

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO – UEMA**

**BRENDHA MORAES LOPES**

**ANTEPROJETO ARQUITETÔNICO DE UM CENTRO DE CUIDADOS  
MATERNOS: EQUIPAMENTO PARA SALVAGUARDAR A CULTURA  
DO PARTO NORMAL**

**SÃO LUIS**

**2019**



**BRENDHA MORAES LOPES**

**ANTEPROJETO ARQUITETÔNICO DE UM CENTRO DE CUIDADOS  
MATERNOS: EQUIPAMENTO PARA SALVAGUARDAR A CULTURA  
DO PARTO NORMAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, requisito parcial para conclusão do curso.

Orientador: Prof. Me. José Agnaldo Mota Júnior

**SÃO LUIS**

**2019**

L864a

LOPES. Brendha Moraes.

ANTEPROJETO ARQUITETÔNICO DE UM CENTRO DE CUIDADOS MATERNOS: equipamento para salvaguardar a cultura do parto normal./ Brendha Moraes Lopes. – São Luís, 2019.

60 f. : il.

Monografia (Graduação) – Universidade Estadual do Maranhão, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, 2019.

Orientador: Prof. Msc. José Agnaldo Mota Júnior

1. Arquitetura hospitalar. 2. Humanização. 3. Parto Natural. I. Título.

CDU: 725.51:618.4

**BRENDHA MORAES LOPES**

**ANTEPROJETO ARQUITETÔNICO DE UM CENTRO DE CUIDADOS  
MATERNOS: EQUIPAMENTO PARA SALVAGUARDAR A CULTURA  
DO PARTO NORMAL**

Monografia apresentada ao curso de graduação de  
Arquitetura e Urbanismo, da Universidade Estadual  
do Maranhão – UEMA para conclusão de curso.

São Luís, 29 de julho de 2019.

---

Prof. Me. José Agnaldo Mota Júnior  
Orientador  
Universidade Estadual do Maranhão - UEMA

---

Prof. Esp. Fabiana Aquino de Moraes Rêgo  
Universidade Estadual do Maranhão - UEMA

---

Prof. Esp. José Aquiles Sousa Andrade



*“A arquitetura voltada para os espaços assistenciais de saúde é uma arquitetura pensada e feita para o ser humano talvez em sua condição de maior sensibilidade”*

*Ricardo Simon Ciaco*



À minha família, acreditando e investindo em mim. Mãe, seu cuidado e dedicação foi que me deram a esperança para seguir. Pai, sua presença significou segurança e certeza de que não estou sozinha nessa caminhada. Irmã, pela paciência, pelo incentivo, pela força e principalmente pelo carinho que iluminou de maneira especial os meus pensamentos e caminhos.



## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por me dar sabedoria e estar comigo em todos os momentos e me fortalecer em cada obstáculo dando força e paciência para superar cada desafio desta caminhada.

À minha família, pelo amor, por acreditar no meu potencial e estar sempre comigo me apoiando e me fazendo acreditar que posso ir além. Vocês são o meu Porto Seguro. Em especial à minha mãe pelas orações e ânimo, ao meu pai pelas orientações no trabalho e à minha irmã pelo incentivo e carinho diário.

Ao meu orientador, Agnaldo Mota, que além de professora é para mim uma grande inspiração. São profissionais e pessoas como você que contribuem para a melhoria da sociedade e do mundo. Obrigada pelo apoio, paciência e sobretudo pelos ensinamentos.

As minhas amigas Nathália e Brena Coimbra por todo apoio, carinho e alegrias compartilhadas ao longo da jornada. Em especial as minhas amigas Brena Lindoso, Bruna e Laryssa, sem o apoio, carinho e orientações diárias de vocês durante esses 5 anos eu não teria conseguido chegar até aqui. Tenho um enorme privilégio de tê-las ao meu redor. Cada uma a seu modo tem um valor único e inestimável para mim e se hoje concluo esse curso com êxito é graças a vocês que me ajudaram grandemente em todos os momentos.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, o meu mais sincero e amoroso muito obrigada!



## RESUMO

O índice de partos cirúrgicos realizados no Brasil é alarmante e contrário à indicação da Organização Mundial da Saúde que busca revisar e melhorar o padrão de atendimento às parturientes, incentivando a busca do parto normal humanizado além de propor um processo que leve em conta o cuidado com a gestante durante todo o período gestacional. O presente trabalho tem como objetivo a produção de um anteprojeto arquitetônico para um Centro de Cuidados Maternos a partir da análise das diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde no programa “Centro de Parto Normal” e que tem a finalidade de produzir uma ferramenta arquitetônica capaz de corroborar e dar continuidade na busca pela humanização do parto normal apresentando como ponto de partida a produção de uma arquitetura que atenda de forma integral as condições básicas de conforto, segurança e bem-estar das gestantes de risco habitual em todo o ciclo puerperal.

**Palavras-chaves:** Arquitetura Hospitalar, Humanização, Parto Natural



## **ABSTRACT**

The rate of surgical deliveries in Brazil is alarming and contrary to the indication of the World Health Organization that seeks to revise and improve the standard of care for the parturient, encouraging the search for normal humanized delivery, and a process that takes into account the care with the during the gestational period. The present work has the objective of producing an architectural design for a Maternal Care Center based on the analysis of the guidelines established by the Ministry of Health in the program "Stork Network" and which purpose is to produce an architectural tool capable of corroborating and giving continuity in the search for the humanization of normal birth, presenting as a starting point the production of an architecture that fully meets the basic conditions of comfort, safety and well-being of pregnant women throughout the gestational period of low risk.

**Keywords:** Hospital Architecture, Humanization, Natural Birth.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1:Índice de cesarianas no Brasil .....	26
Figura 2: Parto Humanizado na Benedito Leite .....	29
Figura 3:Enfermaria obstétrica feminina, New York, USA. 1889 .....	30
Figura 4: Modelo Centro de Parto .....	33
Figura 5: Quarto PPP 1 Casa Angela.....	36
Figura 6: Quarto PPP 2 Casa Angela.....	37
Figura 7: Trabalho corporal para gestantes.....	37
Figura 8: Esquema térreo Casa Angela .....	38
Figura 9: Esquema pavimento superior Casa Angela.....	38
Figura 10: Sala PPP Hospital Nuevo Belen.....	39
Figura 11: Acompanhamento por enfermeira obstétrica.....	40
Figura 12: Uso do espaço e equipamentos pela gestante .....	40
Figura 13: Terreno Escolhido .....	41
Figura 14: Entorno do terreno escolhido .....	42
Figura 15: índices urbanísticos da zona residencial 5 – ZR5.....	42
Figura 16: Imagem terreno 01 .....	43
Figura 17: Imagem terreno 02.....	43
Figura 18: Imagem terreno 03.....	44
Figura 19: Imagem terreno 04.....	44
Figura 20: Implantação .....	47
Figura 21: Setorização .....	49
Figura 22: Perspectiva Fachada Principal .....	50
Figura 23: Perspectiva Fachada Atendimento .....	51
Figura 24: Perspectiva Fachada Acolhimento .....	51
Figura 25: Perspectiva Fachada Posterior .....	52
Figura 26: Perspectiva Acesso Ambulância .....	52
Figura 27: Perspectiva Quarto PPP 1 .....	53
Figura 28: Perspectiva Quarto PPP 2 .....	54
Figura 29: Perspectiva Quarto PPP 3 .....	54
Figura 30: Perspectiva Deambulação Interna .....	55
Figura 31: Perspectiva Deambulação Externa .....	55



## **LISTA DE SIGLAS**

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APTMA	Associação das Parteiras Tradicionais do Maranhão
CPN	Centro de Parto Normal
CPNq	Centro de Parto Normal Peri-hospitalar
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPP	Pré-parto, Parto e Pós-parto
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>23</b>
1.1 OBJETIVO .....	23
1.2 JUSTIFICATIVA.....	23
1.3 METODOLOGIA .....	24
<b>2. O PROCESSO DE NASCIMENTO</b> .....	<b>25</b>
2.1 CONTEXTO DO ATENDIMENTO AO PARTO NO BRASIL .....	25
2.2 CONTEXTO DO ATENDIMENTO AO PARTO EM SÃO LUÍS, MARANHÃO....	27
<b>3. O AMBIENTE DE NASCIMENTO</b> .....	<b>30</b>
<b>4. DIRETRIZES DE INCENTIVO A HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO</b> .....	<b>33</b>
4.1 O PROGRAMA DE CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN) .....	33
4.2 O PROGRAMA REDE CEGONHA .....	35
<b>5. ESTUDO DE CASO</b> .....	<b>36</b>
5.1 CASA ANGELA .....	36
5.2 UNIDADE DE PARTO NORMAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO HM NUEVO BELEN.....	39
<b>6. ANTEPROJETO ARQUITETONICO PARA UM CENTRO DE CUIDADOS MATERNOS</b> .....	<b>41</b>
6.1 LOCALIZAÇÃO .....	41
6.2 PROGRAMA DE NECESSIDADES .....	44
6.3 IMPLANTAÇÃO .....	47
6.4 O PROGRAMA .....	48
6.5 MAQUETE ELETRÔNICA.....	50
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>57</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>59</b>



## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1 OBJETIVO**

O objetivo deste trabalho é a criação de um anteprojeto arquitetônico para um Centro de Cuidados Maternos, um estabelecimento destinado à assistência ao parto normal humanizado, na qual busca-se incentivar o fortalecimento à cultura da humanização do parto através de uma arquitetura que atenda de forma integral as condições básicas de conforto, segurança e bem-estar das parturientes, do recém-nascido e dos familiares durante todo o período gestacional a partir da análise das diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

### **1.2 JUSTIFICATIVA**

O período gestacional compreende a fase que antecede o parto e possui em média 37 a 42 semanas de duração sendo um estágio de grandes mudanças no âmbito biológico, corporal, psicológico e social para a gestante na qual a maneira como ela vive estas alterações repercute intensamente na constituição da maternidade e na relação mãe-bebê (GOMES, LOPES, NARDI E PICCININI, 2008) e da mesma forma a qualidade no acompanhamento durante o ciclo gravídico, período parto e pós-parto é fundamental para a manutenção da saúde e promoção do bem-estar da gestante e do nascituro.

Segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde em 2016 o Brasil foi um dos líderes na realização de procedimentos de parto cesáreo - método que apresentava um crescimento contínuo desde 1990 – apresentando a taxa de cesáreas de 55,6% um índice que encontra-se acima da média de 15% estabelecida pela Organização Mundial de Saúde e que segundo Nothemba Simelela, diretora-geral assistente da OMS representa uma efeito desfavorável pois “a crescente medicalização de um processo normal de nascimento está minando a capacidade das mulheres de dar à luz e impactando de forma negativa sua experiência no nascimento”.

No entanto, esforços para reduzir o índice de cesárea realizadas em casos que não haja a real necessidade de intervenções e para melhorar as condições de realização do parto normal incentivando a busca por esse método vem ganhando

força desde a década de 80 (SILVA,2014) na qual medidas foram tomadas pelo MS a exemplo da instituição de parâmetros legais para a implantação do Centro de Parto Normal (Portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999) e a instituição da Rede Cegonha (portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011) além do aumento de estudos na área a respeito da influência positiva da humanização da assistência obstétrica e da ambiência hospitalar.

Dentro deste cenário de resgate da cultura do parto normal observou-se a necessidade da criação de um centro de cuidados maternos na cidade de São Luís na qual procura-se oferecer assistência obstétrica e ambiência humanizadas voltadas a todas as etapas do período gestacional de baixo risco atendendo as condições básicas de conforto, segurança, saúde, higiene e bem-estar ofertando também acompanhamentos educativos, psicológicos e sociais para a gestante e familiares.

### **1.3 METODOLOGIA**

Para maior esclarecimento e estruturação do trabalho foi realizado estudos com levantamento bibliográfico e pesquisas sobre o tema, estudo de caso com a análise de projetos referenciais que apresentem equivalência ao tema destacando suas potencialidades e fragilidades e relacionando a análise das novas diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde para o parto normal.

Foram estabelecidas algumas etapas para o decorrer do trabalho, as mesmas foram divididas em cinco partes, que são:

- I. Estudo do tema: levantamento bibliográfico e pesquisas sobre o tema, através de fontes de informação como livros, artigos, revistas e sites
- II. Estudo de caso: análise de projetos referenciais que apresentem equivalência ao tema destacando suas potencialidades e fragilidades
- III. Concepção inicial: desenvolver conceito e partido com início ao desenvolvimento e estudo do programa de necessidade, implantação e volumetria
- IV. Elaboração do Anteprojeto: apresentação das propostas para o Centro de Cuidados Maternos com desenhos técnicos e perspectivas

## 2. O PROCESSO DE NASCIMENTO

### 2.1 CONTEXTO DO ATENDIMENTO AO PARTO NO BRASIL

O período gestacional representa um marco diferencial correspondendo a uma fase única e de grande importância para as gestantes e familiares, caracterizado por diversas mudanças no âmbito psicossocial e fisiológico da mulher. Do mesmo modo o parto reflete a conclusão de todo o ciclo resultando em um momento único na qual a mulher era habituada a possuir consciência e liberdade de escolha principalmente sobre as posições desejadas para a realização do parto, havendo normalmente proximidade com as parteiras que auxiliavam no processo contribuindo para a manutenção da sensação de segurança emocional, respeito e bem estar no momento do parto.

Esta plenitude se traduz no fato de o nascimento ser um evento singular, único dentro do universo humano, uma experiência que significa nada mais do que gerar vida. O ato do nascer, dar à luz é inerente à nossa natureza, faz parte do processo que dá continuidade à nossa espécie, e o corpo humano foi especialmente concebido para tal função, tendo-a exercido por milhares de anos. A prova disso é a nossa existência. (COELHO, 2003, p.7)

No entanto o processo de nascimento passou por consideradas mudanças em sua forma de realização a partir do século XIX, deixando de ser uma atividade exclusivamente feminina e sem intervenções médicas para se tornar um processo altamente medicamentado sem priorizar ou até mesmo sem produzir um ambiente acolhedor e que garanta privacidade para a mulher e o seu acompanhante.

O desenvolvimento científico tecnológico da medicina possibilitou que o processo do nascimento sofresse uma mudança na qual “o ato natural ao corpo humano, passa a ser objeto e ato fisiológico controláveis pelo conhecimento científico, não havendo mais lugar para o saber nato da mulher” (COELHO, 2003, p. 14).

O processo de parto cesáreo iniciou-se no Brasil segundo Coelho (2003, p.19) com a “incorporação da prática obstétrica pela medicina nas disciplinas que inauguram as escolas de medicina e cirurgia, na Bahia e Rio de Janeiro, em 1808, denominando-a Arte Obstétrica”, introduzindo instrumentos de intervenção e deslocando a atenção antes dada à mãe para o bebê, impondo gradativamente à mulher o papel de paciente. A intervenção médica passou a ser utilizada inclusive em situações de parto que não havia necessidade de interferência, iniciando um processo

de medicalização do parto, que segundo Vieira (1999, p.30), “representa o processo de transformar aspectos da vida cotidiana em objeto da medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais”.

Por quase três séculos os médicos se prepararam para ocupar o lugar até então ocupado pelas parteiras, e com isso transformar o parto em um evento médico. A produção de ideias com relação ao corpo feminino veio acompanhada do estudo deste corpo como objeto da prática médica, não tardando a ser incorporada à chamada medicalização, que se estabeleceria mais tarde, no século XIX. (VIEIRA, 1999, p. 69)

O constante processo de medicalização do ato de nascer aliado ao gradativo reforço negativo dado ao parto normal com a crença de ser um processo pouco seguro em comparação ao parto cesáreo e a ausência da manutenção de modelos de assistência e ambiência humanizados no processo de nascer resultaram em altas taxas na realização do parto cesáreo no Brasil e no mundo.

No Brasil, o segundo país que mais realiza cesáreas no mundo, as taxas chegam a 56%, segundo dados de 2017 do Ministério da Saúde publicados pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), como apresentado na figura 1, na qual o número recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é estabelecido em até 15%. Ainda segundo esse estudo dos partos realizados na rede pública de saúde, 40% ocorrem por meio de cesarianas, já na rede particular esse índice chega a 84%, variando de acordo com a região.

Figura 1: Índice de cesarianas no Brasil



Fonte: Ministério da Saúde, 2017

Contudo, nos últimos anos um processo que vai de encontro à cultura do parto cesariano instalada na sociedade brasileira tem sido realizado visando retroceder o uso abusivo da cesariana — importante lembrar que ambos os processos de nascimento possuem suas especificidades sendo a cesariana uma intervenção capaz de salvar a vida tanto da parturiente quanto do neonato em casos de complicações na gravidez ou no parto — buscando estabelecer medidas que assegurem a humanização da assistência obstétrica durante a gravidez e no momento do parto com sua realização da forma mais natural possível, sem intervenções desnecessárias respeitando o protagonismo da mulher na realização do parto.

