



Centro de Parto Humanizado e Cuidados com a Gestante

Criciúma- SC

Jaqueline Freitas

Centro de Parto Humanizado e Cuidados com a Gestante

Monografia apresentada ao curso de Arquitetura e
Urbanismo da Universidade do Extremo Sul
Catarinense (UNESC), como requisito parcial para
conclusão do Trabalho Final de Graduação.

Acadêmica: Jaqueline Freitas

Orientador: Maurício da Cunha Carneiro

Trabalho Final de Graduação I

Criciúma, 2018

Ilustração da Capa: Verônica Freitas

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, que me possibilitou conseguir entrar em uma universidade e no curso que desejava, sendo que não havia qualquer garantia de que poderia.

Aos meus pais que me incentivaram sempre a estudar para poder atingir meus objetivos.

Ao meu marido que além do apoio emocional, dedicou muito do seu tempo ao desenvolvimento desse trabalho, lendo-o e me aconselhando.

Ao meu orientador que aconselhou e fez seus pareceres de forma clara e objetiva, sempre estando disposto a discutir sobre o trabalho.

Aos professores que verdadeiramente contribuiriam para minha formação e tornaram possível o desenvolvimento desse trabalho.

E pelas amigas que o curso me deu, que nos uniu e nos manteve juntas até o final, sempre apoiando uma a outra (Aline, Janaína, Mariéli).

A todos, meus sinceros agradecimentos!

A ideia do Centro de Parto e Cuidados com a Gestante, é a criação de uma instituição que venha atender o município de Criciúma e região, a fim de garantir o direito da mulher em escolher a forma que quer dar a luz, em um ambiente que é valorizada e onde se sinta acolhida, evitando procedimentos cirúrgicos desnecessários e invasivos.

A proposta para a implantação do Centro de Parto, é um anexo ao Hospital Materno Infantil Santa Catarina (HMISC), localizado no bairro Operária Nova em Criciúma, o qual possui uma nova maternidade, que tem previsão de inauguração para o final desse ano de 2018 e que receberá todos os partos realizados pela rede pública de Criciúma e dos municípios da região que não possuem maternidade.

A instituição servirá de apoio a gestante com atendimento de diferentes profissionais, cursos de gestante, aulas de hidroginástica, yoga e pilates além do atendimento principal, que é a realização de partos que não necessitem de procedimentos cirúrgicos, pois esses continuarão a ser atendidos na maternidade pela equipe médica.

Com isso, o objetivo do trabalho é justificar a criação do Centro de Parto, buscar quais aspectos arquitetônicos contribuem para atingir as finalidades do equipamento e como resultado a criação do partido arquitetônico que servirá de base para o desenvolvimento do Trabalho Final de Graduação II.

TEMA: Arquitetura para saúde pública, voltada ao nascimento

PALAVRAS CHAVE: Parto Humanizado - Nascimento - Arquitetura

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 01 - Índice de cesárias no mundo no ano 2015.....	10	Figura 36 - Localização do Município de Criciúma.....	35	Figura 73 - Setorização e acessos subsolo.....	55
Figura 02 - Tipo de parto dos nascidos vivos em Criciúma 2016...10		Figura 37 - Localização Hospitais da AMREC.....	36	Figura 74 - Local da Implantação.....	55
Figura 03 - Tipo de parto dos nascidos vivos dos estados brasileiros em 2016	10	Figura 38 - Mapa da evolução Urbana de Criciúma.....	37	Figura 75 - Setorização e acessos Térreo.....	56
Figura 04 - Sala de parto São João Batista.....	11	Figura 39 - Macrorecorte.....	38	Figura 76 - Setorização Corte A-A.....	56
Figura 05 - Unimed.....	11	Figura 40 - Bairro Operária Nova.....	39	Figura 77 - Setorização e acessos 2º Pavimento.....	57
Figura 06 - Rede cegonha.....	11	Figura 41 - Vista da cidade a partir do HMISC.....	39	Figura 78 - Setorização Corte A-A.....	57
Figura 07 - Linha do tempo das políticas públicas brasileiras de atenção materno-infantil.....	16	Figura 72 - Vista aérea da maternidade HMISC.....	39	Figura 79 - Fachada nordeste vista geral.....	58
Figura 08 - Partos Antigos.....	18	Figura 43 - Terreno.....	40	Figura 80 - Marquise do HMISC.....	58
Figura 09 - Fórceps.....	18	Figura 44 - Zoneamento do Terreno.....	40	Figura 81 - Perceptivas da fachada do hospital infantil.....	58
Figura 10 - Médico x Parteira.....	18	Figura 45 - Projeto original Hospital Santa Catarina.....	41	Figura 82 - Fachada nordeste.....	59
Figura 11 - Cadeiras de Parto.....	18	Figura 46 - Hospital Santa Catarina - 1981.....	41	Figura 83- Fachada sudoeste.....	59
Figura 12 - Parto Normal.....	18	Figura 47 - Hospital Santa Catarina - 2018.....	41	Figura 84- Fachada noroeste.....	59
Figura 13 - Cesárea.....	18	Figura 48 - Evolução da forma do HMISC.....	41	Figura 85- Estudo da insolação.....	59
Figura 14 - Pilates.....	22	Figura 49 - Esquema de setorização do HMISC.....	42	Figura 86- Fachada sudeste.....	60
Figura 15 - Hidroginástica.....	22	Figura 50 - Fachada Principal da Maternidade.....	43	Figura 87- Perspectiva Centro Parto.....	60
Figura 16 - Yoga.....	22	Figura 51 - Fachada Fundos Maternidade.....	43	Figura 88- Perspectiva Cascata Centro de Parto.....	61
Figura 17 - Fachada Principal Birth Centre - Canadá.....	28	Figura 52 - Setorização do Centro Obstétrico (Maternidade).....	44	Figura 89- Perspectiva Fachada dos Fundos.....	61
Figura 18 - Implantação Birth Centre - Canadá.....	28	Figura 53 - Fachada Hospital Infantil Nemours.....	46		
Figura 19 - Implantação Projeto Birth Centre - Canadá.....	28	Figura 54 - Criança trocando as cores do quarto.....	46	Tabela 01 - Ambientes mínimos e áreas mínimas para um centro de parto.....	27
Figura 20 - Projeto Arquitetônico Birth Centre - Canadá.....	29	Figura 55 - Terraço Hospital Infantil Nemours.....	46	Tabela 02 - População do bairro Operária Nova - 20.....	39
Figura 21 - Implantação Brent Birth Centre - Londres.....	30	Figura 56 - Salas de Convivência Hospital Infantil Nemours.....	46	Tabela 03 - Índices urbanísticos.....	40
Figura 22 - Fachada Leste Brent Birth Centre - Londres.....	30	Figura 57 - Implantação Hospital Infantil Nemours.....	46	Tabela 04 - Programa do HMISC.....	42
Figura 23 - Fachadas voltadas ao jardim interno Brent Birth Centre - Londres.....	30	Figura 58 - Jardins Hospital Infantil Nemours.....	46	Tabela 05 - Programa Proposto.....	50
Figura 24 - Cozinha Brent Birth Centre - Londres.....	31	Figura 59 - Fachada Hospital da Rede Sarah - Salvador.....	47		
Figura 25 - Sala de Espera Brent Birth Centre - Londres.....	31	Figura 60 - Jardins e Tubulações Hospital Rede Sarah - Salvado...47			
Figura 26 - Quarto PPP Brent Birth Centre - Londres.....	31	Figura 61 - Sistema de ventilação dos hospitais da Rede Sara.....47			
Figura 27 -Projeto Arquitetônico Brent Birth Centre - Londres....31		Figura 62 - Planta baixa dos quartos PPP ¹ Hospital HM Nuevo Belén.....	48		
Figura 28 - Fachada Casa Ângela.....	32	Figura 63 - Quarto PPP Rosa Hospital HM Nuevo Belén.....	48		
Figura 29 - Implantação Casa Ângela.....	32	Figura 64 - Quarto PPP Azul Hospital HM Nuevo Belén.....	48		
Figura 30 - Estudo da Fachada da Casa Ângela.....	32	Figura 65 - Quato PPP Hospital de Getafe.....	48		
Figura 31 - Sala Multifuncional Casa Ângela.....	33	Figura 66 - Quarto PPP Hospital HM Puerta Del Sur.....	48		
Figura 32 - Quarto de Parto Casa Ângela.....	33	Figura 67 - Estudo das conexões em planta.....	52		
Figura 33 - Sala de Espera Casa Ângela.....	33	Figura 68 - Estudo das conexões em corte.....	52		
Figura 34 - Sala de reanimação neonatal Casa Ângela.....	33	Figura 69 - Implantação geral.....	53		
Figura 35 - Croqui Esquemático planta baixa Casa Ângela.....	33	Figura 70 - Implantação Centro de Parto.....	53		
		Figura 71 - Perspectiva da implantação.....	53		
		Figura 72 - Estudos da volumetria.....	54		

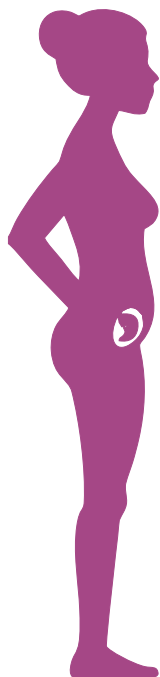
LISTA DE SIGLAS

AMREC	Associação dos Municípios da Região Carbonífera	PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária	PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
ATSCAM	Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno	PIM	Primeira Infância Melhor
CBCA	Companhia Brasileira Carbonífera de Araranguá	PPP	Pré-parto, Parto, Pós-parto
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	PSMI	Programa de Saúde Materno Infantil
CES	Centro de Especialidades	PSMI	Programa de Saúde Materno Infantil
CGBP	Casa de Gestante, Bebê e Puérpera	RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
CORSAMI	Coordenação de Saúde Materno Infantil	RN	Recém Nascido
CPMI	Coordenação de Proteção Materno Infantil	UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
CPN	Centro de Parto Normal		
CPNi	Centro de Parto Normal Intra-Hospitalar		
CPNp	Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar		
CSC	Coordenação e Saúde da Criança e do Adolescente		
CSM	Coordenação de Saúde da Mulher		
DAB	Departamento de Atenção Básica		
DAMI	Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância		
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil		
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil		
DML	Deposito de Material de Limpeza		
DNCr	Departamento Nacional da Criança		
DPMI	Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância		
HEMOSC	Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina		
HMISC	Hospital Materno Infantil Santa Catarina		
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística		
INAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno		
IPAT	Instituto de Pesquisas Ambientais e Tecnológicas		
OMS	Organização Mundial da Saúde		
PAISC	Programa e Assistência Integral à Saúde da Criança		
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher		

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 APRESENTAÇÃO

1.1 INTRODUÇÃO	9
1.1.1 Temática.....	9
1.2 PROBLEMÁTICA	10
1.2.1 Riscos da Cirurgia Cesariana.....	10
1.2.2 Índices de tipos de parto no estado de Santa Catarina e no município de Criciúma.....	10
1.3 JUSTIFICATIVA.....	11
1.4 OBJETIVOS.....	12
1.4.1 Objetivo Geral.....	12
1.4.1.1 Objetivos Específicos.....	12
1.5 METODOLOGIA.....	13



CAPÍTULO 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 SAÚDE PÚBLICA VOLTADA AO NASCIMENTO.....	15
2.1.1 Contexto Mundial.....	15
2.1.2 Contexto Nacional.....	15
2.2 GESTAÇÃO.....	17
2.3 HISTÓRIA DO PARTO.....	18
2.4 CAUSAS DO GRANDE NÚMERO DE CASÁREAS.....	19
2.5 PROCESSO DO PARTO.....	20
2.6 CUIDADOS COM A GESTANTE.....	21
2.6.1 Profissionais de atendimento ao pré-parto, parto e puerpério.....	21
2.6.2 Exercícios para gestante.....	22
2.6.3 Curso de Gestante.....	23
2.6.3.1 Curso de Gestante na cidade de Criciúma.....	23
2.7 ARQUITETURA E A HUMANIZAÇÃO.....	24
2.7.1 Arquitetura para o nascimento.....	24
2.7.2 Humanização dos EAS.....	25
2.8 CENTRO DE PARTO.....	26
2.8.1 Estudo de Caso.....	28
2.8.1.1 Birth Centre - Canadá.....	28
2.8.1.2 Brent Birth Centre - Londres.....	30
2.8.1.3 Centro de Parto Casa Ângela - São Paulo.....	32



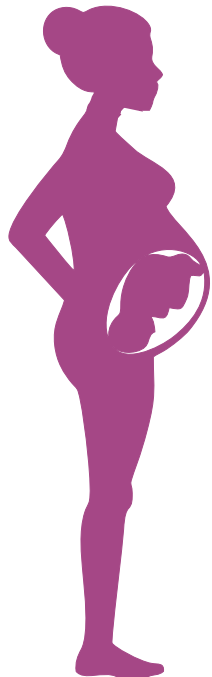
CAPÍTULO 3 CONTEXTUALIZAÇÃO URBANA

3.1 LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO E CONTEXTO REGIONAL.....	35
3.2 HOSPITAIS E MATERNIDADES DA AMREC.....	36
3.3 HISTÓRIA E EVOLUÇÃO URBANA DE CRICIÚMA.....	37
3.4 MACRORECORTE.....	38
3.5 RECORTE.....	39
3.6 PARÂMETROS URBANÍSTICOS.....	40
3.7 HOSPITAL MATERNO INFANTIL SANTA CATARINA - HMISC.....	41



CAPÍTULO 4 ANÁLISE PROPOSITIVA

4.1 REFERENCIAIS ARQUITETÔNICOS	46
4.1.1 Hospital Infantil Nemours - Orlando.....	46
4.1.2 Hospital da Rede Sarah - Salvador	47
4.1.3 Arquitetura para Maternidades.....	48
4.2 ASPECTOS CONCEITUAIS DO TEMA	49
4.2.1 O que é?.....	49
4.2.2 Quem são os Usuários do Equipamento?	49
4.2.3 Quais as Atividades Oferecidas?.....	49
4.2.4 Quando Funciona?.....	49
4.2.5 O que Possui?.....	49
4.2.6 Média de Público a Ser Atendido.....	49
4.2.7 Escalas de Abordagem.....	49
4.3 PROGRAMA DE NECESSIDADES.....	50



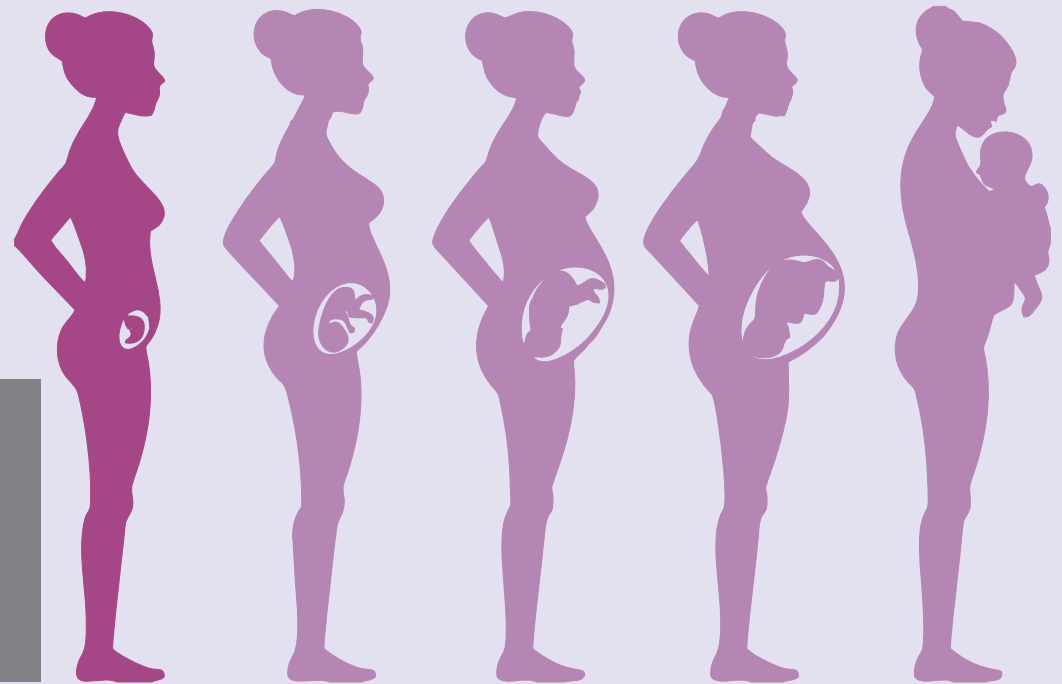
CAPÍTULO 5 PARTIDO

5.1 CONDICIONANTES E DIRETRIZES.....	52
5.1.1 Condicionantes.....	52
5.1.2 Diretrizes.....	52
5.2 IMPLANTAÇÃO.....	53
5.3 ESTUDOS DA VOLUMETRIA.	54
5.4 SUBSOLO.....	55
5.5 TÉRREO E CORTE A-A.....	56
5.6 2ºPAVIMENTO E CORTE B-B.....	57
5.7 FACHADAS E PERSPECTIVAS.....	58
CONCLUSÃO.....	62
REFERÊNCIAS.....	63



CAPÍTULO 1

Apresentação



Todo ser humano tem direito a saúde e bem-estar segundo a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. Esse direito deve ser atendido desde o nascimento, permitindo o acesso de todos, independentemente de sua condição financeira.

