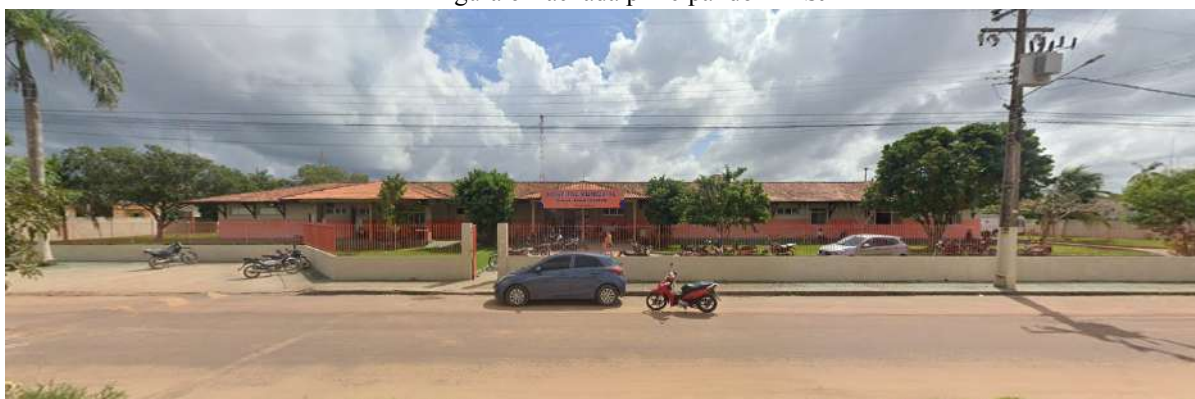
compromete a competitividade dessas atividades no mercado, além de impactar negativamente a qualidade de vida das comunidades dependentes dessas fontes de sustento.

O acesso ao município pode ser feito por via terrestre, pelas rodovias PA-151 e BR-422 , ou por via fluvial, pelo próprio rio Tocantins. A distância entre o município de Baião e a capital paraense, Belém, é de aproximadamente 265 km por estrada. O trajeto pode ser realizado por meio do Porto Arapari, em Barcarena, utilizando embarcações para a travessia, ou pela rodovia Alça Viária. O tempo médio de viagem varia entre 5 e 5 horas e 30 minutos, dependendo das condições da estrada e do meio de transporte utilizado.

3.2 Análise Dos Ambientes De Saúde No Município

O Hospital Municipal São Joaquim (HMSJ) foi inaugurado no município de Baião em 1998, durante a gestão do prefeito Antônio Pereira Lobo Júnior, em colaboração com a secretária de saúde Edna Maria Ramos da Costa. Como uma arquitetura singular de um único pavimento, o hospital tem como principal objetivo atender a população local, proporcionando serviços de cuidados médicos e de saúde essenciais. Embora o HMSJ tenha se empenhado em suprir as necessidades da região, a unidade ainda enfrenta limitações relacionadas às instalações e recursos, o que pode impactar sua capacidade de atender plenamente à crescente demanda por serviços de saúde da população.

Figura 6-Fachada principal do HMSJ



Fonte: Google Maps (2025).

Atualmente, o Hospital Municipal São Joaquim (HMSJ) dispõe de 28 leitos, distribuídos conforme a especialidade: 10 leitos para clínica geral, 6 para cirurgia geral, 3 para clínica obstétrica, 5 para clínica pediátrica, 3 para cirurgias obstétricas e 1 para unidade de isolamento (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BAIÃO, 2021). Além disso, o

HMSJ possui um anexo específico para o atendimento de casos de Covid-19, com 4 leitos exclusivos para internação, disponibilizados sempre que necessário.

Além dos setores de internação, o HMSJ oferece assistência e atendimento de urgência e emergência, proporcionando suporte imediato à população em situações críticas. O hospital dispõe igualmente de uma série de serviços especializados, como radiologia, ultrassonografia, eletrocardiograma, cirurgias gerais de baixa e média complexidade, fisioterapia, atendimentos nas áreas de ginecologia e obstetrícia, nutrição e clínica geral. O HMSJ também realiza cirurgias eletivas e, dependendo da gravidade do caso, pode realizar cirurgias de emergência (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BAIÃO, 2021).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Baião, o município conta também com outras unidades e serviços dedicados à promoção e assistência à saúde da população. Entre as principais estruturas, destacam-se: o departamento de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), o departamento de imunização, o setor de verificação do Bolsa Família, o Centro de Diagnóstico Municipal, o departamento de regulação de exames especializados, a Academia de Saúde, o Centro de Referência, além da própria Secretaria de Saúde. A cidade também conta com três Estratégias de Saúde da Família (ESF), oito Programas de Saúde da Família (PSF), três Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Esses serviços visam garantir uma cobertura ampla e integrada para a população, sofrendo com alguns obstáculos, especialmente em algumas áreas mais remotas e de difícil acesso, para proporcionar um suporte mais eficiente e acessível a todos.

Atualmente, no município de Baião, a assistência ao pré-natal é oferecida principalmente na atenção básica, sendo as consultas realizadas no Centro de Referência Municipal, nas três Estratégias de Saúde da Família (ESF) e em duas das três Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essas unidades são responsáveis pelo cadastramento e acompanhamento das gestantes por meio do Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança (SISPRENATAL). O acompanhamento inclui consultas periódicas para avaliar o desenvolvimento da gestação, identificar riscos materno-fetais e garantir o encaminhamento adequado aos serviços especializados, quando necessário, buscando assegurar a saúde da mãe e do bebê durante esse período crucial.

Em 2012, o município de Baião aderiu à Rede Cegonha, com o objetivo de fortalecer a assistência à saúde materno-infantil já existente no município e garantir um atendimento mais qualificado e humanizado às gestantes e recém-nascidos. O Hospital Municipal São Joaquim foi designado então como maternidade de referência para a região, sendo responsável pelo

atendimento e acolhimento das gestantes, incluindo aquelas que necessitam de cuidados especializados em casos de urgências obstétricas (Santos, 2017).

Apesar da disponibilidade desses serviços, a unidade ainda enfrenta certos desafios em termos de infraestrutura e limitações de recursos, o que compromete a qualidade e a eficiência do atendimento em algumas áreas. Essas adversidades acabam dificultando o acesso da população a alguns serviços especializados, o que se reflete em longos períodos de espera, sobrecarga na equipe médica e a necessidade de encaminhamentos para unidades de saúde em outras localidades.

Esse cenário agrava especialmente a vulnerabilidade de gestantes e outros pacientes que requerem cuidados específicos, tornando o atendimento menos eficaz e impactando a saúde e o bem-estar da comunidade, principalmente em situações de urgência e emergência. Essa realidade é evidenciada pelos dados principalmente do ano de 2021, que apontam que a principal causa de internações no município foi gravidez, parto e puerpério, permanecendo como a maior demanda hospitalar nos últimos anos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BAIÃO, 2021).

Sob esse paradigma, observa-se que o município dispõe de uma estrutura de saúde de média complexidade, tanto ambulatorial quanto hospitalar, cuja finalidade é atender às demandas de urgência e emergência, oferecer alguns serviços especializados e disponibilizar suporte para diagnóstico e terapia. No entanto, a demanda populacional cresce exponencialmente a cada ano, o que intensifica a necessidade de ampliação, qualificação e modernização de alguns serviços de saúde. Bem como impõe também desafios à arquitetura existente, exigindo melhorias e adequações para atender às novas perspectivas e necessidades da população, garantindo um acesso mais eficiente e humanizado aos cuidados médicos.

Diante desse cenário, pode-se concluir que a implantação de um Centro de Parto Normal (CPN) no município tem o potencial de complementar o modelo de assistência existente, proporcionando um atendimento mais humanizado e qualificado às parturientes, atendendo às suas necessidades e garantindo um parto seguro. Conforme orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS), a assistência ao parto deve priorizar o respeito à fisiologia do nascimento, evitando intervenções desnecessárias e promovendo o bem-estar tanto materno quanto neonatal.

Além disso, a criação de um CPN pode gerar um impacto positivo na qualidade do atendimento e na autonomia das mulheres durante o processo de parto, uma vez que esse modelo de assistência valoriza as escolhas da parturiente, fortalece o vínculo mãe-bebê e promove o protagonismo feminino. Esses fatores contribuem não apenas para uma

experiência de parto mais respeitosa, mas também para a construção de uma abordagem mais centrada na mulher e na sua saúde integral (D'ORSI et al., 2005).

4 O PARTO: DAS TRADIÇÕES À MODERNIDADE

A gestação e o parto representam momentos transformadores na vida das mulheres, marcados por profundas mudanças físicas, emocionais e sociais. Embora o corpo feminino esteja naturalmente preparado para a reprodução desde os primórdios da humanidade, as formas de vivenciar o nascimento variam de acordo com o contexto histórico, cultural e social. Os rituais, crenças e práticas associadas ao parto passaram por inúmeras transformações ao longo dos séculos, refletindo tanto avanços científicos quanto influências religiosas e socioculturais (Maldonado, 2002; Mott, 2002).

Historicamente, o parto e os cuidados relacionados eram realizados por mulheres conhecidas popularmente como aparadeiras, comadres ou parteiras-leigas. Essas mulheres detinham um conhecimento empírico adquirido ao longo do tempo e eram responsáveis por acompanhar as gestantes, oferecendo assistência domiciliar durante a gestação, o parto e o puerpério (Brenes, 1991), como demonstrado na Figura 2.

Figura 7-Uma mulher dando à luz em uma cadeira de parto.

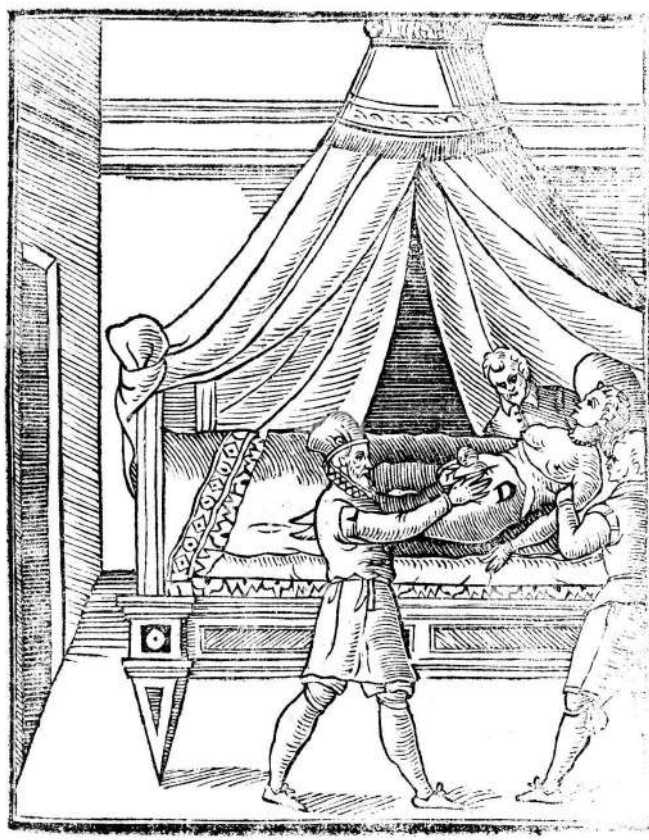


Fonte: Livro Eucharius Rösslin-O Jardim das Rosas 1513.

Na Idade Média, as parteiras continuaram sendo figuras centrais no atendimento ao parto. No entanto, com o crescimento da influência da Igreja Católica, muitas práticas tradicionais foram substituídas por abordagens mais ligadas à moral e à religião, limitando a intervenção de mulheres não treinadas nas práticas médicas. Ao mesmo tempo, a arquitetura voltada para o contexto hospitalar nesse período se apresentava como espaços monásticos ou anexos a instituições religiosas, refletindo a forte influência da Igreja na assistência à saúde. Os hospitais medievais eram projetados mais como locais de caridade e isolamento do que como centros de cura, com grandes enfermarias coletivas e pouca privacidade para os pacientes (Carvalho 2014, Pág. 14)

Durante o Renascimento, as inovações científicas impulsionaram avanços significativos na medicina, incluindo a obstetrícia. O aprimoramento do conhecimento anatômico e o desenvolvimento de novas técnicas médicas tornaram a presença dos médicos mais influente nesse campo (SILVA, 2022). A partir da segunda metade do século XVI e início do século XVII, as parteiras começaram a perder espaço para os cirurgiões, que passaram a desempenhar um papel central na assistência ao nascimento (MALDONADO, 2002).

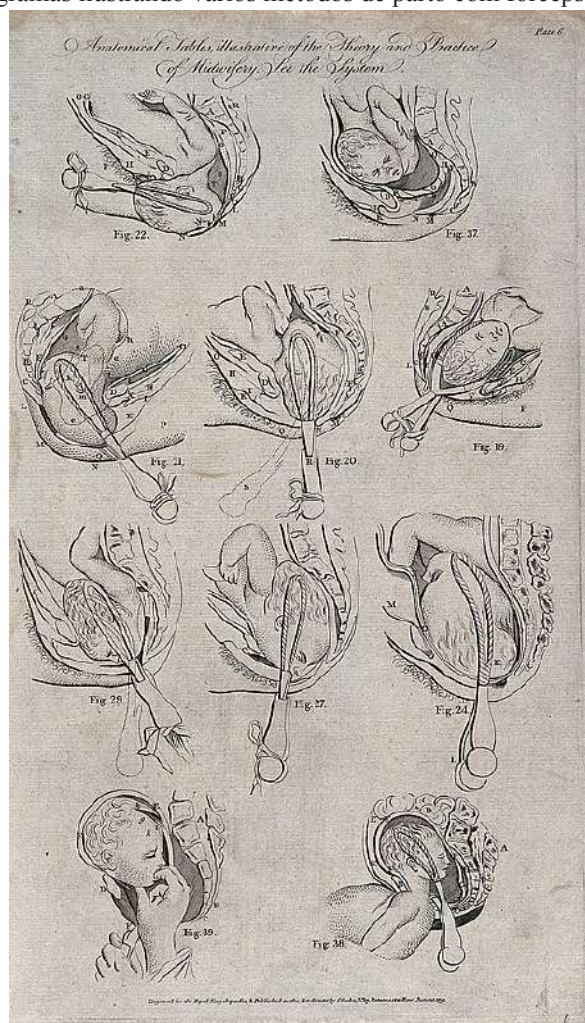
Figura 8- Um médico fazendo um parto cesáreo.



Fonte: Xilogravura de Girolamo Mercurio, 1601.

Um marco dessa transformação ocorreu em 1594, quando o médico inglês Peter Chamberlen inventou os fórceps, uma ferramenta que se tornaria essencial para a condução de partos complicados, representando um dos primeiros grandes avanços na assistência obstétrica (Odent, 2014).

Figura 9 - Dez diagramas ilustrando vários métodos de parto com fórceps. Gravura, 1791.



Fonte: Wellcome Collection, Acesso 2025

No século XIX, novas descobertas científicas, como a anestesia e a antissepsia, transformaram significativamente as práticas de parto. O uso do éter e do clorofórmio passou a ser empregado para aliviar a dor, tornando o parto um procedimento menos traumático para as parturientes (Lunardi; Silva; Werneck, 1998, P. 424). Paralelamente, as práticas de higiene hospitalar começaram a ser rigorosamente aplicadas para reduzir a incidência de infecções

puerperais, conforme preconizado por Ignaz Semmelweis e posteriormente consolidado por Joseph Lister (Richardson, 2003).

Essas inovações não apenas aumentaram a segurança dos partos hospitalares, mas também contribuíram para a gradual institucionalização da assistência obstétrica, fortalecendo o domínio da medicina sobre o processo de nascimento, que gradativamente deixou de ocorrer no ambiente domiciliar para ser conduzido em hospitais, sob a supervisão de médicos e outros profissionais de saúde. Enquanto a arquitetura hospitalar também passou por transformações significativas, refletindo os princípios científicos, como a busca por simetria, ordem e funcionalidade. Diferente dos hospitais medievais, que priorizavam o isolamento e tinham um caráter predominantemente religioso, os hospitais do século XIX começaram a incorporar elementos que favoreciam a ventilação, a iluminação natural e a organização espacial mais eficiente (Costeira, 2014).

Segundo Davis-Floyd (1992), essa transição reforçou a ideia do parto como um evento patológico que exigia controle médico, modificando radicalmente a relação entre parturientes e o processo natural do nascimento. Além disso, o avanço da obstetria hospitalar consolidou o modelo tecnocrático do parto, que priorizava intervenções médicas e afastava a mulher do protagonismo no momento do nascimento, criando um cenário que ainda influencia as políticas de assistência obstétrica na atualidade.

Esse modelo impactou diretamente a arquitetura hospitalar, resultando em ambientes altamente medicalizados, muitas vezes frios e impessoais, onde o foco principal era a eficiência dos procedimentos médicos, e não o conforto e bem-estar da mulher. A estrutura dos centros obstétricos tradicionais foi projetada para atender à lógica hospitalar convencional, com salas cirúrgicas e leitos organizados para facilitar a atuação dos profissionais de saúde, mas sem considerar aspectos fundamentais para um parto humanizado, como privacidade, acolhimento e a presença de acompanhantes (Matia, 2017).

Embora a hospitalização do parto tenha contribuído significativamente para a redução das taxas de mortalidade materna e neonatal, ela também trouxe profundas mudanças no modo como o nascimento é experienciado. Nesse novo contexto institucionalizado, a mulher passou a ser progressivamente despojada de sua individualidade, autonomia e dimensão afetivo-sexual. O processo de internação impôs um ritual padronizado e desumanizante, marcado pelo afastamento da família, pela retirada de roupas e objetos pessoais, pela submissão a procedimentos como enemas, jejum e proibição de caminhar, práticas que simbolizam as submissões ao controle institucional (Nagahama, 2005).

A lógica de funcionamento dessas maternidades passou a se assemelhar a uma linha de produção, em que o corpo da mulher é gerido por protocolos médicos, muitas vezes desnecessários, e sua experiência de parto é reduzida a um evento clínico. Nesse modelo, a mulher deixa de ser protagonista de seu processo de nascimento e torna-se, na prática, uma paciente passiva submetida à autoridade médica, como se fosse propriedade do sistema hospitalar (Nagahama, 2005).

4.1 Histórico brasileiro

A abordagem central do parto tradicional é holística, focada no atendimento contínuo e integral que envolve não apenas a parturiente, mas também sua família e a comunidade. Esse modelo de cuidado priorizava a acolhida e o acompanhamento desde os momentos que antecedem o parto até o período pós-parto, com ênfase na personalização do atendimento. As parteiras, ou mestras do partejar, atendem cada mulher de maneira única, respeitando as particularidades do seu corpo, suas necessidades individuais e suas subjetividades. Esse cuidado individualizado reflete a compreensão de que cada gestação é singular e, portanto, exige uma abordagem sensível e adaptada, promovendo um vínculo de confiança e suporte emocional. (DOSSIÊ PARTEIRAS TRADICIONAIS DO BRASIL, 2021).

Segundo Rezende, (2005) o parto no Brasil já era uma prática estabelecida muito antes da chegada dos colonizadores portugueses. Diversos registros históricos evidenciam que as mulheres indígenas utilizavam o ambiente natural para dar à luz, refletindo uma forte conexão com a terra e os ciclos da natureza. Em algumas aldeias, as parturientes buscavam locais isolados na mata para parir sozinhas, retornando à comunidade apenas após se banharem. Entre as primíparas, ou seja, aquelas que davam à luz pela primeira vez, era comum serem acompanhadas por mulheres mais velhas e experientes, que ofereciam suporte e orientação durante o trabalho de parto. O nascimento acontecia, frequentemente, em cavidades feitas no solo, simbolizando um retorno às origens e ao próprio ventre da terra, em um processo que integrava espiritualidade, tradição e conhecimento ancestral.

Figura 10 - Representação de parto indígena da etnia botocudo



Fonte: SILVA, 2018

Com o avanço da colonização e a influência europeia, a assistência ao parto começou a sofrer significativas transformações. A chegada dos padres jesuítas e a fundação das Santas Casas de Misericórdia introduziram um modelo de cuidado pautado pela moral cristã e pela institucionalização dos serviços de saúde. Esse processo marcou o início da substituição gradual das práticas tradicionais indígenas e afrodescendentes pelo modelo médico-hospitalar, que, ao longo dos séculos, consolidou a centralização do parto em instituições de saúde.

As Santas Casas de Misericórdia, representam algumas das instituições mais emblemáticas da assistência à saúde no Brasil desde a sua formação como nação. Essas entidades filantrópicas chegaram ao país juntamente com os padres da Companhia de Jesus no século XVI, desempenhando um papel fundamental na organização dos serviços de saúde. A primeira Santa Casa foi estabelecida em Santos, em 1543, por Brás Cubas, marcando o início de uma rede de hospitais que se expandiria por todo o território nacional (Costeira, 2014).

Ao longo dos séculos, as Santas Casas consolidaram sua importância, tornando-se pilares do atendimento hospitalar, especialmente para populações mais vulneráveis. Além de prestarem assistência médica essencial, essas instituições também influenciaram significativamente o desenvolvimento da saúde pública e da arquitetura hospitalar no Brasil. Muitos de seus edifícios históricos permanecem em funcionamento até os dias atuais, refletindo um rico patrimônio arquitetônico e servindo como referência para estudos sobre infraestrutura hospitalar e modelos de atendimento humanizado (Costa, 2011).

De acordo com Tanaka (1995), o processo de institucionalização do parto no Brasil se intensificou progressivamente a partir do período pós-Segunda Guerra Mundial. Foi nesse contexto que começaram a ser estabelecidas normas e rotinas rígidas que passaram a regular tanto o atendimento quanto o comportamento esperado das mulheres durante o parto. O avanço da medicina, com a incorporação de novas técnicas e saberes nas áreas de assepsia, cirurgia, anestesia, hemoterapia e uso de antibióticos, contribuiu significativamente para a redução dos riscos associados ao ambiente hospitalar. Ao mesmo tempo, esses progressos ampliaram as possibilidades de intervenções médicas no parto, o que levou, gradualmente, a um aumento expressivo nas taxas de cesarianas.