No modelo atual, a humanização do parto implica na mudança de atitude, filosofia de vida e percepção de si e do outro como ser humano. A sensibilidade, a informação, a comunicação, a decisão e a responsabilidade devem ser compartilhadas entre mãe-mulher, família e profissionais de saúde. O parto humanizado consiste em um conjunto de condutas e procedimentos que tem por finalidade a promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção contra morbimortalidade maternal e perinatal (TEIXEIRA, 2009, p.4)

A humanização na assistência durante o pré-parto, parto e pós-parto é de fundamental importância para a evolução e melhora do processo de nascimento atual na qual busca-se o resgate da autonomia da mulher com o direito de realizar o planejamento reprodutivo, ter o respeito às suas vontades, o acesso a profissionais que realizem boas práticas obstétricas e à ambientes que possibilitem a manutenção de sua privacidade, bem estar e respeito à sua fisiologia.

## **2.2 CONTEXTO DO ATENDIMENTO AO PARTO EM SÃO LUÍS, MARANHÃO**

Segundo dados do Ministério da Saúde em São Luís cerca de 98% dos 15.930 partos realizados em 2017 foram realizados em hospitais e outros estabelecimentos de saúde na qual 8.614 foram de forma cesariana. O elevado índice de pacientes que realizam o parto cesariano sem que haja uma real necessidade de intervenção compromete o sistema de saúde já precário de São Luís, este que é responsável pela realização de maior parte dos nascimentos do estado.

O comprometimento desse sistema acaba sendo responsável pelo alto índice de peregrinação de gestantes na procura pela realização do atendimento ao parto na cidade de São Luís, chegando a 41,8%. Segundo CUNHA (2010) a peregrinação interfere na sensação de segurança da gestante e familiares além de

refletir a deficiente relação entre os serviços de saúde gerando um fluxo desordenado de gestantes em busca de atendimento nas unidades de referência.

Em resposta a busca de melhoria no atendimento do parto algumas medidas foram realizadas, a exemplo da criação do grupo de parteiras tradicionais de São Luís que realizam partos normais de forma humanizada na área Itaqui-Bacanga, zona periférica da capital, atendendo parturientes que decidiram pelo parto humanizado em casa ou que por razões diversas não conseguem o atendimento médico-hospitalar. Essas parteiras tradicionais participam da Associação das Parteiras Tradicionais do Maranhão (APTMA), que desde 1981 coordena as atividades desenvolvidas pelas parteiras associadas.

As parteiras prestam assistência à parturiente e ao recém-nascido, usando recursos sem qualquer sofisticação, se comparados aos do parto hospitalar. A habilidade com os artefatos, as técnicas e os procedimentos são normalmente adquiridos nas vivências e práticas cotidianas e, em alguns casos, da experiência de seu próprio parto. Esse conhecimento, adquirido tacitamente, vai sendo passado oralmente de uma à outra e, embora não tenham registrado seu saber em livros, elas guardam na memória os detalhes de cada procedimento. (AIRES, 2005, p. 4).

Apesar das parteiras atualmente trabalharem em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) para serviços de prevenção — como a orientação das gestantes para realização das consultas de rotina, discursão sobre a importância da vacina e os riscos caso não seja feito o pré-natal, por exemplo — a proibição da realização do parto pelas APTMA segundo uma determinação da SEMUS dificulta a melhoria no entendimento das parturientes que dependem do serviço da APTMA para a realização do parto, pois o mesmo continua sendo realizado ainda que sem o apoio da SEMUS e sem a devida qualidade de assistência desejada pelas gestantes e parteiras.

Por qualidade de assistência, deve-se entender não apenas a provisão de recursos humanos e técnicos-operacionais adequados, mas, não menos importante, a oferta de um cuidado humanizado e a garantia de respeito às necessidades de cada gestante, incluindo-se aqui a sua participação ativa, provida de informação adequada, em todo processo decisório em relação não apenas à via de parto, mas a todos os outros aspectos referentes à forma como acontece o parto e o nascimento. (MANDARINO, 2008, p. 47)

Ainda buscando melhorar a situação do processo de parto em São Luís algumas medidas vem sendo tomadas nas maternidade de referência da cidade, à exemplo da Benedito Leite que em 2016 passou a realizar atividades voltadas para a humanização do processo do parto, como visto na figura 2, dentro das dependências hospitalares como a permissão de acompanhante durante o parto e o início de utilização de recursos não-farmacológicos como massagens, caminhadas e banho para o alívio de possível desconfortos.

Figura 2: Parto Humanizado na Benedito Leite



Fonte: [ma.gov.br/maternidade-benedito-leite-realiza-primeiro-parto-humanizado-na-capital](http://ma.gov.br/maternidade-benedito-leite-realiza-primeiro-parto-humanizado-na-capital)

É possível perceber a importância de se estabelecer na cidade de São Luís um local que possibilite a parceria e prática entre o saber tradicional da parteira e o saber institucional-científico do processo de nascimento visando a melhoria da situação atual no atendimento as gestantes e buscando o estabelecimento de uma condição humanizada de assistência e do ambiente de nascimento.

### 3. O AMBIENTE DE NASCIMENTO

Assim como o processo de nascimento o ambiente de atenção obstétrica também passou por diversas mudanças históricas. Inicialmente a prática comum era o deslocamento das parteiras à residência das parturientes como uma forma de manter o ambiente familiar e habitual à gestante e assim tornar o processo mais tranquilo. No entanto, segundo Bitencourt (2003, p.7) é a partir do final do século XVIII que se passa a estabelecer, para cada período de mudança na realização do parto, ambientes arquitetônicos específicos que simbolizam variações compatíveis com distintas formas de ocupação e de tipologia construtiva.

As primeiras unidades obstétricas hospitalares foram construídas entre 1940 e 1970 nos EUA e entre 1920 e 1970 na França, consistindo de um conjunto de salas para procedimentos específicos e individualizados - as equipes de enfermagem eram, conseqüentemente, especializadas para cada etapa do parto e nascimento (MUSÉE, 1995, p.101)

O processo de nascimento foi durante muito tempo realizado no mesmo ambiente hospitalar de tratamento. No entanto, segundo Santo (2018, p.20) “a partir do século XX foi questionada a necessidade de uma maternidade estar junto de um hospital, por não se tratar de uma doença” além de que o ambiente hospitalar pouco contribuía para transmitir tranquilidade e conforto à gestante durante o momento do parto, visto que a prática comum nos hospitais não levavam em conta a privacidade da parturiente como pode ser visto na figura 3 que apresenta uma enfermaria obstétrica feminina, New York, 1889.

Figura 3: Enfermaria obstétrica feminina, New York, USA. 1889



FONTE: BITENCOURT, 2013 p. 6

Ambas as estruturas arquitetônicas dos hospitais e das maternidades sofreram mudanças passando de ambientes de acolhimento e tratamento para

estruturas hospitalares com instalações insalubres até o século XVII e XVIII à transição da organização pavilhonar, horizontal do espaço hospitalar que buscava combater a estagnação do ar e a umidade, durante o século XIX e chegando ao modelo que incorporou as tecnologias em seus espaços arquitetônicos a partir do século XX. De acordo com Costeira (2015, p.3) o modelo arquitetônico hospitalar da época foi responsável pela incorporação da “preocupação em setorizar espaços, separar pacientes com diversas patologias e estabelecer um rígido controle de fluxos e circulações para o desenvolvimento das atividades médicas.”

Ainda nesse contexto de mudanças arquitetônicas dos hospitais há a implantação das ventilações mecânicas, da verticalização e das construções em formas de blocos, dando continuidade a preocupação com a setorização dos ambientes chegando ao modelo hospitalar tecnológico do século XXI na qual foi-se implantando uma tipologia de um edifício complexo, de alta tecnologia que abriga especialidades médicas múltiplas mas que continuou setorizando sua assistência e conseqüentemente sua forma de implantação, passando por um momento de produção de uma arquitetura impessoal e que não levava em conta a perspectiva dos pacientes e que por isso passa a sofrer a mesma exigência para uma mudança e humanização que o processo de nascimento sofreu.

Como citado anteriormente, aliada a busca pela humanização do processo de parto houve também a busca pela melhoria do ambiente de nascimento. O reconhecimento da importância de combater os aspectos de friidez e dureza dos ambientes hospitalares maternos vem sendo responsável pela busca da mudança desse cenário, melhoria esta que segundo Silva (2014, p. 9) “resulta num processo projetual que além da estética, respeito à funcionalidade e a organicidade, contemplando aspectos construtivos, cria espaços que garantam o bem estar físico e psicológico aos usuários”.

O edifício destinado às atividades de atenção ao parto e ao nascimento deve contemplar e dispor de características arquitetônicas que, embora tenham a responsabilidade intrínseca do serviço com a complexidade dos procedimentos médicos e de enfermagem, apresentem a conformação de ambiente o mais próximo possível da atenção às necessidades específicas e próprias da sensibilidade da mulher/gestante. (BITENCOURT, 2003, p. 4)

Atualmente em oposição ao modelo arquitetônico de setorização rígida e extensa dos ambientes há o desenvolvimento de propostas que visam simplificar os

projetos arquitetônicos voltados para a assistência obstétrica, retomando a elaboração de ambientes com aspectos familiares às gestantes e aos demais atores desse processo, sem deixar de proporcionar a segurança exigida pelo Ministério da Saúde para projetos de edificação de atenção à saúde.