A Constituição Federal brasileira de 1988 inclui a maternidade dentre os Direitos Sociais, garantindo à mulher o exercício de sua função biológica.

No Art. 227 da Constituição inciso 1º

§ 1º O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, admitida a participação de entidades não governamentais e obedecendo aos seguintes preceitos:

I - aplicação de percentual dos recursos públicos destinados à saúde na assistência materno-infantil;

Com o objetivo de priorizar esse direito, veio a ideia da criação de uma instituição: o Centro de Parto Humanizado e Cuidados com a Gestante. Assegurando um atendimento tido como humanizado, com segurança e bem-estar.

O termo Humanizado, vem sendo utilizado desde o início da primeira década do século XXI com frequência nas literaturas sobre saúde. Percebe-se também presente nos programas de saúde do Governo Federal Brasileiro. No discurso do Ministério da Saúde, sobre a Política Nacional de Humanização, não apresenta um claro conceito do termo, mas podemos encontrar a terminologia com seus significados com diferentes autores. (WALDOW; BORGES, 2009).

Humanizar “*tornar humano, dar condição humana*” e também “*tornar benévolo, afável, tratável*”. Humano vem de natureza humana, sendo “*bondoso, humanitário*”. (WALDOW; BORGES, 2009).

As definições de humanização convergem para um sentido único, ou seja, que humanização, humanidade e humanizar são tornar humano, dar condições humanas, agir com a bondade natural. E quando pensadas com relação à qualificação de uma conduta ou um cuidado[...] (OLIVEIRA; ZAMPIERI; BRUGGEMANN, 2001).

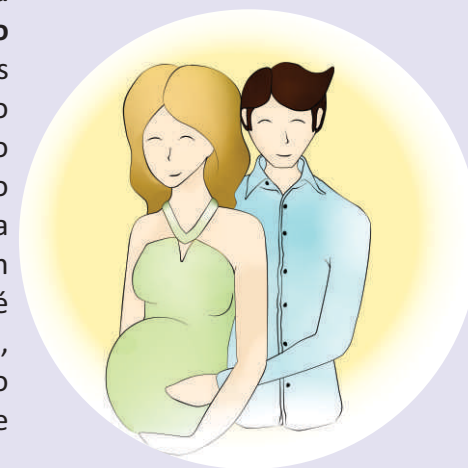
Já o cuidado é um ideal ético, tem a conotação de interessar-se pelo outro, englobando atos, comportamentos e atitudes. Comportamentos básicos de cuidar que são: compaixão, competência, confiança, consciência e compromisso (WALDOW; BORGES, 2009).

Entre cuidado e humanização, pode-se tratar o cuidado como uma atitude e ação que deve ser realizada de forma humanizada, sendo assim uma consequência da humanização. (WALDOW; BORGES, 2009).

A partir disso, o presente trabalho traz as pesquisas relacionadas ao tema do parto e do centro de parto, justificando a implantação do mesmo no município de Criciúma, levantando quais aspectos são relevantes para a implantação da instituição em relação a arquitetura, chegando na etapa de partido para embasar o processo do projeto que terá continuidade no TFG-II.

1.1.1 Temática

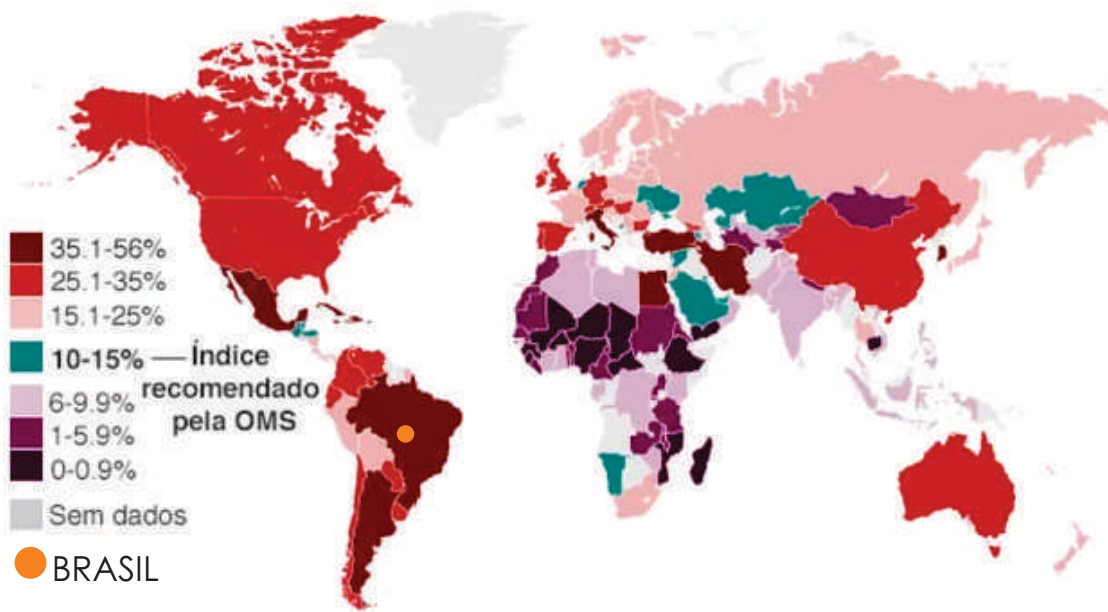
A temática de **Arquitetura para Saúde Pública, voltada ao Nascimento** tem como objetivo assegurar os direitos materno-infantis. Embasado nas políticas públicas do Governo Federal, através da humanização do nascimento e ainda com incentivo a diminuição de cirurgias cesarianas sem indicação médica real, a qual é considerada uma epidemia no país, utilizando a arquitetura para criação do espaço de qualidade, tornando-se mediadora para os objetivos.



Fonte: Verônica Freitas

1.2 PROBLEMÁTICA

Figura 01 - Índice de cesárias no mundo no ano 2015



Fonte: G1-com base na OMS

A grande quantidade de cesáreas em todo o mundo, é tema de preocupação para a OMS¹. Sendo que em grande parte dos países do mundo seu índice é maior que o recomendado, que é entre 10 a 15% dos nascidos (figura 01).

O Brasil é um dos países líderes do procedimento cirúrgico no mundo. Um sinal de alerta para o Ministério da Saúde brasileiro, que vem por diversos meios, incentivando a diminuição desse índice, que no ano de 2016 foi de 55,39% dos partos de acordo com DATASUS.

1.2.1 Riscos da cirurgia cesariana

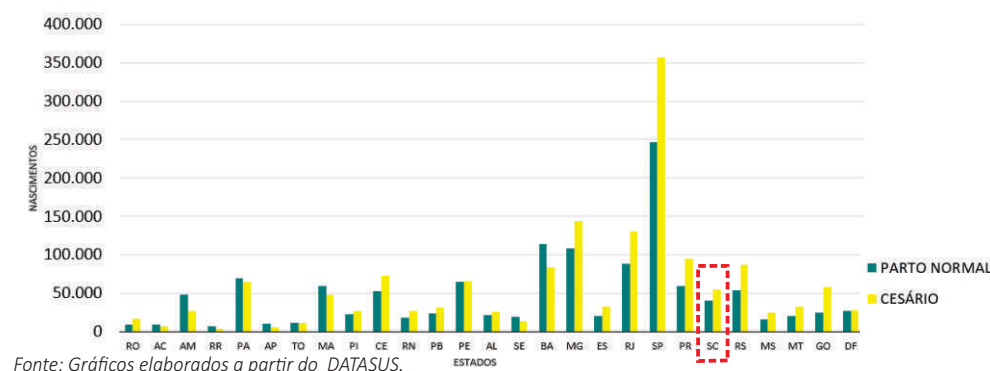
- ✗ Prematuridade, necessidade de internação na UTI;
- ✗ Problemas no sistema de defesa do bebê, que podem levar ao desenvolvimento de doenças como asma, obesidade e doenças autoimunes ao longo da vida;
- ✗ Para a mãe, risco de hemorragia, infecção e reação à anestesia durante a cirurgia;
- ✗ Problemas para amamentar;
- ✗ Aderência da placenta ao útero,
- ✗ Endometriose²;
- ✗ Problemas para a fertilidade.

1.2.2 Índices de tipos de parto no estado de Santa Catarina e no município de Criciúma

Na maioria dos estados brasileiros a quantidade de cesáreas em relação ao parto normal prevalece entre os nascidos vivos totais. Como pode se destacar que é o caso do estado de Santa Catarina (figura 02).

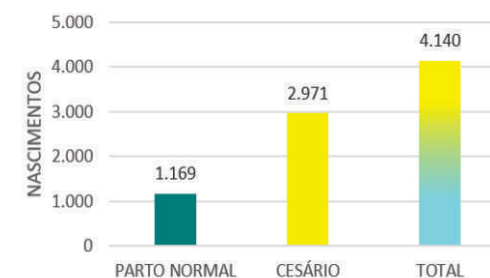
Em Criciúma no ano de 2016 a quantidades de cesárias corresponde cerca de 71,76% dos nascidos vivos (figura 03). Muito longe do índice considerado normal pela OMS, de 10 a 15%.

Figura 02 - Tipo de parto dos nascidos vivos dos estados brasileiros em 2016



Fonte: Gráficos elaborados a partir do DATASUS.

Figura 03 - Tipo de parto dos nascidos vivos em Criciúma 2016



Fonte: Gráficos elaborados a partir do DATASUS.

1- Organização Mundial da Saúde

2-De acordo SAS/MS é uma doença ginecológica definida pelo desenvolvimento e crescimento de estroma e glândulas endometriais fora da cavidade uterina.

1.3 JUSTIFICATIVA

Atualmente em Criciúma o atendimento às gestantes, com o dito parto humanizado, se concentram nos hospitais particulares do município. Sendo os hospitais São João Batista, São José e a Unimed (figura 04 e 05).

Na rede Pública, a Maternidade do Hospital Santa Catarina, que será inaugurada no ano de 2018, vai concentrar apenas partos cesáreas e normais na posição horizontal, onde o contato da gestante com a instituição será apenas na hora do parto.

Com o apanhar dos dados sobre os altos índices de cesáreas na cidade, observou-se a importância do incentivo ao parto normal. O qual também recebe apoio do governo federal para implantação do mesmo, para o atendimento via SUS, através do programa Rede Cegonha.

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde (figura06), que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério¹, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. (DAB²).

Com essas informações, pode-se justificar a criação de um Centro de Parto Humanizado e Cuidados com a Gestante em Criciúma, que possibilite o atendimento das pacientes via SUS, permitindo a escolha e autonomia da paciente em seu parto. Com apoio dos profissionais envolvidos, em um ambiente propício e acolhedor.

Figura 04 - Sala de parto São João Batista



Fonte: São João Batista

Figura 05 - Unimed



Fonte: Unimed

Figura 06 - Rede cegonha



Fonte: SUS

1- É o período pós-parto que abrange desde o dia do nascimento do bebê até a volta da menstruação da mulher.

2- Departamento de Atenção Básica

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

Elaborar um anteprojeto de um Centro de Parto Humanizado, que venha atender as gestantes da cidade de Criciúma e região. Proporcionando que o controle do parto seja da paciente gestante, diminuindo os índices alarmantes da quantidade de cesarianas.

1.4.1.1 Objetivos específicos

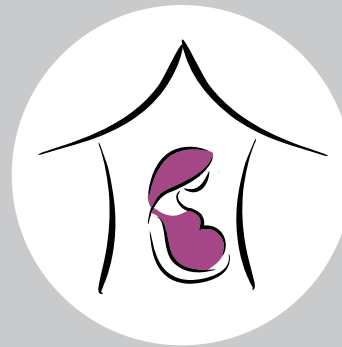
Realizar leitura sobre a temática, construindo embasamento teórico sobre assuntos referentes ao processo da gestação ao parto.



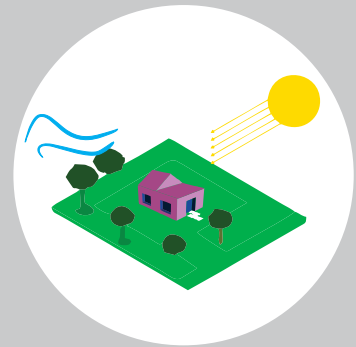
Analisar os aspectos necessários para escolha do local de implantação do centro de parto.



Interpretar como a arquitetura pode influenciar no processo de humanização do parto. Levantando as condicionantes elaborando diretrizes, definindo programa e materialidade.



Desenvolver um partido que atenda ao programa proposto levando em consideração as condicionantes do local.



1.5 METODOLOGIA

1ª ETAPA

Pesquisas aprofundadas sobre dados e métodos do nascimento. Índices relevantes de partos e formas de nascimento em relação a escala brasileira, estadual e municipal de Criciúma. Pesquisas em referenciais teóricos e de projeto. Embasar-se em normas, além do manual do programa da Rede Cegonha, que traz parâmetros diversos de áreas e os ambientes necessários ao projeto arquitetônico. Além de bibliografias sobre o tema da humanização do parto, além de entrevista com profissionais da área da saúde de Criciúma, além das instituições de saúde presentes no município.

Pesquisas

Referenciais

Partido

2ª ETAPA

Escolher o recorte onde será implantado a instituição, de acordo com as necessidades do Centro de Parto, com sua acessibilidade, abrangência e impacto ao entorno do local.

Desenvolver o partido arquitetônico, levantando as condicionantes e criando diretrizes que deem embasamento para a criação da proposta, suprimindo as necessidades do programa e que abarque os objetivos propostos até o final do TC-I.

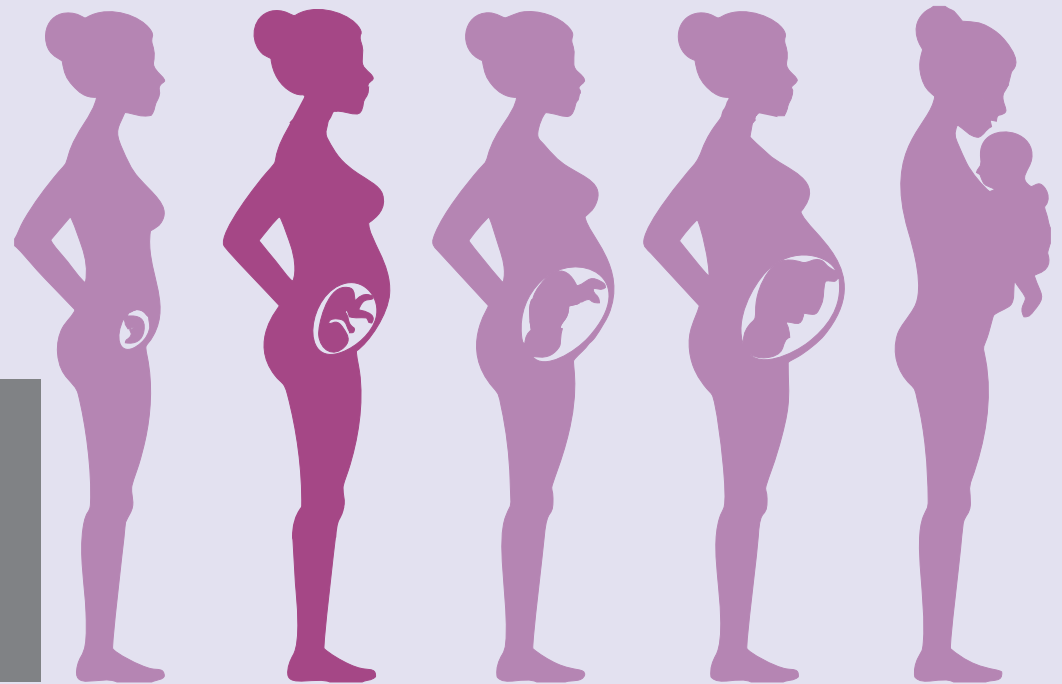
3ª ETAPA

Desenvolver o anteprojeto arquitetônico do Centro de Parto Humanizado e Cuidados com a Gestante na etapa de TC-II

**Anteprojeto
Arquitetônico**

CAPÍTULO 2

Fundamentação Teórica



2.1 SAÚDE PÚBLICA VOLTADA AO NASCIMENTO

2.1.1 Contexto Mundial

Na Europa, a partir século XVIII, surgiram as primeiras políticas públicas de saúde, através de grandes transformações políticas, econômicas e sociais, voltadas ao controle social, privilegiando a higiene, infância e medicalização¹ da família. Nesse mesmo período, as famílias começaram a se organizar em relação a criança, dando-lhe certa importância. (COSTA et al., 2010).