Nesse contexto, as primeiras maternidades foram estabelecidas no século XX, impulsionadas pelo avanço das reformas sanitárias e pelo crescente processo de medicalização do parto (Mott, 2002). Nesse período, a assistência ao nascimento passou a ser progressivamente transferida do ambiente doméstico para instituições hospitalares, sob a justificativa de melhorar as condições higiênico-sanitárias e reduzir a mortalidade materno-infantil. Além disso, essa mudança foi vista como uma estratégia de controle social e modernização da sociedade, alinhada ao ideal de civilização e progresso promovido pelas políticas públicas da época (Mott, 2002).

4.2 A Estrutura da assistência ao parto no SUS.

Com o avanço das políticas públicas de saúde da época, buscou-se um sistema de saúde mais eficiente e acessível, assim a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 com ênfase na Reforma Sanitária, teve como objetivo fortalecer o setor público, ampliar sua cobertura para toda a população e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, visando a criação de um sistema único. Dessa conferência surgiu o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais (Brasil, 2015).

Posteriormente, veio o Sistema Único de Saúde (SUS), consagrado no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, surgiu como resultado de um amplo processo de redemocratização do Brasil e de mobilização social por direitos universais. Inspirado por princípios organizacionais presentes no Relatório Dawson, elaborado na Inglaterra em 1920, e pelo próprio sistema de saúde inglês, o SUS incorporou ideias como a regionalização, a hierarquização da assistência e o acesso universal e igualitário à saúde (Costa, 2014; Paim et al., 2011).

Sua criação ocorreu em um contexto de transformações mundiais no setor da saúde, impulsionadas principalmente pelas experiências de reestruturação pós-Segunda Guerra Mundial e pelos debates internacionais sobre sistemas públicos de saúde, como os promovidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Declaração de Alma-Ata (1978), que defendia a saúde como um direito humano fundamental e a atenção primária como base da organização dos sistemas de saúde (OMS, 1978).

Embora o SUS tenha sido uma conquista revolucionária para a época, ao instituir um sistema de saúde público e universal, ele acabou, paradoxalmente, reproduzindo em muitos aspectos os modelos hospitalares tradicionais, que predominavam nos países industrializados. Esses modelos, ainda profundamente enraizados em práticas médicas tecnocráticas e centralizadas, muitas vezes priorizavam a medicalização excessiva dos processos, como por exemplo o parto. Com isso, o SUS, ao se estruturar com base nas infraestruturas hospitalares existentes, acabou adotando práticas obstétricas que, em vez de promoverem o protagonismo da mulher e a humanização da assistência ao parto, frequentemente seguiam um modelo interventivo (Warmling, 2018).

No modelo hospitalar predominante nos países industrializados na segunda metade do século XX, o parto era conduzido de forma padronizada, com as mulheres sendo mantidas conscientes, mas imobilizadas em posição ginecológica, enquanto o funcionamento do útero

era frequentemente manipulado por intervenções para acelerar ou desacelerar o trabalho de parto, sob a assistência de profissionais desconhecidos (Diniz, 2005).

Apesar do parto e o nascimento serem processos fisiológicos naturais do ciclo reprodutivo, com potencial para ocorrer de forma segura e respeitosa, a realidade brasileira mostra um cenário marcado por intervenções excessivas. Dados do Ministério da Saúde (2022) indicam que a maioria dos nascimentos no país ocorre por meio de cesariana, mesmo sem indicação médica, o que reforça a prevalência de um modelo intervencionista e distante das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que defende o parto normal como via preferencial sempre que possível.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, até 2023, os partos cesáreos representavam 57,6% de todos os nascimentos no Brasil, uma taxa significativamente superior à recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que sugere que a proporção ideal de cesáreas deve variar entre 10% e 15%. Entre os países com as maiores taxas de cesarianas, destaca-se a República Dominicana, que apresenta a mais alta taxa global, com 58,1% dos partos realizados por cesariana. O Brasil ocupa o segundo lugar, mantendo-se como um dos países com maior índice dessa intervenção. Outros países latino-americanos também estão entre os mais altos, como Venezuela (52,4%), Chile (46%), Colômbia (45,9%) e Paraguai (45,9%) (OMS, 2020).

A cesariana é uma intervenção cirúrgica originalmente desenvolvida para ser utilizada em contextos de maior complexidade, quando a continuidade do trabalho de parto ou a realização do parto vaginal representarem riscos significativos para a saúde da mãe ou do feto. Nesses casos, quando há uma indicação médica clara, a cesárea é uma alternativa segura e eficaz, contribuindo significativamente para a redução da morbimortalidade materna e perinatal (Patah et al.2011).

Anualmente, o Brasil contabiliza aproximadamente três milhões de partos, dos quais cerca de 1,68 milhão são cesarianas. Desses, segundo estudo "Nascer no Brasil" Conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) estima-se que aproximadamente 870 mil desses procedimentos sejam realizados sem indicação médica justificável, evidenciando um padrão de intervenções médicas desnecessárias na assistência ao parto.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), embora a taxa de cesarianas seja relativamente menor, girando em torno de 44,2%, o número desses procedimentos continua em ascensão. Esse aumento é impulsionado por múltiplos fatores, incluindo aspectos culturais, a conveniência dos profissionais de saúde e a percepção social da cesariana como

um método mais seguro ou menos doloroso, apesar das evidências científicas que reforçam os benefícios do parto normal para a mãe e o bebê (Lemos, 2023).

As cesarianas sem indicação clínica adequada representam não apenas um risco aumentado de complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido, mas também implicam em maiores custos para o sistema de saúde. Estudos demonstram que esse tipo de procedimento está associado a taxas mais elevadas de morbimortalidade materna e neonatal, especialmente quando realizado de forma desnecessária. Além disso, a cirurgia cesariana requer maior uso de recursos hospitalares, como leitos, medicamentos, equipe médica e tempo de internação, o que acarreta um impacto financeiro significativo para o Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com dados do próprio Ministério da Saúde, as cesarianas desnecessárias realizadas anualmente no Brasil geram um custo adicional estimado em R\$150 milhões aos cofres públicos. Além do impacto econômico, esse tipo de intervenção, quando realizada sem indicação clínica, está associado a um risco até três vezes maior de complicações respiratórias em recém-nascidos, além de aumentar significativamente a ocorrência de hemorragias pós-parto, infecções e internações prolongadas para as mulheres (Brasil, 2023).

Diante das evidências de que o uso irracional de intervenções desnecessárias, que frequentemente causa mais danos do que benefícios, iniciou-se, um movimento internacional voltado à reformulação dos modelos de atenção obstétrica. Esse movimento defende a valorização de práticas baseadas em evidências científicas, a adoção de tecnologias apropriadas ao contexto de cada gestante e, sobretudo, o fortalecimento da qualidade do vínculo entre a mulher em trabalho de parto e os profissionais de saúde (Diniz, 2005).

Em vez de uma assistência centrada exclusivamente nos equipamentos e intervenções, propõe-se um cuidado que priorize a escuta, o acolhimento, o respeito às escolhas da parturiente e a preservação dos processos fisiológicos do nascimento. Embora o movimento receba diferentes nomes ao redor do mundo, como "birth reform", "safe and respectful maternity care" ou "midwifery-led care", no Brasil ele se consolidou sob a expressão humanização do parto (Diniz, 2005).

4.3 Humanização e assistência ao parto no contexto brasileiro.

A proposta de humanização da assistência ao parto representa uma mudança profunda na forma como essa vivência é compreendida, não mais apenas como um procedimento médico, mas como uma experiência humana complexa, repleta de dimensões físicas,

emocionais, sociais e culturais. Essa perspectiva desafia o modelo biomédico tradicional, centrado na padronização e no controle, e propõe uma escuta mais atenta às necessidades da mulher, reconhecendo seu protagonismo no processo de dar à luz. (Diniz, 2005).

No final do século XX e começo do XXI, movimentos sociais, profissionais da saúde, organizações não-governamentais e entidades de defesa dos direitos das mulheres intensificaram a crítica ao modelo tecnocrático e medicalizado de assistência obstétrica vigente no Brasil. Essa mobilização ganhou força diante dos altos índices de cesarianas sem indicação clínica, do uso rotineiro e abusivo de intervenções como a episiotomia e a ocitocina, da violência obstétrica vivenciada em muitas instituições de saúde e da negação de direitos básicos das parturientes, como a presença de acompanhante e a liberdade de posição durante o parto (Diniz, 2005).

Em 1993, foi fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), um movimento para promover mudanças na assistência obstétrica no Brasil. A Rehuna surgiu como resposta à crescente preocupação com a medicalização excessiva do parto e ao modelo hospitalar padronizado que, muitas vezes, desconsiderava as necessidades emocionais e físicas das mulheres. O objetivo da Rede era sensibilizar profissionais da saúde, gestores públicos e a sociedade em geral sobre a importância da humanização do parto, defendendo práticas que respeitem os direitos das mulheres, como a escolha do tipo de parto e o envolvimento ativo da gestante no processo (Diniz, 2005).

Esses atores passaram, então, a impulsionar um amplo debate sobre a humanização do parto, defendendo uma assistência centrada na mulher, que respeite sua fisiologia, sua autonomia e seus desejos. O conceito de "humanização" do parto não se limita à ausência de intervenções, mas envolve acolhimento, escuta, vínculo afetivo, respeito à individualidade da gestante e a promoção de um ambiente onde ela se sinta segura, amparada e protagonista de seu processo de nascimento (Rattner, 2009).

Essas iniciativas deram início a um movimento mais amplo de humanização dos serviços, como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) que foi instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GM nº 569, de 1º de junho de 2000, como parte de uma estratégia nacional para reorientar a atenção obstétrica e neonatal no Brasil. Sua formulação partiu do reconhecimento da necessidade de responder às elevadas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal ainda persistentes no país, além de enfrentar as desigualdades de acesso e qualidade nos serviços voltados à saúde da mulher e da criança (Brasil, 2002).

O programa tinha como objetivo central garantir a ampliação do acesso, da cobertura e da qualidade do cuidado prestado no acompanhamento pré-natal, na assistência ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido, considerando esses momentos como fundamentais para a promoção da saúde e a efetivação dos direitos de cidadania das mulheres e seus filhos. A proposta do PHPN também incorpora a diretriz da humanização da atenção, compreendida como a valorização do vínculo entre usuários e profissionais, o respeito à autonomia da mulher e o acolhimento com dignidade, conforto e segurança (Brasil, 2002).

O PHPN foi evoluindo ao longo dos anos e acabou por se tornar um dos precursores da atual Rede Cegonha que foi instituída pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, sendo uma estratégia criada com o objetivo de garantir a humanização nos cuidados durante a gestação, o parto e o pós-parto. Essa iniciativa visa promover a qualidade de vida e o bem-estar das gestantes, puérperas e seus filhos, assegurando um acompanhamento integral durante todo o ciclo gravídico-puerperal e nos primeiros dois anos de vida da criança. Além disso, a Rede Cegonha buscou melhorar o acesso a serviços de saúde de qualidade, reduzir a morbimortalidade materna e infantil e promover práticas que respeitem as escolhas das mulheres, fortalecendo a assistência ao parto de forma humanizada e com foco na integralidade do cuidado (Brasil, 2014).

Figura 11- Marca da Rede Cegonha



Fonte: Ministério da Saúde (2011)

A rede cegonha estabelece um conjunto articulado de serviços em territórios definidos, conhecidos como regiões de saúde, e assegura o financiamento por meio de custeio em bloco para diversos serviços obstétricos e perinatais (Brasil, 2014). A rede é composta por unidades de diferentes níveis de complexidade, adaptadas às necessidades de cada situação: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Parto Normal (CPN), Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), Maternidades Comuns e de Risco. Essa estrutura visa a descentralização dos serviços de saúde, permitindo que o cuidado seja mais próximo e adequado à realidade local.

Figura 12- Estrutura de funcionamento da Rede Cegonha.



Fonte: Ministério da Saúde, 2016.

As diretrizes de assistência ao parto promovidas pelo SUS e pela Rede Cegonha foram elaboradas a partir das orientações do NICE (National Institute for Health and Care Excellence), que orienta o sistema de saúde pública do Reino Unido (NHS – National Health Service). Essas diretrizes estão alinhadas com as recomendações internacionais, especialmente as emitidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), buscando assegurar práticas obstétricas baseadas em evidências científicas e centradas na humanização do parto (Corrêa, 2019). A adaptação dessas diretrizes ao contexto brasileiro visam garantir um cuidado de saúde mais qualificado e acessível, respeitando as necessidades das mulheres e

assegurando a redução de intervenções desnecessárias, promovendo a saúde materno-infantil de forma integral e eficaz.

Tais diretrizes são:

- Acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
- Vinculação da gestante à unidade de referência para o parto, e ao transporte seguro;
- Boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- Atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses
- meses com qualidade e resolutividade; e
- Acesso às ações de planejamento reprodutivo.

Além da implantação da Rede Cegonha, que representou um marco na reestruturação da atenção à saúde materno-infantil no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) também implementou uma série de outras ações importantes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), todas alinhadas ao princípio da humanização da assistência como a Lei nº 11.108/2005, que assegura às gestantes o direito de contar com a presença de um acompanhante de sua escolha durante todo o processo do parto, O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 2004, representou um compromisso entre as esferas federal, estadual e municipal para reduzir os índices de mortalidade e ampliar o acesso a uma atenção qualificada.

No mesmo sentido, a Portaria nº 399/2006, que institui o Pacto pela Saúde, estabeleceu como uma de suas metas prioritárias a redução da mortalidade infantil e materna no país. No campo da regulação sanitária, a Resolução RDC nº 36/2008, da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), trouxe diretrizes importantes para o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, estabelecendo critérios técnicos e operacionais voltados à segurança, à qualidade da assistência e à dignidade no atendimento às mulheres e aos recém-nascidos e a Portaria nº 353/2017 tornou obrigatória a informação clara e prévia à gestante ou ao seu responsável legal, sobre os potenciais riscos, benefícios e possíveis eventos adversos relacionados ao parto.

Outro programa de suma importância foi a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída em 1º de agosto de 2015 por meio da Portaria nº 1.130/2015 do Ministério da Saúde, que tem como objetivo promover e proteger a saúde

infantil, com ênfase na valorização do aleitamento materno e na oferta de cuidados integrais e integrados desde a gestação até os nove anos de idade. A política prioriza a primeira infância e as populações em situação de maior vulnerabilidade social, buscando não apenas reduzir os índices de morbimortalidade infantil, mas também garantir um ambiente que favoreça condições dignas de existência e o pleno desenvolvimento físico, emocional e cognitivo da criança (Brasil, 2015).

Os princípios que orientam esta política afirmam a garantia do direito à vida e à saúde, o acesso universal de todas as crianças à saúde, a equidade, a integralidade do cuidado, a humanização da atenção e a gestão participativa. Propõe diretrizes norteadoras para a elaboração de planos e projetos de saúde voltados às crianças, como a gestão interfederativa, a organização de ações e os serviços de saúde ofertados pelos diversos níveis e redes temáticas de atenção à saúde; promoção da saúde, qualificação de gestores e trabalhadores; fomento à autonomia do cuidado e corresponsabilização de trabalhadores e familiares; intersetorialidade; pesquisa e produção de conhecimento e monitoramento e avaliação das ações implementadas (Brasil, 2015)

Os sete eixos estratégicos que estruturam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) têm como propósito orientar gestores e profissionais de saúde na implementação de ações voltadas à saúde infantil nos diferentes territórios, considerando os determinantes sociais e as condições de vida que impactam diretamente o desenvolvimento das crianças. Esses eixos visam assegurar o direito à vida e à saúde, promovendo medidas que efetivem a atenção integral, reduzam vulnerabilidades e riscos, e garantam o pleno desenvolvimento físico, emocional e social da criança (Brasil, 2015).

As ações da política são organizadas no âmbito das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com destaque para as redes temáticas, especialmente a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil. A Atenção Básica (AB) assume o papel central de ordenar e coordenar as intervenções no território, funcionando como o eixo integrador do cuidado. Dessa forma, as estratégias e ações voltadas à saúde da criança atravessam toda a rede de atenção, sendo conduzidas por meio de linhas de cuidado estruturadas e metodologias específicas de intervenção, o que representa um diferencial significativo para garantir uma assistência qualificada e integral à infância (Brasil, 2015).

Figura 13 – Eixos Estratégicos da Pnaisc



Fonte: Ministério da Saúde (2018)

Embora o Ministério da Saúde tenha implementado avanços importantes por meio de diretrizes e programas voltados à humanização da assistência ao parto, a prática obstétrica no Brasil ainda se mantém fortemente ancorada em um modelo hospitalocêntrico, caracterizado pelo predomínio de intervenções médicas, pela padronização de condutas e por uma lógica voltada à eficiência e à produtividade, muitas vezes em detrimento das necessidades e do protagonismo da mulher. Trata-se de uma abordagem essencialmente curativa e tecnicista, que continua sendo a norma tanto no Sistema Único de Saúde (SUS) quanto, de maneira ainda mais intensa, nos serviços da saúde suplementar, como planos e convênios privados.

Figura 14 – Linha do tempo das estratégias e programas voltados à humanização da assistência ao parto



Fonte: acervo da autora (2025).

O que pode ser visto na própria atualização da antiga Rede Cegonha que ocorreu no dia 12 de setembro de 2024, quando o Governo Federal lançou a Rede Alyne, uma nova estratégia que substitui e reestrutura a antiga Rede Cegonha. O principal objetivo da iniciativa é reduzir em 25% a mortalidade materna. Além de ampliar as ações voltadas à saúde materno-infantil, o programa contará com um investimento de R\$400 milhões em 2024 e R\$1 bilhão em 2025.

Figura 15– Marca da rede Alyne



Fonte: Ministério da Saúde (2024)

Um dos focos centrais é a redução da mortalidade materna entre mulheres negras em 50% até o ano de 2027. A rede recebe esse nome em homenagem a Alyne Pimentel, uma jovem negra de 28 anos que faleceu durante a gestação por conta de negligência médica. Seu caso tornou o Brasil o primeiro país do mundo a ser condenado por morte materna pelo Sistema Global de Direitos Humanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024)

Humanizar o nascimento vai muito além da adoção de boas práticas médicas; trata-se de um conjunto de ações que envolvem o respeito aos processos fisiológicos do trabalho de parto, a compreensão do contexto biopsicossocial da gestante e a promoção de um cuidado centrado na mulher e no recém-nascido. Isso inclui valorizar o ambiente emocional, familiar e cultural em que a mulher está inserida, bem como estimular o contato pele a pele entre mãe e bebê logo após o nascimento, o que está diretamente associado ao aumento da amamentação e à redução de complicações neonatais (OMS, 2018; Brasil, 2021).

4.4 Humanização e assistência obstétrica na Inglaterra e Austrália.

O National Health Service (NHS), instituído em 1948, é amplamente reconhecido como o primeiro sistema público de saúde universal do mundo. Fundado com o propósito de garantir acesso igualitário e gratuito a serviços de saúde para toda a população residente legalmente na Inglaterra, o NHS consolidou-se como um dos sistemas mais abrangentes e estruturados em âmbito global. Seu modelo de financiamento, baseado majoritariamente na arrecadação de impostos, possibilita a oferta de uma extensa gama de serviços que abrange desde a atenção primária, programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, até cuidados hospitalares de alta complexidade, saúde mental e assistência obstétrica.

Embora sua criação tenha ocorrido no contexto do pós-Segunda Guerra Mundial, o projeto conceitual do NHS foi fortemente influenciado pelo Relatório Dawson de 1920, que já propunha a organização hierarquizada dos serviços de saúde, a integração entre níveis de atenção e a universalização do acesso. Apesar de suas recomendações não terem sido implementadas à época, o Relatório delineou princípios fundamentais que, quase três décadas depois, seriam incorporados na formulação do NHS, refletindo o compromisso do Estado britânico com a promoção da saúde como direito social inalienável.

O modelo assistencial implementado pelo National Health Service (NHS) se destacou pelo seu sucesso e teve um impacto profundo, tornando-se um referencial conceitual para sistemas de saúde ao redor do mundo. Seus princípios de acesso universal, serviços gratuitos no ponto de uso e organização em níveis de atenção foram adotados por diversas nações, inspirando reformas significativas. No Brasil, por exemplo, o SUS (Sistema Único de Saúde) incorporou muitos desses conceitos, visando garantir a cobertura universal e a equidade no atendimento à saúde. A abordagem do NHS, com ênfase na integração de cuidados, atenção primária de saúde e foco na prevenção, também influenciou políticas públicas em outros contextos, reforçando a ideia de que a saúde é um direito fundamental de todos os cidadãos.

Nos anos 1990, o governo de Margaret Thatcher propôs uma reforma para o National Health Service (NHS), baseada no White Paper Working for Patients e no Relatório Griffiths. O governo apontou problemas como financiamento inadequado, baixa qualidade de atendimento, longos tempos de espera e disparidades regionais. A reforma visava aumentar a eficiência por meio de uma gestão competitiva, no modelo neoliberal, com mercantilização dos serviços e redução do papel do Estado. Propôs a criação de GP fundholders, grupos de médicos que contratariam serviços com recursos públicos. No entanto, a reforma não atingiu os resultados esperados devido a uma série de desafios, mas muitos de seus princípios, como

a busca por maior eficiência, foram mantidos nas reformas posteriores, quando um governo de signo distinto assumiu o poder (Tanaka e Oliveira, 2007, p. 9).

Com a ascensão do governo trabalhista em 1997, liderado por Tony Blair, o NHS passou a adotar uma nova estratégia de reforma a partir de 1999. Diferentemente da orientação neoliberal anterior, a proposta focava no monitoramento rigoroso do desempenho dos serviços de saúde (Klein, 2004). Foram implementadas medidas como os NHS Walk-in Centres (centros de atendimento rápido), o NHS Direct (serviço telefônico de orientação à distância) e os National Service Frameworks (padrões nacionais de qualidade), com o objetivo de aumentar a qualidade dos serviços e reduzir as variações entre diferentes prestadores. Assim, o NHS passou a combinar o acesso universal e gratuito com uma gestão mais centralizada e focada na padronização e melhoria contínua dos cuidados oferecidos à população (Klein, 2004).