As características exigidas para a edificação de atenção ao parto e ao nascimento propostas pelo Ministério da Saúde, através da oficialização do modelo CPN, procuram simplificar a demanda pela complexidade tecnológica e evidentemente medicalizada que o desenho dos centros cirúrgicos e obstétricos de unidades hospitalares propunham e, por consequência, exigiam como modelo de arquitetura. (BITENCOURT, 2004, p. 3)

Portanto é importante salientar que a produção de ambientes arquitetônicos de atenção ao parto e nascimento humanizados devem, segundo Ciaco (2010, p. 71) garantir aos usuários o conforto ambiental que é representado pela sensação de bem-estar completo, físico e mental levando em conta o suporte psicossocial dos usuários e sua relação positiva com o ambiente.



O centro de parto além de pretender simplificar as estruturas arquitetônicas visam facilitar os processos assistenciais, procurando oferecer atendimento de forma integral ao período gestacional, desde o pré-parto até pós-parto reduzindo desta forma as peregrinações e sempre buscando oferecer amparo e medidas humanizadas com rotinas que favoreçam a proteção do período sensível e o contato pele a pele imediato e ininterrupto entre a mulher e o recém-nascido, de forma a promover o vínculo.

“As casas de parto são unidades com proposta assistencial bastante diferente dos hospitais maternidades, por isso, não visam substituí-los ou competir com eles. Basicamente, elas se opõem a absorver gestantes que realizaram pré-natal e nas quais não se tenha detectado nenhum fator que as classifique como de risco.” (SANTOS,2004, p. 26)

De acordo com a portaria Nº 11, de 7 de janeiro de 2015, há três modalidades de CPN: Intra-Hospitalar (CPNi) Tipo I, Intra-Hospitalar (CPNi) Tipo II; e Peri-Hospitalar (CPNp) na qual cada tipo de CPN deverá observar aos seguintes requisitos específicos:

I - CPNi Tipo I: a) estar localizado nas dependências internas do estabelecimento hospitalar; b) possuir ambientes fins exclusivos da unidade, tais como recepção e sala de exames, quartos PPP, área de deambulação, posto de enfermagem e sala de serviço, podendo compartilhar os ambientes de apoio; e c) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP, da admissão à alta; II - CPNi Tipo II: a) estar localizado nas dependências internas do estabelecimento hospitalar; b) possuir ambientes compartilhados com o restante da maternidade, como recepção, sala de exames, posto de enfermagem, sala de serviço e outros ambientes de apoio; e c) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP durante o pré-parto e parto, podendo, após o puerpério imediato, serem transferidos para o alojamento conjunto; e III - CPNp: a) estar localizado nas imediações do estabelecimento hospitalar de referência, a uma distância que deve ser percorrida em tempo inferior a 20 (vinte) minutos do respectivo estabelecimento, em unidades de transporte adequadas; b) garantir a transferência da mulher e do recém-nascido para o estabelecimento hospitalar de referência, nos casos eventuais de risco ou intercorrências, em unidades de transporte adequadas, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana; c) ter como referência os serviços de apoio do estabelecimento ao qual pertence ou está vinculado, nos termos do anexo I; e d) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP, da admissão à alta. (BRASIL, 2015)

## 4.2 O PROGRAMA REDE CEGONHA

Embora seja possível observar avanços no desenvolvimento da atenção ao parto, diversos fatores contribuem para que a situação da assistência obstétrica no Brasil ainda não seja favorável, a exemplo da qualidade de acesso ao pré-natal ainda não ser universal nem ser realizado de forma satisfatória, a fragmentação das ações e dos serviços de saúde e as medidas de gestão da saúde pouco participativas.

Buscando estratégias que mudem esse panorama, em 2011 foi implementado o Programa Rede Cegonha pelo Ministério da Saúde a partir da portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério (BRASIL,2015) sendo organizada em quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico.

As diretrizes da Rede Cegonha também contêm orientações básicas para os projetos dos CPN validando as medidas e soluções tomadas pelo programa para as definições das características físicas dos centros, a exemplo do manual com o programa de necessidades exigidos para os Centros de Parto Normal sendo:

I - apresentar planta física adequada ao acesso da gestante; II - estar dotado de: sala de exame e admissão de parturientes; quarto para pré-parto/ parto/ pós-parto PPP; área para lavagem das mãos; área de prescrição; sala de estar para parturientes em trabalho de parto e para acompanhantes; área para assistência ao RN3; III - possuir os seguintes ambientes de apoio: banheiro para parturientes; copa/cozinha; sala de utilidades; sanitário para funcionários e acompanhantes; depósito de material de limpeza; depósito de equipamentos e materiais de consumo; sala administrativa; rouparia/ armário. (BRASIL,1999)

O presente trabalho busca combinar as diretrizes estabelecidas pelo programa de Centro de Parto Normal e Rede Cegonha na produção do Centro de Cuidados Maternos visando produzir um ambiente que promova a implementação de um modelo humanizado de atenção à saúde da mulher.

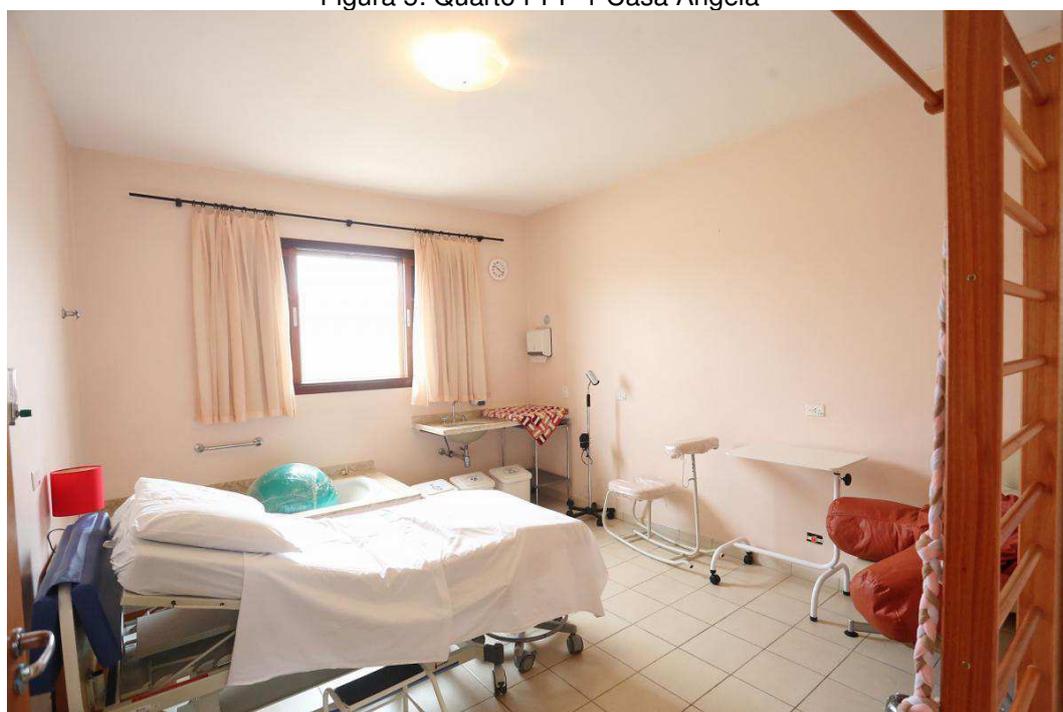
## 5. ESTUDO DE CASO

### 5.1 CASA ANGELA

A Casa Angela, um Centro de Parto Humanizado e Atenção à Saúde Materno-Infantil, que se localiza na zona sul de São Paulo realiza atendimentos desde 2009 sendo sua construção inspirada pelo trabalho realizado pela parteira alemã Angela Gehrke na década de 1980. A Casa realiza atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por convênio ou particular sendo o atendimento às gestantes realizado por enfermeiras obstetras, parteiras e auxiliares de enfermagem.

O seu principal diferencial é a humanização do atendimento na gestação, no parto e no primeiro ano de vida do bebê tanto na assistência obstétrica quanto na ambiência da Casa. O acompanhamento dedica-se ao ato de dar à luz como um processo natural na qual as escolhas são centradas nas necessidades e na segurança da parturiente e do bebê sendo incentivadas a integração familiar em torno do nascimento, a amamentação e o vínculo de afeto entre mãe, pai e bebê. Para isso a Casa faz uso do quarto PPP, como pode ser visto na figura 5 e figura 6, para realização de procedimentos referentes ao pré-parto, parto e pós-parto, um ambiente que possui equipamentos que auxiliam para o conforto da mulher durante a parturição.