Assim, nesse período surgiu um marco da separação do mundo da infância para o dos adultos. E também com o novo sistema econômico do capitalismo, o aumento da população se tornou algo importante, para aumento de produtividade e também dos exércitos. (COSTA et al., 2010).

A institucionalização do parto foi uma das medidas implementadas para exercício do controle estatal, de modo a controlar e monitorar o desenvolvimento da população. A partir disso, houve a compreensão sobre os processos fisiológicos e patológicos da gestante, do parto e do recém-nascido. Possibilitando assim o avanço tecnológico e científico, melhorando a condição materno-infantil. (COSTA et al., 2010).

2.1.2 Contexto Nacional

No Brasil, a história da saúde materno infantil foi construída ao longo de diversas épocas, passando por várias gestões e programas do governo.

Nos anos de 1937 a 1945, governado por Getúlio Vargas, foi implantado o primeiro programa de defesa à saúde materno infantil brasileiro, com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil, como estratégia de aumento da população, sem preocupação com a qualidade da reprodução humana ou as condições de saúde da mulher, que era vista apenas como fonte de reprodução. (BRASIL, 2011 apud CASSIANO et al., 2013).

Em relação a atenção a saúde da mulher e da criança, apenas na década de 1975 foi implantado o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), que de fato auxiliou na redução da mortalidade infantil, que passou de 100 mortos a cada 1000 nascimentos, para 82,9 no ano de 1980. E também por meio da esterilização feminina houve um controle de natalidade. (BRASIL, 1975 apud CASSIANO et al., 2013).

Apesar dos avanços, os programas passaram a ser criticados pelos movimentos feministas brasileiros, contribuindo assim, para que fosse introduzido na agenda de política nacional, temas como: desigualdade social entre homens e mulheres, sexualidade, dificuldades relacionadas à anticoncepção, doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho doméstico. (ÁVILA; BLANDER, 1991 apud CASSIANO et al., 2013)

Em 2000 foi lançado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que teve como elementos estruturadores a humanização e o respeito aos direitos reprodutivos. O PHPN foi implantado com o objetivo de reduzir a morbimortalidade² materna e neonatal, propiciando um atendimento humanizado e de melhor acesso, acompanhamento do pré-natal de qualidade, dando assistência ao parto e puerpério das gestantes e do recém-nascido. Outra ação do programa é o alojamento conjunto, onde todo bebê que nascer com boas condições de saúde deve permanecer em contato com a mãe, durante todo o tempo e não só durante a amamentação. (SANTOS NETO et al., 2008 apud CASSIANO et al., 2013)

Entre algumas das conquistas adotadas na humanização do parto e nascimento, está a Lei nº 11.108, de abril de 2005, que garante à parturiente um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. (BRASIL, 2005 apud CASSIANO et al., 2013).

Em relação as cesarianas, suas práticas foram estimuladas pelos governos anteriores, tornando-se hoje um grande problema de saúde pública, a qual passou a ser desencorajada atualmente, dando então incentivo as políticas de parto natural. (CASSIANO et al., 2013). Na figura 07 se apresenta a linha do tempo desse contexto

1- é o processo pelo qual o modo de vida dos homens é apropriado pela medicina e que interfere na construção de conceitos, regras de higiene, normas de moral e costumes prescritos – sexuais, alimentares, de habitação – e de comportamentos sociais.

2- é um conceito complexo que provém da ciência médica e que combina dois subconceitos como a morbidade e a mortalidade. A morbidade é a taxa de portadores de determinada doença em relação à população total estudada, em determinado local e em determinado momento.

2.1 SAÚDE PÚBLICA VOLTADA AO NASCIMENTO

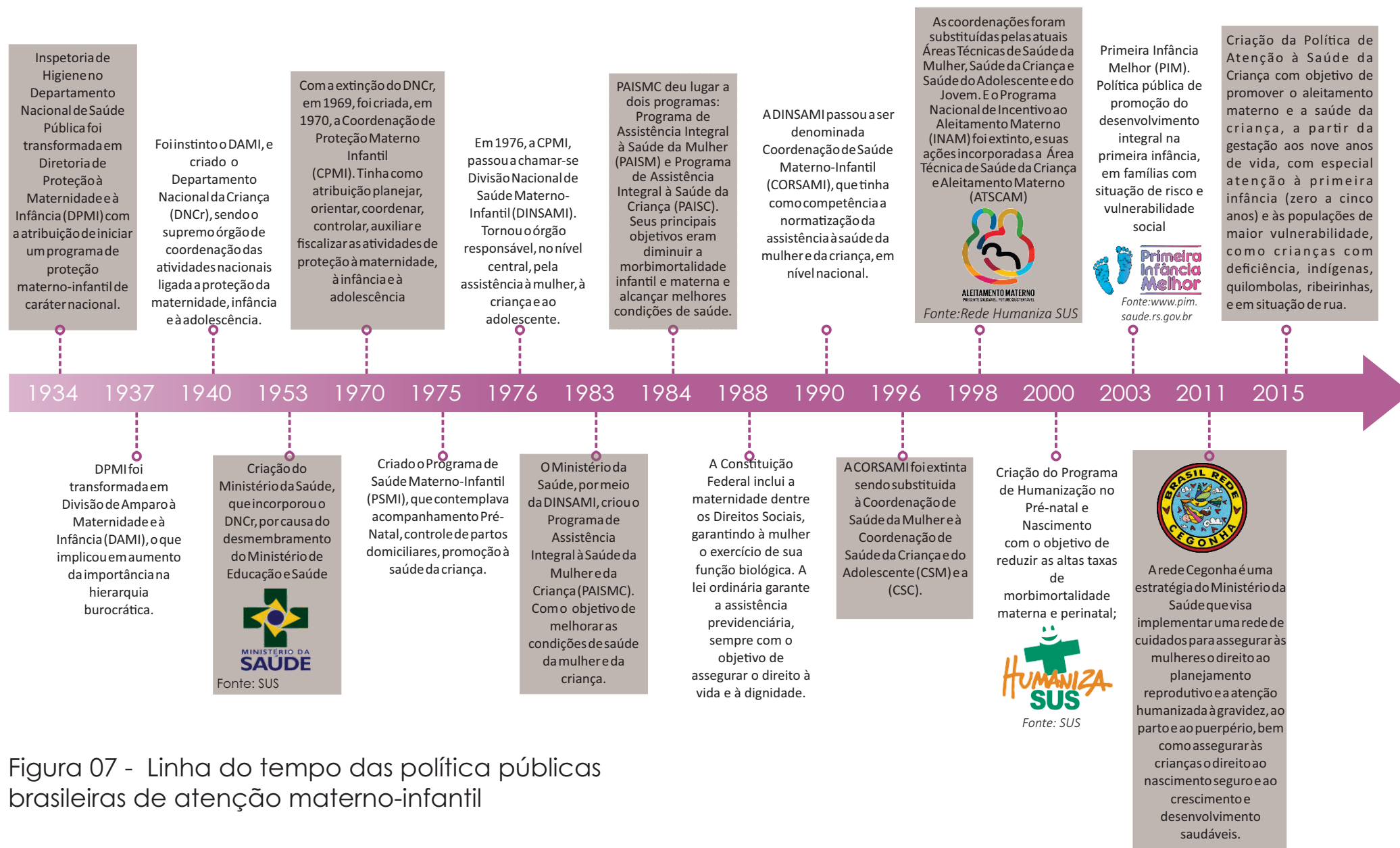


Figura 07 - Linha do tempo das políticas públicas brasileiras de atenção materno-infantil

2.2 GESTAÇÃO

A gestação é uma fase importante na vida da mulher, sendo um período de mudanças físicas e emocionais. Seu acompanhamento (pré-natal) por atendimentos multidisciplinares é necessário para sua saúde e a do bebê. Tendo início em fase precoce, para que as medidas profiláticas tenham um alcance maior. (SILVA, 2013).

O pré-natal se inicia quando a mulher eumenorreica¹ e com vida sexual ativa, tem atraso menstrual por um período de dez ou mais dias, sendo assim solicitados exames laboratoriais confirmatórios. (SOUZA; MENDOÇA; TORRES, 2012 apud OLIVEIRA; BARBOSA; MELO, 2016).

O acompanhamento pré-natal recomendado, é de que sejam realizadas consultas mensais até a 28ª semana, de quinze em quinze dias, da 28ª a 36ª semana e semanalmente até o nascimento. (COREN, 2013 apud OLIVEIRA; BARBOSA; MELO, 2016).

Pode-se dividir o período da gravidez em três trimestres, com diferentes características, sendo:

1º Trimestre (da semana 1ª à 13ª)



A gestante pode perceber a gravidez, antes mesmo de ter confirmação através do exame clínico. Não é algo raro da parturiente ter a percepção das alterações bioquímicas e corporais, expressando essa captação em forma de sonhos ou “intuições”. (MALDONADO, 1997).

Após a confirmação da gravidez, podem surgir sentimentos contraditórios, de querer ou não esse processo de transformação, até mesmo na gravidez planejada. (MALDONADO, 1997).

Nesse trimestre, é o período de desenvolvimento do feto e as alterações no corpo da mulher são muito discretas. Sendo comum também a sensação do feto não estar devidamente “preso” no útero. (MALDONADO, 1997).

Outra manifestação comum é a hipersonia, onde a mulher sente a necessidade de dormir mais do que normalmente. Náuseas e vômitos também são sintomas do início da gestação. Pode-se também ter manifestações um tanto peculiares, como desejo intenso por um alimento que não tinha antes ou até aversões por outras coisas que ainda não foram sentidas. (MALDONADO, 1997).

O aumento do apetite é comum, que pode atingir graus extremos, causando o aumento de peso. As oscilações de humor também já podem estar presentes nesse período e também o aumento da sensibilidade do olfato, paladar e audição. (MALDONADO, 1997).

2º Trimestre (da semana 14ª à 26ª)



Sendo considerado o mais estável trimestre, os movimentos fetais são o fenômeno central do período. No qual o bebê passa a ter uma relação maior com a mãe, criando interpretações próprias como uma comunicação entre a gestante e o feto. (MALDONADO, 1997).

É também nesse momento que a relação do parceiro da gestante com o bebê torna-se mais possível, através dos movimentos sentidos ao tocar na barriga da gestante. Para o parceiro pode surgir sentimentos distintos, tanto positivos quanto negativos, como em relação a atenção da mãe que vai ficar exclusiva ao bebê, mas também o de perceber o desenvolvimento do sentimento paterno. (MALDONADO, 1997).

Nesse período também, a mulher sente que o ritmo do seu organismo torna-se mais lento, sentindo-se por vezes menos disposta. Também sente a necessidade de receber mais afeto e atenção do parceiro. (MALDONADO, 1997).

A quantidade de exames nesse trimestre, também aumenta. (LISBOA, 2013).

3º Trimestre (da semana 27ª até o término da gestação)



Nesse período, o nível de ansiedade tende a aumentar com a mudança da rotina e a proximidade com o parto.

Com sentimentos contraditórios, de ter logo o bebê e ao mesmo tempo de prolongar a gravidez e também temores com o nascimento e sobre a saúde do feto. (MALDONADO, 1997).

Nesse trimestre são realizados os exames pré-parto e ocorrem os preparativos para o nascimento. Há o aumento do cansaço da gestante e o aumento do abdômen, causando mudanças físicas e fisiológicas. (LISBOA, 2013).

O nascimento do bebê normalmente fica entre a 37ª e a 42ª semana.



1- É o ciclo menstrual normal com intervalo menstrual de 24 a 30 dias

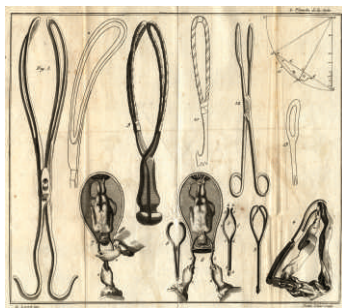
2.3 HISTÓRIA DO PARTO

Figura 08 - Partos Antigos



Fonte: doulaeluz.blogspot.com

Figura 09 - Fórceps



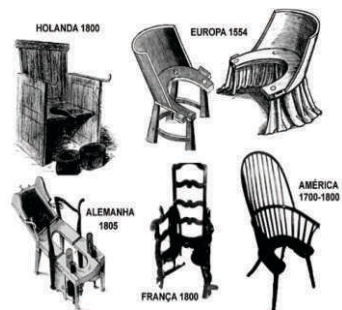
Fonte: Instituto Nascer

Figura 10 - Médico x Parteira



Fonte: Instituto de Medicina Materno Fetal

Figura 11 - Cadeiras de Parto



Fonte: Instituto de Medicina Materno Fetal

Figura 12 - Parto Normal



Fonte: alunosonline.uol.com.br

Figura 13 - Cesárea



Fonte: dicas gestantes

Para se entender como são usados os métodos de parto atuais, pode-se destacar alguns pontos relevantes da história:

De acordo com Helman (2003 apud VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2016), em todas as culturas, durante o trabalho de parto, as mulheres eram assistidas por uma ou mais pessoas, que no início prevaleciam as do sexo feminino.

Segundo Maldonado (1997), o parto era considerado um assunto de mulheres, havia a presença da parteira, e a mãe da parturiente (figura 08).

Houve uma mudança desses métodos, a partir da criação do fórceps (figura 09), instrumento no qual serve para extrair o bebê em casos de partos que tenham risco a vida materna e perinatal. (MALDONADO, 1997).

Entre o século XVI e XVII, as parteiras foram perdendo seu espaço para o cirurgião na assistência ao parto (figura 10). (MALDONADO, 1997).

As mulheres então foram afastadas dos seus saberes em relação ao parto. (TORNQUIST, 2002 apud VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2016).

A medicação do parto, como o uso de anestesia, surge junto com a cesariana. A partir do momento que a cirurgia não representava um alto índice de óbitos maternos, se torna efetiva no Brasil (figura 13). (MALDONADO, 1997).

De acordo com Spink (2012, apud VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2016), um dos fatores que contribuiu para o afastamento da parteira e a efetivação do papel do médico, foi o período de caça às bruxas, nos séculos XIV e XVII, pois as parteiras causavam incomodo às autoridades da época, por intervirem dando conselhos e amenizando a dor do parto, em uma época que acreditava-se que a mulher deveria sofrer a punição do pecado original.

Com a institucionalização do parto, houve um afastamento da sociedade e dos familiares do nascimento, pois o ambiente hospitalar não foi planejado para tal. (DINIS, 2001; OMS, 1996; apud VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2016).

Segundo Tornquist (2002, apud VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2016), o parto foi retirado do lar, e passou a ser realizado no hospital, tirando da mulher seus direitos de privacidade, do poder do processo e de seus acompanhantes.

Além disso a obstetrícia ocidental foi o que influenciou a mulher a dar a luz deitada. (HELMAN, 2003, apud VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2016).

A partir da década passada, começou a ser implantado no Brasil o modelo de assistência obstétrica recomendado pela OMS. Com os Centros de Parto Normal (figura 12). (MACHADO; PRACA, 2006, apud VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2016)

2.4 CAUSAS DO GRANDE NÚMERO DE CESÁREAS

Para explicar sobre a epidemia de cesariana no Brasil, foram destacadas algumas opiniões sobre profissionais da área do parto, através do documentário O Renascimento do Parto (2013).

De acordo com a Médica Obstetra Fernanda Macedo¹ (2013) há uma lógica cultural e econômica para esse número exacerbado. A paciente tem uma visão de que o parto cesáreo é mais controlado, de que não há riscos.

Ainda, ao se perguntar para as mulheres no pós-parto, muitas vezes elas acreditam que tiveram uma indicação de cesariana, mas quando os médicos são questionados, dizem que a cesariana foi a escolha da paciente. (AMORIM, 2013²).

A maioria das mulheres, no começo da gravidez, falam sobre sua vontade de ter parto normal, mas ao decorrer do pré-natal, é que essa ideia muda. E por motivos muitos sutis, como por simples comentários. Por exemplo sobre o tamanho do bebê, idade e peso da mãe. (DUARTE, 2013³).

Em relação ao médico, a cesárea é muito mais fácil, pois é cerca de 15 ou 20 minutos do seu tempo. Após isso, ele pode voltar ao seu consultório e atender seus pacientes. (FLOYD, 2013⁴).

O tempo que se passa assistindo um parto é incompatível com as agendas dos consultórios dos profissionais. Então muitas cesáreas são realizadas por conveniência médica. (AMORIM, 2013²).

Além disso, o valor que um plano de saúde paga para um parto, não compensa desmarcar um consultório inteiro, o médico ganha mais em uma tarde consultando. (MACEDO, 2013⁵)

De acordo com o Grupo de Apoio Gama⁶, pela porta voz a obstetriz Ana Cristina Duarte (2012), podemos destacar os problemas que desencadeia as cesarianas no Brasil.

Pagamento por Produtividade: muitos dos plantões médicos são remunerados pela produtividade. Se o trabalho de parto começar com uma equipe de profissionais, mas por mudança do turno, nascer com a outra equipe, a que fez o parto é que receberá.