O modelo de assistência obstétrica no Reino Unido, estruturado no âmbito do National Health Service (NHS), é amplamente voltado para a promoção do parto normal e para a redução de intervenções médicas desnecessárias. Mesmo após a histórica medicalização do nascimento nos séculos XVII e XVIII, a filosofia britânica contemporânea busca tratar o parto como um evento fisiológico natural, priorizando a autonomia da mulher. O acompanhamento pré-natal, o parto e o pós-parto são conduzidos predominantemente por midwives, profissionais especializadas no cuidado da gestação e do parto, similares às obstetrias brasileiras, com o suporte de médicos obstetras apenas em casos de complicações. A diretriz Better Births (2016) reforça a necessidade de garantir um cuidado centrado na mulher, promovendo nascimentos em ambientes que respeitem suas escolhas e necessidades individuais.

Figura 16 - Diretrizes para o progresso dos sistemas locais de maternidade inglês



Fonte: Maternity & Midwifery Forum

No NHS, as gestantes podem escolher entre três principais locais para o parto: o domicílio (home birth), recomendado para gestações de baixo risco e assistido por midwives; as Birth Centres ou Midwifery Units, unidades lideradas exclusivamente por midwives, que podem ser independentes dos hospitais (Freestanding Midwifery Units – FMUs) ou localizadas junto a eles (Alongside Midwifery Units – AMUs); e os hospitais obstétricos (Consultant-led Units), indicados para mulheres com maior risco gestacional ou complicações. Apesar da opção pelo parto domiciliar, apenas cerca de 2% das mulheres na Inglaterra e no País de Gales escolhem essa modalidade. Segundo o NHS (2018), os centros de parto normal oferecem ambientes mais acolhedores e menos hospitalares, podendo estar integrados a hospitais ou funcionar de forma independente, equilibrando a promoção do parto natural com a segurança materno-infantil.

Figura 17- Birth Centres -Quarto privativo



Fonte: My expert midwife

A adoção desse modelo de assistência oferece diversos benefícios, como o acompanhamento multidisciplinar durante a gestação, o que favorece o parto normal e diminui a sobrecarga sobre médicos generalistas. O cuidado se torna contínuo e personalizado ao longo dos meses, permitindo uma atenção mais próxima às necessidades individuais de cada gestante. oferecendo, não apenas suporte fisiológico, mas também oferece apoio emocional, fortalecendo a confiança da mulher em seu corpo e reduzindo a ansiedade e o medo, fatores que impactam positivamente o desfecho do parto. Esse modelo também favorece o vínculo entre profissional e gestante, facilita a identificação precoce de riscos e incentiva a construção de planos de parto personalizados (Norman e Tesser, 2015).

Observa-se que as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) não apenas integram as diretrizes oficiais de assistência ao parto no Reino Unido, como também são amplamente incorporadas às práticas obstétricas adotadas no país. A política de promoção do parto normal, o incentivo à autonomia da mulher e a redução de intervenções desnecessárias refletem esse alinhamento com os princípios preconizados internacionalmente. Segundo, esses modelos de atenção ao parto, ao retomarem práticas tradicionais em uma versão atualizada e respaldada por evidências científicas, exercem um papel crucial na contenção da epidemia de cesarianas que afeta diversos países. No contexto brasileiro, a experiência britânica serve de referência importante para reverter a medicalização excessiva do nascimento e fortalecer práticas mais humanizadas e seguras (Batista Filho e Rissin, 2018).

Inspirado em princípios semelhantes ao modelo britânico, embora implantado de forma mais recente, o sistema de saúde pública da Austrália denominado Medicare foi estabelecido em 1984 com o objetivo de assegurar o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde essenciais. Por meio do Medicare, cidadãos australianos e residentes permanentes têm direito a atendimento gratuito ou parcialmente subsidiado em hospitais públicos, além de consultas médicas, exames de diagnóstico e tratamentos básicos. O programa também proporciona acesso a medicamentos a preços reduzidos por meio do Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS), um componente crucial que garante a disponibilidade de terapias farmacológicas para a população a custos acessíveis. Financiado por impostos gerais e pela Medicare Levy, o sistema australiano se destaca por combinar universalidade com eficiência, sendo reconhecido mundialmente pelos seus resultados positivos em saúde pública.

Na Austrália, o modelo de assistência obstétrica é amplamente pautado pelo princípio do cuidado centrado na mulher, promovendo sua autonomia, escuta ativa e participação nas decisões durante todo o ciclo da gestação. O sistema de saúde público, por meio do Medicare, assegura acesso gratuito ou subsidiado a diferentes modalidades de atenção ao parto, priorizando a humanização, a continuidade do cuidado e a escolha informada da gestante. Entre os principais elementos desse modelo estão os programas de Midwifery Group Practice (MGP), nos quais a mulher é acompanhada por uma equipe reduzida de parteiras ao longo do pré-natal, parto e pós-parto. Essa abordagem tem se mostrado eficaz na redução de intervenções médicas desnecessárias, na melhoria dos resultados perinatais e no fortalecimento do vínculo entre profissional e paciente.

As gestantes podem optar por diferentes locais para o nascimento, conforme o risco da gestação e suas preferências pessoais. Os hospitais públicos são recomendados para gestações de alto risco ou quando há necessidade de acesso imediato a recursos especializados. Já os

birth centers, liderados por parteiras e situados próximos a unidades hospitalares, oferecem ambientes acolhedores voltados à promoção do parto vaginal, com menor interferência médica. O parto domiciliar também é uma opção em determinadas regiões, desde que haja condições clínicas seguras e suporte de profissionais habilitados. Políticas nacionais como o *National Maternity Services Plan* (2010) reforçam a importância de cuidados culturalmente apropriados, especialmente para comunidades indígenas e da ampliação de modelos alternativos ao parto hospitalar convencional.

5 DIRETRIZES ARQUITETÔNICAS PARA CENTROS DE PARTO NORMAL.

A arquitetura ocupa um papel central na promoção da humanização em serviços de saúde, especialmente naqueles voltados à assistência ao parto. Ela não apenas compõe o espaço físico, mas traduz, de forma concreta e duradoura, os princípios de cuidado, acolhimento e dignidade. Pode-se dizer que a arquitetura é uma forma de humanização contínua, pois atua de maneira silenciosa, porém constante, na experiência dos usuários (Silva, 2015).

No desenvolvimento de um projeto arquitetônico voltado para a assistência ao parto, é essencial considerar de forma sensível e criteriosa todas as necessidades daqueles que ocuparão o espaço, sejam profissionais de saúde, parturientes, recém-nascidos ou seus acompanhantes. Isso significa pensar em fluxos funcionais, conforto ambiental, acessibilidade, privacidade, acolhimento e liberdade de escolha da mulher durante o trabalho de parto (Silva, 2015).

De acordo com Jenkinson, Josey e Kruske (2013), espaços arquitetônicos cuidadosamente projetados para respeitar e favorecer os processos fisiológicos do parto têm um impacto direto na qualidade da assistência e nos desfechos obstétricos. Ambientes que promovem conforto, privacidade, liberdade de movimento e autonomia da parturiente contribuem significativamente para a redução do uso de intervenções como a analgesia intraparto, o parto vaginal instrumental e a episiotomia. Além disso, esses espaços aumentam as chances de um parto vaginal espontâneo, favorecem o início e a manutenção do aleitamento materno nas primeiras semanas pós-parto (entre seis e oito semanas) e proporcionam uma vivência mais positiva para a mulher durante o nascimento.

5.1 Diretrizes Arquitetônicas para Birth Centre: Grã-Bretanha e Austrália

Com base na análise dos documentos “BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design”, elaborado pelo Queensland Centre for Mothers & Babies da Universidade de Queensland (Austrália), e “Creating a Better Birth Environment”, desenvolvido pelo National Childbirth Trust (Reino Unido), foi realizada uma sistematização das principais recomendações voltadas ao projeto arquitetônico de ambientes de parto.

Essa organização contempla elementos fundamentais para a criação de espaços mais acolhedores e funcionais, como: possibilidade de controle por parte da mulher, garantia de privacidade, uso da imersão em água, disponibilidade de banheiro, qualidade da iluminação artificial, presença de janelas, controle de ruídos, uso de elementos decorativos, escolha adequada de mobiliário e equipamentos, área livre para deambulação, conexão com a natureza e condições adequadas para a presença e apoio de acompanhantes.

Possibilidade de controle por parte da mulher

Permitir que a mulher tenha controle sobre elementos do espaço ,como a intensidade da iluminação, a ventilação, a temperatura, a escolha da posição para o parto, o uso ou não da banheira, a disposição do mobiliário e a presença de acompanhantes, contribui significativamente para a construção de um ambiente mais confortável, acolhedor e adaptado às suas necessidades individuais. Essa autonomia influencia positivamente a percepção de bem-estar, reduz níveis de estresse e ansiedade e fortalece a confiança da parturiente em seu próprio corpo e no processo do parto (Joyce, 2018)

Além disso, ambientes que oferecem essa liberdade tendem a favorecer o curso fisiológico do parto, reduzindo a necessidade de intervenções médicas e promovendo experiências mais naturais e satisfatórias. Do ponto de vista arquitetônico, isso exige um projeto flexível e sensível, que incorpore soluções adaptáveis e acessíveis, como sistemas de controle de luz e som ao alcance da parturiente, layout que permita livre movimentação, mobiliário multifuncional e espaços que respeitem a privacidade e a individualidade. Em síntese, a possibilidade de controle por parte da mulher não é apenas um detalhe de conforto, mas um componente essencial na construção de espaços humanizados e respeitosos, que colocam a mulher no centro do cuidado (Corrêa, 2019)

Garantia de privacidade

Do ponto de vista arquitetônico, a privacidade deve ser assegurada por meio de soluções como quartos individuais ou espaços delimitados com barreiras visuais e acústicas (portas, biombos, cortinas, isolamento sonoro), reduzindo a exposição da mulher a pessoas estranhas ou à circulação desnecessária de profissionais. A sensação de privacidade tem um impacto direto na atividade cerebral: ela reduz a estimulação do neocórtex área do cérebro responsável pelo pensamento racional e pela liberação de adrenalina em situações de estresse e favorece o predomínio de estruturas cerebrais mais primitivas, como o sistema límbico, que regula a liberação de hormônios fundamentais para o trabalho de parto, como a ocitocina e as endorfinas (Buckley, 2015).

O controle pessoal sobre as interações sociais, principalmente no que diz respeito ao contato com pessoas que não fazem parte do círculo íntimo da mulher, é um aspecto crucial durante o trabalho de parto. Em ambientes hospitalares, essa dinâmica pode se tornar ainda mais complexa, pois a parturiente muitas vezes não dispõe da liberdade para regular quem tem acesso ao seu espaço, o que pode resultar em uma exposição indesejada a diferentes profissionais e usuários da unidade, como equipe de limpeza, médicos, enfermeiros, parteiras, outros pacientes e acompanhantes (Corrêa, 2019)

Jenkinson, Josey e Kruske (2013) apresentam orientações importantes para o projeto arquitetônico de espaços destinados ao parto, visando aumentar a privacidade das parturientes e, consequentemente, favorecer um trabalho de parto mais tranquilo e eficiente. Entre as recomendações destacam-se:

- As portas externas não devem abrir diretamente para a sala de parto, de modo a evitar a exposição imediata da mulher. Para garantir uma barreira visual adicional, o uso de cortinas ou painéis móveis é recomendado, protegendo a privacidade mesmo quando a porta estiver aberta.
- É essencial que o ato de bater antes de entrar no ambiente seja uma prática rotineira. Para reforçar esse comportamento, a instalação de placas visíveis com o aviso “Por favor, bata antes de entrar” contribui para o respeito ao espaço da parturiente.
- A iluminação natural deve ser valorizada, porém de forma indireta, preservando a privacidade das ocupantes.
- Janelas internas aquelas que dão vista para outros ambientes internos da unidade devem ser evitadas, pois comprometem a privacidade.

Figura 18 - Quarto individual de um CPN.



Fonte: Centro de Parto Normal (CPN) do Hospital Regional Justino Luz (HRJL)

Uso da imersão em água

A prática da imersão em água durante o primeiro estágio do trabalho de parto tem demonstrado benefícios significativos para a mulher, estando relacionada à diminuição da necessidade de analgesia peridural ou raquidiana. Além disso, a imersão contribui para a redução do tempo desse estágio inicial do parto, sem aumentar a ocorrência de partos instrumentais, como uso de fórceps ou vácuo, nem causar impactos negativos nos resultados para o recém-nascido (Jenkinson, Josey & Kruske, 2013).

Dahlen et al (2013) observaram que o parto realizado fora do banco de parto tradicional está associado a uma redução nas taxas de hemorragia pós-parto, um dos principais riscos maternos após o nascimento. Além disso, verificaram uma menor frequência de recém-nascidos com pontuação de APGAR inferior a 7 no quinto minuto de vida quando comparados aos bebês nascidos de mulheres que permaneceram em posição semi reclinada durante o parto.

Nos últimos anos, a prática da imersão em água durante o trabalho de parto tem ganhado cada vez mais espaço nas unidades de saúde da Austrália, sendo adotada como uma estratégia de cuidado humanizado. Esse recurso vem sendo fortalecido principalmente por iniciativas públicas, a exemplo dos programas implementados pelo NSW Health, que têm como objetivo incorporar práticas fundamentadas em evidências científicas ao ambiente hospitalar. Tais políticas buscam não apenas ampliar as opções oferecidas à gestante, mas também promover maior acolhimento, conforto físico e bem-estar emocional durante o

processo de parto, reforçando a importância de modelos assistenciais centrados na mulher (Jenkinson, Josey & Kruske, 2013).

Mais recentemente, estudos como o de Cluett et al. (2018) confirmam esses benefícios, destacando que a imersão em água não só aumenta a satisfação materna, mas também contribui para a redução da dor, diminuição do uso de analgesia farmacológica e melhora na experiência geral do parto, reforçando a importância de ampliar o acesso a esse recurso em sistemas de saúde comprometidos com a humanização da assistência obstétrica.

Recomendações para o uso de banheiras em ambientes de parto segundo Jenkinson, Josey & Kruske (2013).

- Todas as salas de parto devem ter banheiras adequadas para imersão. Onde não for possível, piscinas infláveis são uma alternativa segura. A banheira deve ser profunda para submergir o períneo, especialmente na posição de quatro apoios.
- As banheiras precisam ficar em locais protegidos, com acesso por pelo menos dois lados, piso antiderrapante e barras de apoio para garantir segurança e privacidade.
- Torneiras e ralos devem permitir enchimento e esvaziamento rápidos para evitar atrasos.
- A equipe deve estar treinada para agir rapidamente e retirar a mulher em caso de emergência, como colapso materno.
- Evidências indicam que não é necessário instalar equipamentos que limitem a movimentação ou autonomia da mulher durante a imersão.

Figura 19-Banheira de Parto.



Fonte: Jenkinson, Josey & Kruske (2013).

Disponibilidade de banheiro

Segundo Jenkinson, Josey & Kruske (2013) O acesso a um banheiro privativo deve ser garantido em todas as salas de parto, pois a privacidade é essencial para o conforto e bem-estar da mulher durante o trabalho de parto e o nascimento. Para assegurar liberdade de movimento e permitir o atendimento rápido e seguro pela equipe, o banheiro precisa estar integrado à sala de parto, evitando que fique em um espaço separado ou isolado.

Jenkinson, Josey & Kruske (2013) sugerem algumas diretrizes para o projeto arquitetônico no que diz respeito aos banheiros:

- Todas as salas de parto devem contar com acesso exclusivo a um banheiro privativo, garantindo total privacidade e conforto para a parturiente.
- O banheiro precisa estar integrado à própria sala de parto, não em um espaço separado, e deve ter dimensões suficientes para acomodar cadeiras de rodas, macas ou outros equipamentos emergenciais, facilitando intervenções rápidas quando necessário.
- É essencial a instalação de corrimãos fixados às paredes para oferecer suporte adicional à mulher durante a movimentação no ambiente, promovendo segurança e autonomia.
- Os pisos das áreas molhadas devem ser antiderrapantes para prevenir quedas e acidentes, assegurando um ambiente seguro para parturientes e profissionais de saúde.

Figura 20- Banheiro privativo.



Fonte:Tulio Vidal (2020).

Qualidade da iluminação artificial

A iluminação em unidades de saúde, especialmente nos ambientes destinados ao parto, é fundamental não apenas para garantir a qualidade do atendimento clínico, mas também para promover o conforto físico e emocional da paciente. Tradicionalmente, a luz artificial branca, com temperaturas de cor em torno de 6000 K ou mais, é empregada nesses espaços devido à sua capacidade de proporcionar uma visibilidade clara e precisa para os profissionais de saúde durante os procedimentos (Corrêa, 2019).

A presença de luz artificial intensa em ambientes de parto pode ativar o neocórtex a parte do cérebro responsável pelo pensamento racional estimulando a liberação de adrenalina, o que pode interferir negativamente na liberação dos hormônios essenciais ao processo fisiológico do parto, como a ocitocina. Esse estímulo cerebral excessivo pode dificultar o relaxamento da parturiente e, consequentemente, desacelerar o progresso do trabalho de parto (Jenkinson, Josey & Kruske, 2013).

Um projeto de iluminação bem pensado pode transformar completamente a atmosfera de uma sala de parto, afastando a estética tradicionalmente hospitalar e criando um ambiente mais acolhedor, íntimo e relaxante. A iluminação, quando utilizada de forma sensível e estratégica, contribui significativamente para o bem-estar emocional da parturiente, auxiliando na redução do estresse e promovendo um estado mais propício à fisiologia natural do parto.

Segundo Jenkinson, Josey & Kruske (2013), o projeto luminotécnico em espaços de nascimento deve seguir algumas diretrizes fundamentais:

- Autonomia da parturiente: Sempre que possível, a mulher em trabalho de parto deve ter o controle sobre o nível de iluminação, podendo ajustar a intensidade conforme suas preferências e sensações de conforto (exceto em situações de emergência).
- Iluminação versátil: Luzes fortes de teto, embora necessárias para procedimentos médicos, não devem ser a única fonte de iluminação da sala. Deve-se prever alternativas mais suaves e acolhedoras.
- Sistema regulável: É essencial oferecer opções de iluminação ajustável com luminárias de teto, parede ou abajures com dimmers que permitam transições suaves entre diferentes intensidades e temperaturas de cor.

- Ambiente sensorialmente positivo: A iluminação deve ser planejada para contribuir com uma atmosfera calma, segura e reconfortante, favorecendo a produção dos hormônios envolvidos no trabalho de parto, como a ocitocina e a endorfina.

Figura 21- Luzes e Temperatura de cor correlata.



Fonte: Dinâmica elétrica (luz quente ou fria), 2020.

Presença de janelas

Segundo Jenkinson, Josey & Kruske (2013) A presença de luz natural em ambientes de saúde é amplamente reconhecida como um fator que contribui para a recuperação física e o bem-estar emocional dos pacientes. No contexto do parto, a luz natural tem um papel ainda mais relevante, especialmente nos estágios iniciais do trabalho de parto, por ajudar a manter os ritmos biológicos naturais da mulher, como o ciclo circadiano, o que pode favorecer a regulação hormonal e a progressão fisiológica do parto. Dessa forma, é essencial que as salas de parto sejam projetadas com aberturas que permitam a entrada de luz natural, como janelas adequadamente dimensionadas e posicionadas. O design dessas aberturas deve garantir a privacidade da parturiente, evitando exposições indesejadas ao exterior. Para isso, é recomendado o uso de persianas, cortinas ou películas translúcidas, que possibilitem o controle da luminosidade de acordo com o desejo da mulher.

Além disso, é preferível que as janelas sejam abríveis, pois isso permite à parturiente ter controle sobre a ventilação natural e a temperatura do ambiente, além de favorecer o contato sensorial com o mundo externo, o que pode ser reconfortante. A instalação de um

banco ou assento junto à janela também é recomendada, criando um canto aconchegante que permite à mulher momentos de introspecção e contemplação da paisagem promovendo equilíbrio entre a necessidade de isolamento e a sensação de conexão com o ambiente ao redor. Especialistas sugerem o uso de janelas amplas para maximizar a entrada de luz e a vista para áreas verdes, desde que respeitado o critério de proteção visual. No entanto, alertam que janelas do tipo piso-teto, apesar de elegantes, podem comprometer a sensação de proteção e acolhimento, o que é fundamental durante o trabalho de parto (Jenkinson, Josey & Kruske, 2013).

Diretrizes arquitetônicas para o uso de janelas em ambientes de parto com base nas recomendações de Jenkinson, Josey & Kruske (2013).

- As janelas devem ter dimensões adequadas para permitir a entrada abundante de luz natural indireta, criando um ambiente mais acolhedor e reduzindo a dependência de luz artificial, sem causar ofuscamento.
- É essencial o uso de persianas ou cortinas ajustáveis, que possibilitem o controle da luminosidade e resguardecam a privacidade da mulher, especialmente em momentos de maior vulnerabilidade.
- Sempre que possível, as janelas devem ser abríveis, preferencialmente com sistema deslizante, permitindo ventilação natural, controle da temperatura e sensação de autonomia. Deve-se evitar o uso de janelas internas (voltadas para corredores ou salas adjacentes), pois comprometem o senso de segurança e a privacidade.
- O posicionamento estratégico das janelas deve favorecer a vista para áreas verdes ou elementos naturais, pois o contato visual com o exterior pode exercer efeito calmante e contribuir positivamente para a experiência do parto.

Figura 22- Presença de luz natural.



Fonte: sans-peri.com (2020).

Controle de ruídos

O ambiente hospitalar é frequentemente marcado por níveis elevados e contínuos de ruído, o que pode gerar impactos negativos tanto físicos quanto psicológicos. Sons constantes e intensos afetam negativamente a concentração e a memória, aumentam a agitação e diminuem a tolerância à dor, contribuindo para o aumento do uso de analgésicos farmacológicos. Além disso, o excesso de ruído representa uma fonte significativa de estresse para parturientes, acompanhantes e profissionais da saúde, sendo inclusive associado a falhas clínicas decorrentes da redução da atenção e do engajamento interpessoal (Jenkinson, Josey & Kruske, 2013).

Em contextos ruidosos, há uma queda na capacidade cognitiva e na habilidade de tomar decisões reflexivas, o que afeta diretamente a qualidade da experiência de parto e o desempenho da equipe assistencial. Por isso, é fundamental que o projeto arquitetônico de salas de parto preveja soluções acústicas eficazes, como o uso de revestimentos e materiais com propriedades fonoabsorventes, capazes de suavizar os sons e tornar o ambiente mais sereno (Jenkinson, Josey & Kruske, 2013).