Figura 5: Quarto PPP 1 Casa Angela



FONTE: Casa Angela – São Paulo/SP

Figura 6: Quarto PPP 2 Casa Angela



FONTE: Casa Angela – São Paulo/SP

Além dos atendimentos para o parto, a Casa Angela conta com profissionais de áreas como fisioterapia e psicologia para a realização de oficinas e terapias diversas, como apresentado na figura 7, tanto com as gestantes quanto com os familiares buscando recuperar o sentido humano do parto.

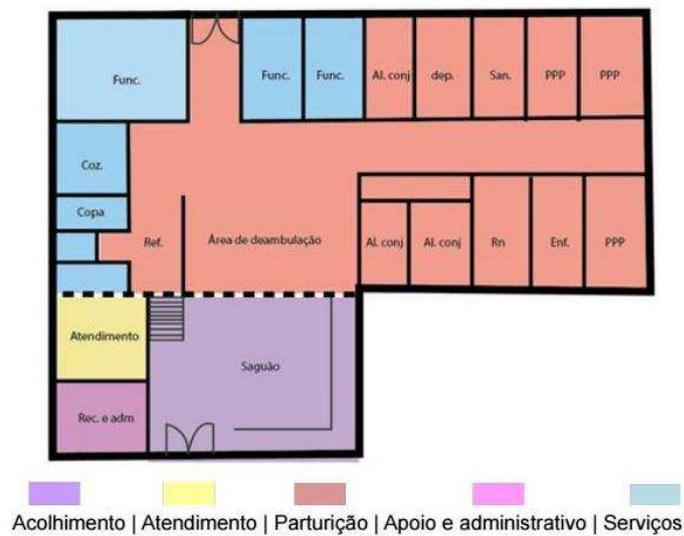
Figura 7: Trabalho corporal para gestantes



FONTE: Casa Angela – São Paulo/SP

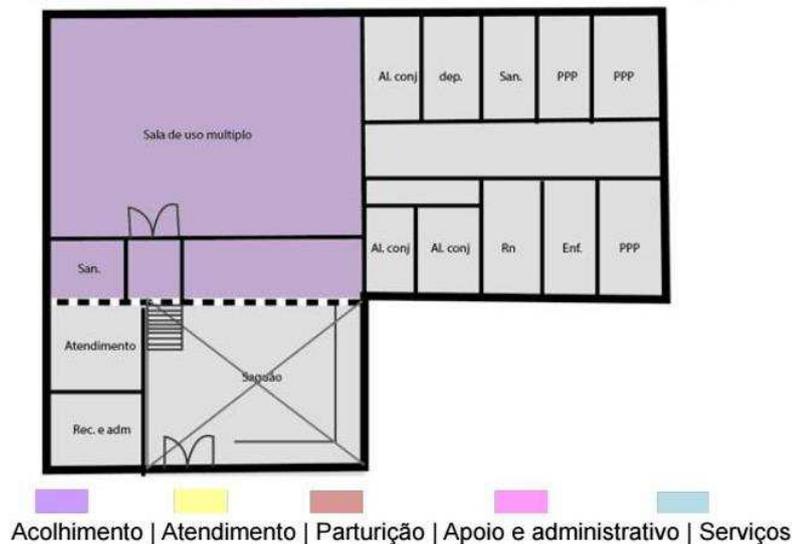
A Casa Angela — que faz atendimento a gestantes de risco habitual e em caso de necessidade de transferência, possui convênio com os hospitais de referência do Sistema Único de Saúde (SUS) — apresenta uma distribuição dos ambientes em 5 setores — acolhimento, atendimento, apoio, administrativo e serviço — apresentando uma estrutura arquitetônica simples, assemelhando-se de fato a um espaço domiciliar como apresentado na figura 8 e figura 9, apresentando, segundo a fundadora Anke Riedel, um modelo de assistência humanizada que segue as recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde.

Figura 8: Esquema térreo Casa Angela



FONTE: SILVA,2017, p.50

Figura 9: Esquema pavimento superior Casa Angela



FONTE: SILVA,2017, p.50

## 5.2 UNIDADE DE PARTO NORMAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO HM NUEVO BELEN

O Hospital Universitário HM Nuevo Belen apresenta uma Unidade de Parto Normal, localizada dentro das dependências hospitalares. A unidade, projetada pelas arquitetas Angela Muller e Marta Parra Parra-Müller foi ganhadora do Prêmio Especial de Inovação e Transformação, na Competição VI Annual Design Interior em Infra-Estrutura de Saúde da Associação Internacional de Design de Interiores (IIDA).

Figura 10: Sala PPP Hospital Nuevo Belen



FONTE: ELPAIS, 2018

O projeto buscou transmitir no ambiente a segurança, privacidade e bem-estar para a gestante e acompanhantes através do uso de materiais quentes como a madeira além da utilização de formas orgânicas para divergir da imagem impessoal que está associada com os hospitais, como pode ser visto na imagem 10.

O projeto utilizou o quarto de parto, pré-parto e pós-parto, um ambiente que segundo Silva (2014, p.6) apresenta o intuito de unir os três procedimentos em um mesmo ambiente visando diminuir o ato de transferência da parturiente de uma sala para outra além de buscar reduzir a tensão dos acompanhantes e profissionais relacionados ao processo. Durante o parto há a utilização de equipamentos e exercícios para alívio de dores com o acompanhamento de enfermeiras obstétricas

como pode ser visto na imagem 11 e imagem 12 mantendo o processo livre de intervenções médicas desnecessárias.

Figura 11: Acompanhamento por enfermeira obstétrica



FONTE: ELPAIS, 2018

Figura 12: Uso do espaço e equipamentos pela gestante



FONTE: ELPAIS, 2018

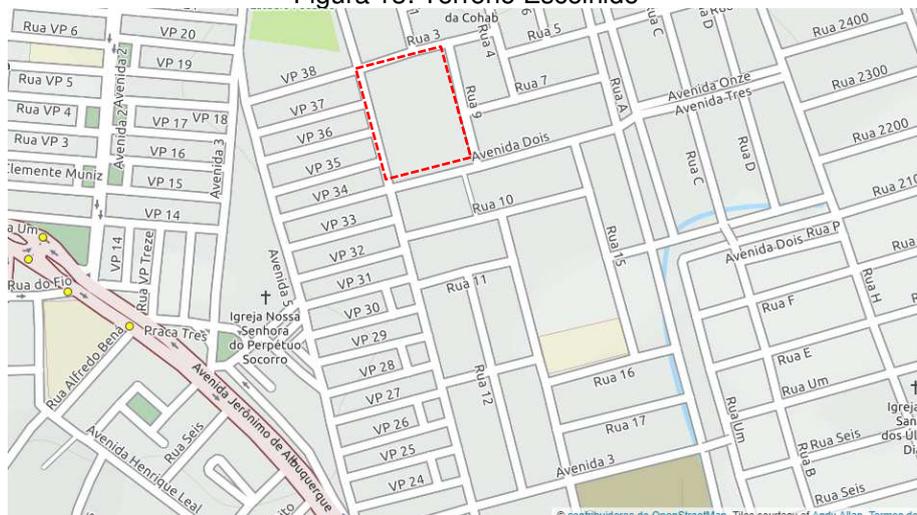
## 6. ANTEPROJETO ARQUITETÔNICO PARA UM CENTRO DE CUIDADOS MATERNOS

### 6.1 LOCALIZAÇÃO

A escolha do terreno para a implantação da proposta foi um dos principais pontos de partida para o desenvolvimento do projeto. Algumas características fundamentais foram levadas em conta para a escolha final da área de trabalho, entre elas a proximidade com uma maternidade de referência, no caso de eventuais necessidades de transferência visto que o Centro de Cuidados Maternos não realiza procedimentos cirúrgicos, facilidade de acesso considerando também o transporte público e uma área que possibilitasse a produção de diversos ambientes e espaços.

Cumprindo os requisitos apresentados anteriormente, a área escolhida para implantação do projeto como apresentado na figura 13 está localizada no bairro COHAB Anil I, próximo ao Terminal de Integração da COHAB e da Avenida Jerônimo de Albuquerque, como pode ser visto na figura 14, possuindo uma área total de 9.574,29m<sup>2</sup>. A localização do terreno permite o trânsito livre até a Maternidade Marly Sarney devido a conexão pelas vias locais sendo possível o acesso à maternidade em até 10 minutos.