Falta de anestesista ou de obstetra: em cidades menores, onde não há equipe de profissionais residindo, as cesarianas são marcadas durante a semana, a fim de garantir que a mulher não entre em trabalho de parto no momento que não há profissionais.

Pacotinho cesárea no SUS: prática ilegal que alguns médicos tem, de vender cesarianas dentro do SUS, pago diretamente ao médico, onde ele agenda a cesárea.



Ausência de analgesia de parto: mesmo sendo um direito legal de analgesia, em prática, na rede pública muitas mulheres não tem o direito atendido. Por esse motivo, com medo de um parto torturante, muitas gestantes fogem do parto normal na rede SUS.

Estrutura dos hospitais privados: o lucro da maternidade é o agendamento prévio da cesariana. Recebendo mais por esse procedimento. O parto normal ocupa sala, enfermagem e profissionais por excesso de tempo, sendo ainda um procedimento menos remunerado.



Medo das mulheres: depois da gestante ouvir inúmeros depoimentos de violência obstétrica, com falta de informação dos processos de gravidez, de seus direitos, no final ela opta por arcar com custo de uma cesárea que está no patamar de 2.000 reais. Pois mais vale o custo, do que correr riscos de humilhação e dor.

Cultura da cesariana: em geral a cesárea é vista como algo melhor, mais seguro, mesmo pelas pessoas de grau educacional elevado. Visto como um bem de consumo pelas classes menos favorecidas, como procedimento de pessoas ricas.



Fator remuneração:

Com alguns fatores, podemos destacar sobre o porque a remuneração do profissional de plano de saúde é mais baixa no parto normal.

MÉDIA DE TEMPO CESÁREA: 30 a 60 minutos (hora marcada)

MÉDIA DE TEMPO TRABALHO DE PARTO: 10 a 15 horas (hora incerta)

MÉDIA DE GANHO DE UM MÉDICO DE PLANO POR PARTO INDEPENDENTE DO MÉTODO: 300 a 500 reais

VALOR PARA PAGAR UM SUBSTITUTO EM CASO DO MOMENTO DO PARTO ESTIVER EM PLANTÃO: 600 a 800 reais

CASO ESTEJA NA CLÍNICA, EM 6H DE ATENDIMENTO COM 20 PACIENTE E O VALOR SEJA 40 REAIS POR CONSULTA:

800 reais

1- Relato a partir do documentário .

2 - Melania Amorim, Médica Obstetra, Phd

3- Ana Cristina Duarte, Obstetiz

4- Rolbi Davis Floyd, Antropóloga, Phd

5- Fernanda Macedo, Médica Obstetra

6- Grupo de apoio a maternidade, ao parto normal e natural

2.5 PROCESSO DO PARTO

O tipo de parto é de acordo com as necessidades da gestante e do bebê, tendo uma gravidez de baixo risco, tem o direito de escolher a forma que quer parir, conhecendo todos os processos, riscos e benefícios de cada método.

Na hora do parto é importante, em relação ao ambiente, torna-lo calmo e acolhedor, estando em uma temperatura agradável, evitando que a parturiente passe frio. A gestante não deve ser privada, como passar fome ou sede. Deve ter liberdade para se movimentar para aliviar as dores.

Logo após o parto, o contato da mãe com o bebê é importante, para criação do vínculo entre ambos. O aleitamento no primeiro minuto de vida é outro ponto que deve ser respeitado, a fim de garantir ao bebê os nutrientes de proteção e evitar que haja problemas na amamentação futura.

2.4.1 Tipos de Parto



NATURAL

Nesse tipo de parto, o papel do médico ou da(o) enfermeira(o) obstetra, é de apenas assistir o decorrer do processo. Não há utilização de anestésias, não é feito episiotomia¹ e não há indução.



NORMAL

Conhecido também como vaginal, e realizado de acordo com a dilatação do colo do útero. A anestesia peridural pode ser usada no caso de dores intensas. Pode ser realizado episiotomia e medicação para indução. Podendo também em alguns casos a utilização do fórceps para retirada do bebê.



VERTICAL

Variação do parto natural ou normal. No qual a parturiente utiliza posições verticais, como: sentada, em pé, de joelhos ou cócoras. A posição auxilia na saída do bebê e alivia a dor das contrações.



NA ÁGUA

Variação do parto natural. Onde a parturiente fica dentro de uma banheira, que possibilita mais liberdade de movimento de sua bacia, aliviando a dor e facilitando a saída do bebê. Simula o ambiente intrauterino de modo a diminuir o impacto da mudança de ambiente para o bebê. Indicado para gravidez de baixo risco.



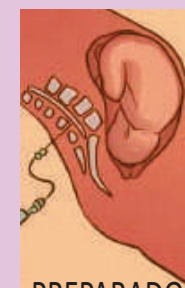
LEBOYER²

Parto no qual a maior preocupação é com o bebê, onde busca-se reduzir o impacto entre dentro e fora da barriga da mãe. Reproduzindo o ambiente intrauterino, com luz difusa, silêncio, música suave e contato direto da mãe e o bebê. Até mesmo o cordão umbilical é cortado depois de um tempo, enquanto isso o bebê fica sobre o ventre da mãe.



DOMICILIAR

Parto realizado na casa da parturiente. Apenas em gestações de baixo risco, com auxílio do médico ou da(o) enfermeira(o) obstetra.



PREPARADO

Também chamado de sem dor, com método psicoprofilático³, tem o objetivo principal de treinar a parturiente para participar de forma lúcida e cooperativa, sem nenhuma ou pouca anestesia.



CESÁREA

Procedimento cirúrgico, é indicado somente para partos de risco. Como por exemplo, pela posição do feto, deslocamento de placenta etc.

Fonte: Jornal o Tempo e Maldonado 1997

1- é uma incisão efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de parto.

2-Frédéric Leboyer foi um autor e médico obstetra francês conhecido pelo seu livro *Nascer Sorrindo* que popularizou o Parto Leboyer.

3- é toda atividade que, com base em um plano de análise psicológica e mediante o emprego de recursos e técnicas de psicologia

2.6 CUIDADOS COM A GESTANTE

Durante o período gestacional, a mulher está vulnerável, exposta a diversas exigências, sendo então uma fase de adaptação, com mudanças corporais, bioquímicas, hormonais, familiar e social. (MALDONADO, 1997)

Nesse processo de transformação, a contribuição dos estabelecimentos e dos profissionais da saúde, devem ir além de apenas contato momentâneo das consultas rotineiras. Para a humanização do atendimento, deve-se ter o cuidado com a paciente em diversos aspectos, a fim de garantir sua saúde, bem-estar e conhecimento sobre os processos decorrentes da gravidez.

Podemos então destacar os principais profissionais, exercícios e atividades que podem garantir esse cuidado:

2.6.1 Profissionais de atendimento ao pré-parto, parto e puerpério

Enfermeira(o) Obstetra

A obstetrícia é um conjunto de práticas tocológicas¹, que teve a origem de seus conhecimentos com as parteiras, tendo sua participação predominante de mulheres. Atualmente tendo formação universitária com especialização na área. Sendo habilitada para o atendimento de pré natal, parto normais sem distócia² e puerpério. (GARCIA; GARCIA; LIPPI, 2009).

No atendimento de um centro de parto, é a profissional que normalmente vai acompanhar os partos, avaliando o decorrer do processo do nascimento.



Fonoaudiólogo

Para muitas pessoas pode parecer estranho que um profissional de fonoologia tenha relação com gestação, porém, esse profissional é importante no pós-parto no processo de amamentação, contribuindo para o aleitamento materno. (CRIVELLARO, 2015).

Compõe a equipe multidisciplinar que acompanha a mãe e o bebê nos primeiros dias pós-parto. Encontrando posições confortáveis durante a mamada, ajudando na pega, com uma boa ordenha do seio, evitando fissuras e mamadas inefetivas. Além disso, o fonoaudiólogo com experiência neonatal é o profissional mais habilitado na avaliação do sistema motor (língua, lábios, palato, bochecha, sucção nutritiva e não nutritiva etc.) para os bebês com dificuldades. (CRIVELLARO, 2015).



Doula

É a profissional que acompanha a gestante antes, durante e pós parto. Trabalha com o diálogo, conhecendo a gestante, sua família e tradições.

Na parte física auxilia nos exercícios, técnicas de relaxamento, respiração, massagem, aromaterapia, rebozo³, entre outras técnicas que possa ajudar a gestante em todo o processo.

A doula tem acompanhamento do parto, independente do tipo, não sendo parte da equipe médica, nem tem função para o tal, ela é de escolha da parturiente. (NASCER AMOR, pela doula Gabriela Muller).

Benefícios da doula no acompanhamento da gestante segundo o estudo científico "mãe da mãe" de Klaus e Kennel (1993) são:

- Redução de 50% nos índices de cesariana.
- Redução de 25% na duração do trabalho de parto.
- Redução de 60% nos pedidos de analgesia peridural.
- Redução de 40% no uso de ocitocina.
- Redução de 40% no uso de fórceps.

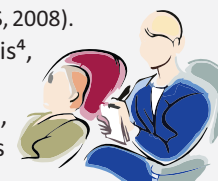


Psicólogo

A ansiedade é um componente emocional que pode acompanhar todo o período da gravidez. (BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006 apud KLEIN; GUEDES, 2008).

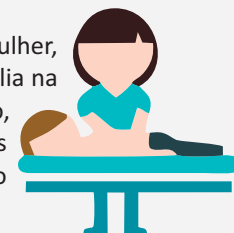
A gestação é o momento que envolve mudanças biopsicossociais⁴, de extrema relevância. (SOIFER, 1992 apud KLEIN; GUEDES, 2008).

Por esse fatores o acompanhamento psicológico é importante, de modo que possibilite a vivência mais equilibrada de todas as emoções. (KLEIN; GUEDES, 2008).



Fisioterapeuta

Por causa da gestação causar várias alterações no corpo da mulher, podendo gerar dores, desconforto e limitações, o fisioterapeuta auxilia na fisioterapia obstétrica, com exercícios de alongamento, respiração, relaxamento, além de fortalecimento de músculos específicos sobrecarregados na gravidez e preparo da musculatura abdominal e do assoalho pélvico ou períneo. (MARTINS, 2016).



1- Estudo dos partos; tratado a respeito dos partos

2- Qualquer problema, tanto de origem materna quanto fetal, que dificulte ou impeça o parto.

3- Espécie de xale ou corte de tecido utilizado para relaxar durante a gestação, no trabalho de parto e até no puerpério.

4- relativo a fatores biológicos, psicológicos e sociais

2.6 CUIDADOS COM A GESTANTE

2.6.2 Exercícios para gestante

Pilates

Pode ser realizado desde o 1º trimestre de gravidez, sendo excelente para fortalecer os músculos, como o das costas e pélvicos, preparando o corpo da mulher para a chegada do bebê. Seus benefícios para a gestação são:

- ☒ Combate a dor e o desconforto nas costas;
- ☒ Maior controle sobre o peso;
- ☒ Melhor condicionamento físico;
- ☒ Melhora a respiração;
- ☒ Melhora a circulação sanguínea;
- ☒ Maior oxigenação do bebê.

As aulas podem ser de 1 ou 2 vezes por semana, com duração de 30 a 60 minutos. (PINHEIRO, 2016).

Figura 14 - Pilates



Fonte: fisioterapia.com

Hidroginástica

Exercícios feitos dentro da água, que incluem, andar, correr, levantar os joelhos ou bater as pernas, podendo ser feito pela maioria das gestantes, indicado a partir do terceiro mês de gestação. Tendo os seguintes benefícios:

Figura 15 - Hidroginástica



Fonte: saudefortaleza.com.br

- ☒ Alivia e previne a dor nas costas, que ocorre devido ao peso da barriga;
- ☒ Promove o relaxamento físico e mental, diminuindo a ansiedade e estresse;
- ☒ Fortalece os músculos, incluindo os músculos do períneo, que é importante no momento do parto normal;
- ☒ Ajuda a controlar o peso dentro do adequado;
- ☒ Contribui para um sono mais calmo e profundo;
- ☒ Melhora a circulação, pois a posição adotada dentro da água promove o retorno venoso;
- ☒ Aumenta o equilíbrio corporal.

As aulas podem ser feitas de 2 a 3 vezes por semana com duração de 45 minutos. (BRUCE, 2017).

Yoga

É uma tradição indiana que utiliza um conjunto de práticas psicofísicas. Foi inserido no SUS por meio da Portaria 719, de 7 de abril de 2011, que criou o Programa de Academia de Saúde.

A yoga trás inúmeros benefícios no período pré-natal, como:

- ☒ Auxilia a construir a força muscular e flexibilidade;
- ☒ Pode reduzir o estresse e proporcionar um relaxamento profundo;
- ☒ Os exercícios auxiliam no controle da frequência respiratória através da respiração lenta e profunda;
- ☒ A meditação e o canto de mantras ajudam a acalmar a mente;
- ☒ A prática ajuda na correção da postura;
- ☒ Fortalecer a musculatura das costas;
- ☒ Tonificar os músculos do assoalho pélvico e abdominal;
- ☒ Redução da fadiga e de desconfortos associados a gravidez;
- ☒ Melhora a resistência física e a amplitude do movimento;
- ☒ Amplia a concentração no trabalho de parto;
- ☒ Aumentar a autoconfiança para o parto natural.

(FAQUETI, 2014).

Figura 16 - Yoga



Fonte: Guia do Bebê

Todos os exercícios devem ser acompanhados por profissionais e com indicação médica. Para a saúde da gestante e do bebê.

2.6 CUIDADOS COM A GESTANTE

2.6.3 Curso de Gestante

O período gestacional pode ocasionar diversas dúvidas, principalmente para os pais de primeira viagem. Dessa forma os cursos gestacionais são de grande importância, a fim de garantir o conhecimento e experiências sobre o assunto. (MALDONADO, 1997).

Os cursos podem ser oferecidos na instituição que irá realizar o parto, de forma a proporcionar que a gestante já conheça os métodos, estrutura e profissionais do centro de parto ou maternidade;

2.6.3.1 Profissionais que ministram o curso:

- ☒ Enfermeira Obstetra;
- ☒ Médico Pediatra;
- ☒ Médico Anestesiologista;
- ☒ Odonto-Pediatra;
- ☒ Fisioterapeuta;
- ☒ Psicóloga;
- ☒ Fonoaudióloga;
- ☒ Nutricionista;
- ☒ Assistente Social;



(BARETTA, ANDRADE, 2000; SILVA, 2001; SOUZA, 2003 apud SANTOS; ZELLERKRAUT; OLIVEIRA, 2008)

2.6.3.2 Temas administrados:

- ☒ Evolução da gravidez;
- ☒ Sinais e sintomas do trabalho de parto;
- ☒ Tipos de partos;
- ☒ Assistência ao parto;
- ☒ Papel do acompanhante;
- ☒ Métodos contraceptivos;
- ☒ Cuidados no pós-parto;
- ☒ Banho do recém-nascido (RN) e curativo umbilical;
- ☒ Aleitamento materno;

- ☒ Triagem neonatal (teste do pezinho);
- ☒ Tipos de anestésias nos diferentes partos;
- ☒ Saúde oral da gestante e do bebê;
- ☒ Aspectos emocionais da gravidez;
- ☒ Depressão pós-parto;
- ☒ Teste de emissões otoacústicas (teste da orelhinha);
- ☒ Orientações nutricionais para a gestante e o bebê;
- ☒ Importância do calendário de vacinação mamãe/filho;

(BARETTA, ANDRADE, 2000; SILVA, 2001; SOUZA, 2003 apud SANTOS; ZELLERKRAUT; OLIVEIRA, 2008)

De acordo com Schmidt¹ e Freddi² (1975), os cursos de gestantes devem conter no máximo 10 gestantes e no mínimo 4 por turma, contribuindo assim para o diálogo dos participantes. Com salas de aula que possibilitem a teoria e a prática, sendo ampla, arejada, com cores claras e que o piso não seja de um material frio.

Os horários das aulas devem ser pensados na disponibilidade da maioria das gestantes e dos parceiros, como em períodos noturnos ou em finais de semana. (SCHMIDT; FREDDI, 1975).

2.6.3.1 Curso de Gestante na cidade de Criciúma

Atualmente em Criciúma encontramos cursos de gestante nas redes particulares através dos planos de Saúde, como o Hospital São José que traz os seguintes módulos tratados durante um sábado:

Módulo 1: Orientações teóricas e práticas para o pré-natal – término da vacinação da gestante, exames obrigatórios, mudanças hormonais e físicas, técnicas de respiração e a importância do parto normal.

Módulo 2: Orientações teóricas e práticas para o pós-parto – Amamentação e vacinação infantil.

Módulo 3: Orientações teóricas e práticas para o pós-parto - Dicas para o banho e cuidados especiais de higiene para a saúde do bebê e da gestante.

Módulo 4 : Orientações teóricas e práticas para o pós-parto – Parto normal ou cesária, ordenha no leite, complicações durante a amamentação e o cuidado com anticoncepcional.