De acordo com Jenkinson, Josey & Kruske (2013), algumas estratégias específicas devem ser adotadas para reduzir o impacto dos ruídos nesses ambientes:

- As salas de parto devem ser projetadas com revestimentos e acabamentos que absorvam sons, evitando tanto a entrada de ruídos externos quanto a propagação de sons dentro do próprio ambiente.
- A capacidade de tocar música deve ser incorporada em todas as salas de parto.
- O volume e o tipo de música devem ser determinados pela mulher.
- A música deve ser portátil para que possa ser movida com a mulher pelo quarto pelo banheiro.
- Fones de ouvido podem ser uma maneira útil de ajudar a mulher a se concentrar e bloquear o ruído de fundo.

Figura 23- Isolamento e Condicionamento Acústico.



Fonte:Manual de Acústica Básica da ProAcústica.

Escolha adequada de mobiliário, equipamentos e elementos decorativos

Mesmo antes de a ciência moderna investigar os efeitos ambientais na saúde, Florence Nightingale já compreendia que os aspectos visuais e estéticos dos hospitais influenciavam diretamente o bem-estar dos pacientes. Atualmente, sabe-se que elementos como cores, obras de arte, mobiliário confortável e bem posicionado, assim como o design de equipamentos e acabamentos fixos, exercem influência significativa sobre a atmosfera de espaços de parto, podendo contribuir para um ambiente mais acolhedor, relaxante e seguro (Jenkinson, Josey & Kruske , 2013).

Esses componentes visuais não são apenas decorativos, mas atuam como fatores psicossociais que ajudam a reduzir o estresse, a ansiedade e a sensação de institucionalização durante o trabalho de parto. Pesquisas destacam que ambientes visualmente agradáveis promovem maior sensação de controle, conforto emocional e satisfação com a experiência do nascimento (Ulrich et al., 2008; Dilani, 2011).

De acordo com Jenkinson, Josey & Kruske (2013) a adoção de camas, bem como a instalação de armários para armazenar discretamente os equipamentos de emergência, contribui para otimizar o espaço da sala de parto e reduzir a sensação de um ambiente excessivamente hospitalar. Essa estratégia arquitetônica reforça uma atmosfera mais acolhedora e centrada na mulher, promovendo conforto e autonomia .

Segundo dados do relatório BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design, que reúne evidências de uma pesquisa conduzida em Queensland, Austrália, aproximadamente 88,3% das mulheres que tiveram parto vaginal em hospitais ou centros de parto deram à luz na cama. Dentre essas mulheres, 43,3% estavam em posição supina (deitadas de costas), enquanto 56,7% optaram por posições fisiológicas, como ajoelhadas, sentadas ou agachadas posturas associadas a menores taxas de intervenção e maior conforto. Esses achados reforçam que, embora a presença de uma cama seja necessária nos espaços de parto, seu posicionamento e design devem estimular a mobilidade e incentivar o uso de posições não-supinas, oferecendo liberdade para que a mulher escolha a postura que melhor favoreça sua experiência e bem-estar durante o trabalho de parto e o nascimento.

A escolha adequada dos mobiliários e materiais de acabamento tem um papel fundamental na criação de ambientes de parto mais acolhedores e humanizados. A inclusão de móveis fixos com design simples, integrados ao espaço e confeccionados com materiais naturais ou que imitam texturas da natureza como madeira, fibras vegetais ou acabamentos que remetem à madeira ajuda a reduzir a aparência fria e impessoal comum em ambientes hospitalares tradicionais (Jenkinson, Josey & Kruske, 2013).

A escolha das cores e dos materiais em ambientes destinados ao parto exerce grande influência sobre o estado emocional das parturientes. A paleta cromática adotada pode afetar diretamente a percepção do espaço, contribuindo para sensações de acolhimento, tranquilidade ou, ao contrário, de tensão e desconforto. Tons neutros como branco puro ou creme, comumente utilizados em ambientes hospitalares, devem ser evitados nesses espaços, pois tendem a reforçar uma estética clínica, fria e impessoal (Jenkinson, Josey & Kruske, 2013).

Da mesma forma, cores vibrantes e muito saturadas podem ser contraproducentes, já que estimulam o neocórtex, a área do cérebro ligada à racionalidade, o que pode inibir a liberação de ocitocina, hormônio essencial para o progresso do trabalho de parto. Cores mais suaves e profundas são mais apropriadas, especialmente aquelas que remetem à natureza e promovem relaxamento. Entre as mais indicadas estão os tons de azul escuro, verde musgo, lilás, violeta e rosa antigo, especialmente em acabamentos foscos e não reflexivos. Essas tonalidades favorecem a criação de um ambiente sereno e seguro, reforçando o sentimento de intimidade e apoio emocional (Jenkinson, Josey & Kruske, 2013).

Esses elementos favorecem a criação de uma atmosfera mais próxima do ambiente doméstico, proporcionando conforto visual e emocional à parturiente. Além disso, a presença de materiais naturais estimula uma sensação de conexão com a natureza, o que pode

contribuir positivamente para a redução do estresse e da ansiedade durante o trabalho de parto. No entanto, é essencial que todos os materiais utilizados incluindo pisos, superfícies de mobiliário e revestimentos sejam resistentes, de fácil higienização e atendam aos critérios de controle de infecções, sem abrir mão da estética acolhedora.

A inclusão de acessórios de apoio no ambiente de parto, como bolas suíças, bancos de parto, tecidos suspensos ou cordas, é fundamental para oferecer às mulheres liberdade de movimento e a possibilidade de escolher os recursos mais adequados às suas necessidades em cada fase do trabalho de parto. Esses elementos promovem autonomia, conforto e protagonismo da parturiente, além de contribuírem para a evolução fisiológica do parto. A variedade de equipamentos facilita a adoção de diferentes posições como sentada, agachada, ajoelhada e apoiada estimulando mudanças posturais frequentes, o que está diretamente associado à progressão do trabalho de parto. Movimentar-se livremente e adotar posições verticais favorece o alinhamento do bebê com o canal de parto, auxiliando na descida da apresentação cefálica, reduzindo a dor e, muitas vezes, encurtando o tempo total de parto (Jenkinson, Josey & Kruske, 2013).

Algumas diretrizes podem orientar o projeto arquitetônico no que se refere à ambientação, escolha de mobiliário e disposição de equipamentos em salas de parto, conforme proposto por Jenkinson, Josey & Kruske (2013):

- Prefira tons escuros e opacos na paleta de cores, evitando brancos, beges ou tonalidades muito vibrantes. Cores profundas e suaves, como azul petróleo, verde musgo ou lilás escuro, tornam o ambiente mais acolhedor e menos clínico, favorecendo o relaxamento da gestante.
- Inclua elementos visuais agradáveis, como quadros, painéis texturizados ou iluminação indireta. Esses focos visuais funcionam como distrações positivas, reduzindo o estresse e a percepção da dor.
- Dê preferência a materiais naturais ou com aparência orgânica, como madeira, fibras vegetais e tecidos texturizados. Esses elementos reforçam a sensação de acolhimento e a conexão com a natureza, estimulando a produção de ocitocina.
- Ofereça equipamentos que incentivem a mobilidade e posições fisiológicas, como bola de parto, banco de cócoras, cordas e cadeira vertical
- Inclua mobiliário fixo e integrado ao ambiente, como bancos embutidos ou elementos decorativos que lembram lareiras, reforçando uma atmosfera mais doméstica e menos hospitalar, com diferentes possibilidades de uso durante o trabalho de parto.

Figura 24- Sala de parto do Hospital Universitário Western Middlesex.



Fonte: Jenkinson, Josey & Kruske (2013)

Área livre para deambulação

Conforme apontam Jenkinson, Josey & Kruske (2013), a liberdade de movimento é fundamental para as mulheres durante o trabalho de parto. Pesquisas indicam que a mobilidade favorece a descida do feto pelo canal vaginal, contribuindo para a redução da duração do parto. Além disso, a possibilidade de se movimentar livremente está diretamente ligada a maiores chances de um parto vaginal normal, enquanto a restrição de movimento no ambiente de parto está associada a um aumento na incidência de cesarianas de emergência.

O estudo realizado por Gupta et al. (2017) investigou o impacto da liberdade de movimento das mulheres durante o trabalho de parto sobre os desfechos obstétricos, os resultados mostraram que as mulheres que puderam se mover livremente apresentaram uma redução significativa no risco de cesariana, especialmente aquelas de emergência, já que a mobilidade favorece um trabalho de parto mais eficiente e reduz a necessidade de intervenções cirúrgicas. Além disso, essas mulheres tiveram menor necessidade de analgesia epidural e de ocitocina para indução ou aceleração do parto, indicando que a liberdade de movimento diminui o uso de intervenções farmacológicas e invasivas.

Gupta et al. (2017) destacam também que, além dos benefícios clínicos da liberdade de movimento durante o trabalho de parto, o ambiente físico e a postura da equipe de saúde são fatores cruciais para garantir que essa autonomia seja realmente possível. O ambiente precisa

ser planejado de forma a oferecer espaço suficiente, segurança e conforto para que a mulher possa escolher suas posições e se movimentar livremente, sem restrições físicas, como camas estreitas ou espaços apertados. De acordo com Jenkinson, Josey e Kruske (2013), há diretrizes essenciais para o planejamento arquitetônico de ambientes de parto que promovem a deambulação.

- As salas de parto devem ser suficientemente espaçosas para permitir que a mulher se movimente livremente e experimente diversas posições durante o trabalho de parto, favorecendo seu conforto e o progresso natural do parto.
- O espaço deve acomodar confortavelmente a parturiente, seus acompanhantes e os profissionais de saúde, garantindo que todos possam circular sem obstáculos.
- Deve haver espaço para diferentes equipamentos e mobiliários que possam ser utilizados conforme a necessidade, como bolas de parto, cadeiras verticais, bancos e cordas, possibilitando múltiplas opções de apoio e movimentação.
- É recomendado reduzir ao máximo a presença de móveis ou equipamentos fixos para que o ambiente seja flexível e adaptável às diferentes fases do parto e às necessidades individuais da mulher.
- Quando for necessário o monitoramento contínuo do batimento cardíaco fetal, devem ser utilizados equipamentos sem fio, evitando assim limitações na mobilidade da parturiente.

Conexão com a natureza

A presença de vistas e o acesso à natureza nos ambientes de parto podem contribuir significativamente para a diminuição do estresse, fundamentando-se na chamada "Hipótese da Biofilia", proposta por Wilson (1997). Essa teoria sugere que os seres humanos possuem uma inclinação natural para se conectar com a vida e com elementos que remetem a processos vivos. Wilson destaca que a interação e o vínculo com a natureza são processos profundos e essenciais para o desenvolvimento mental saudável, promovendo bem-estar emocional e reduzindo sentimentos de ansiedade, o que é especialmente benéfico durante o trabalho de parto.

A contemplação de paisagens naturais pode influenciar positivamente a recuperação e os resultados de saúde dos pacientes. sendo identificados que aqueles que tinham uma janela com vista para a natureza apresentaram menor necessidade de analgésicos e tiveram um

tempo de internação pós-operatória mais breve, quando comparados aos pacientes cuja janela dava para uma parede de tijolos (Jenkinson, Josey & Kruske ,2013).

A inserção de elementos naturais no ambiente de parto, como fontes de água, plantas verdes internas, conchas, murais temáticos e aquários, pode estabelecer uma ligação direta com a natureza. Esses objetos ajudam a criar uma atmosfera mais acolhedora e relaxante, promovendo bem-estar físico e emocional para a mulher durante o trabalho de parto. Além disso, a presença desses elementos naturais contribui para reduzir o estresse, diminuir a percepção de dor e favorecer a liberação de hormônios essenciais, como a ocitocina, que são fundamentais para o progresso do parto. Segundo Jenkinson, Josey & Kruske (2013), algumas estratégias específicas são recomendadas para o design de salas de parto em relação ao contato

com a natureza.

- Todas as salas de parto devem contar com pelo menos uma janela que permita a entrada de luz natural, contribuindo para um ambiente mais saudável e acolhedor.
- As janelas devem oferecer vistas para cenários naturais externos, promovendo uma conexão visual com a natureza que pode ajudar na redução do estresse e no bem-estar da parturiente.
- A decoração das salas deve incluir imagens que remetam à natureza, além da incorporação de elementos naturais como aquários, plantas, fontes e outros objetos que estimulem uma atmosfera tranquila e relaxante, beneficiando o processo de parto tanto do ponto de vista físico quanto emocional.

Figura 25- Jardim do pátio do Centro de Parto de Helensville, Nova Zelândia.



Fonte:Jenkinson, Josey & Kruske (2013)

Condições adequadas para a presença e apoio de acompanhantes.

Apesar de a maioria dos estudos sobre o design de ambientes de parto concentrarem-se, com razão, nas necessidades da mulher, é igualmente essencial considerar o conforto e o bem-estar das pessoas que a acompanham durante o trabalho de parto. Um espaço acolhedor para acompanhantes como parceiros, familiares ou doulas contribui para um ambiente emocionalmente mais estável, fortalecendo o apoio à parturiente e promovendo um senso de segurança e pertencimento (Jenkinson, Josey & Kruske, 2013).

Ulrich (1992) destaca que o ambiente construído em serviços de saúde deve ser planejado de forma a favorecer o apoio social, visto que a presença de redes de apoio está diretamente ligada à redução do estresse e ao aumento do bem-estar físico e emocional dos usuários. Ambientes que facilitam a interação entre pacientes e seus familiares ou acompanhantes contribuem significativamente para uma experiência mais positiva e humanizada, especialmente em momentos delicados como o parto.

Além disso, os usuários de serviços de saúde tendem a valorizar espaços que remetem a um ambiente doméstico e acolhedor, pois esses contextos reforçam a sensação de normalidade e segurança. Projetos arquitetônicos que integram elementos familiares como mobiliário confortável, iluminação suave, cores agradáveis e áreas de convivência, não apenas apoiam o funcionamento das dinâmicas familiares, mas também ajudam a manter rotinas e vínculos afetivos, o que é essencial para a recuperação e o bem-estar durante o período de internação ou permanência em unidades de saúde. Para Jenkinson, Josey & Kruske (2013), o planejamento arquitetônico dos espaços de nascimento deve considerar também o conforto e o bem-estar dos acompanhantes, que desempenham um papel fundamental no apoio físico e emocional durante o trabalho de parto. Para isso, recomendam algumas estratégias.

- Recomenda-se que os ambientes destinados ao parto sejam projetados com espaço adequado e mobiliário confortável para acolher não apenas a parturiente, mas também seus acompanhantes.
- É importante que esses acompanhantes tenham acesso facilitado a alimentos e bebidas, ou ao menos a uma copa equipada com itens básicos para preparar lanches e bebidas quentes.
- Além disso, é recomendável que haja um banheiro exclusivo ou de uso compartilhado, porém próximo à sala de parto, destinado aos acompanhantes.

5.2 Diretrizes Arquitetônicas Para Centros de Parto Normal no SUS

De acordo com o Ministério da Saúde (2015), os Centros de Parto Normal (CPNs) são unidades assistenciais voltadas exclusivamente para o acompanhamento de partos classificados como de risco habitual ou seja, em que não há complicações prévias maternas ou fetais que contra indiquem o parto vaginal. Esses centros funcionam fora do ambiente hospitalar tradicional e foram concebidos com o propósito de oferecer uma alternativa segura, acolhedora e baseada em boas práticas para a gestante que deseja vivenciar o parto normal de forma respeitosa e menos medicalizadas

Os CPNs prestam assistência completa ao processo de parturição, contemplando o trabalho de parto, o parto em si, o período do puerpério imediato e os cuidados iniciais com o recém-nascido. Além disso, esses espaços são desenhados para garantir um atendimento centrado na mulher, com foco em sua autonomia, no respeito às suas escolhas e em um vínculo mais próximo com os profissionais de saúde, geralmente enfermeiras obstétricas ou obstetrizes, que conduzem a assistência com respaldo técnico e sensibilidade às dimensões emocionais e sociais do nascimento (Brasil, 2015)

Os Centros de Parto Normal (CPNs), foram oficialmente instituídos pela Portaria nº 985 de 5 de agosto de 1999, têm como objetivo ampliar o acesso das gestantes ao parto humanizado no Sistema Único de Saúde (SUS). Destinados a mulheres com gravidez de risco habitual, esses centros oferecem assistência qualificada ao trabalho de parto, parto e nascimento, em um ambiente acolhedor e centrado no respeito à autonomia da mulher. A criação dos CPNs busca reduzir a mortalidade materna e perinatal por causas evitáveis, melhorar a qualidade da assistência obstétrica e contribuir para a diminuição da superlotação hospitalar. Essas unidades estão alinhadas à antiga Rede Cegonha (hoje rede Alyne) e à Política Nacional de Humanização, promovendo práticas baseadas em evidências, como o incentivo ao parto fisiológico, o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, a presença de acompanhante e o contato pele a pele entre mãe e bebê logo após o nascimento (Brasil, 1999, 2015)

Além da Portaria nº 985/1999, outras normativas importantes contribuem para regulamentar e qualificar os Centros de Parto Normal (CPNs) no Brasil. A Resolução RDC nº 36, de 2008, da Anvisa, estabelece diretrizes para o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, com foco na segurança do cuidado e na qualidade da assistência. Já a Portaria nº 904/2013 define os critérios de habilitação dos serviços na Rede Cegonha, com

ênfase na garantia da integralidade e continuidade do cuidado à gestante, ao recém-nascido e à puérpera.

A Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015, por sua vez, detalha as diretrizes para a implantação e habilitação dos CPNs no âmbito do SUS, especificando o público-alvo (gestantes de risco habitual), as atribuições da equipe multiprofissional (com destaque para o protagonismo da enfermeira obstetra), os requisitos mínimos de estrutura física, recursos humanos, equipamentos e insumos, além das práticas baseadas em evidências que devem nortear o processo de cuidado. Essas normativas fortalecem a institucionalização dos CPNs como unidades fundamentais na promoção do parto seguro, respeitoso e centrado na mulher, alinhando-se às políticas nacionais de humanização da assistência e à busca por redução da morbimortalidade materna e neonatal.

Os Centros de Parto Normal (CPNs) são categorizados conforme sua localização em relação aos estabelecimentos hospitalares e a complexidade da estrutura disponível. As classificações incluem o CPN Intra-hospitalar Tipo I (CPNi Tipo I), o CPN Intra-hospitalar Tipo II (CPNi Tipo II) e o CPN Peri-hospitalar (CPNp), sendo este último o modelo adotado como referência para o presente trabalho. O CPNi Tipo I está situado dentro das dependências físicas de um hospital com estrutura básica, enquanto o CPNi Tipo II exige uma infraestrutura mais robusta, como a disponibilidade de suporte emergencial obstétrico e neonatal.

Já o CPNp, embora localizado fora do hospital, deve manter-se nas imediações da unidade de referência, garantindo acesso rápido e seguro em casos de intercorrência que exijam transferência. Cada modalidade deve cumprir exigências específicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde quanto à estrutura física, equipamentos, recursos humanos e fluxos de atendimento, assegurando a segurança, a qualidade da assistência e a humanização do parto para gestantes de risco habitual (Brasil, 1999)

Entre as principais atribuições dos Centros de Parto Normal (CPNs), destaca-se a promoção de atividades educativas e de humanização, com o objetivo de preparar as gestantes para o plano de parto e para a amamentação, além de oferecer orientações sobre cuidados pós-parto. Esses centros também são responsáveis pelo acolhimento das gestantes, realizando uma avaliação cuidadosa das condições de saúde materna e garantindo que a assistência seja personalizada e respeitosa. Outro ponto fundamental é a permissão para que a parturiente tenha um acompanhante de sua escolha durante todo o processo, desde o trabalho de parto até o pós-parto imediato. Os CPNs devem garantir a realização do parto normal, sempre que não houver complicações ou riscos, respeitando as necessidades individuais da mulher. Além disso, a assistência ao recém-nascido é uma prioridade, e o acompanhamento no puerpério

deve ser realizado por no mínimo dez dias, para assegurar o bem-estar da mãe e do bebê (Brasil, 1999)

De acordo com o artigo 5º da Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015, a estrutura física dos Centros de Parto Normal (CPNs) deve estar em conformidade com os parâmetros técnicos definidos no Anexo I da própria portaria, bem como com as diretrizes da Resolução RDC nº 36/2008 da Anvisa. Esses documentos estabelecem critérios detalhados sobre os objetivos funcionais de cada ambiente, suas dimensões mínimas, além da lista de equipamentos e recursos indispensáveis para garantir a segurança e a qualidade da assistência prestada. A adequação da estrutura física é fundamental para assegurar o atendimento humanizado e eficaz às gestantes e recém-nascidos, sendo parte essencial da estratégia do SUS para promover o parto seguro, respeitoso e livre de intervenções desnecessárias.

A Portaria nº 11/2015 do Ministério da Saúde, também define critérios mínimos para a infraestrutura física e os equipamentos necessários, descritos nos Anexos I e III da referida norma. No que se refere à composição física, o § 3º do artigo 6º especifica que os CPNs devem dispor de uma estrutura adequada ao volume de partos da região, considerando a realidade epidemiológica local e os planos regionais de saúde. Segundo a regulamentação, um CPN pode contar com Três quartos PPP (Pré-parto, Parto e Pós-parto), com capacidade operacional mínima para 480 partos por ano, o que corresponde a uma média mensal de 40 partos; ou Cinco quartos PPP, com capacidade mínima para 840 partos por ano, equivalente a uma média de 70 partos mensais.

A organização espacial de um Centro de Parto Normal (CPN) deve ser planejada com base nas características específicas do terreno disponível, assegurando que todos os ambientes essenciais tanto os de uso final, como salas de parto e quartos PPP, quanto os de apoio, como áreas administrativas, de limpeza e farmácia estejam devidamente integrados às dependências internas da edificação. De acordo com a Resolução RDC nº 51/2011 da ANVISA, é permitido que as dimensões mínimas dos ambientes apresentem uma variação de até 5%. Essa margem de flexibilidade visa atender às particularidades das modulações arquitetônicas e estruturais do projeto, sem comprometer as exigências técnicas e funcionais estabelecidas para a segurança, conforto e qualidade da assistência prestada.