Figura 13: Terreno Escolhido



FONTE: OpenStreetMap, 2019

Figura 14: Entorno do terreno escolhido



FONTE: Google Earth, 2019

Legenda:

1. Terreno
2. Maternidade Benedito Leite (2,5km de distância do terreno)
3. Maternidade Marly Sarney (1,2km de distância do terreno)
4. Terminal de Integração da COHAB (1,4km de distância do terreno)

O terreno escolhido para a produção do projeto, segundo a Lei de Uso e Ocupação do Solo (LUOS) de São Luís, encontra-se na Zona Residencial 5 (ZR5) na qual ainda segundo a LUOS as ocupações do lote pela edificação ficam disciplinadas pelas seguintes normas:

Figura 15: índices urbanísticos da zona residencial 5 – ZR5

Área Livre Mínima do Lote	Taxa Mínima de Permeabilidade	Recuo Frontal Mínimo			Área Total Máxima de Edificação	Gabarito Máximo	Área Total Máxima de Edificação	Gabarito Máximo
ALML	TP	RF			ATME	GM	SOLO CRIADO	
		Via Local	Via 2ª	Via 1ª			ATME	GM
40	20	4	6	10	220	8	280	12
%	%	m			%	Pavimentos	%	Pavimentos
porcentagem da área do lote (m2)	porcentagem da área do lote (m2)	distância da testada do acesso principal (metros)			porcentagem sobre a área do lote (m2)	número de pisos utilizáveis (cobertos ou não)	porcentagem sobre a área do lote (m2)	número de pisos utilizáveis (cobertos ou não)

FONTE: Instituto da Cidade – São Luís, 2015

O entorno do terreno apresenta uma infraestrutura urbana regular, com distribuição de energia, água, rede de esgoto e iluminação pública, no entanto apresenta inconstância no calçamento resultado da ausência de manutenção dos lotes sem uso dificultando a passagem de pedestres no local, a exemplo do terreno indicado para o projeto como pode ser visualizado na figura 16 e figura 17.

O terreno apresenta um número de árvores satisfatório que será em sua maioria mantida no projeto. A associação da vegetação existente à característica predominantemente residencial sem gabaritos elevados ajudará a manter a privacidade e conforto térmico para o projeto visto que o posicionamento do terreno beneficia a ventilação natural. Devido a predominância de vias locais o fluxo de carro não é volumoso o que representa a produção de ruído sonoro moderado contribuindo para a manutenção do conforto acústico. As características apontadas podem ser observadas na figura 18 e figura 19.

Figura 16: Imagem terreno 01



FONTE: Google Earth,2019

Figura 17: Imagem terreno 02



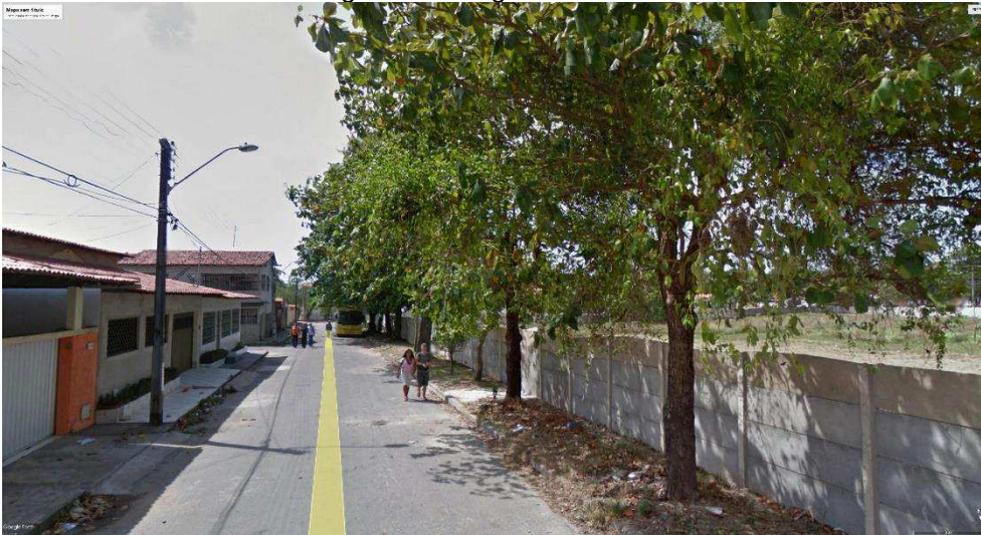
FONTE: Google Earth,2019

Figura 18: Imagem terreno 03



FONTE: Google Earth,2019

Figura 19: Imagem terreno 04



FONTE: Google Earth,2019

## 6.2 PROGRAMA DE NECESSIDADES

Por se tratar de um ambiente assistencial de saúde é necessário fazer a análise de exigências regulamentadas pela Vigilância Sanitária. O presente trabalho segundo o Ministério da Saúde se enquadra na classificação de um Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar (CPNp) na qual segundo a portaria Nº 11, de 7 de janeiro de 2015 que redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá apresentar os seguintes requisitos:

I - apresentar planta física adequada ao acesso da gestante; II - estar dotado de: sala de exame e admissão de parturientes; quarto para pré-parto/ parto/

pós-parto PPP; área para lavagem das mãos; área de prescrição; sala de estar para parturientes em trabalho de parto e para acompanhantes; área para assistência ao RN3; III - possuir os seguintes ambientes de apoio: banheiro para parturientes com lavatório, bacia sanitária e chuveiro com água quente; copa/cozinha; sala de utilidades; sanitário para funcionários e acompanhantes; depósito de material de limpeza; depósito de equipamentos e materiais de consumo; sala administrativa; rouparia / armário; IV -atender aos requisitos quanto à estrutura física previstos nesta Portaria, além das exigências estabelecidas em códigos, leis ou normas pertinentes, em especial às normas do Ministério da Saúde, específicas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde; V - como unidade Intra-Hospitalar pode compartilhar os ambientes de apoio com outros setores do hospital, desde que estejam situados em local próximo, de fácil acesso e possuam dimensões compatíveis com a demanda de serviços a serem atendidos; VI - como unidade isolada não poderá adotar a solução de box individualizado; VII - com referência às instalações prediais deve atender às exigências técnicas das normas de funcionamento de estabelecimentos assistenciais de saúde do Ministério da Saúde e dos códigos de obras locais; VIII - adotar as exigências técnicas das normas para a segregação, descarte, acondicionamento, coleta, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos sólidos de serviços de saúde. (BRASIL, 1999, p.1)

No entanto o Centro de Cuidados Maternos busca produzir um projeto que apresente uma arquitetura humanitária e acolhedora pensando além das exigências mínimas de espaços e ambientes, oferecendo bem-estar com ambientes que tenham um contato com a natureza, uma estrutura completa e sofisticada porém simplista que transmitirá a intimidade e liberdade de uso para a gestante e seus familiares resultando no seguinte programa de necessidades:

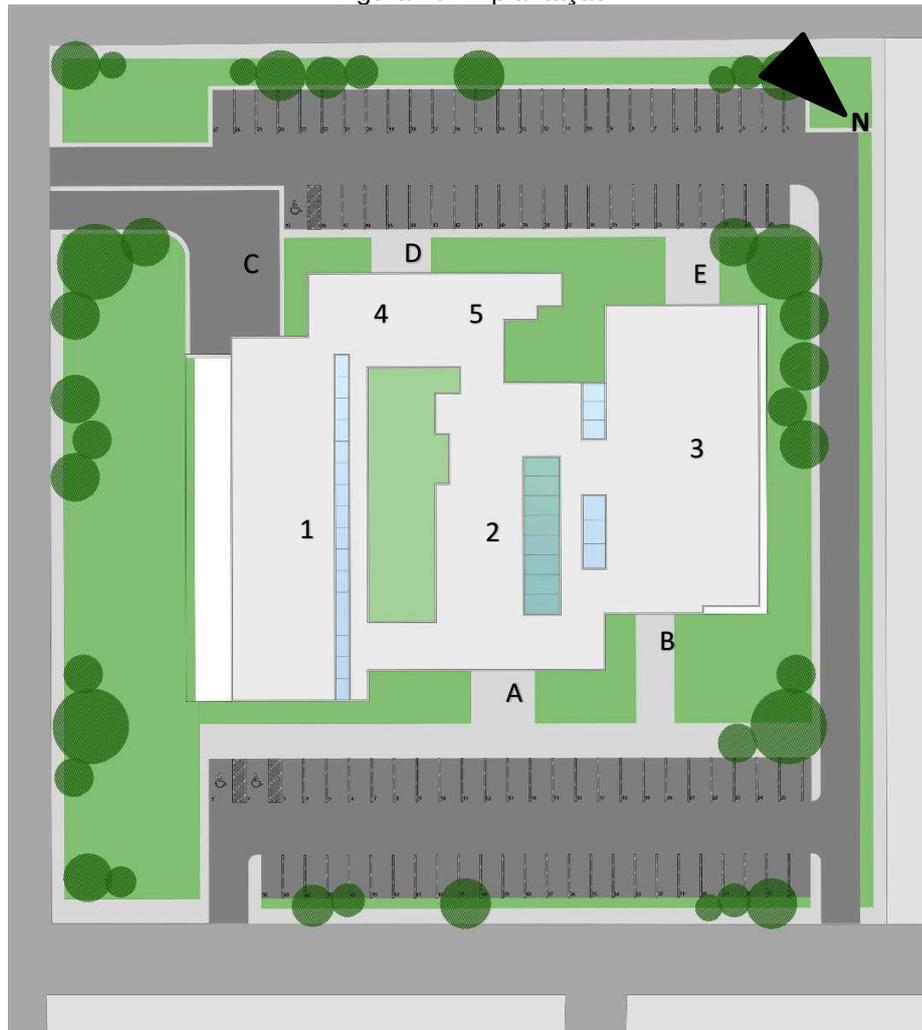
ACOLHIMENTO	Recepção	77,07
	Sala Psicóloga	23,79
	Sala de Atividades	47,58
	Sala de Arquivos	7,08
	WC FEM	12,25
	WC MASC	12,25
	WC PCMR	5,12
	Lanchonete	210,35
	Lavagem	8,82
	Depósito	14,89
	Atendimento	14,19
	Expurgo	18,05
	Cozinha	25,37
	<b>TOTAL</b>	<b>476,81</b>