Módulo 5: Orientações teóricas e práticas nos primeiros socorros para o bebê.

Módulo 6: Orientações teóricas e práticas para o desenvolvimento do bebê – Técnicas de relaxamento para minimizar cólicas e estimular um sono adequado. Orientações teóricas e práticas para a futura mamãe com técnica de fortalecimento perineal para o pós-parto.

1 -Enfermeira Obstétrica da Superintendência do INPS em São Paulo

2- Professora da Escola de Enfermagem da USP

2.7 ARQUITETURA E A HUMANIZAÇÃO

2.7.1 Arquitetura para o nascimento

De acordo com Santos et al. (2002), a arquitetura tem um papel importante no desenvolvimento de espaços comprometidos com a humanização do nascimento e nas necessidades familiares.

A qualidade da assistência humanizada no Centro de Parto, tem os seguintes aspectos segundo Santos e Bursztyn (2004) sendo:

- ☒ Acolher as gestantes antes do parto para que essas conheçam suas instalações e rotinas e escolham, juntamente com o companheiro ou a família, o local e o modelo que mais lhe agrade;
- ☒ Acondicionar os equipamentos necessários para avaliação das condições de risco durante todo o trabalho de parto coerente com nível de atenção;
- ☒ Propiciar o bem-estar físico e emocional ao longo de todo trabalho de parto, parto e puerpério;
- ☒ Locar serviços de assistência ao trabalho de parto e parto até o nível periférico em que o nascimento seja possível e seguro e em que a mulher se sinta segura e confiante;
- ☒ Respeitar o direito da mulher à privacidade no espaço do parto;
- ☒ Oferecer condições de trabalho adequadas ao profissional que assiste ao parto, de maneira que ele possa dar suporte empático a mulher;
- ☒ Ofertar condições para o acolhimento de acompanhantes de escolha da mulher, durante o trabalho de parto e parto;
- ☒ Oferecer espaço para massagens, banhos, imersão e outras técnicas de relaxamento;
- ☒ Promover espaços que facilitem e estimulem a movimentação livre e a escolha de posições durante o trabalho de parto e parto;
- ☒ Propiciar o contato precoce mãe-filho, assim como o início da amamentação na primeira hora pós parto;



Os locais que valorizam e que estimulam a parturiente e sua família a se sentirem em um ambiente aconchegante e acolhedor segundo Santos e Bursztyn (2004) destacam-se por uso de jardins, de estar e sofás que possibilite a convivência com descontração e de forma agradável. Além de outros aspectos citados como iluminação favorável e mobiliários confortáveis e aconchegantes.

A arquitetura deve buscar aconchego, propiciar a liberdade de movimentação, valorizando os espaços de convivência e acolhimento além de promover a privacidade e respeito ao usuário. Dar possibilidade de personalização dos espaços, reduzir a escala do edifício, integrá-lo com exterior e com a natureza e valorizar os meios naturais de proporcionar o conforto ambiental. (SANTOS; BURSZTYN, 2004).

2.7 ARQUITETURA E A HUMANIZAÇÃO

2.7.2 Humanização dos estabelecimentos de assistência a saúde

De acordo com Lopes e Medeiros, a humanização possui três elementos para que possa se concretizar: a assistência, o espaço físico e a instituição. Nesse aspecto o papel da arquitetura está ligado a criar esse espaço físico para poder complementar os demais.

A arquitetura dos estabelecimentos de saúde no período modernista, em sua grande maioria não levava em consideração relações ambiente-usuário porque seu foco estava mais centrado no coletivo do que no individual, expressando-se em uma linguagem universal, tecnológica e abstrata. A partir da década de 60 esse tipo de arquitetura começou a sofrer várias críticas e surgiu o interesse pela relação ambiente e usuários, vários campos de pesquisas surgiram, dedicadas a estudar as reações emocionais e fisiológicas das pessoas influenciadas pelo ambiente, entendido este não só como o espaço físico, mas também o cultural e psicológico. (LOPES; MEDEIROS, 2004)

A definição da humanização da arquitetura são conceituadas por alguns arquitetos da área, sendo:

a) Jarbas Karmam - acredita que o paciente deve ser considerado como um cliente, sendo que a internação deve -se aproximar da estadia em um hotel.

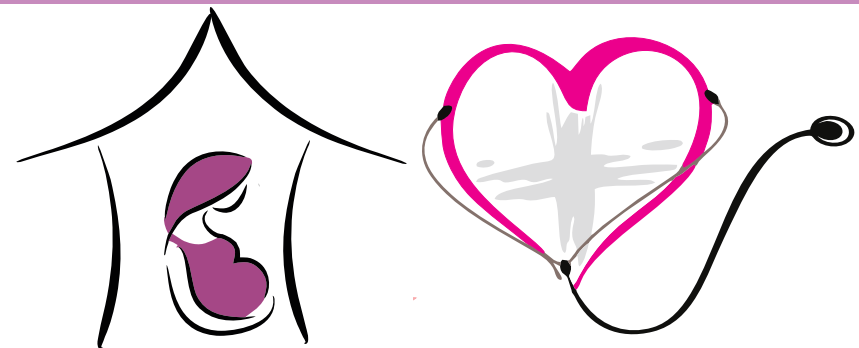
b) Lauro Miquelin - busca a analogia com o hotel que pode possibilitar a humanização.

c) João Filgueiras Lima (Lelé) - pensa que a humanização tem por base a relação com a natureza, da integração da arquitetura e obras de arte. O arquiteto busca a humanização e beleza com amplos espaços coletivos, com jardins e obras de artes que fazem parte do espaço, com iluminação e ventilação natural.

De acordo com Costa apud Lopes e Medeiros, nas discussões sobre a humanização dos espaços da arquitetura voltadas a saúde, são tratadas as ideias do lar e da intimidade, pois normalmente os ambientes hospitalares são traumatizantes, pois o indivíduo sai de um ambiente privado, familiar, para um público, sendo um local estranho, impessoal. Para evitar esses aspectos deve -se buscar a aproximação dos ambientes com característica de lar

ASPECTOS IMPORTANTES ANALISADOS PARA HUMANIZAÇÃO DA ARQUITETURA DE AMBIENTES DE SAÚDE

- Deve-se ter o acolhimento da gestante e dos familiares, proporcionando uma estadia confortável no centro.
- Cores, sendo um fator que contribua para sensações de bem estar nos casos das cores frias e suaves, e estimulantes nas de tons quentes.
- O mobiliário, sendo aconchegantes com designs e cores interessantes.
- Buscar a proximidade com ambientes de lares, a fim de remeter ao usuário a ideia de lar.
- Trabalhar com a natureza, com a ventilação e iluminação natural, vegetação e elementos como água. Os ambientes que possibilitam a conexão com a natureza torna o usuário mais relaxado, contribuindo para seu bem estar emocional.



2.8 CENTRO DE PARTO

Os Centros de Parto, segundo o guia de orientações da Rede Cegonha (2012), são unidades de atenção ao parto e nascimento da maternidade ou hospital, que realizam o atendimento humanizado e de qualidade, exclusivamente ao parto de risco habitual e privilegiando a privacidade, a dignidade e a autonomia da parturiente ao parir em um ambiente mais acolhedor e confortável e contar com a presença de acompanhante de sua livre escolha.

As casas de parto são unidades com proposta assistencial bastante diferente dos hospitais maternidades, por isso não visa substituí-los ou competir com eles. Basicamente, elas se propõem a absorver gestantes que realizam pré-natal e nas quais não tenham detectado nenhum fator que classifique como de risco. (SANTOS; BURSZTYN, 2004, p. 26).

Para o funcionamento de um centro de parto, deve-se levar em conta a existência de mecanismos para transporte e transferência da gestante para uma maternidade, nos casos que observe alguma intercorrência que necessite de assistência especializada durante o parto. (SANTOS; BURSZTYN, 2004).

Conforme o guia de orientações da Rede Cegonha (2012), o Centro de Parto Normal pode ser Peri-Hospitalar ou Intra-Hospitalar.

O Centro de Parto Normal Peri-hospitalar é uma unidade de atenção ao parto e ao nascimento localizado próximo da maternidade/hospital ao qual está vinculado, com ligação funcional à maternidade/hospital.

O Centro de Parto Normal Intra-hospitalar é uma unidade de atenção ao parto e ao nascimento localizado dentro da maternidade/hospital com as mesmas características do Peri-hospitalar.

2.6.1 Normas para casa de parto

O ministério da saúde trás resoluções e portarias que inclui as normas para a implantação dos centros de partos, sendo elas:

RDC¹ nº 36/2008 que dispõe sobre o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal;

RDC nº 50/2002 dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde;

Portaria nº1020 de 29 de maio de 2013 que institui as diretrizes para a organização da atenção à saúde na gestação de alto risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à atenção à saúde na gestação de alto risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha e;

Portaria de nº11 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), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o componente parto e nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal.

Pode-se destacar algumas partes dessas normas que interferem no âmbito da arquitetura como:

Conforme a Resolução RDC nº 36/2008, os Centros de Parto Normal que serão implementados deverão possuir no mínimo os seguintes ambientes com o seguinte mínimo de áreas (ver tabela 01).

2.8 CENTRO DE PARTO

Tabela 01 - Ambientes mínimos e áreas mínimas para um centro de parto

Unidade / Ambiente	Quantificação (mínima)	Dimensão (mínima)	Área (mínima)
Sala de Registro e recepção para acolhimento da parturiente e seu acompanhante	1	-	12,00
Sala de exames e admissão de parturientes	1	-	12,00
Sanitário anexo à sala de exames	1	-	2,50
Quartos para pré-parto/parto/pós-parto – PPP (sem banheiro)	4	3,20	14,50
Quartos para pré-parto/parto/pós-parto – PPP (com banheiro)	1	3,20	19,30
Banheiro anexo ao quarto PPP	5	1,70	4,80
Área para deambulação (interna e/ou externa)	1	-	30,00
Posto de enfermagem	1	-	2,50
Sala de serviço	1	-	5,70
Sala de utilidades	-	2,00	6,00
Quarto de plantão para funcionários	-	2,00	12,00
Banheiros anexo ao quarto de plantão	-	-	2,30
Rouparia	-	-	-
Depósito de material de limpeza	-	1,00	4,15
Depósito de equipamentos e materiais	-	-	3,15
Copa	-	1,15	4,00
Refeitório	-	-	12,00
Área para guarda de macas e cadeiras de rodas	-	-	-

OBS: o somatório da metragem específica de todos os ambientes deve ser acrescido em 30% (trinta por cento), referente às áreas de circulação e elementos construtivos (paredes);

Fonte: RDC 36/2008

PORTARIA Nº 11, DE 7 DE JANEIRO DE 2015

TRECHOS DA PORTARIA MAIS RELEVANTES

Art. 3º Constitui CPN a unidade de saúde destinada à assistência ao parto de baixo risco pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizada em suas dependências internas ou imediações, nos termos desta Portaria.

§ 1º Os CPN são classificados em:

- I - CPN Intra-Hospitalar (CPNi) Tipo I;
- II - CPN Intra-Hospitalar (CPNi) Tipo II; e
- III - CPN Peri-Hospitalar (CPNp).

Art. 6º 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.

§ 3º O CPN poderá ser composto por:

I - 3 (três) quartos PPP, com produção mínima de 480 (quatrocentos e oitenta) partos anuais e média de 40 (quarenta) partos mensais; e

II - 5 (cinco) quartos PPP, com produção mínima de 840 (oitocentos e quarenta) partos anuais e média de 70 (setenta) partos mensais.

2.8 CENTRO DE PARTO

2.8.1 ESTUDO DE CASO

2.8.1.1 Birth Centre - Canadá

Localização: Winnipeg, Manitoba - Canadá

Área: 1.350 m²

Ano: 2011

Projeto: MMP Architects

Número de atendimentos: desconhecido

O projeto foi concebido de um pavilhão de supermercado com 1.115 m² sendo adicionado 235 m² no projeto.

O telhado original proporcionou a estrutura conceitual para o edifício e foi transformado em um telhado único. A estratégia arquitetônica é uma tentativa de levar o edifício a uma escala humana.

O resultado é um edifício lúdico definido pela interseção ocupada em formato de V, com foco em fornecer uma solução econômica para uma transformação complexa e com um programa sensível.

Serviços oferecidos:

- 🔗 Pré-natal, parto e cuidados pós parto por parteiras.
- 🔗 Serviços de aconselhamento.
- 🔗 Programas de educação em saúde sobre cuidado parental e neonatal.

Nas figuras de 17 a 20 apresenta-se os elementos deste projeto.

Figura 17 - Fachada Principal Birth Centre - Canadá



Fonte: MMP architects

Figura 18 - Implantação Birth Centre - Canadá



Fonte: Google Earth adaptado pela autora

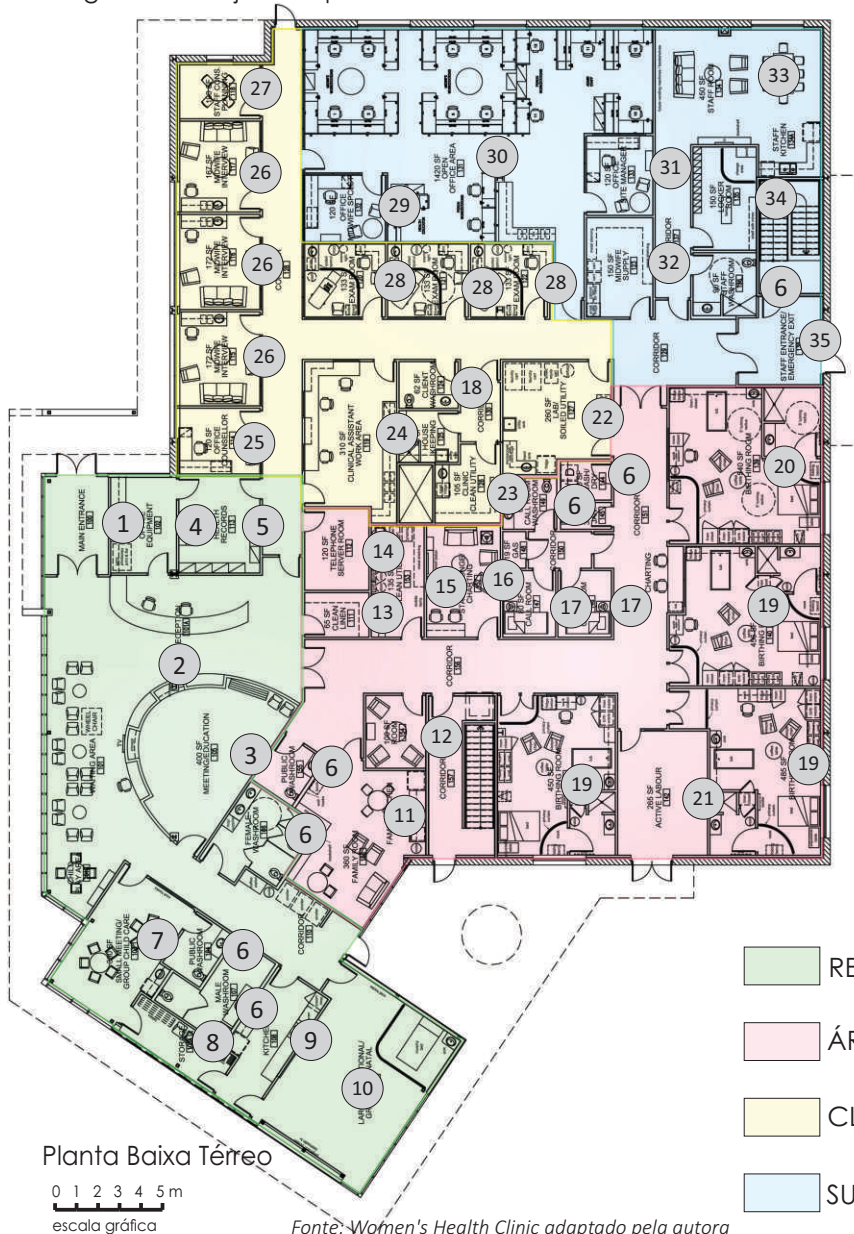
Figura 19 - Implantação Projeto Birth Centre - Canadá