Figura 26 - Espaços físicos de um CPN e suas respectivas quantidades, dimensões e áreas mínimas.

Ambientes		Quantidade mínima (un)	Dimensão mínima (m)	Área Unitária mínima (m²)
Ambientes Fins				
1	Sala de Registro e recepção para acolhimento da parturiente e seu acompanhante	1	-	12
2	Sala de exames e admissão de parturientes	1	-	9
3	Sanitário anexo à sala de exames	1	1,2	2,4
4	Quartos para pré-parto/parto/ pós parto- PPP (sem banheira)	2	3,2	14,5
5	Quartos para pré-parto/parto/ pós parto- PPP (com banheira)	1	3,2	18
6	Banheiro anexo ao quarto PPP	3	1,7	4,8
7	Área para deambulação (Varanda/ solário) - interna e/ou externa.	1	-	20
8	Posto de enfermagem	1	-	2,5
9	Sala de serviço	1	-	5,7
Ambientes de Apoio				
10	Sala de utilidades	1	1,5	6
11	Quarto de plantão para funcionários	1	2	5
12	Banheiro anexo ao quarto de plantão	2	-	2,3
13	Rouparia	-	-	-
14	Depósito de Material de Limpeza	1	1	2
15	Depósito de equipamentos e materiais	1	-	3,5
16	Copa	1	1,15	4
17	Refeitório	1	-	12
18	Área para guarda de macas e cadeiras de rodas (ambiente opcional)	-	-	-
o somatório da metragem específica de todos os ambientes deve ser acrescido em 30% referente às áreas de circulação e elementos construtivos (paredes).				

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

Figura 27-Atribuições assistenciais dos ambientes de acordo com RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 – Anvisa, RDC nº 36, de 3 de junho 2008 – Anvisa e PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº3, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017; ANEXO II, TÍTULO II, CAPÍTULOS I ao IV

AMBIENTES FINIS
SALA DE RECEPÇÃO ACOLHIMENTO E REGISTRO (PARTURIENTE E ACOMPANHANTE): a sala de acolhimento e registro é o ambiente destinado a recepcionar e encaminhar parturientes e acompanhantes. Para este ambiente adotou-se área mínima de 12 m ² para receber uma maca e área para registro de paciente (mesa e prontuários).
SALA DE EXAMES E ADMISSÃO DE PARTURIENTES COM SANITÁRIO ANEXO: à sala de exames e admissão tem como atividade examinar e higienizar parturientes, o ambiente deve apresentar área mínima de 9 m ² . Deve ser previsto um sanitário com área mínima de 2,40 m ² e dimensão mínima de 1,20 m, anexo a este ambiente.
QUARTO DE PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO (PPP): o quarto PPP receberá atividades como assistir parturientes em trabalho de parto; assegurar condições para que acompanhantes assistam ao pré-parto, parto e pós-parto; prestar assistência de enfermagem ao RN envolvendo avaliação de vitalidade, identificação e higienização e realizar relatórios de enfermagem e registro de parto
QUARTO PPP SEM BANHEIRA: o ambiente deve apresentar área mínima de 14,50 m ² , sendo 10,5 m ² para o leito e área de 4 m ² para cuidados de RN, com dimensão mínima de 3,2 m, previsão de poltrona para acompanhante, berço e área para cuidados de RN com bancada (com profundidade mínima de 0,45 m x comprimento 1,40 m x altura 0,85m) e pia, provido ponto de água fria e quente. A cama é executada em alvenaria de 50 cm de altura e dimensão de 1,48 x 2,48 ou pode-se utilizar cama PPP. O quarto PPP é individual com banheiro exclusivo, a fim de garantir privacidade da parturiente e seu acompanhante.
QUARTO PPP COM BANHEIRA: o ambiente deve apresentar área mínima de 18 m ² , sendo 10,5 m ² para o leito, área de 4 m ² para cuidados de RN, com largura mínima de 0,90 m e com altura máxima de 0,43m, a dimensão mínima do ambiente deve ser com dimensão mínima de 3,2 m. No caso de utilização de banheiro 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, sendo para um leito, com previsão de poltrona para acompanhante, berço e área para cuidados de RN com bancada (com profundidade mínima de 0,45 m x comprimento 1,40 m x altura 0,85m) e pia, provido ponto de água fria e quente. A cama poderá ser executada em alvenaria de 50 cm de altura e dimensão de 1,48 x 2,48 ou pode-se utilizar cama PPP. O quarto PPP é individual com banheiro exclusivo, a fim de garantir privacidade da parturiente e seu acompanhante.
BANHEIRO ANEXO AO QUARTO PPP PARA PARTURIENTE: o banheiro anexo ao quarto PPP deve ter área mínima de 4,8 m ² , com dimensão mínima de 1,70 m. O box para chuveiro deve ter dimensão mínima de 0,90 x 1,0 m com instalação de barra de segurança.
ÁREA PARA DEAMBULAÇÃO (INTERNA E/OU EXTERNA): área destinada à deambulação e estar das parturientes. Sugere-se que esta área seja interna ligada a uma área externa provida de área verde, preferencialmente coberta a fim de ser utilizada independente das condições climáticas. Prever a instalação de barra fixa e/ou escada de Ling nesse ambiente. Esse ambiente deve apresentar área mínima de 20 m ² , calculados com base no número de gestantes e acompanhantes.
POSTO DE ENFERMAGEM: tem como atividade realizar relatórios de enfermagem e registro de parto. Deve apresentar área mínima de 2,5 m ² .
SALA DE SERVIÇO: realizar procedimentos de enfermagem. Deve ser previsto uma sala de serviço a cada posto de enfermagem, com área mínima de 5,70m ²
SALA DE UTILIDADES: este ambiente é destinado à recepção, à lavagem, à descontaminação e ao abrigo temporário de materiais e à roupa suja. Deve ser provido de bancada com pia e uma pia de despejo, com acionamento por válvula de descarga e tubulação de 75mm. Deve possuir área mínima de 6 m ² , com dimensão mínima de 1,50m.
QUARTO DE PLANTÃO PARA FUNCIONÁRIOS: este ambiente é destinado ao repouso dos funcionários presentes na unidade em regime de plantão. Deve apresentar área mínima de 5 m ² . Deve ser previsto banheiros (masculino e feminino) com área mínima de 2,3 m ² para cada unidade.

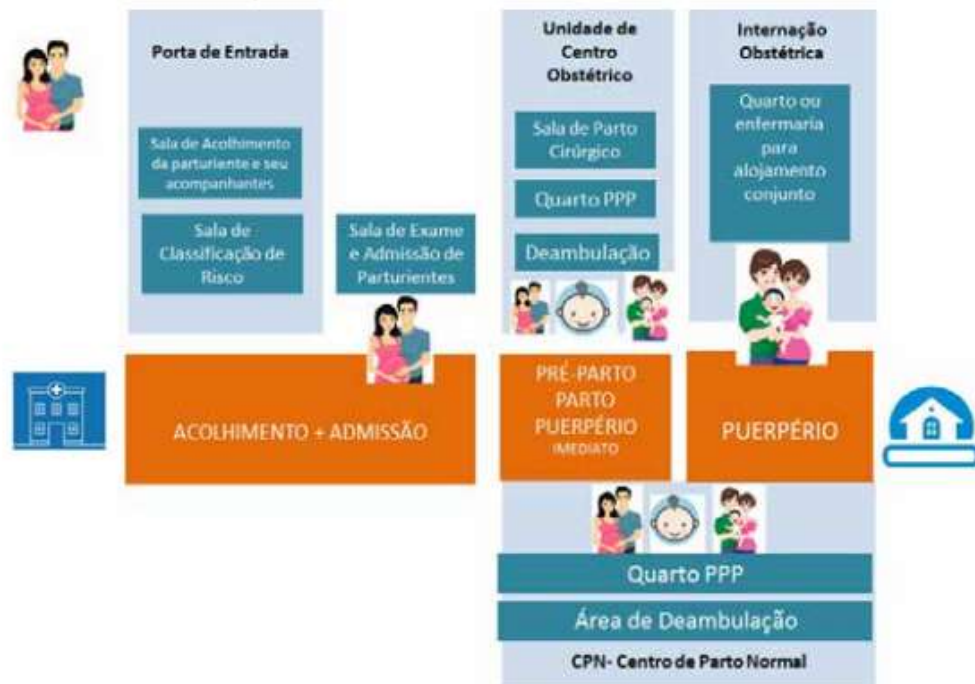
ROUPARIA: essa área será destinada ao armazenamento de roupas limpas (fornecidas pela unidade vinculada), para esta pode ser previsto um armário com duas portas.
DEPÓSITO DE MATERIAL DE LIMPEZA (DML): ambiente de apoio destinado à guarda de materiais de limpeza. Deve-se prever área mínima de 4,15 m ² com dimensão mínima de 1 m.
DEPÓSITO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS: armazenar os materiais e equipamentos por categoria e tipo. Deve-se prever área mínima de 3,15 m ² .
COPA: este ambiente é destinado à recepção e à distribuição da dieta das parturientes e acompanhantes. Deve-se apresentar área mínima de 4 m ² e dimensão
REFEITÓRIO: esta 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-se apresentar área mínima de 12 m ² .
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 nº 36/2008 da ANVISA, os quartos PPP (Pré-parto, Parto e Pós-parto) devem ser estruturados de forma a permitir não apenas o uso de equipamentos essenciais à assistência, mas também dispositivos que favoreçam o alívio não farmacológico da dor e estimulem a evolução fisiológica do trabalho de parto. Esses elementos são fundamentais para promover um ambiente acolhedor, funcional e humanizado. Entre os recursos recomendados, estão a barra de apoio fixa e/ou escada de Ling, que auxiliam na mobilidade e mudança de posições da parturiente; a bola de Bobath e o cavalinho, que contribuem para o relaxamento e alívio da dor; o arco de suporte, acoplável e removível à cama de alvenaria, que permite a adoção da posição de cócoras, favorecendo a descida do bebê, e a banheira ou piscina, que podem ser utilizadas tanto no trabalho de parto quanto no momento do nascimento, proporcionando conforto e relaxamento.

Também são indicadas banquetas ou cadeiras para parto vertical, que respeitam a fisiologia e a autonomia da mulher; poltrona reclinável para o acompanhante, garantindo sua presença confortável e ativa no processo; berço de acrílico, um por quarto PPP, permitindo que o recém-nascido permaneça junto à mãe; e uma área específica para os cuidados com o bebê, equipada com bancada e berço aquecido com fonte de calor radiante, destinada a possíveis intervenções imediatas.

Figura 28- Fluxo da parturiente RDC nº 36 / Anvisa



Fonte: Equipe de Obras Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres (CGSM/DAPES/SAS/MS).

Figura 29- Layout do projeto de Referência de um Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar, disponibilizado pelo Ministério da Saúde



Fonte: Fonte: Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres – (CGSM/DAPES/SAS/MS)

5.2 referências projetuais

5.2.1 casa angela-Brasil

A Casa Angela é um Centro de Parto Humanizado, conhecido também como Casa de Parto, que proporciona atendimento ao parto natural de forma acolhedora, segura e respeitosa. Situada na zona sul da cidade de São Paulo, a instituição oferece seus serviços gratuitamente para mulheres atendidas pelo SUS e residentes no município.

Figura 30-Casa Angela, fachada frontal



Fonte: <<http://www.casaangela.org.br/>> Acesso em: 05/05/2025.

No entanto, suas origens remontam à década de 1980, quando a parteira alemã Angela Gehrke da Silva iniciou um trabalho voltado à humanização do parto na comunidade do Jardim Monte Azul, Motivada pelos ensinamentos do obstetra francês Frederick Leboyer, referência mundial na humanização do parto, e sensibilizada pela carência de serviços de saúde acessíveis às mulheres da comunidade, Angela começou a prestar cuidados durante a gestação, o parto e o pós-parto no Ambulatório da Associação Comunitária Monte Azul.

Em um espaço simples e acolhedor, Angela Gehrke da Silva recebia gestantes e seus acompanhantes, acompanhava os partos e oferecia cuidados pós-parto diretamente nas casas das mulheres. O atendimento humanizado que realizava rapidamente ganhou visibilidade, atraindo um número crescente de interessadas, o que levou à criação, em 1997, da Casa de Parto Monte Azul, a primeira do tipo na cidade de São Paulo. Angela era reconhecida não

apenas por sua competência técnica, mas também por seu cuidado afetuoso e pela relação de confiança que estabelecia com as mulheres. Ao valorizar a autonomia e a autoconfiança das gestantes, contribuía para que se tornassem protagonistas de seus partos e de suas próprias trajetórias de vida. Essa abordagem despertava, nas famílias, um novo olhar para a gestação, o nascimento e a vida.

Na década de 1990, Angela tornou-se uma referência nacional no campo do parto humanizado, integrando redes e movimentos dedicados ao tema, além de ser frequentemente convidada para palestras e eventos em instituições de saúde e ensino.

Em 1998, foi diagnosticada com câncer e, no ano seguinte, retornou à Alemanha para tratamento, com a intenção de retomar seu trabalho no Brasil. No entanto, ainda em 1999, a Casa de Parto Monte Azul foi encerrada e, em 5 de março de 2000, Angela faleceu em seu país natal.

Em 2003, a Associação Comunitária Monte Azul convidou a médica alemã Anke Riedel que havia atuado como voluntária ao lado de Angela Gehrke para desenvolver, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, o projeto de uma nova casa de parto. A iniciativa foi batizada de Casa Angela, em homenagem à parteira. Anke liderou todo o processo de concepção, construção e implantação da unidade, permanecendo na coordenação até 2017, quando retornou à Alemanha.

A Casa Angela foi oficialmente inaugurada em 2009, mas ainda sem o funcionamento do Centro de Parto Humanizado. Com a mudança na gestão municipal, a parceria com a Secretaria de Saúde não foi mantida, o que levou a Casa a iniciar suas atividades com apoio de voluntários e financiamento de parceiros e doadores.

Somente em 2012, com novos recursos provenientes de doações e de atendimentos particulares, foi possível inaugurar o Centro de Parto Humanizado, complementando os serviços da instituição, que já contava com ambulatorios de pré-natal, puericultura e aleitamento materno. A partir de então, a Casa passou a oferecer assistência ao parto humanizado em regime 24 horas, inclusive para pacientes privados.

Figura 31 -Vista Sala de espera.

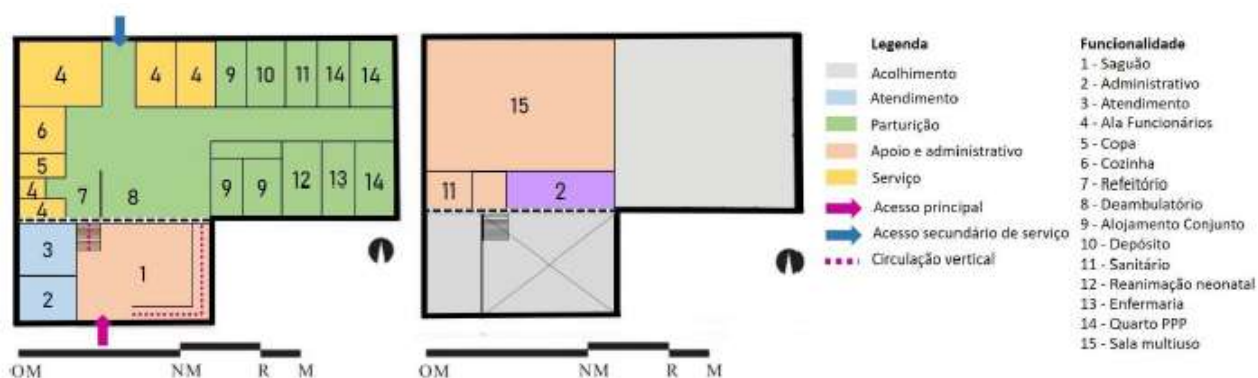


Fonte: <<http://www.casaangela.org.br/>> Acesso em: 05/05/2025.

O convênio com a Prefeitura de São Paulo foi firmado em dezembro de 2015, permitindo à Casa Angela integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS) e ampliar o número de atendimentos. Desde então, mulheres usuárias do SUS na cidade de São Paulo podem realizar seu acompanhamento e parto de forma totalmente gratuita na instituição.

A estrutura da Casa Ângela é composta por dois pavimentos. A maior parte das atividades funcionais concentra-se no térreo, onde estão localizados os espaços de atendimento, copa e cozinha, área de deambulação, alojamento conjunto, quartos PPP (pré-parto, parto e pós-parto) e enfermaria. O andar superior abriga o setor administrativo e uma sala multiuso (figura 00).

Figura 32 - Croqui esquemático de zoneamento e funcionalidade da Casa Ângela.



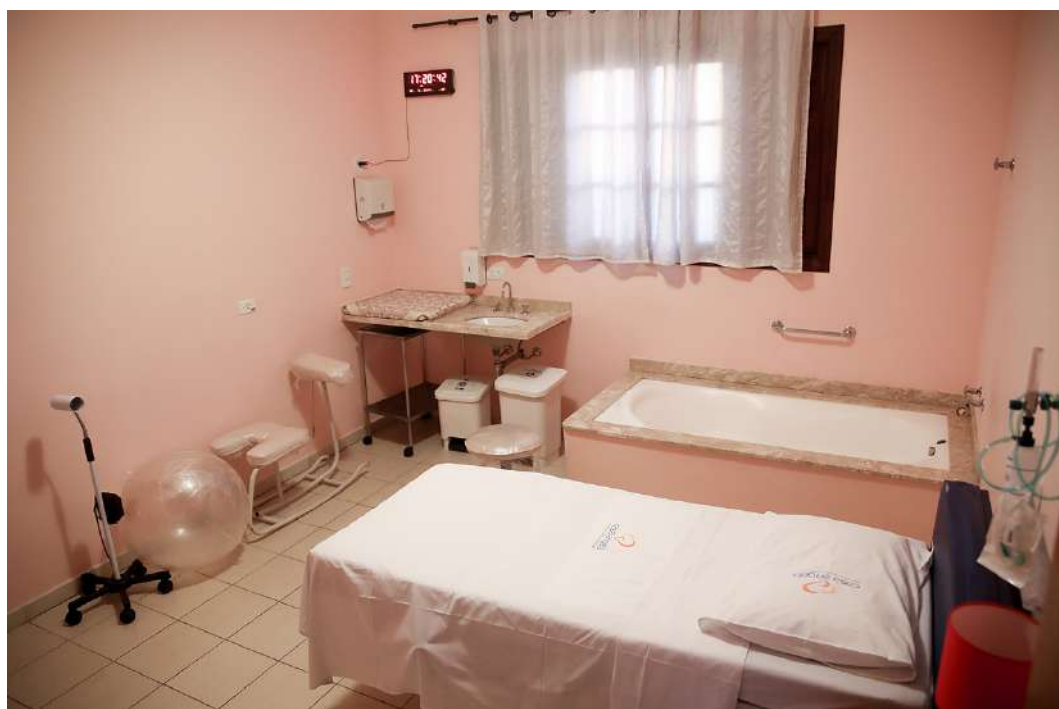
Fonte: Casa Madre – Schneider, 2019, adaptado por Moda, 2021.

Figura 33 - Sala de eventos.



Fonte: <<http://www.casaangela.org.br/>> Acesso em: 05/05/2025.

Figura 34 - Quarto PPP com equipamentos de auxílio e banheira.



Fonte: <<http://www.casaangela.org.br/>> Acesso em: 05/05/2025.

Figura 35 - Oficina de Trabalho Corporal .



Fonte: <<http://www.casaangela.org.br/>> Acesso em: 05/05/2025.

5.2.2 Abbey Birth Centre-Inglaterra

Inaugurado em 5 de maio de 2014, no Dia Internacional da Parteira, este é o primeiro Centro de Parto Orientado por Parteiras construído especialmente para esse fim na Inglaterra. Uma instalação única do NHS na região, oferece um ambiente ideal de "lar longe de casa" para mulheres que buscam uma experiência de parto natural e positiva. O centro tem uma aparência e um ambiente muito diferentes de uma sala de parto tradicional, com cuidados liderados pela simpática equipe de parteiras do hospital, que se dedicaram apaixonadamente à promoção e ao apoio ao parto natural sempre que possível.

Figura 36 - Fachada frontal do Abbey Birth Center.



Fonte-Studio Four Architects, acesso 2025.

O Centro de Parto Abbey, situado ao lado da unidade de maternidade existente (Ala Abbey) no Hospital St. Peter's, foi construído especialmente para proporcionar um ambiente acolhedor e relaxante, voltado para mulheres com gestações normais e sem complicações que desejam dar à luz em um ambiente menos clínico. A unidade conta com quatro salas de parto privativas com banheiro, três delas equipadas com piscinas de parto, permitindo a realização de partos na água. Cada sala foi projetada com atenção ao conforto físico e emocional da mulher: há iluminação ajustável, mobiliário doméstico (como camas não hospitalares e poltronas acolhedoras), docks para iPod para que a gestante possa ouvir músicas de sua escolha, e acesso a jardins privativos e fechados, o que permite conexão com a natureza em um momento de grande intimidade.

Figura 37-sala de parto privativa com banheiro.



Fonte-Studio Four Architects, acesso 2025.

O design arquitetônico visa reduzir o estresse, promover o relaxamento e incentivar a produção de ocitocina, essencial para o bom andamento do trabalho de parto. Elementos de neuroarquitetura foram incorporados ao projeto, como luz natural, cores suaves e texturas táteis. O layout dos ambientes favorece a privacidade e a mobilidade da gestante, com salas amplas e circulações claras (Studio Four Architects)

Com esta nova unidade, o Ashford & St Peter's Hospital passou a oferecer algo verdadeiramente diferenciado, sendo o único centro da região com a mais ampla gama de serviços obstétricos: desde o acompanhamento de partos de baixo risco em um ambiente humanizado até a assistência a gestações e partos de alto risco, contando com uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de Nível 3 (UTIN) a mais avançada do NHS, preparada para atender recém-nascidos que requerem cuidados especializados.

Figura 38-Studio Sala de espera.