PARTURIÇÃO	Deambulação Interna	181,71
	Deambulação Externa	332,44
	Sala de Assistência ao RN	8,40
	Depósito de Material de Limpeza	5,77
	Rouparia	6,30
	Depósito de Equipamento	6,30
	Expurgo	8,29
	Sala de Maca	8,40
	Sala de Serviço	8,40
	Posto de Enfermagem	16,80
	QUARTO PPP	33,02
	QUARTO PPP PCMR	54,57
	<b>TOTAL</b>	<b>670,4</b>
APOIO FUNCIONÁRIO	Sala de Descanso FEM	28,90
	Sala de Descanso FEM	28,90
	Sala de Apoio Func	18,70
	Vestiário MASC	26,96
	Vestiário FEM	27,56
	Arquivos	4,58
	Sala de Segurança	8,35
<b>TOTAL</b>	<b>143,95</b>	
ADMINISTRAÇÃO	Recepção Funcionário	25,03
	Arquivos	4,58
	Sala de Administração	14,85
	Sala de Reunião	20,80
<b>TOTAL</b>	<b>65,26</b>	
ATENDIMENTO	Recepção	89,95
	Sala de Arquivos	5,50
	WC PCMR MAS	4,59
	WC PCMR FEM	4,59
	Sala de Hidratação	17,11
	Expurgo	8,42
	Sala de Serviço	10,24
	Posto Enfermagem	13,99
	Sala de Maca	8,75
	Sala de Triagem	11,55
	Consultório	17,58
	Consultório PCMR	26,05
	Sala de Ultrassom PCMR	16,31
<b>TOTAL</b>	<b>234,63</b>	
ÁREA EXTERNA	Estacionamento Visitante	1.130,71
	Estacionamento Funcionários	1.030,00
	Estacionamento para Ambulância	266,43
	Jardim Interno	263,57
<b>TOTAL</b>	<b>2.690,58</b>	
<b>ÁREA TOTAL</b>	<b>4.281,76</b>	

### 6.3 IMPLANTAÇÃO

O terreno oferece uma área total de 9.574,29m<sup>2</sup> na qual a área ocupada pelo projeto é de 2.207,99m<sup>2</sup>, permitindo 3.091,15m<sup>2</sup> de área permeável. A escolha para a posição dos estacionamentos foi buscando centralizar a edificação, possibilitando assim a melhor distribuição dos acessos como é possível ver na figura 20. O estacionamento para visitantes localizado na parte frontal do terreno oferece 50 vagas tendo acesso direto aos setores de atendimento e acolhimento.

Figura 20: Implantação



FONTE: Elaborado pela autora

LEGENDA			
SETORES		ACESSOS	
1	PARTURIÇÃO	A	PRINCIPAL I
2	ATENDIMENTO	B	PRINCIPAL II
3	ACOLHIMENTO	C	AMBULÂNCIA
4	ADMINISTRAÇÃO	D	APOIO/ADMINSTRATIVO
5	APOIO FUNCIONÁRIOS	E	CARGA DESCARGA

O estacionamento de funcionários localizado na parte posterior do terreno oferece 49 vagas e possui acesso direto aos setores de administração, apoio funcionários e acolhimento. A área para ambulância apresenta acesso exclusivo e direto ao setor de parturição com área de 266,43m<sup>2</sup> possibilitando a permanência do veículo. A implantação de cada setor foi definida a partir dos estudos de conforto ambiental, levando em conta os ambientes de menor período de permanência.

#### **6.4 O PROGRAMA**

O Centro de Cuidados Maternos foi idealizado para atender integralmente o período gestacional desde o pré-parto até o pós-parto a partir de uma arquitetura simplificada que atendesse as exigências de transmitir segurança emocional, de ser um local que possibilitasse o exercício da autonomia da mulher, não limitando seus movimentos ou escolhas e mantendo uma conexão com áreas verdes para a manutenção de ambientes salubre, resultando dessa forma nos setores apresentados na imagem 21.

Os setores administrativos e apoio funcionários possuem uma entrada independente com acesso controlado pela recepção para funcionários e apresenta ambientes como vestiário, sala de descanso e sala de reuniões. Apresenta também um acesso direto para o setor de parturição e atendimento a partir da área de deambulação externa.

Relacionados ao momento de preparação do nascimento estão os setores de acolhimento e atendimento. Sendo assim, apresentam os consultórios e a estrutura para realização do acompanhamento do pré-natal como a sala de ultrassom e sala de hidratação; as salas de atividades e treinamentos em grupos para as gestantes e familiares além da sala da psicóloga e lanchonete.

O setor de parturição está destinado ao momento de nascimento e pós-parto com os ambientes de apoio da enfermagem, acesso a área da ambulância e os quartos PPP, que localizam-se em um eixo linear possibilitando a vista e acesso para a deambulação interna que recebe luz natural diretamente e deambulação externa tornando o setor reservado e possibilitando a livre circulação da parturiente e acompanhantes.

Figura 21: Setorização



FONTE: Elaborado pela autora

LEGENDA			
SETORES		ACESSOS	
	PARTURIÇÃO	A	PRINCIPAL I
	ATENDIMENTO	B	PRINCIPAL II
	ACOLHIMENTO	C	AMBULÂNCIA
	ADMINISTRAÇÃO	D	APOIO/ADMINSTRATIVO
	APOIO FUNCIONÁRIOS	E	CARGA DESCARGA

## 6.5 MAQUETE ELETRÔNICA

As fachadas foram trabalhadas para transmitirem a sensação de calma, conforto e abrigo. Em especial a fachada principal como pode ser vista na figura 22 que recebeu detalhes em madeira devido as características positivas do material que transmitem a sensação de calma e conforto além de apresentar o uso de um jardim vertical. A utilização de vidro em locais específicos da fachada como pode ser visualizado na figura 23 e figura 24 possibilitam a visualização prévia das atividades internas em ambientes comuns como o jardim interno e recepções, já o uso dos painéis ripados permitem a conservação da privacidade dos ambientes do setor de parturição e acolhimento.

Na fachada posterior o detalhe localizado na área de permanência da ambulância foi usado para facilitar a identificação do setor e também para dar continuidade na utilização dos painéis como forma de manutenção da privacidade do setor de parturição.

No geral os materiais e formas utilizados nas fachadas conversam entre si na totalidade do edifício, na qual a horizontalidade e escolha por uma edificação somente térrea foram pensadas para manter a edificação em uma escala humana divergindo dos modelos hospitalares e se aproximando das formas residenciais para assim transmitir sensações positivas ao usuários e assim reforçar o apoio ao parto normal.