Fonte: Women's Health Clinic adaptado pela autora

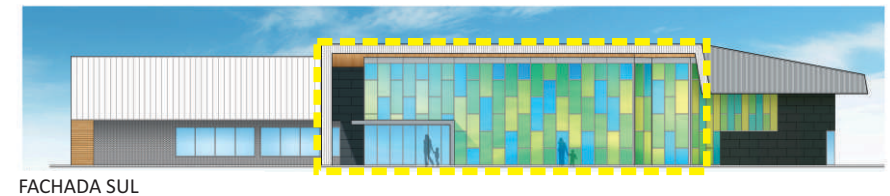
2.8 CENTRO DE PARTO

Figura 20 - Projeto Arquitetônico Birth Centre - Canadá



Legenda Ambientes

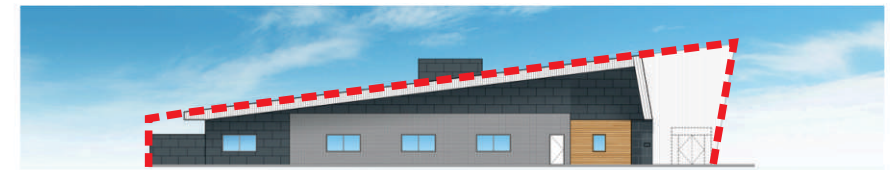
- 1- ENTRADA PRINCIPAL
- 2- RECEPÇÃO
- 3- ENCONTRO EDUCACIONAL
- 4- ESCRITÓRIO
- 5- REGISTRO
- 6- SANITÁRIOS
- 7- GRUPO CRIANÇAS
- 8- ARMAZENAMENTO
- 9- COZINHA
- 10- GRUPO PRÉ-NATAL
- 11- ESTAR E COZINHA FAMILIAR
- 12- SALA DE DESCANSO
- 13- ROUPARIA
- 14- SALA DE SERVIDORES
- 15- UTILIDADES DE LIMPEZA
- 16- PLANTÃO DOS FUNCIONÁRIOS
- 17- QUARTO PLANTÃO
- 18- LAVAR / SECAR
- 19- QUARTO PPP (PRÉ, PARTO, PÓS)
- 20- QUARTO PPP (ADAPTADO)
- 21- TRANSFERÊNCIA
- 22- UTILIDADES SUJA
- 23- UTILIDADES LIMPEZA
- 24- ASSISTÊNCIA CLÍNICA
- 25- SALA CONSELHEIRO
- 26- PARTEIRA
- 27- SALA DE REUNIÃO
- 28- SALA DE EXAME
- 29- SALA DA PARTEIRA ESPECIALISTA
- 30- ÁREA DE TRABALHO ABERTA
- 31- ESCRITÓRIO GERÊNCIA
- 32- MATERIAIS DE PARTO
- 33- SALA DE FUNCIONÁRIOS
- 34- VESTIÁRIO
- 35- ENTRADA FUNCIONÁRIOS



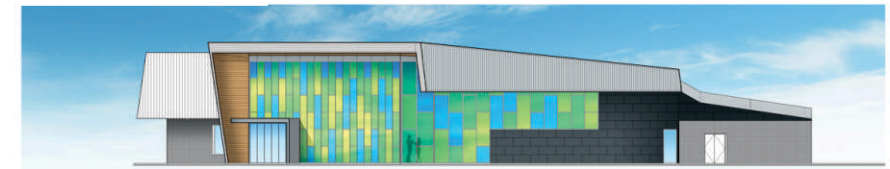
FACHADA SUL



FACHADA SUL



FACHADA LESTE



FACHADA OESTE

0 2,5 5 7,5 m
escala gráfica

Fonte: Women's Health Clinic adaptado pela autora



Fachada principal, acesso ao centro, com pé direito duplo dando evidência a entrada, sendo ela toda envidraçada, também aproveitando a orientação norte (hemisférios norte) sem insolação direta.



Fachada sul, com forte insolação (hemisférios norte) sendo mais densa, dá acesso ao jardim.



Fachada leste evidencia o partido pela cobertura, com o acesso principal mais alto e a escala mais baixa nos quartos de parto, sendo mais intimista.

2.8 CENTRO DE PARTO

2.8.1.2 Brent Birth Centre - Londres

Localização: Central Way, Park Royal, Londres

Área: 950 m²

Ano: 2004

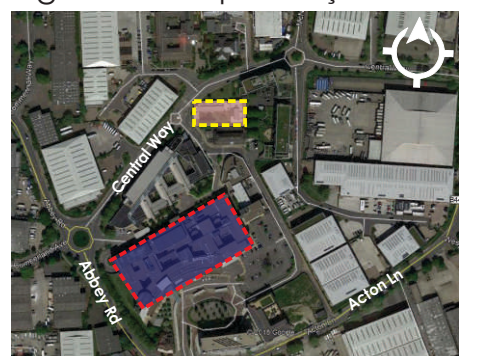
Projeto: Barbara Weiss Architects

Número de atendimentos: desconhecido

Sendo o primeiro projeto de Centro de Parto Perinatal público no Reino Unido, implantado próximo ao hospital de grande porte, com sua entrada contrária a via movimentada, sendo envolto por jardins.

Nas figuras de 21 a 27 apresenta-se os elementos deste projeto.

Figura 21 - Implantação Brent Birth Centre - Londres



Fonte: Google Earth adaptado pela autora

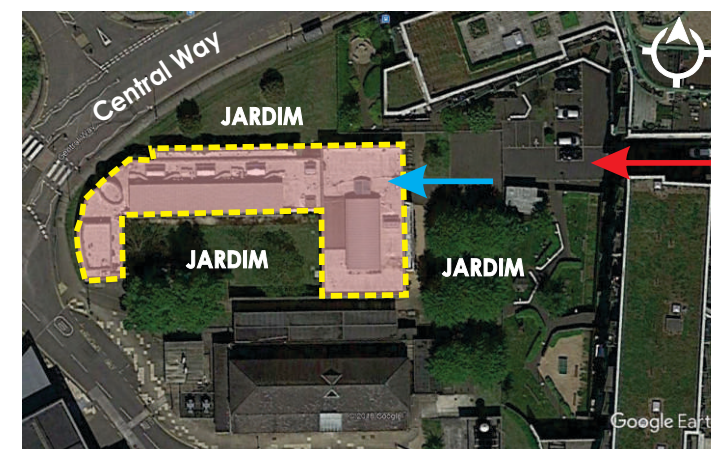


Figura 22 - Fachada Leste Brent Birth Centre - Londres



Fonte: Barbara Weiss Architects

Figura 23 - Fachadas voltadas ao jardim interno Brent Birth Centre - Londres



Fonte: Barbara Weiss Architects



Fonte: Barbara Weiss Architects

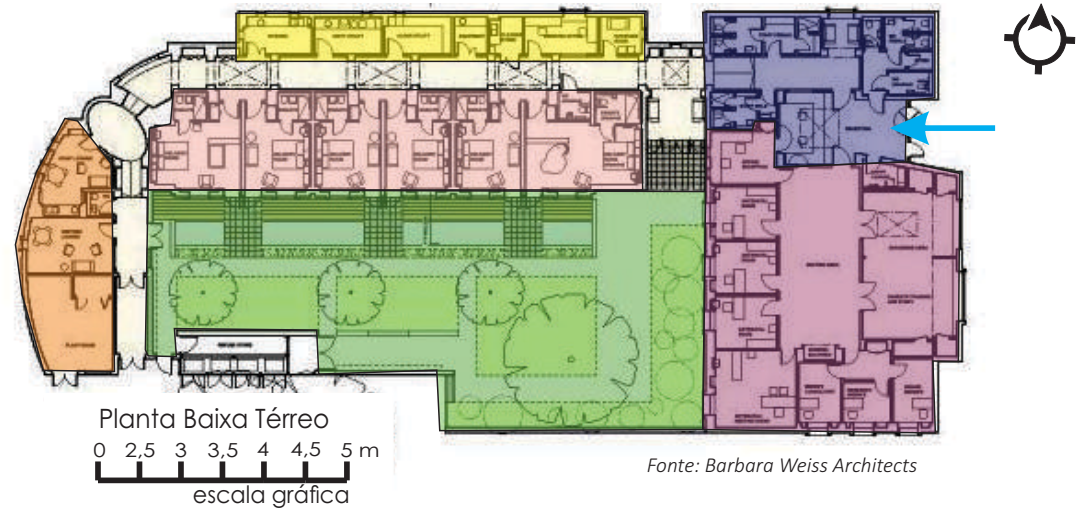
2.8 CENTRO DE PARTO

Figura 24 - Cozinha Brent Birth Centre - Londres



Fonte: Barbara Weiss Architects

Figura 27 -Projeto Arquitetônico Brent Birth Centre - Londres



Fonte: Barbara Weiss Architects

Figura 25 - Sala de Espera
Brent Birth Centre - Londres



Fonte: Barbara Weiss Architects

Figura 26 - Quarto PPP
Brent Birth Centre - Londres



Fonte: Barbara Weiss Architects

- RECEPÇÃO
- CONSULTÓRIOS, TREINAMENTO PRÉ E PÓS NATAL
- QUARTOS PPP (PRÉ-PARTO-PÓS)
- COZINHAS
- JARDIM
- ESTAR
- ACESSO AO CENTRO

O jardim em seu interior, torna-se o elemento estruturador da proposta, com os quartos voltados a ele. O centro renega totalmente as vias em seu entorno, colocando a entrada no local escondido e separando as vias com a área das cozinhas para abafar o som, buscando o ambiente calmo e acolhedor.

2.8 CENTRO DE PARTO

2.8.1.3 Centro de Parto Casa Ângela - São Paulo

Local: Zona Sul, São Paulo distância de 1,5 km do hospital mais próxima

Área: 750 m²

Ano: 2004

Atendimento: Via SUS

Projeto: Desconhecido

Número de atendimentos: média de 30 partos mês

A Casa Ângela é um Centro de Parto Humanizado, que tem por objetivo, oferecer assistência humanizada ao parto natural, em um ambiente acolhedor, seguro e respeitoso.

Serviços oferecidos: Assistência ao parto, consultas, cursos, palestras e oficinas de apoio à gestação e de preparação para o parto, para a amamentação e para os cuidados com o bebê.

Nas figuras de 28 a 35 apresenta-se os elementos deste projeto.

Figura 28 - Fachada Casa Ângela



Fonte: Casa Ângela

Figura 29 - Implantação Casa Ângela



Fonte: Google Earth adaptado pela autora

Figura 30 - Estudo da Fachada da Casa Ângela



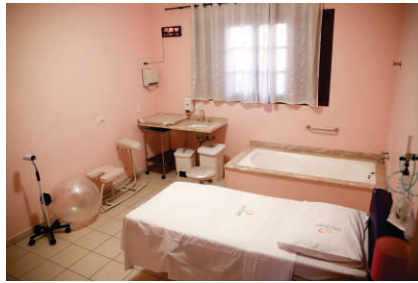
Fonte: Casa Ângela adaptado pela autora

2.8 CENTRO DE PARTO

Figura 31 - Sala Multifuncional Casa Ângela

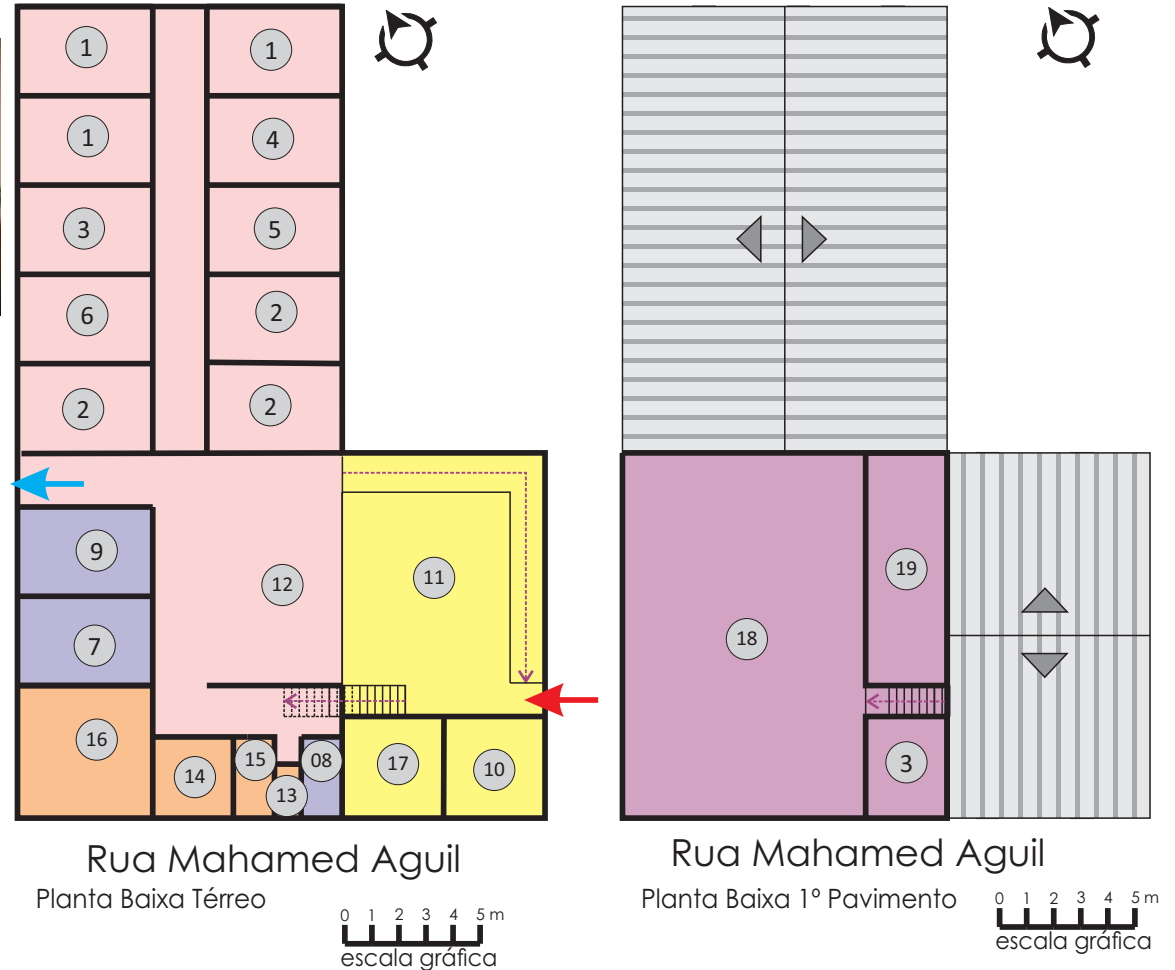


Fonte: Casa Ângela



Fonte: Casa Ângela

Figura 35 - Croqui Esquemático planta baixa Casa Ângela



Fonte: Autora baseado no TCC de SILVA.

Figura 33 - Sala de Espera Casa Ângela



Fonte: Casa Ângela

Figura 34 - Sala de reanimação neonatal Casa Ângela



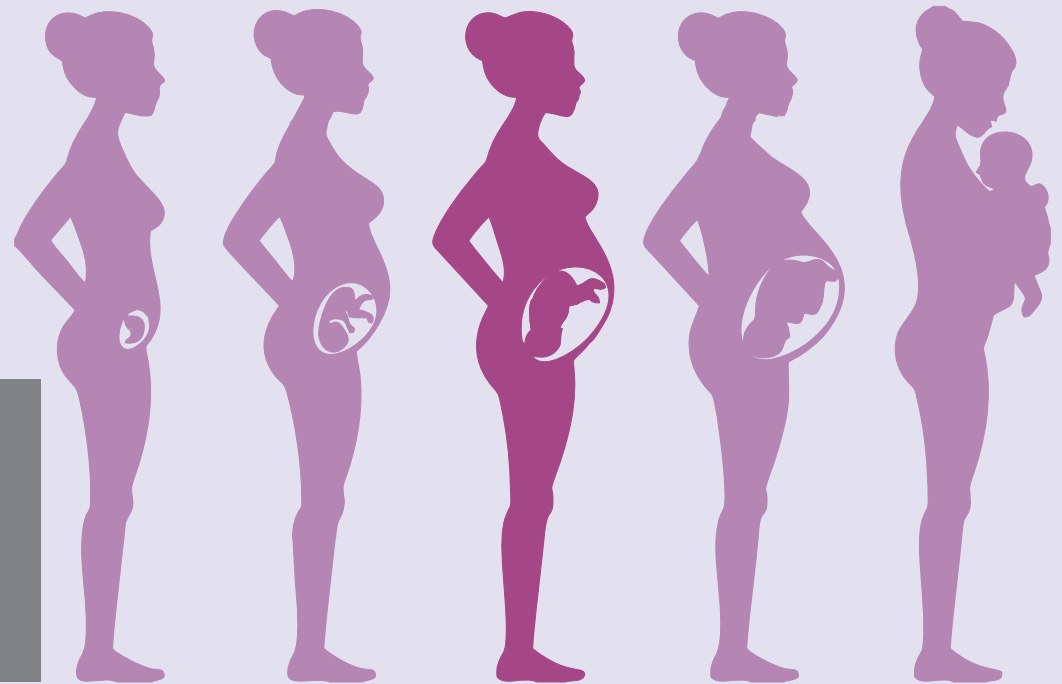
Fonte: Casa Ângela

Estrutura

- 01- Salas de Parto
- 02 - Alojamentos em conjuntos privativo para mãe e o bebê
- 03 - Banheiros
- 04 - Posto de enfermagem
- 05 - Sala de reanimação neonatal;
- 06 - Sala de Utilidades
- 07 - Ambulatório de Pré-natal e Puericultura
- 08 - Ambulatório de Aleitamento Materno
- Posto de Coleta de Leite Materno;
- 09 - consultórios;
- 10 - Recepção
- 11- Sala de espera
- 12- Deambulação
- 13 - Almoxarifado
- 14 - Cozinha
- 15 - Copa
- 16 - Sala de conforto para a equipe assistencial e área para refeições.
- 17- Sala administrativa,
- 18 - Sala multifuncional
- 19 - Depósito
- Expurgo,
- Abrigos para gases medicinais;
- Gerador de emergência;
- Aquecedor a gás;
- Jardim
- Estacionamento.