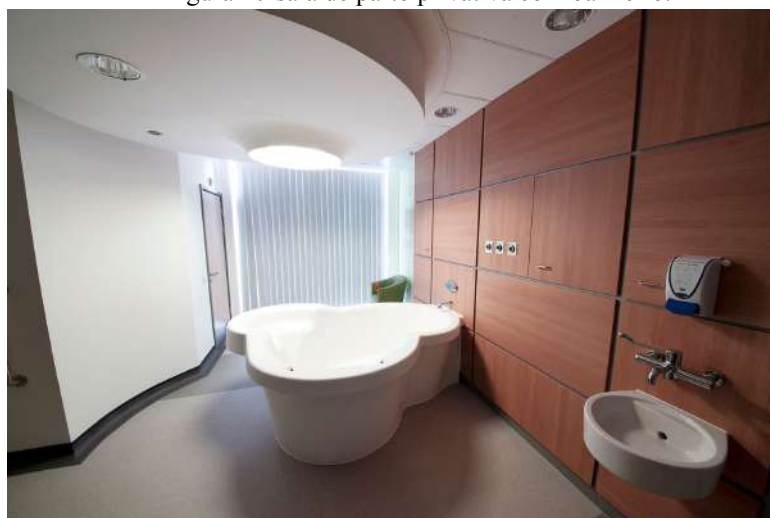
Fonte-Studio Four Architects, acesso 2025.

Figura 39-Sala de espera.



Fonte-Studio Four Architects, acesso 2025.

Figura 40-sala de parto privativa com banheiro.



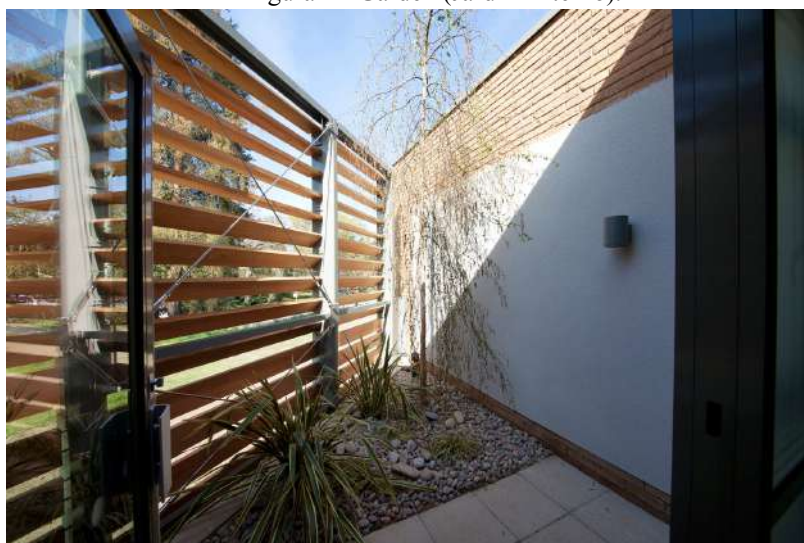
Fonte-Studio Four Architects, acesso 2025.

Figura 41-Área de descanso.



Fonte-Studio Four Architects, acesso 2025.

Figura 42-Garden (Jardim interno).



Fonte-Studio Four Architects, acesso 2025.

Figura 43-sala de parto privativa com banheiro.



Fonte-Studio Four Architects, acesso 2025.

5.2.3 Royal Women's Hospital Birth Centre-Austrália

O Royal Women 's Hospital, localizado em Melbourne, passou por um amplo processo de modernização com o objetivo de qualificar ainda mais a assistência ao parto e otimizar os ambientes hospitalares. As melhorias fizeram parte de uma reestruturação estratégica voltada à promoção de práticas mais seguras, eficientes e centradas na paciente (Gray Puksand Architects, 2024)

Figura 44 -Sala de Atendimento.



Fonte-Gray Puksand Architects, acesso 2025.

Entre as principais intervenções, destacam-se a adaptação de duas salas de Trabalho de Parto, Parto e Recuperação (TPPR) para ambientes com pressão negativa, tecnologia essencial no controle de infecções, especialmente relevante em contextos de surtos respiratórios como o da COVID-19. Essa medida visa garantir maior segurança para parturientes, bebês e equipes médicas. Além disso, duas salas de triagem foram integradas em uma nova unidade TPPR mais ampla, equipada com leitos modernos, banheiros acessíveis e armários individuais, proporcionando maior conforto, privacidade e dignidade às mulheres em trabalho de parto. Essa transformação alinha-se às diretrizes internacionais de humanização do parto, que defendem ambientes acolhedores e menos medicalizados (Gray Puksand Architects, 2024).

Figura 45-sala de Trabalho de Parto, Parto e Recuperação (TPPR).



Fonte-Gray Puksand Architects, acesso 2025

O setor de Anestesia também foi reformulado: o espaço anteriormente utilizado foi reorganizado para abrigar cinco novas salas de avaliação com uma recepção exclusiva, facilitando o fluxo de atendimento e ampliando a capacidade de resposta às demandas do centro obstétrico. Outra mudança importante foi a ampliação e transferência do Laboratório Biomédico para um novo espaço no pavimento térreo, agora dotado de tecnologia de ponta. A área anteriormente ocupada pelo antigo laboratório foi aproveitada para criar uma nova zona de apoio ao setor de Anestesia.

O projeto foi concebido com foco na experiência da mulher durante o trabalho de parto, priorizando espaços que transmitam segurança, conforto e autonomia. A proposta valoriza a criação de ambientes acolhedores e adaptáveis, permitindo que cada parturiente

personalize o espaço conforme suas necessidades e desejos, por meio de recursos ajustáveis de iluminação, som e controle de privacidade (Gray Puksand Architects, 2024).

Figura 46-sala de Trabalho de Parto, Parto e Recuperação (TPPR).



Fonte-Gray Puksand Architects, acesso 2025.

Para romper com a aparência tradicionalmente hospitalar, foram adotadas soluções de design que suavizam a estética clínica. O uso de marcenaria detalhada, materiais com texturas quentes e agradáveis, além de uma paleta de cores acolhedora, contribuem para um ambiente mais humanizado. Elementos do design biofílico, como a entrada de luz natural e a presença de elementos que remetem à natureza, também foram integrados para favorecer uma atmosfera tranquila e reconfortante, promovendo bem-estar físico e emocional durante todo o processo do parto (Gray Puksand Architects, 2024).

Estudos indicam que ambientes de parto que colocam a mulher no centro da experiência têm efeitos positivos significativos nos desfechos clínicos e emocionais. Quando a parturiente se sente acolhida, segura e com autonomia sobre o espaço ao seu redor, há uma tendência à diminuição das intervenções médicas, uma recuperação mais rápida e uma maior confiança para decisões futuras relacionadas ao parto. Essas estratégias de projeto arquitetônico não se limitam a melhorar o momento do nascimento em si, mas também promovem benefícios duradouros para a saúde física e emocional das mães, além de fortalecer os vínculos familiares e a percepção positiva do parto como um processo natural e empoderador (Gray Puksand Architects, 2024).

Figura 47-Sala de espera.



Fonte-Gray Puksand Architects, acesso 2025.

Figura 48-sala de Trabalho de Parto, Parto e Recuperação (TPPR).



Fonte-Gray Puksand Architects, acesso 2025.

6 CONDICIONANTES PARA O PROJETO

6.1 Área de intervenção e terreno

Considerando a análise desenvolvida nos capítulos anteriores sobre o panorama da assistência obstétrica no Brasil marcado por intervenções excessivas e pelo predomínio de cesarianas e reconhecendo a ainda limitada implementação de estruturas que promovam o parto normal no país, propõe-se, neste trabalho, um estudo preliminar voltado à implantação de um Centro de Parto Normal (CPN) no município de Baião, no estado do Pará. A proposta visa contribuir para a ampliação do acesso a práticas obstétricas humanizadas, baseadas em evidências científicas e em conformidade com as diretrizes da Rede Alyne (antiga rede cegonha) e da Organização Mundial da Saúde, promovendo uma alternativa segura, acolhedora e culturalmente sensível para gestantes da região.

Atualmente, os partos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Baião ocorrem exclusivamente no Hospital Municipal São Joaquim, incluindo os partos normais de risco habitual. No entanto, a rede de atenção obstétrica da região não dispõe de um Centro de Parto Normal (CPN) que ofereça suporte específico e adequado para esse tipo de assistência.

Essa ausência de equipamentos voltados à promoção do parto humanizado contribui para a concentração dos nascimentos em ambiente hospitalar. Diante desse cenário, evidencia-se a carência de alternativas que respeitem a fisiologia do parto e os direitos das mulheres, o que reforça a relevância e a necessidade da proposta de implantação de um CPN no município. Tal iniciativa busca ampliar e qualificar a rede de atenção à saúde materno-infantil, oferecendo um espaço acolhedor, seguro e centrado na autonomia da mulher.

Conforme já mencionado anteriormente, este trabalho propõe o desenvolvimento de uma tipologia de Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar (CPNp), conforme estabelecido pela Portaria nº 11/2015 do Ministério da Saúde. Essa diretriz determina que essa modalidade de CPN deve estar situada nas proximidades de um hospital de referência, respeitando o limite de até 20 minutos de deslocamento entre os dois equipamentos de saúde. A adoção do modelo peri-hospitalar visa garantir maior segurança às gestantes e aos recém-nascidos, permitindo a rápida transferência para o hospital em casos que demandem intervenções médicas de maior complexidade, sem comprometer os princípios de humanização e autonomia que caracterizam os CPNs.

Foram considerados critérios fundamentais para a escolha do terreno, como a localização estratégica, que favorece o acesso rápido e seguro por parte das usuárias, equipes de saúde e serviços de apoio. Também foram levadas em conta as condições favoráveis de iluminação e ventilação naturais. Outro fator determinante foi a proximidade com um hospital de referência, garantindo suporte ágil em casos de urgência ou emergência.

Figura 49- Localização do terreno escolhido para o estudo da implantação do CPN proposto.



Fonte: acervo da autora (2025).

A partir da análise desses critérios definiu-se a escolha de um terreno situado na orla do rio Tocantins, no Bairro Centro, entre as ruas São Francisco e São Jorge. O terreno possui uma área total de 8.453,52 m², sendo o lote caracterizado por uma testada de 53,56 metros e profundidade de 180 metros. O terreno se encontra a 400 metros de distância do hospital de referência, o deslocamento até a unidade pode ser feito em cerca de 3 minutos.

Figura 50- Caminho percorrido do terreno até o hospital.



Fonte: acervo da autora (2025).

Em relação às restrições legais aplicáveis ao terreno e conforme as diretrizes estabelecidas pelo Plano Diretor do município de Baião, o lote em questão encontra-se situado na zona central da cidade. Essa área é classificada como de uso misto, permitindo a coexistência de atividades residenciais, comerciais e de prestação de serviços. As permissões urbanísticas específicas para construções nesse local, como índices de ocupação, gabarito e usos permitidos, estão representadas nas Figuras 40 e 41.

Figura 51-Mapa de zoneamento da cidade de Baião, de acordo com o PDM.



Fonte: PDM de Baião (2006).

Figura 52 -Quadro de índices, recuos e demais restrições para uso não residencial de acordo com o PDM.

Coeficiente de aproveitamento	Tx. De ocupação Máxima	Frente Mínima do Terreno	Recuos Mínimos Obrigatórios (m)			
			Frente	Fundos	Laterais	Total lateral
1.2	60%	10	5.0	3.0	1,5 (a partir de 6,0 m de profundidade do lote)	3.0
2.5	50%	15	5.0	3.0	2.0 (a partir de 6,0 m de profundidade do lote)	4.0

Fonte: PDM de Baião (2006).

Por estar localizado à margem do rio Tocantins, o terreno apresenta um desnível de aproximadamente 30 metros, com a cota mais alta tendo 34 e a mais baixa 4 do nível do terreno à margem do rio. Essa condição geográfica será aproveitada por meio da implantação

de um trapiche, facilitando o acesso fluvial de usuárias provenientes de comunidades ribeirinhas, com infraestrutura adequada para embarque e desembarque de ambulância, ampliando a integração regional e a acessibilidade à rede de atenção obstétrica.

Figura 53- Topografia do terreno.

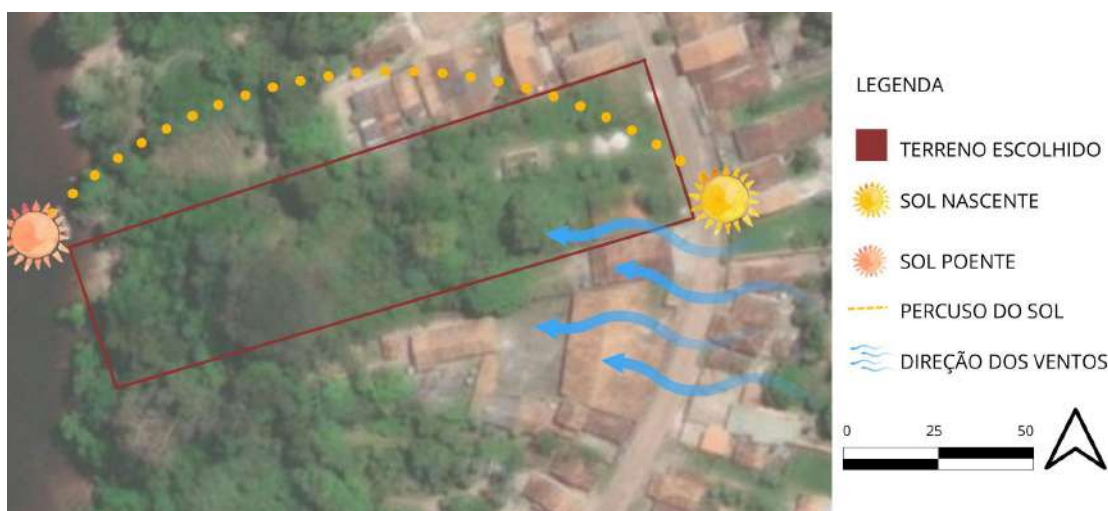


Fonte: acervo da autora (2025).

No que se refere ao conforto ambiental, a análise da incidência solar sobre o terreno demonstrou que a fachada posterior é a mais exposta à radiação solar ao longo do dia, enquanto a fachada frontal recebe menor intensidade de insolação. Essa condição está diretamente relacionada ao desenho do lote e à sua implantação às margens do rio Tocantins. Considerando esses aspectos, optou-se por posicionar os quartos PPP voltados para a face posterior, garantindo maior privacidade e, ao mesmo tempo, aproveitando os recursos naturais disponíveis. A presença do rio, da vegetação existente e da previsão de inserção de novas espécies arbóreas contribui para amenizar a intensidade da radiação solar, favorecendo o conforto térmico nesses ambientes.

Quanto à ventilação natural, verificou-se que os ventos predominantes no terreno se deslocam no sentido leste-oeste. Esse fator foi considerado na implantação do edifício, possibilitando melhor aproveitamento da ventilação cruzada, essencial para assegurar a renovação do ar, reduzindo a sensação térmica e proporcionando um maior bem-estar às usuárias e acompanhantes.

Figura 54-Incidência solar e Sentido dos ventos no terreno.



Fonte: acervo da autora (2025).

Figura 55-Estudo solar do local escolhido em três horários diferentes: 07:00, 12:00 e 16:00.



Fonte: acervo da autora (2025).

Considerando o contexto apresentado, a análise preliminar do terreno possibilita a identificação de suas potencialidades e restrições, fornecendo subsídios essenciais para o desenvolvimento do projeto. Esse estudo inicial permite compreender melhor o funcionamento da área dentro de seu entorno, orientando decisões de implantação, distribuição de espaços e integração com o ambiente natural e construído.

No que diz respeito aos fluxos de circulação, o terreno está situado em uma área atendida por dois tipos distintos de vias, que exercem papéis complementares na mobilidade urbana. As Avenidas Santos Dumont e Levindo Rocha funcionam como vias coletoras, responsáveis por organizar e distribuir o tráfego proveniente das áreas locais para vias de maior porte, garantindo melhor escoamento e acessibilidade. Já as ruas locais, Paes de Carvalho, São Jorge, São Francisco, Dra. Brena Santana, Travessa Um, Travessa João Vicente Medeiros, Norte América e Travessa Cinco, cumprem a função de atender prioritariamente ao

tráfego de baixa intensidade, voltado ao acesso direto às residências e estabelecimentos do entorno. Essa configuração viária influencia diretamente a hierarquia de acessos ao terreno, permitindo planejar entradas e saídas de forma eficiente, equilibrando segurança, conforto e integração com a malha urbana existente.

Figura 56 -análise do entorno/hierarquia viária.



Fonte: acervo da autora (2025).

A análise referente ao uso e à ocupação do solo revelou que a área em estudo apresenta caráter predominantemente residencial, com ocorrência significativa de usos mistos. Constatou-se a predominância de tipologias térreas, embora também existam edificações de dois pavimentos, geralmente configuradas com comércio ou serviços no térreo e unidades residenciais no pavimento superior. Além disso, foram identificadas construções destinadas exclusivamente a atividades comerciais e de serviços. Dessa forma, conclui-se que a morfologia urbana local caracteriza-se majoritariamente por um padrão horizontal de ocupação.

Figura 57 -análise do entorno/hierarquia viária.



Fonte: acervo da autora (2025).

6.2 Programa De Necessidades

Para a definição do programa de necessidades, foi elaborada a concepção de um Centro de Parto Normal peri-hospitalar (CPNp), inicialmente composto por três quartos PPP (Pré-parto, Parto e Pós-parto), com previsão de ampliação para mais uma unidade, caso a tipologia seja bem aceita e apropriada pelas parturientes da região. No processo de revisão do programa, foram realizadas alterações significativas, visando adequação às diretrizes das normas vigentes, às recomendações da Rede Cegonha e às demandas locais do município de Baião/PA. Entre os principais ajustes, destacam-se:

- Flexibilidade dimensional: retirada do parâmetro fixo de dimensões mínimas dos ambientes, para que possam ser adaptados às condicionantes projetuais e ao terreno disponível.
- Espaços de educação e acolhimento: inclusão de uma Sala de Demonstração e Educação em Saúde e de uma Sala Multiuso, destinadas à disseminação das boas práticas de assistência ao parto e à realização de atividades educativas e comunitárias.
- Recepção e registro ampliados: aumento da área útil desses setores, considerando o caráter de ensino e orientação que o estabelecimento também desempenhará.
- Acessibilidade: inserção de banheiros PCD e vestiários acessíveis com sanitários e chuveiros, garantindo o cumprimento das normas de acessibilidade arquitetônica.

- Quartos PPP humanizados: opção exclusiva por quartos PPP com banheiras para o parto, cada um deles equipado com banheiro privativo ampliado, permitindo a circulação de equipamentos médicos e mobiliário de apoio ao trabalho de parto.
- Deambulação integrada: previsão de área de deambulação individual (varandas) de dimensões reduzidas, já que cada quarto PPP contará com espaço interno adequado para esta finalidade.
- Apoio e convivência: criação de um refeitório e áreas de convívio social de uso comum para visitantes, parturientes, profissionais e acompanhantes, promovendo integração e acolhimento.
- Hospedagem transitória: previsão de quartos de alojamento destinados a gestantes oriundas de comunidades do entorno, que não disponham de local para permanecer durante o pré-parto ou acompanhamento pós-parto imediato.

Esses elementos foram redimensionados de forma criteriosa, com o objetivo de atender aos parâmetros arquitetônicos e funcionais previamente estabelecidos, respeitando as diretrizes normativas e as exigências de qualidade espacial.

Figura 58- Programa de Necessidades para o CNPJ proposto.

AMBIENTES	QUANTIDADE MÍNIMA(un)	ÁREA UNITÁRIA MÍNIMA PROJETO (m²)
ATENDIMENTO		
Sala de demonstração e educação em saúde	1	25,59
sala multiuso/yoga/pilates	1	17,5
Sala de Registro e recepção para acolhimento da parturiente e seu acompanhante	1	42,36
Sanitário PCD fem.	1	5,5
Sanitário PCD masc.	1	5,5
CONSULTAS/PARTURIÇÃO		
Sala de exames e admissão de parturientes	1	18,9
Sanitário anexo à sala de exames	1	3,15
Consultório de psicologia	1	13,5
Consultório de nutrição	1	13,5,
Consultório de pediatria	1	13,5
Sala de ultrassonografia	1	13,5

Quartos para pré-parto/parto/ pós parto- PPP (com banheira)	3	31,93
Banheiro anexo ao quarto PPP	3	8,04
Área para deambulação (Varanda/ solário) - interna e/ou externa.	1	8,1
Posto de enfermagem	1	7,3
Sala de serviço	1	7,3
ADMINISTRAÇÃO E APOIO		
Administração	1	13,33
Arquivo	1	5,93
Sala de utilidades	1	5,84
Quarto de plantão para funcionários	1	8,9
Banheiro anexo ao quarto de plantão	1	4,27
Alojamento/quarto	3	13,66
Banheiro anexo alojamento	3	3,9
SERVIÇOS		
Vestiário funcionários.fem.	1	16,35
Vestiário funcionários.masc.	1	21,63
Rouparia/Lavanderia	1	5,15
Depósito de equipamentos e materiais	1	5,76
Copa funcionários	1	6,32
Refeitório	1	19,96
Área para guarda de macas e cadeiras de rodas (ambiente opcional)	1	3
DML	1	3,98
Expurgo	1	3,98
Depósito de resíduos/lixo	1	8,7
Reservatório de água	1	
Pier para desembarque de ambulância	1	
Estacionamento	1	
Área total construída		346,74
Com base nas metragens dos ambientes definidos no programa de necessidades, somadas a um acréscimo de 30% destinado às áreas de circulação e espessura das paredes, conforme diretrizes estabelecidas pela Rede Cegonha. As vagas de estacionamento não contarão como área construída.		

Fonte: Acervo autora (2025)

7 PROCESSO PROJETUAL

7.1 Conceito

O Centro de Parto Normal tem como conceito central, trazer de volta o protagonismo da mulher no processo do parto, utilizando uma arquitetura humanizada como ferramenta de transformação no cuidado à saúde. Neste projeto, a humanização extrapola o simples cumprimento de normas técnicas ou funcionais, pois trata-se de uma abordagem integrada, que considera o espaço construído como um elemento ativo no cuidado à saúde. A proposta busca criar uma atmosfera que acolha emocionalmente, respeite a individualidade e promova o bem-estar físico e psicológico da parturiente.