Figura 22: Perspectiva Fachada Principal



FONTE: Elaborado pela autora

Figura 23: Perspectiva Fachada Atendimento



FONTE: Elaborado pela autora

Figura 24: Perspectiva Fachada Acolhimento



FONTE: Perspectiva Elaborado pela autora

Figura 25: Perspectiva Fachada Posterior



FONTE: Elaborado pela autora

Figura 26: Perspectiva Acesso Ambulância



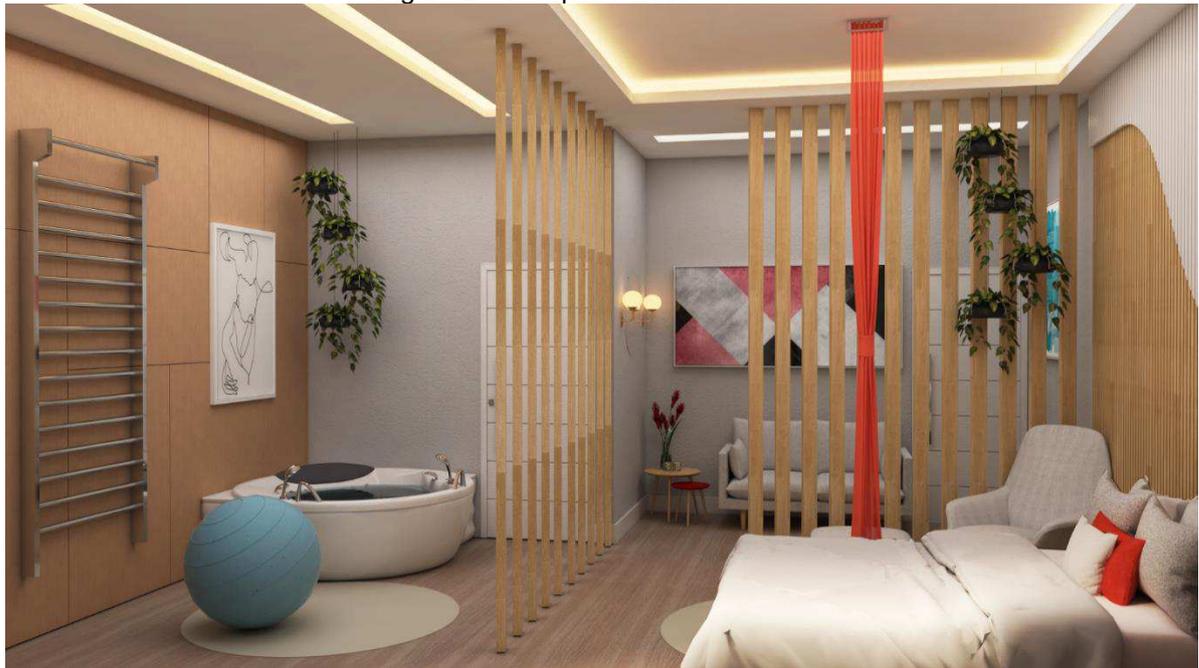
FONTE: Elaborado pela autora

Os quartos PPP foram pensados buscando aliar conforto, privacidade e segurança. Dessa forma optou-se por oferecer um mobiliário humanizado com a utilização de painéis ripados para setorizar o ambiente, mas ainda mantê-lo integrado como é possível ver na figura 27. A utilização da madeira busca transmitir conforto e bem-estar a gestante e aos familiares buscando aproximar o ambiente ao modelo mais residencial possível como pode ser observado na figura 28.

O uso da banheira e da barra de alongamento são algumas das opções disponíveis para o uso da gestante como recurso não-farmacológico do alívio de algum desconforto, o ambiente busca propiciar a liberdade e apropriação do espaço por conta da parturiente e acompanhante.

Os quartos, como pode ser visto na figura 29, também possuem uma bancada para os primeiros atendimentos ao recém-nascido sem que seja necessária a imediata separação da mãe-bebê aumentando assim o vínculo e participação de toda família.

Figura 27: Perspectiva Quarto PPP 1



FONTE: Elaborado pela autora

Figura 28: Perspectiva Quarto PPP 2



FONTE: Elaborado pela autora

Figura 29: Perspectiva Quarto PPP 3



FONTE: Elaborado pela autora

A proposta para a área de deambulação interna foi pensada para ser uma extensão do quarto PPP com mobiliário que permita o uso livre da gestante. A iluminação natural é bastante presente a partir das portas de vidro e claraboia na cobertura da área. A privacidade do ambiente é mantida com os painéis ripados retráteis. A ideia para a deambulação externa foi de transmitir um aspecto de “jardim da casa” com um deck de madeira circulando o ambiente e com mobiliário externo.

Figura 30: Perspectiva Deambulação Interna



FONTE: Elaborado pela autora

Figura 31: Perspectiva Deambulação Externa



FONTE: Elaborado pela autora



## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A produção de um Centro de Cuidados Maternos na cidade de São Luís é uma necessidade visto que as medidas realizadas na rede de saúde da cidade ainda são ínfimas se comparadas ao desafio que a mesma enfrenta para tornar a humanização do processo de nascimento uma realidade universal.

O presente trabalho mostrou ter alcançado seu objetivo ao contribuir para a melhora da realidade da assistência obstétrica da cidade com a produção de um anteprojeto que salvaguardasse a cultura do parto normal a partir de soluções arquitetônicas humanizadas e em acordo com as diretrizes estabelecidas oferecendo um espaço acolhedor com o uso de materiais, formas e soluções projetuais que oferecem conforto térmico com ambientes bem ventilados e iluminados e segurança para a gestante e seus familiares a partir da integração entre os diversos espaços do Centro.

A arquitetura mostrou-se ser de grande importância para a valorização e aprimoramento da assistência obstétrica inspirando, a partir de ambientes receptivos, o atendimento humanizado, evidenciando o respeito a mulher e conseqüentemente as suas escolhas contribuindo para a retomada de seu protagonismo em todo o processo de nascimento.



## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Orientações para Elaboração de Projetos: Centros de Parto Normal (CPN); Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP); Adequação da Ambiência; Unidade Neonatal e Banco de Leite Humano. Rede Cegonha**. Brasília, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2000.

BITENCOURT, Fábio et COSTA, Maria Tereza F. da. **A arquitetura do ambiente de nascer: aspectos históricos**. Revista DISSERTAR, Ano II, nº 5, issn 1676-0867, julho dezembro/2003 Rio de Janeiro, 2003. p. 12-15.il.

BITENCOURT, Fábio. **Centros de Parto Normal: Componentes arquitetônicos de conforto e desconforto**. Anais do I Congresso Nacional da ABDEH – IV Seminário de Engenharia Clínica. 2004.

CIACO, Ricardo José Alexandre Simon. **A arquitetura no processo de humanização dos ambientes hospitalares**. Dissertação (Mestrado em Arquitetura, Área de Concentração Arquitetura, Urbanismo e Tecnologia) – Escola de Engenharia de São Carlos/USP, 2010.

COELHO, Guilherme. **A Arquitetura e a Assistência ao Parto e Nascimento: Humanizando o Espaço**. Dissertação (Mestrado em Arquitetura, área de concentração em Racionalização do Projeto e da Construção) – PROARQ/FAU/UFRJ, Rio de Janeiro, 2003.

CUNHA, D'Eça Júnior A, Rios CTF, Pestana AL, Mochel EG, Paiva SDS. **Peregrinação no anteparto em São Luís – Maranhão**. Cogitare Enferm 2010; 15:441-7.

MANDARINO, Natália Ribeiro. **Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São**

**Luís, Maranhão.** Dissertação (Mestrado em Saúde Materno-Infantil) Universidade Federal do Maranhão, 2008

MATTOS, Júlia de Souza. **CASA DE PARTO: reconstruindo a forma de nascer.** Anais do VII Congresso Brasileiro para o desenvolvimento do edifício hospitalar, 2016 p. 59-67

MORAES, Lílian Machado Vilarinho de et al. **Fatores associados à peregrinação para o parto em São Luís (Maranhão) e Ribeirão Preto (São Paulo), Brasil: uma contribuição da coorte BRISA.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2018, vol.34, n.11, e00151217. Epub Nov 08, 2018.

MOURA, Solange Maria Sobottka Rolim de. **A Maternidade na História e a História dos Cuidados Maternos.** Revista PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO, ano 2004, p. 44-55

PEREIRA, Marina Santos. **Associação das Parteiras Tradicionais do Maranhão: relato da assistência ao parto.** *Saude soc.* [online]. 2016, vol.25, n.3, pp.589-601. ISSN 0104-1290.

SAMPAIO, Ana Virginia Carvalhães de Faria. **Arquitetura Hospital: Projetos ambientalmente sustentáveis, conforto e qualidade.** Dissertação (Doutorado em Arquitetura, Área de Concentração em Estruturas Ambientais Urbanas). Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, 2004.

SANTO, Flávia Di. **Hospital Materno Infantil.** Trabalho final de graduação da Universidade Estácio, 2018

SILVA, Ana Larissa Cherobin da. **Centro de Parto Normal: Humanizando o espaço.** Revista On-line IPOG Especialize, 2015

VICO, Amanda Fedevjcyk De. **Avaliação da Implantação dos Centros de Parto Normal no Sistema Único de Saúde.** Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher). Fundação Oswaldo Cruz, 2017

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino.** [S. l.]: Fundação Oswaldo Cruz, 2002.