CAPÍTULO 3

Contextualização Urbana



3.1 LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO E CONTEXTO REGIONAL

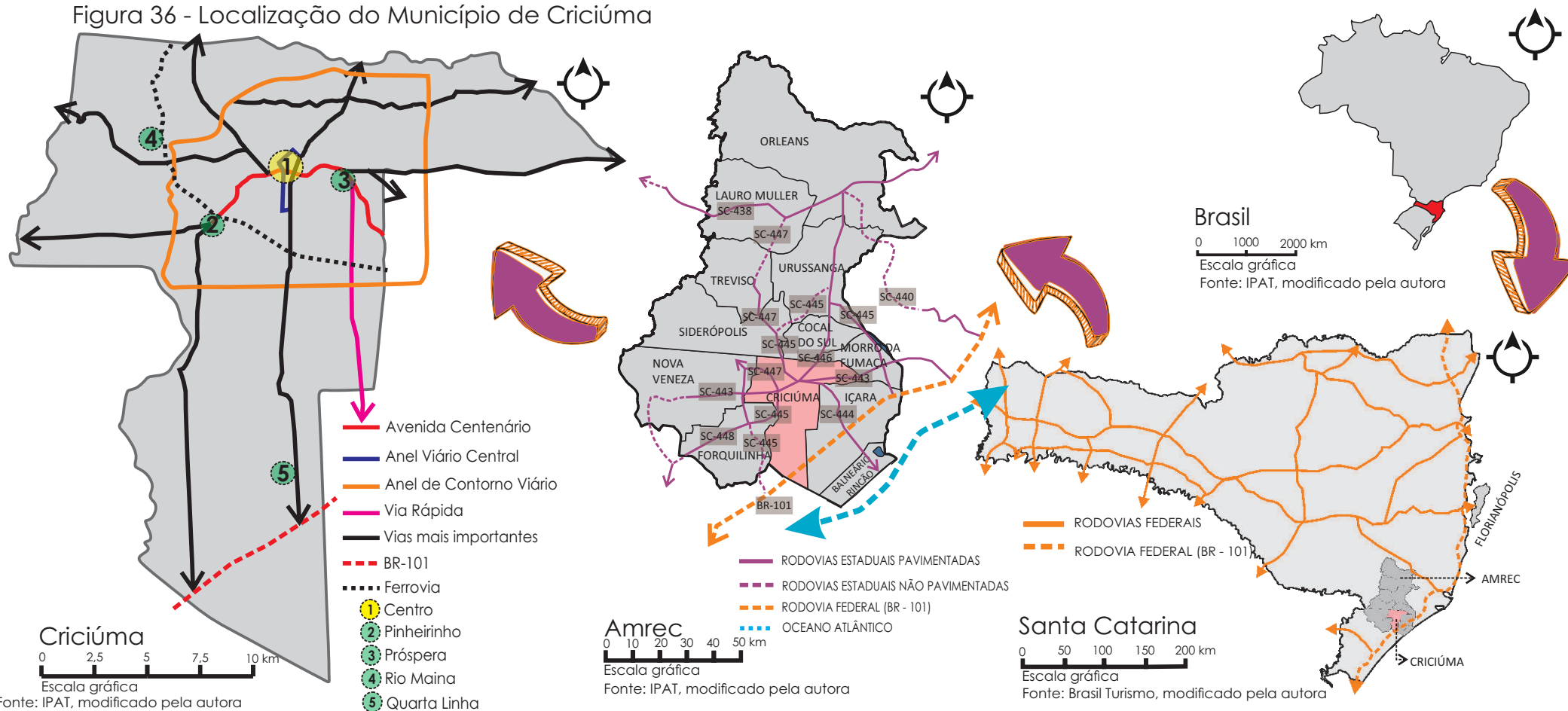
A microrregião geográfica de Criciúma localiza-se na planície litorânea, ao sul do estado de Santa Catarina (figura 36), distante 221km de Florianópolis, com uma área de 235,701 km².

O município está integrado a Microrregião da Associação dos Municípios de Região Carbonífera, AMREC, juntamente com Cocal do Sul, Forquilha, Içara, Lauro Muller, Orleans, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Siderópolis e Urussanga.

População urbana: 189.630 hab (2010 IBGE)
População Rural 2.678 Hab (2010 IBGE)
População total: 192.308 Hab (2010 IBGE)
Densidade Média: 815,87 Hab/Km² (2010IBGE)
População estimada [2017]: 211.369 Hab (IBGE)

Área urbana: 181,7 Km²
Área rural: 52 Km²
Total: 237,701Km²

Figura 36 - Localização do Município de Criciúma



3.2 HOSPITAIS E MATERNIDADES DA AMREC

A região da AMREC possui no total 11 hospitais (figura 37), em sua maioria conveniados com SUS e um apenas totalmente público: Hospital Materno Infantil Santa Catarina. Desses 11 apenas 4 possuem maternidades públicas, sendo uma em Criciúma, atualmente no Hospital São José que será transferida para o Hospital Materno Infantil Santa Catarina, uma em Içara com o Hospital São Donato, uma em Urussanga no Hospital Nossa Senhora da Conceição e mais uma em Orleans no Hospital Municipal Santa Otília.

Criciúma ainda possui duas maternidades totalmente particulares, no Hospital Unimed e no Hospital São João Batista.

Por ter uma quantidade pequena de maternidades na região, pois são poucos hospitais equipados com UTI's neonatais, Criciúma acaba recebendo vários partos das cidades vizinhas que são menores e com infra-estrutura inferior.

Atualmente em Criciúma 44% dos partos feitos pelo SUS são de municípios vizinhos e os 56% restantes do próprio município. A escolha do município foi pelo motivo do maior número de atendimento de parto em relação aos demais da AMREC, tendo em vista que atende não só o próprio município.

● Maternidade Pública a ser aberta

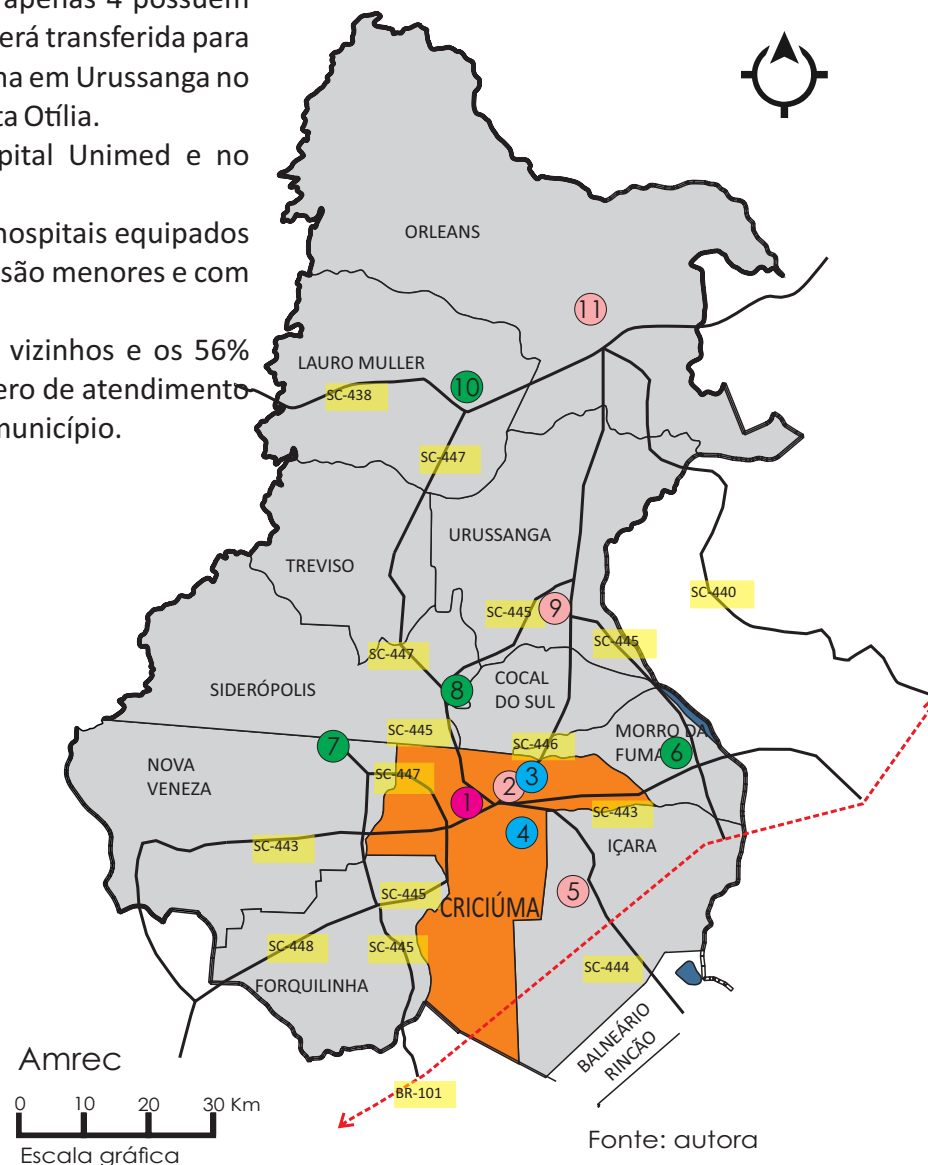
● Maternidade Particular e Conveniada com SUS

● Maternidade Particular

● Sem maternidade

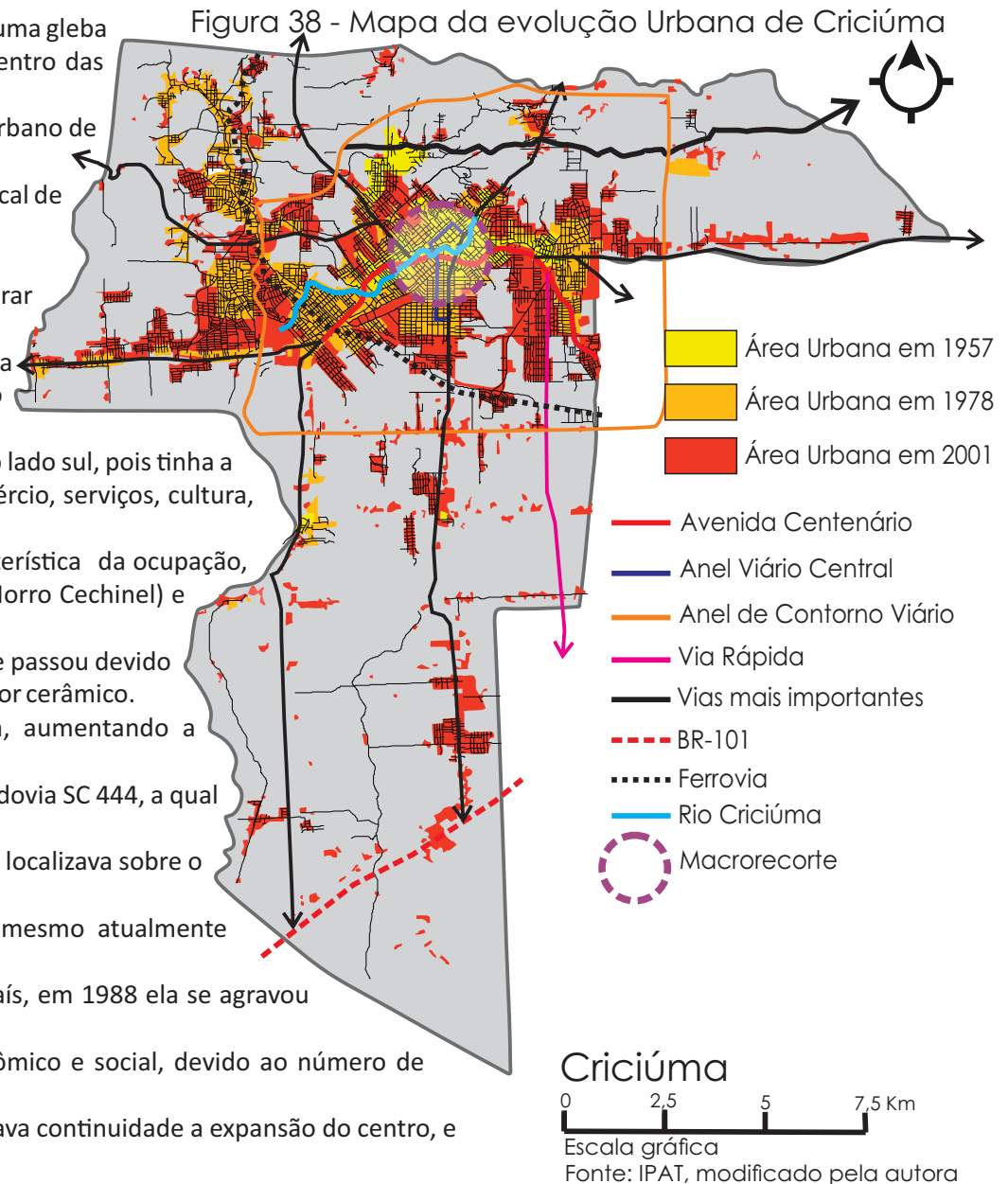
- 1 Hospital Materno Infantil Santa Catarina - HMISC (Maternidade será aberta em 2018)
- 2 Hospital São José (Maternidade Particular e Conveniada com SUS até ser aberto a do HMISC)
- 3 Hospital São João Batista (Maternidade Particular)
- 4 Hospital Unimed Criciúma (Maternidade Particular)
- 5 Hospital São Donato (Maternidade Particular e Conveniada com SUS)
- 6 Hospital de Caridade São Roque
- 7 Hospital São Marcos
- 8 Hospital São Lucas
- 9 Hospital Nossa Senhora da Conceição (Maternidade Particular e Conveniada com SUS)
- 10 Hospital Henrique Lage (Maternidade Fechada)
- 11 Hospital Municipal Santa Otília (Maternidade Particular e Conveniada com SUS)