A proposta tenta qualificar o atendimento, valorizando não apenas a mulher, mas também sua rede de apoio à família e a própria experiência da vida que se inicia. Neste contexto, o projeto arquitetônico propõe ultrapassar os modelos tradicionais dos ambientes hospitalares, muitas vezes marcados por configurações frias, rígidas e impessoais. buscando construir um espaço acolhedor, sensível e significativo, no qual os aspectos emocionais, simbólicos e culturais da gestação e do nascimento sejam respeitados e integrados. Uma das premissas fundamentais é criar uma ambiência que desperte o sentimento de pertencimento e bem-estar, permitindo que os usuários que são gestantes, familiares e profissionais que reconheçam o espaço como parte de si e se sintam, igualmente, parte integrante dele.

A humanização também está presente na fluidez espacial e na liberdade de escolha da mulher, permitir que ela se movimente, escolha posições para o parto, tenha a companhia de pessoas de sua confiança e possa exercer protagonismo são aspectos que reforçam a dignidade e o respeito ao seu corpo e às suas decisões. Mais do que uma edificação funcional, o espaço é concebido como um lugar de cuidado ampliado, onde arquitetura e afeto se entrelaçam para transformar o nascimento em uma experiência positiva, segura e memorável tanto para a mulher quanto para sua rede de apoio.

Figura 59-Conceitos para o CNPJ proposto.

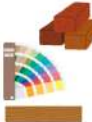
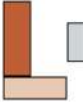
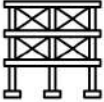


Fonte: Acervo autora (2025)

7.2 Diretrizes Do Projeto:

Com base nas necessidades previamente levantadas e nos princípios que norteiam a humanização do parto, foram estabelecidas diretrizes projetuais fundamentais para o desenvolvimento do Centro de Parto Normal. A proposta busca aliar o acolhimento e o aconchego de um ambiente domiciliar à segurança e eficiência de um atendimento hospitalar qualificado.

Figura 60- diretrizes para o CPN proposto.

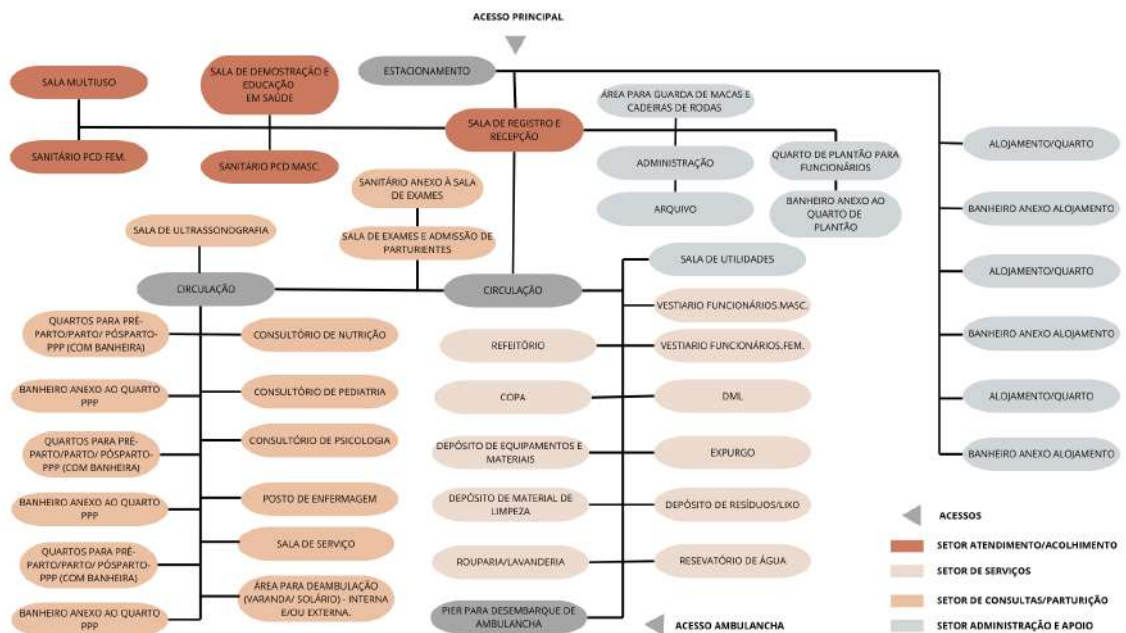
 A volumetria do edifício é composta por formas retilíneas e ortogonais, buscando uma integração harmônica entre os diversos volumes que compõem o conjunto, de modo a garantir coerência visual e funcional entre os espaços individuais e o todo arquitetônico.	 O projeto valoriza a composição sensorial dos espaços por meio da escolha cuidadosa de cores, texturas e materiais que evocam calma, acolhimento e serenidade, elementos essenciais para ambientes de cuidado.
 Os ambientes são organizados em blocos distintos, conectados entre si e distribuídos de acordo com suas funções específicas. Essa setorização favorece o funcionamento interno e respeita os princípios da acessibilidade e do desenho universal, assegurando que todos os usuários, incluindo pessoas com mobilidade reduzida, possam circular com autonomia e conforto.	 Áreas externas arborizadas, como pátios e jardins, foram inseridas com o objetivo de criar espaços de estar, contemplação e conexão com a natureza que estimulam os sentidos e promovem o bem-estar físico e emocional.
 A concepção estrutural foi pensada estrategicamente para facilitar a compartimentação dos espaços internos e permitir futuras ampliações, acompanhando possíveis mudanças nas demandas de uso sem a necessidade de grandes intervenções.	 A proposta também contempla áreas ao ar livre destinadas à prática de atividades físicas leves, incentivando a promoção da saúde e o fortalecimento do vínculo corpo-mente em um ambiente tranquilo e restaurador.
 Buscou-se ainda explorar ao máximo os recursos de iluminação e ventilação naturais, garantindo eficiência energética e conforto ambiental. A orientação solar, a ventilação cruzada e a presença de aberturas bem posicionadas contribuem para a qualidade térmica e a salubridade dos ambientes internos.	 O ambiente humanizado que vai além da funcionalidade técnica, buscando criar uma atmosfera acolhedora, segura e empática, considerando as necessidades individuais e coletivas, respeitando a diversidade, promovendo a autonomia, a dignidade e a qualidade das interações humanas.

Fonte: acervo da autora (2025).

7.3 Organograma/Fluxograma

Com a definição do programa de necessidades, procede-se à elaboração do organograma e fluxograma, instrumento fundamental para a análise e organização dos fluxos funcionais da edificação. Esse diagrama representa, de forma esquemática, as conexões lógicas entre os diversos ambientes previstos no projeto, evidenciando as relações de proximidade, hierarquia e dependência funcional. Mais do que uma simples representação gráfica, este documento permite compreender como se dão os percursos internos tanto dos usuários quanto dos profissionais e como os espaços se articulam entre si para garantir um funcionamento fluido, seguro e racional da edificação, contribuindo diretamente para a eficiência operacional, evitando cruzamentos indesejados de fluxos como entre circulações técnicas e de usuários, reduzindo deslocamentos desnecessários e otimizando a experiência de uso.

Figura 61- Organograma do CPN proposto



Fonte: Acervo da Autora (2025).

Nesse contexto, destacam-se três fluxos principais previamente dimensionados nos ambientes: o dos profissionais de saúde e serviços (representados em vermelho), o das parturientes (em azul) e o dos acompanhantes (em verde tracejado).

Figura 62 - Fluxograma do CPN proposto

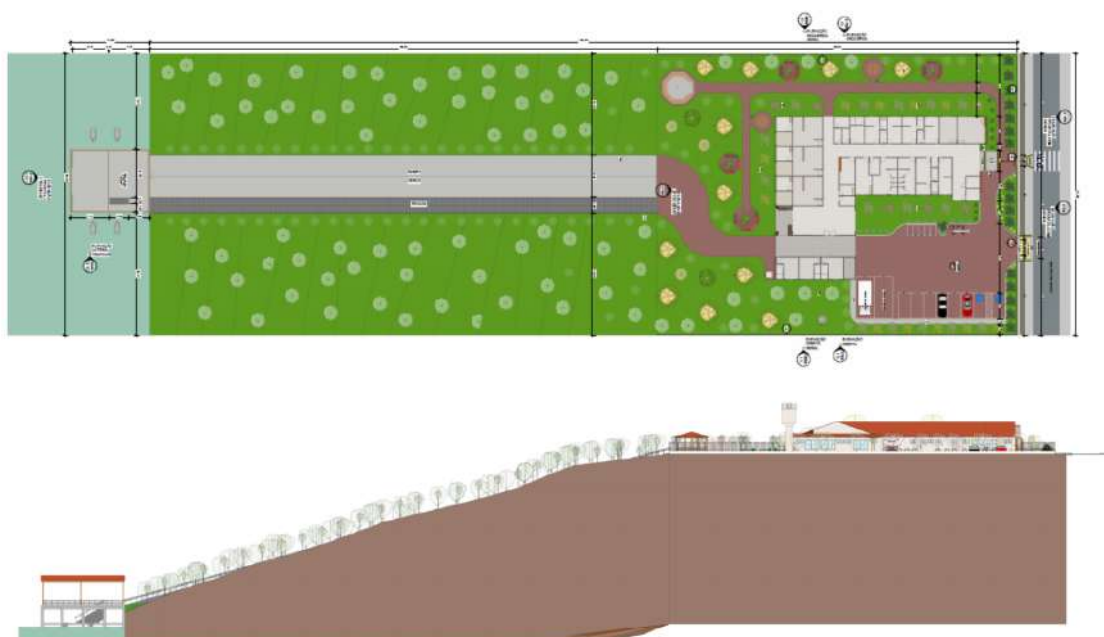


Fonte :Acervo da Autora (2025).

7.4 Implantação

A implantação do projeto foi definida com base em análises detalhadas do programa de necessidades, nas diretrizes projetuais e no estudo do comportamento dos usuários dentro do espaço. O objetivo principal foi organizar os ambientes de forma a proporcionar maior conforto e sensação de acolhimento, garantindo que os usuários se sintam à vontade, seguros e bem integrados ao contexto arquitetônico e paisagístico.

Figura 63-Planta baixa de implantação e Elevação esquerda do CPN proposto.



Fonte: Acervo da Autora (2025).

Os acessos ao edifício foram organizados de acordo com a lógica de circulação dos diferentes usuários e serviços, buscando funcionalidade. O acesso principal está localizado na fachada frontal, voltado para a Rua São Francisco, servindo como entrada de recepção e acolhimento para parturientes, acompanhantes, profissionais de saúde como obstetrizas, enfermeiras e demais membros da equipe assistencial e visitantes em geral.

Já o acesso para ambulâncias e outros veículos, foi projetado de forma independente, garantindo maior privacidade e agilidade nos deslocamentos, em caso de atendimento emergencial. Já na fachada posterior, o projeto contempla ainda um acesso pelo trapiche, destinado a ambulâncias, possibilitando o atendimento de situações específicas e reforçando a integração da edificação ao contexto local, onde o transporte fluvial se apresenta como alternativa fundamental.

Figura 64- Planta de implantação do CPN proposto com os principais acessos



Fonte: Acervo da Autora (2025).

Na lateral direita do terreno foi implantado o estacionamento, planejado para atender de forma organizada às diferentes demandas de mobilidade. O espaço possui 8 vagas para automóveis, das quais 2 são destinadas exclusivamente a pessoas com deficiência (PCDs), garantindo acessibilidade e inclusão. Foram previstas ainda 2 vagas para carga e descarga, que também podem ser utilizadas, quando necessário, por ambulâncias em situações específicas.

Complementando a área, o estacionamento conta com 5 vagas para motocicletas e um bicicletário, incentivando o uso de meios de transporte alternativos e sustentáveis. A decisão de concentrar o estacionamento em apenas um setor do terreno buscou otimizar a setorização dos fluxos de circulação, evitando interferências com as áreas de acesso de pedestres e melhorando a organização geral do conjunto.

Figura 65-Estacionamento do CPN proposto



Fonte: Acervo da Autora (2025).

Figura 66- Perspectiva do Estacionamento do CPN proposto



Fonte: Acervo da Autora (2025).

Na lateral esquerda do terreno e junto à fachada posterior foram implantados jardins interativos, compostos por caminhos de traçado orgânico que conduzem a diferentes pontos de permanência. Esses espaços de convivência contam com bancos em madeira e uma gazebo, favorecendo o descanso, a contemplação da paisagem e a socialização entre os usuários. Além de agregar valor estético, a área verde contribui para o microclima local, oferecendo sombreamento e um ambiente mais acolhedor.

Figura 67- Planta baixa e perspectiva do jardim da fachada esquerda com passeios do CPN proposto



Fonte: Acervo da Autora (2025).

A delimitação dos limites do lote foi realizada por meio de um gradil metálico instalado sobre base de alvenaria com 50 cm de altura em relação ao piso, solução que garante segurança sem comprometer a visibilidade da edificação. Essa escolha evita a utilização de muros cegos, proporcionando maior integração visual entre o espaço interno e o entorno urbano

7.5 Projeto Arquitetônico

Optou-se por uma tipologia arquitetônica de pavimento único, em formato pavilhonar em L, com o objetivo de facilitar o acesso a todas as áreas internas da edificação. Essa escolha elimina a necessidade de escadas ou rampas, promovendo uma circulação mais confortável e segura, especialmente para as parturientes, reduzindo esforços físicos desnecessários e contribuindo para uma experiência mais acolhedora e adequada às necessidades do parto.

Figura 68-Planta Baixa e Layout do CPN proposto



Fonte: Acervo da Autora (2025).

A concepção volumétrica da edificação foi orientada, inicialmente, pelo objetivo de transmitir acolhimento e criar uma relação de proximidade com o usuário. Para alcançar essa intenção, buscou-se inspiração em elementos da arquitetura residencial, incorporando também materiais naturais como pedra e madeira, que reforçam a sensação de conforto e pertencimento. Além do aspecto estético, esses recursos contribuem para uma ambiência mais humanizada e integrada ao contexto local, promovendo bem-estar aos usuários.

Figura 69- Perspectiva isométrica do CPN proposto.



Fonte: Acervo da Autora (2025).

Figura 70- Fachada principal do CPN proposto.



Fonte: Acervo da Autora (2025).

Figura 71- perspectiva da fachada principal CPN proposto.



Fonte: Acervo da Autora (2025).

Figura 72- perspectiva da fachada principal CPN proposto.



Fonte: Acervo da Autora (2025).

Nos ambientes internos, buscou-se criar espaços aconchegantes e funcionais, iniciando pela entrada principal, que conduz à sala de espera, projetada com cores neutras e mobiliário versátil, favorecendo conforto e adaptação às necessidades dos usuários. Integrada a essa área, localiza-se a sala de demonstração e educação em saúde, equipada e bem iluminada, adequada para a realização de eventos e atividades educativas.

Em continuidade, encontra-se a sala multiuso, destinada a práticas de saúde voltadas à parturiente sob orientação médica. Na sequência, dispõem-se os consultórios destinados a consultas de admissão e de rotina, organizados de forma padronizada para otimizar o atendimento. Complementando o conjunto, há ainda uma área de lazer e descanso, além de quartos de alojamento destinados às parturientes provenientes de outras comunidades que não dispõem de hospedagem na cidade, juntamente com os quartos PPP, que oferecem acolhimento integral durante o processo de parto.

Figura 73- Perspectiva interna da sala de espera do CPN proposto



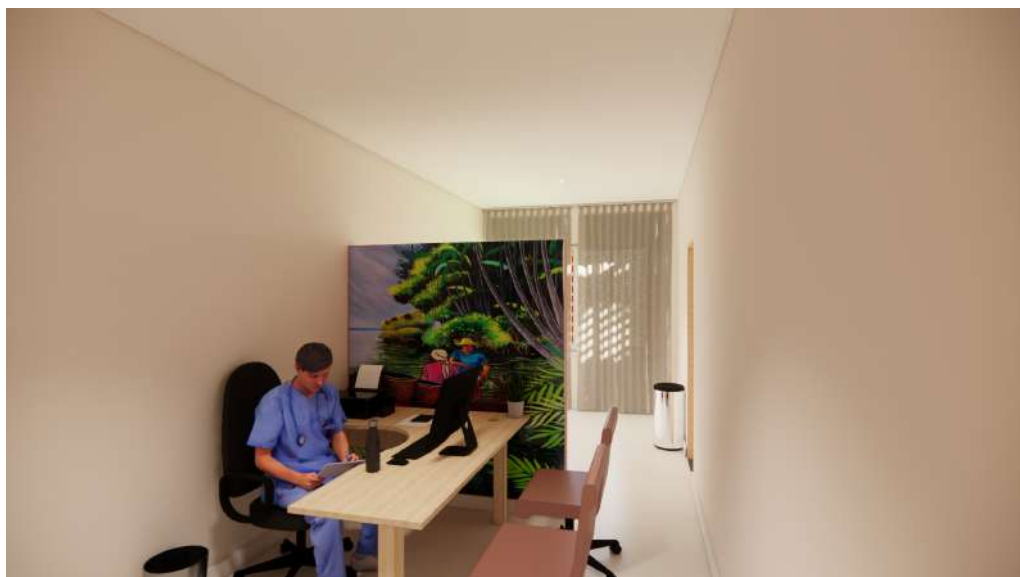
Fonte: Acervo da Autora (2025).

Figura 74- Perspectiva da sala de Sala de demonstração e educação em saúde do CPN proposto



Fonte: Acervo da Autora (2025).

Figura 75-Consultorio tipo do CPN proposto



Fonte: Acervo da Autora (2025).

Figura 76- Figura 60- Perspectiva interna da área social do CPN proposto



Fonte: Acervo da Autora (2025).

Figura 77- Perspectiva interna da sala de espera do CPN proposto



Fonte: Acervo da Autora (2025).

Figura 78- Perspectiva interna do quarto/alojamento do CPN proposto.



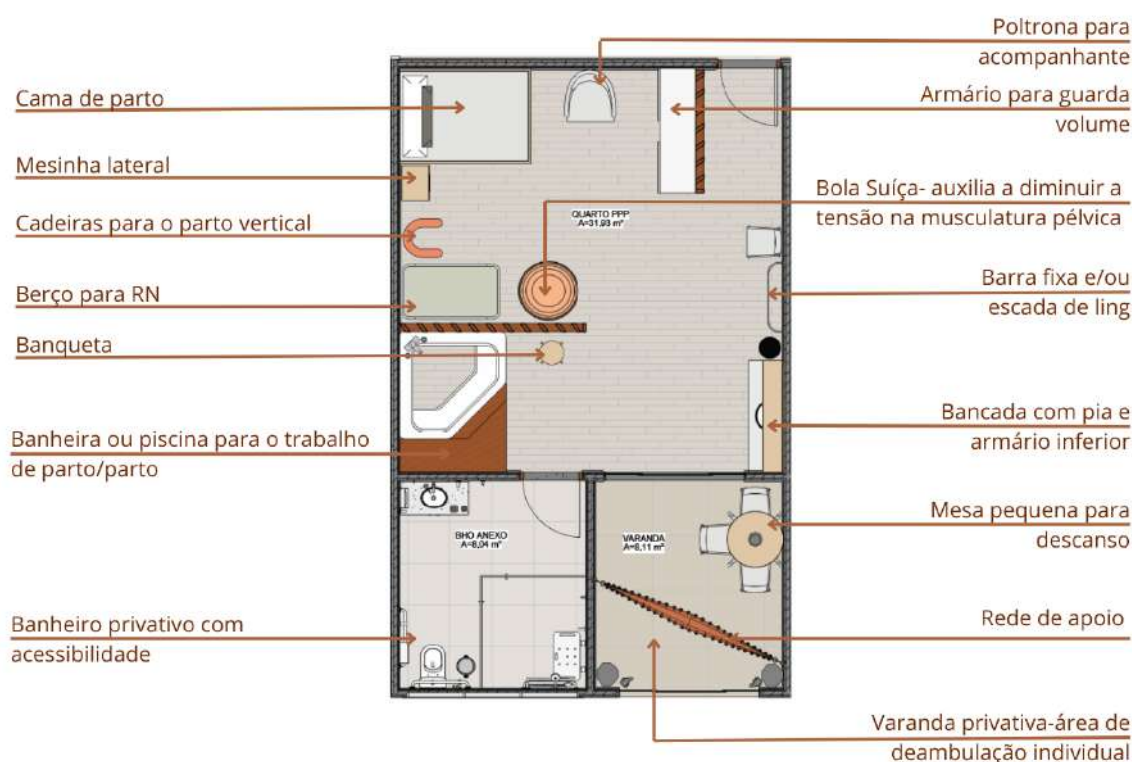
Fonte: Acervo da Autora (2025).

Os quartos PPP (Pré-parto, Parto e Pós-parto) são ambientes projetados para acompanhar a mulher em todas as fases do processo de nascimento, assegurando condições adequadas de conforto, privacidade e segurança. No pré-parto, o espaço deve possibilitar liberdade de movimento à gestante, com a oferta de recursos de apoio como bolas, barras,

banquetas de parto e áreas para deambulação, além do monitoramento contínuo do bebê e da assistência da equipe de saúde.

Durante o parto, o ambiente deve estar preparado para a recepção do recém-nascido em condições seguras, favorecendo o contato imediato com a mãe e estimulando o vínculo afetivo. No pós-parto, o quarto deve proporcionar um espaço de acolhimento para mãe e bebê, garantindo tranquilidade, privacidade e infraestrutura adequada para o atendimento de eventuais intercorrências, favorecer o início da amamentação e a permanência do acompanhante.

Figura 79- Layout quarto PPP, com descrição de mobiliário



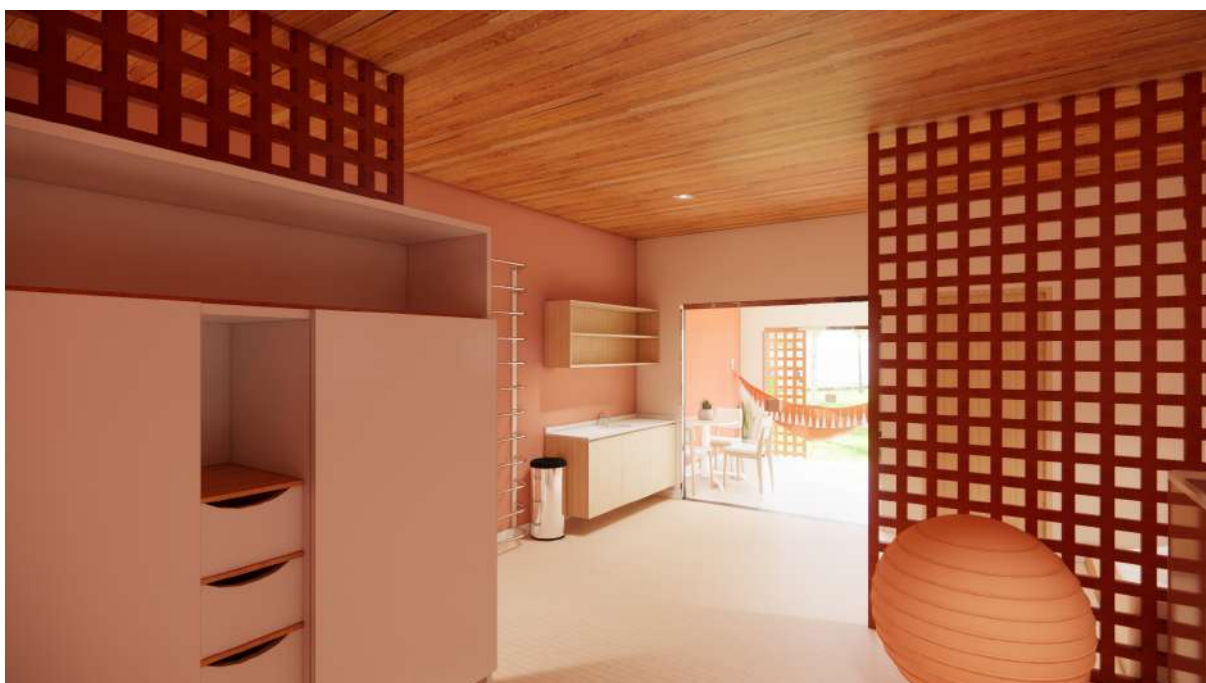
Fonte: Acervo da Autora (2025).

Figura 80- Perspectiva interna do quarto PPP do CPN proposto.



Fonte: Acervo da Autora (2025).

Figura 81- Perspectiva interna do quarto PPP do CPN proposto.



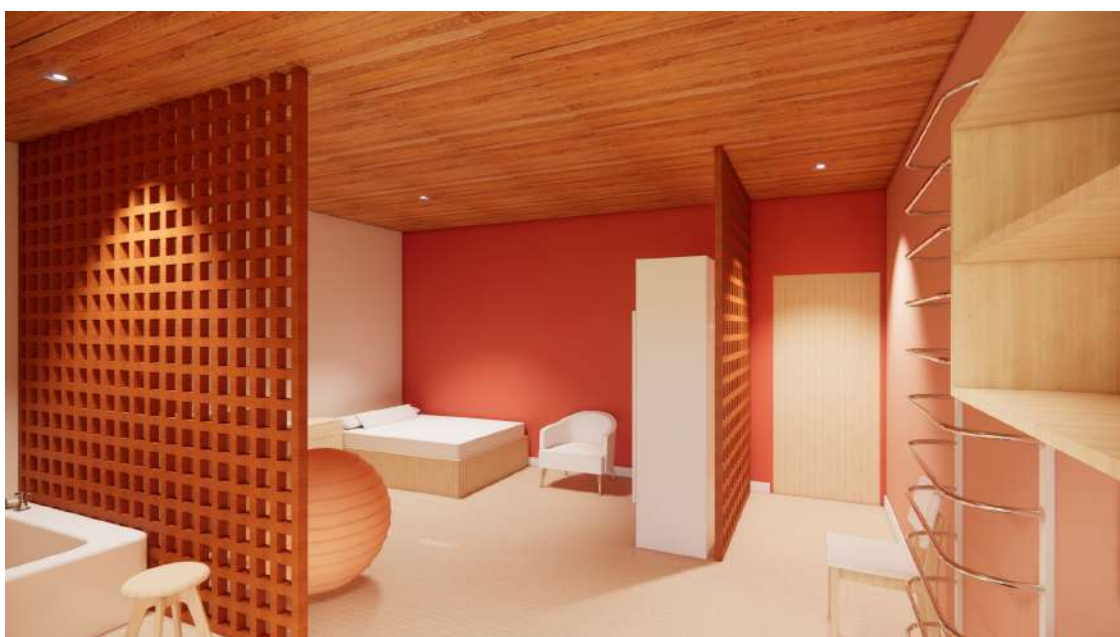
Fonte: Acervo da Autora (2025).

Figura 82- Perspectiva interna do quarto PPP do CPN proposto



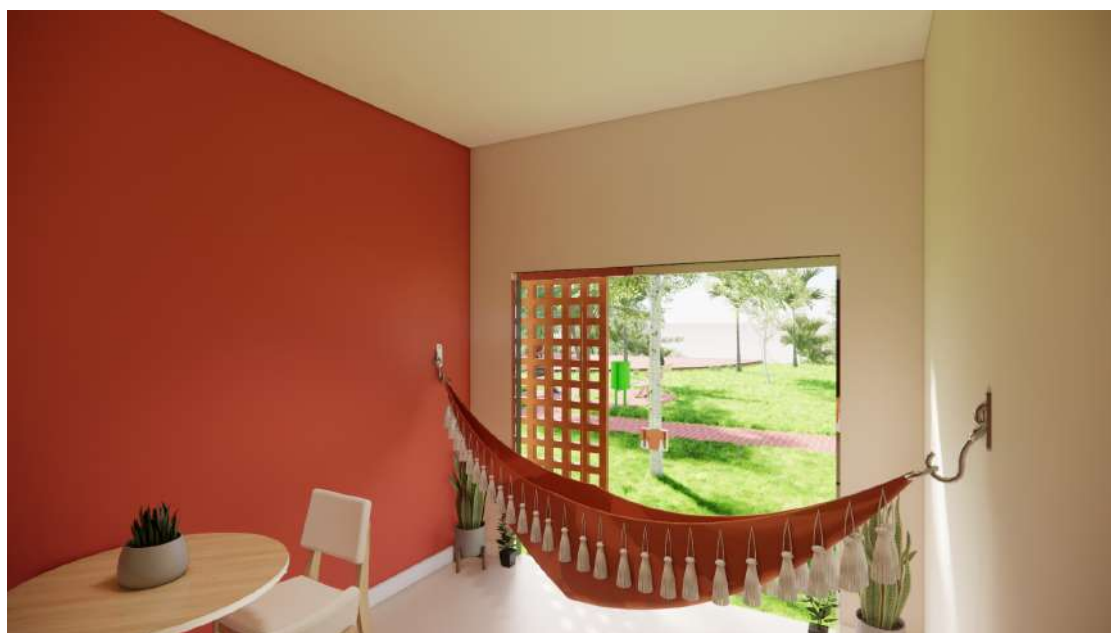
Fonte: Acervo da Autora (2025).

Figura 83- Perspectiva interna do quarto PPP do CPN proposto



Fonte: Acervo da Autora (2025).

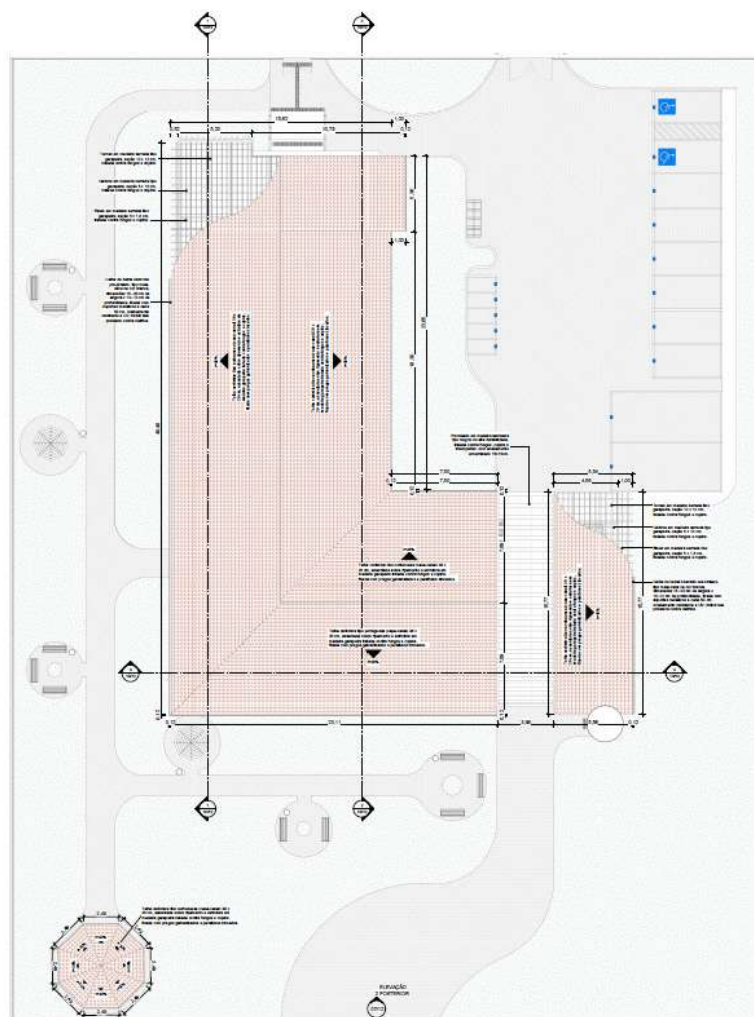
Figura 84-Perspectiva interna do quarto PPP do CPN proposto



Fonte: Acervo da Autora (2025).

A cobertura, em telhado de duas águas aparentes com inclinação de 35%, adota um recurso característico de construções residenciais, reforçando a sensação de acolhimento e criando harmonia visual com o padrão arquitetônico predominante no entorno. com Telha cerâmica tipo portuguesa (capa-canal), dimensão 38 x 20 cm, assentada sobre ripamento em madeira garapeira, estruturada com peças da mesma madeira devidamente tratada contra fungos e cupins. A fixação é realizada com pregos galvanizados e parafusos zincados. Nos beirais, cumeeiras e rincões, as fixações utilizam peças cerâmicas específicas, assentadas com argamassa traço 1:3 acrescida de aditivo impermeabilizante. O acabamento aparente da madeira recebe aplicação de verniz marítimo ou stain, garantindo maior proteção e durabilidade.

Figura 85- Planta de cobertura do CPN proposto



Fonte: Acervo da Autora (2025).

O sistema construtivo adotado é de alvenaria comum, por ser o mais usual na região do município de Baião e por apresentar viabilidade técnica e econômica. As paredes foram executadas com blocos cerâmicos de 9 x 19 x 19 cm, revestidos com argamassa interna e externa de 2,5 cm de espessura. Essa solução construtiva atende às recomendações da NBR 15220 para a Zona Bioclimática 8, na qual o município está inserido, garantindo paredes refletoras com transmitância térmica $U \leq 3,60 \text{ W/m}^2\cdot\text{K}$ e atraso térmico $\phi \leq 4,3 \text{ h}$. Para potencializar o desempenho térmico, foi adotado acabamento externo em cores claras, reduzindo a absorção da radiação solar e contribuindo para maior conforto ambiental no interior da edificação.

Figura 86- Imagem ilustrativa do sistema construtivo do CPN proposto



Fonte: Projeteer, adaptado pela autora(2025).

7.6 Paisagismo

O projeto de paisagismo foi desenvolvido com o objetivo de proporcionar bem-estar e momentos de tranquilidade aos usuários. As áreas verdes foram planejadas para oferecer espaços de circulação, contemplação e descanso, favorecendo passeios agradáveis. A vegetação, tanto a preservada quanto a nova, foi estrategicamente escolhida para garantir sombra nas áreas de maior permanência, criando microclimas mais frescos e acolhedores, além de contribuir para a estética e a qualidade ambiental do espaço.

As vegetações escolhidas para o projeto foram selecionadas prioritariamente por serem espécies nativas da região, garantindo maior adaptação ao clima e ao solo local. Além de favorecer a preservação da biodiversidade, essas espécies contribuem para a manutenção do equilíbrio ecológico, oferecendo alimento e abrigo à fauna local, ao mesmo tempo em que promovem um paisagismo sustentável e integrado ao contexto natural da área.

Figura 87-Tabela de vegetação

PAISAGISMO				
REPRESENTAÇÃO	ESPÉCIE	NOME CIENTÍFICO	IMAGEM	QUANTIDADE
	PALMEIRA FÊNIX	PHOENIX ROEBELENI		16
	AÇAÍ	EUTERPE OLERACEA		XXX
	PALMEIRA CICA	CYCAS REVOLUTA		10
	ALAMANDA	OMMON TRUMPETVINE		15
	AGAVE	AGAVE AMERICANA		12
	IPÊ ROSA	HANDROANTHUS OCHRACEUS OU TABEBUIA OCHRACEA		5
	IPÊ BRANCO	HANDROANTHUS ROSEOALBA OU TABEBUIA ROSEOALBA		15
	IPÊ AMARELO	HANDROANTHUS OCHRACEUS OU TABEBUIA OCHRACEA		12
	FLAMBOYANT	DELONIX REGIA		4
	GRAMA ESMERALDA	ZOYSIA JAPONICA		XXX
	MANGUEIRA	MANGIFERA INDICA PLANTAS		XXXX
	VEGETAÇÃO EXISTENTE A SER MANTIDA E PRESERVADA			

Fonte: Acervo da Autora (2025).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de assistência à saúde, o que inclui um atendimento digno, respeitoso e humanizado durante a gestação e o parto. Esse momento, entendido como um processo fisiológico natural, não deve ser tratado como uma condição que exige controle excessivo, mas sim como uma experiência que requer cuidados adequados, suporte emocional e respeito às escolhas da parturiente. Dessa forma, a garantia de um ambiente seguro e acolhedor, onde a mulher seja protagonista do seu próprio parto e corpo, é essencial para promover uma assistência obstétrica de qualidade.

Apesar dos avanços nas políticas de humanização do parto, ainda há desafios significativos a serem superados para assegurar a dignidade, a autonomia e o bem-estar da mulher e de sua família no momento do nascimento. O modelo tecnocrático predominante nos serviços obstétricos reforça uma abordagem institucionalizada que centraliza o parto nos hospitais, incentiva a dependência da medicina intervencionista e prioriza o uso excessivo de tecnologias duras, muitas vezes desnecessárias. Esse modelo fortalece práticas padronizadas que desconsideram as particularidades de cada mulher e contribuem para o aumento das taxas de cesariana sem justificativas clínicas adequadas. Além disso, a manutenção desse sistema medicalizado restringe o acesso a abordagens mais humanizadas, como os Centros de Parto Normal, que oferecem um ambiente seguro e respeitoso para a parturiente.

Diante desse cenário, este trabalho buscou reavaliar os espaços destinados à assistência obstétrica, propondo soluções arquitetônicas que favoreçam um ambiente mais humanizado e alinhado às necessidades das mulheres, sem deixar de indagar a importância da medicina e da ciência. Ressaltou-se também a importância da estrutura física dos serviços de saúde, visto que ela influencia diretamente a segurança, o conforto e o protagonismo da parturiente. Nesse sentido, a pesquisa investigou de que forma a arquitetura pode contribuir para essa transformação, articulando embasamento teórico e análise de referências à uma proposta de um Centro de Parto Normal para o município de Baião. Onde a intenção foi conceber um espaço que una segurança, funcionalidade e humanização, garantindo um ambiente adequado para a assistência ao parto e nascimento, em conformidade com as diretrizes da OMS e da Rede Cegonha.

REFERÊNCIAS

- MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. 1.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- BRASIL. °Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Rede Cegonha**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 27 jun. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html . Acesso em: 10 Janeiro
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 353, de 14 de fevereiro de 2017. **Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Brasília: 2017.
- 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](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf)
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization; 2018.
- LEITE, T. H. et al. **Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, n. 2, p. 483-491, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.38592020>.
- BRENES, A. C.. **História da parturição no Brasil, século XIX**. Cadernos de Saúde Pública, v. 7, n. 2, p. 135–149, abr. 1991.
- SANTOS, Paulo César da Silva dos. **Implantação do plano de parto na Unidade Saúde da Família Maria Deuzina Meireles: uma intervenção na atenção básica**. Belém: Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade Federal do Pará;, 2017.
- MELO, Camila Pimentel Lopes de. **No tempo da espera: reflexões sociológicas sobre a humanização do parto no Recife**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Sociologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.
- DAVIS-FLOYD, Robbie, and SARGENT, Carolyn. **Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives**. Berkeley, University of California Press, 1997.
- INSTITUTO DO PATRIMÔNIO HISTÓRICO E ARTÍSTICO NACIONAL – IPHAN; UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE. **Dossiê Parteiras Tradicionais do Brasil**. Brasília: IPHAN; Recife: UFPE, 2021.
- REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia** . 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. **A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto**. Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas, v. 1, p. 95-107, 2015. Disponível em: periodicos.ufn.edu.br. Acesso em: 15 mar. 2025.
- MACHADO, Nilce Xavier de Souza; PRAÇA, Neide de Souza. **Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente**. Revista da Escola de

Enfermagem da USP, v. 40, n. 2, p. 274-279, 2006. Disponível em: scielo.br. Acesso em: 20 fev. 2025.

CARVALHO, Antônio Pedro Alves de. **Introdução à arquitetura hospitalar**. Salvador: UFBA, FA, GEA-hosp, 2014.

ODENT, Michel. **Childbirth and the evolution of Homo sapiens**. London: Pinter & Martin, 2014.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. 2001. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: <https://docplayer.com.br/32913-Entre-a-tecnica-e-os-direitos-humanos-possibilidades-e-limites-da-humanizacao-da-assistencia-ao-parto.html>. Acesso em: 16 mar. 2025.

MOTT, Maria Lúcia. **Assistência ao parto: do domicílio ao hospital, 1830-1960**. Projeto História, 2002 ., v. 25, págs. 197-219, 2002.

COSTA, R. G.-R. **Apontamentos para a arquitetura hospitalar no Brasil: entre o tradicional e o moderno**. História, Ciências, Saúde–Manguinhos, v. 18, p. 53-66, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000500004>.

MOTT, M. L. **Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960)**. Projeto História : Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História, [S. l.], v. 25, 2012. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10588>. Acesso em: 22 mar. 2025

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

LUNARDI, Wandyr; SILVA, Carlos Eduardo M. da; WERNECK, Luiz Cláudio. **Sesquicentenário da anestesia obstétrica**. Revista Brasileira de Anestesiologia, 1998 . Disponibilizar, v. 5, pág. 424-431, 1998. Disponível em: <https://app.periodikos.com.br/article/5e498c110aec5119028b4920/pdf/rba-48-5-424.pdf> . Acesso em: 22 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores de saúde: nascimentos e partos no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/>. Acesso em: 10 abr. 2025.

LEAL, Maria do Carmo; BOCCOLINI, Cristina S.; GUEDES, Gilberto R.; PEREIRA, Aparecida P. E.; PINTO, Eliana P.; SOUZA, Paula R. B. de. Desigualdades no uso de cesariana no Brasil: análise da pesquisa Nascer no Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 485–497, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/8wytYzvqdfKNTGbJhZfWRwh/>. Acesso em: 10 abr. 2025.

Diniz, C. S. G. (2005). **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Ciência & Saúde Coletiva, 10(3), 627-637.

Leal, M. C., Pereira, A. P. E., Domingues, R. M. S. M. et al. (2014). **Nascer no Brasil: parto e nascimento entre mulheres usuárias de serviços públicos e privados de saúde**. Cadernos de Saúde Pública, 30(Supl 1): S17-S32.

Rattner, D. (2009). **Humanização na assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um conceito**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 13(Supl 1), 709-720.

RICHARDSON, Ruth. Death, dissection and the destitute. 2. ed. Chicago: University of Chicago Press, 2003.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M.. **A institucionalização médica do parto no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, n. 3, p. 651–657, jul. 2005.

Silva, C. F. da, Gama, S. G. N. da, & Theme-Filha, M. (2017). **Centros de Parto Normal no Brasil: perfil dos serviços e dos partos assistidos**. Revista de Saúde Pública, 51(9), 1–11.

PAIM, Jairnilson Silva et al. O sistema de saúde brasileiro. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

Nakamura-Pereira, M. et al. (2020). **Partos normais em Centros de Parto Normal no Brasil: resultados perinatais e maternos**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 42(5), 279–287.

Brasil. Ministério da Saúde. (2011). **Rede Cegonha: Guia para Gestores e Técnicos**. Brasília: MS.

COSTA, José Noronha da. **O sistema de saúde no Brasil: história, organização e gestão**. São Paulo: Hucitec, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Construindo o SUS: Sistema Único de Saúde e suas origens. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf. Acesso em: 10 abr. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6–12 de setembro de 1978**. Genebra: OMS, 1978. Disponível em: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>. Acesso em: 28 maio 2025

CORRÊA, Gabriela de Oliveira. **Estudo sobre a implantação de centros de parto normal (CPN) no âmbito do SUS para o município de Belém/PA**. Orientador: Prof. Dr. Raul da Silva Ventura Neto. 2019. 74 f. Trabalho de Curso (Graduação) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Instituto de Tecnologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2019. Disponível em: <https://bdm.ufpa.br:8443/jspui/handle/prefix/5820>. Acesso em: 10/04/2025

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. **Reformas e organização do Sistema Nacional de Saúde Britânico: lições para o Sistema Nacional de Saúde Brasileiro**. Saúde e Sociedade, São Paulo, Brasil, v. 1, pág. 7–17, 2007. DOI:

10.1590/S0104-12902007000100002. Disponível em:
<https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7505>. Acesso em: 28 abr. 2025.

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.

KLEIN, Rudolf. **Britain's National Health Service revisited.** The New England Journal of Medicine, v. 350, n. 9, p. 937–942, 2004. DOI: 10.1056/NEJMhpr031628. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMhpr031628>. Acesso em: 28 abr. 2025.

WARMLING, C. M. et al.. **Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação.** Cadernos de Saúde Pública, v. 34, n. 4, p. e00009917, 2018.