Figura 37 - Localização Hospitais da AMREC



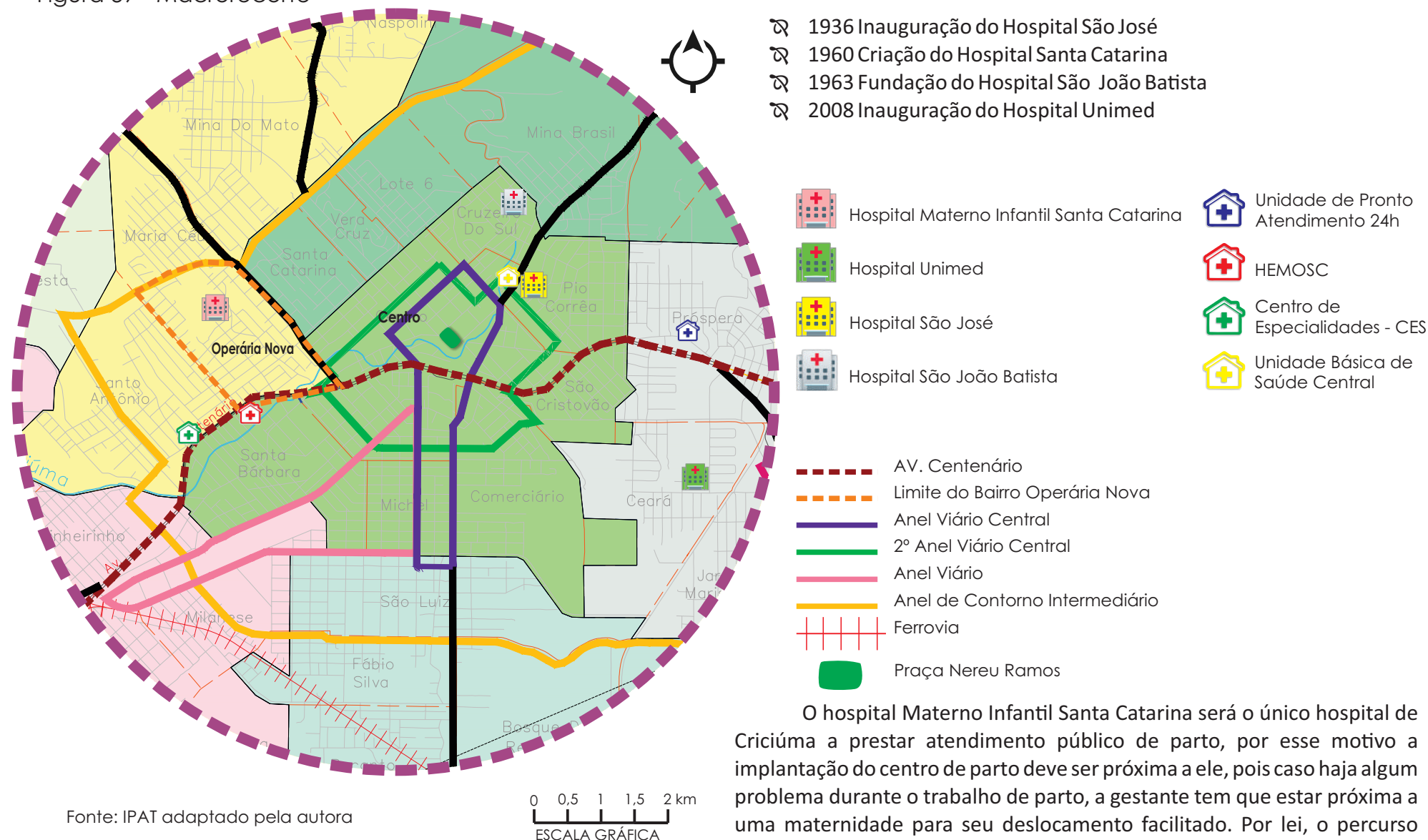
3.3 HISTÓRIA E EVOLUÇÃO URBANA DE CRICIÚMA

- ✎ A malha urbana da cidade desenvolveu-se sobre a estrutura fundiária, que dividiu uma gleba em diversas colônias, a gleba tinha como ponto de referência um rio situado dentro das colônias, mais tarde tornando-se o Rio Criciúma. (figura 38).
- ✎ A indústria de extração do carvão foi um forte elemento estruturador do espaço urbano de Criciúma.
- ✎ A estruturação urbana se deu a partir de um espaço funcional que era tido como local de pastagem - atualmente é a Praça Nereu Ramos.
- ✎ 1913 - Descoberta do Carvão no atual Bairro Santo Antônio.
- ✎ 1917 - Companhia Brasileira Carbonífera de Araranguá (CBCA), começa a explorar carvão em Criciúma.
- ✎ 1924 - O núcleo inicial foi fundado em terras do município de Araranguá, através da Companhia Americana Metropolitana de Imigração obtiveram concessão para o uso de terras devolutas da União.
- ✎ 1956 - A cidade tinha uma ocupação mais densa no lado norte do centro do que no lado sul, pois tinha a ferrovia como barreira dos lados. Então foram atribuídos alguns usos como comércio, serviços, cultura, religiosidade, fazendo assim o território ser multifuncional.
- ✎ A ocupação das terras dos morros pelas classes média e alta se torna uma característica da ocupação, como nos bairros Pio Correia, Vera Cruz, Comerciário (Morro do Céu), Lote 6 (Morro Cechinel) e Santo Antônio, Santa Catarina e **Operária Nova**.
- ✎ A diversificação industrial é consequência do crescimento econômico que a cidade passou devido ao desenvolvimento industrial carbonífero, na década de 70 ganhou força com o setor cerâmico.
- ✎ 1970 - A BR 101 foi inaugurada, houve uma reabertura através da rodovia, aumentando a acessibilidade em nível regional, estadual e nacional.
- ✎ 1973- Houve uma conexão da malha viária da cidade com a nacional através da rodovia SC 444, a qual cortou o município de Içara.
- ✎ Em 1976, começou a funcionar a Avenida Axial (atual Avenida Centenário), que se localizava sobre o antigo leito da ferrovia, a qual foi deslocada para o sul da cidade.
- ✎ Entre as décadas de 70 e 80, foi implantado uma serie de loteamentos, e mesmo atualmente representam comunidades de baixa renda.
- ✎ Em 1985, a região começa a sentir efeitos de uma crise que vinha afetando o país, em 1988 ela se agravou levando ao corte do subsídio do transporte do minério.
- ✎ E em 1990, o comercio do carvão estrangeiro acarretou um grande caos econômico e social, devido ao número de desempregados.
- ✎ A continuidade da expansão urbana da cidade se deu menos a partir do centro, dava continuidade a expansão do centro, e muito mais nas periferias da cidade.



3.4 MACRORECORTE

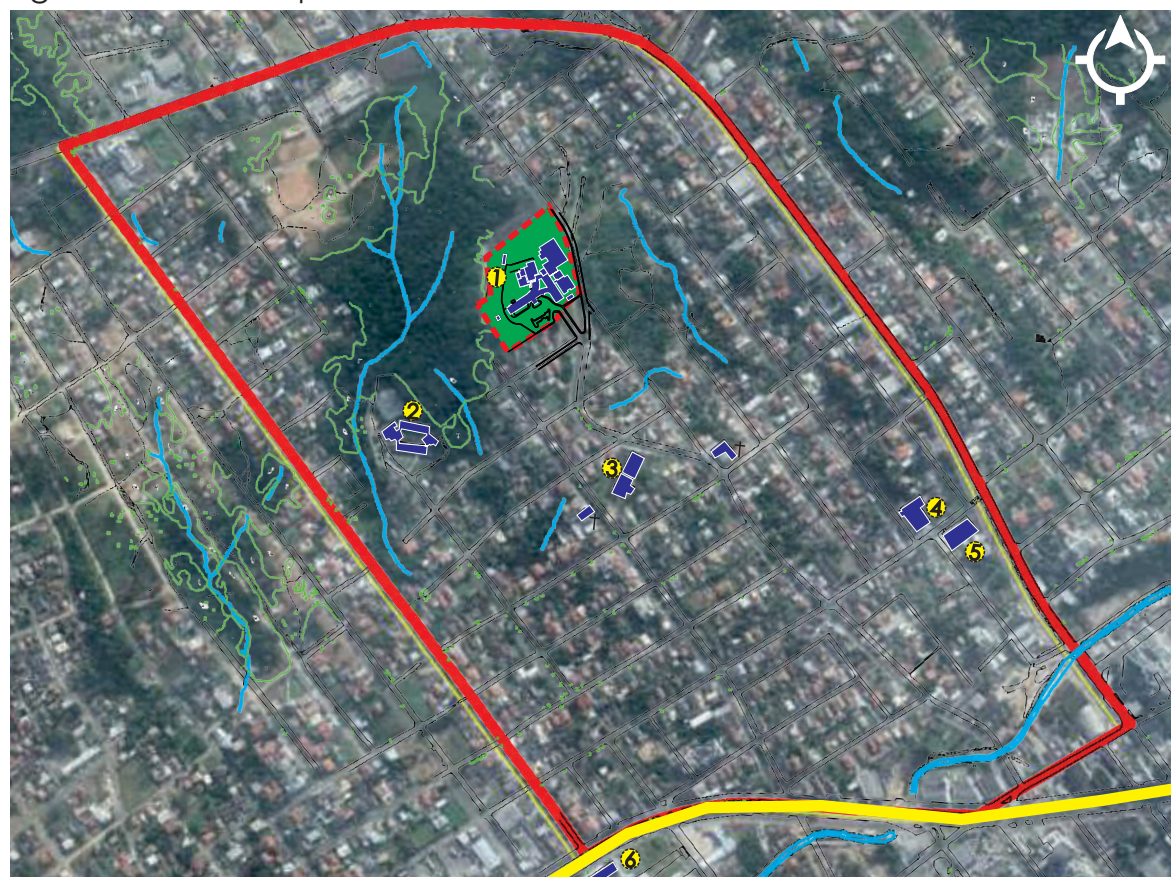
Figura 39 - Macrorecurso



O hospital Materno Infantil Santa Catarina será o único hospital de Criciúma a prestar atendimento público de parto, por esse motivo a implantação do centro de parto deve ser próxima a ele, pois caso haja algum problema durante o trabalho de parto, a gestante tem que estar próxima a uma maternidade para seu deslocamento facilitado. Por lei, o percurso deve ter duração máxima de 20 minutos (figura 39).

3.5 RECORTE

Figura 40 - Bairro Operária Nova



0 10 20 30 m
Escala gráfica
Fonte: IPAT adaptado pela autora

- Limite o Bairro
- Av. Centenário
- Hidrografia
- Terreno
- Instituições

- ① Hospital Materno Infantil Santa Catarina
- ② Escola Básica Serafina Milioli Pescador
- ③ Casan
- ④ Grêmio recreativo esportivo operaria nova
- ⑤ CEI Afasc Dep. Ulysses Guimarães
- ⑥ HEMOSC
- † Igreja

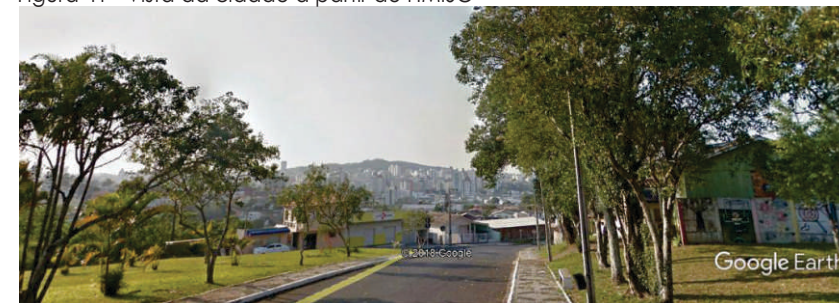
Tabela 02 - População do bairro Operária Nova - 2010

FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO	PORCENTAGEM
0 a 4 anos	191	5,4 %
0 a 14 anos	592	16,7 %
15 a 64 anos	2454	69,4 %
65 anos e +	298	8,4 %
TOTAL	3535	100 %

Fonte: IBGE

O hospital Materno Infantil Santa Catarina está localizado no bairro Operária Nova, no alto do morro, com vista da centralidade de Criciúma (figura 41 e 42).

Figura 41 - Vista da cidade a partir do HMISC



Fonte: Google Earth

Figura 42 - Vista aérea da maternidade do HMISC



Fonte: Criciúma, 2018

Com o propósito de ser um lugar próximo ao Hospital Materno Infantil Santa Catarina, foi escolhido o terreno junto ao hospital, com a possibilidade de criar um anexo, facilitando a transferência de pacientes direto a maternidade e também aproveitando a infra-estrutura existente e qualificando o que já está construído com o novo.

3.6 PARÂMETROS URBANÍSTICO

Figura 43 - Terreno

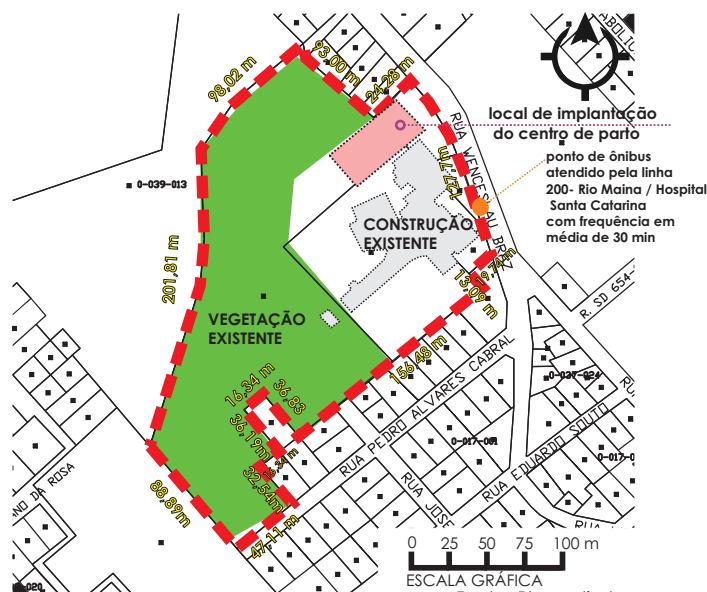
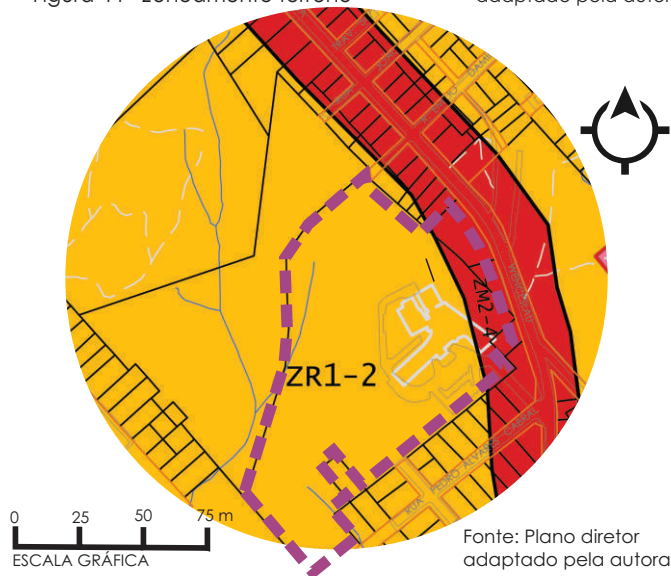


Figura 44 - Zoneamento terreno



A área do terreno do hospital Santa Catarina com um total de 40.143,07 m² é considerada pelo plano diretor como uma zona ZEICO (zona de interesse da coletividade).

Zona de Especial Interesse da Coletividade (ZEICO): compreende áreas particulares e públicas de uso coletivo que na hipótese de modificação futura de atividades deverão ser analisadas pelo Órgão de Planejamento Municipal legalmente instituído e aprovação, por maioria absoluta, do Conselho de Desenvolvimento Municipal - CDM, conforme Anexo 9: Mapa do Zoneamento Municipal. (CRICIÚMA, 2012)

Como o objetivo da construção é de um Centro de Parto, o uso do local não será alterado, pois continua com uso público na área da saúde e com o gabarito de até três pavimentos como o já existente da maternidade, viabilizando a proposta (figura 43 e 44).

Tabela 03 - Índices urbanísticos

ÁREAS SETORES E ZONAS	OCUPAÇÃO								
	ÍNDICE DE APROVEITAMENTO - IA		TAXA DE OCUPAÇÃO - TO (%)		TAXA DE INFILTRAÇÃO -TI (%)		RECUO FRONTAL (m)	AFASTAMENTO (m)	
	Bás.	Máx.	Bás.	Máx.	Bás.	Máx.		Embasamento (E)	Torre (T)
Zona Residencial 1 (ZR 1 - 2)	1	-	50	-	25	20 ⁽⁴¹⁾	4	-	H>4≥1,50
Zona Mista 2 (ZM 2 - 4)	2,5	-	60	70	25	20 ⁽⁴¹⁾	4	-	H>4≥1,50

ÁREA DO TERRENO : 40.173,07 m²

ÍNDICE DE APROVEITAMENTO 1 : 40.173,07 m² - JÁ CONSTRUÍDO 8058,84 m² = 32.114,23 m²

TAXA DO OCUPAÇÃO DE 50% : 20.086,53 m² - JÁ OCUPADO 6.034,93 m² = 14.051,6 m²

TAXA DE INFILTRAÇÃO 25% : 10.043,26 m² = COM A ÁREA DE VEGETAÇÃO EXISTENTE A TAXA DE INFILTRAÇÃO ESTÁ CONTEMPLADA

Por o terreno possuir uma grande área e com vegetação existente, os índices urbanísticos dão folga para a construção do centro de parto , sendo que não atingirá nenhum limite do mesmo.

3.7 HOSPITAL MATERNO INFANTIL SANTA CATARINA - HMISC

O Hospital Santa Catarina, atualmente nomeado de Hospital Materno Infantil Santa Catarina (HMISC), localizado no antigo bairro Operária Velha (atual Operária Nova), foi projetado pelo Arquiteto Fernando Jorge da Cunha Carneiro em 1960 (figura 45), pela iniciativa de um grupo de médicos da época, entre eles, Carlos Deslandes, Dino Gorini, João Conrado Leal, Lourenço Cianci Filho, Manif Zacharias e Naby Zacharias. Moderno para época, bem equipado e com capacidade para 130 leitos. (ZACHARIAS, 1999).

De acordo com Napolini (2016), Criciúma passou a ser referência na macrorregião, pois além de contar com os Hospitais São José e São João Batista, possuía agora uma nova casa de saúde. Em 1966 o Hospital Santa Catarina foi absorvido pelo Hospital São João Batista, sendo administrado e de propriedade da Carbonífera Metropolitana. Mais tarde tornou-se um hospital infantil.

Por problemas financeiros permaneceu fechado durante um razoável tempo, sendo então comprado e reaberto pelo município de Criciúma em 1997.

Passou por ampliações (figura 46 e 47) em sua estrutura, entre elas o centro cirúrgico e a maternidade do hospital, com previsão de inauguração para esse ano de 2018 de acordo com a administração do município.

Atualmente o Hospital Materno Infantil Santa Catarina, passa pelo processo de estadualização, onde quem se tornará responsável por mantê-lo é o estado de Santa Catarina. Pois o hospital não só atende a cidade de Criciúma, mas toda a região da AMREC, sendo único hospital exclusivamente Infantil dessa região.

Figura 47 - Evolução da forma do HMISC

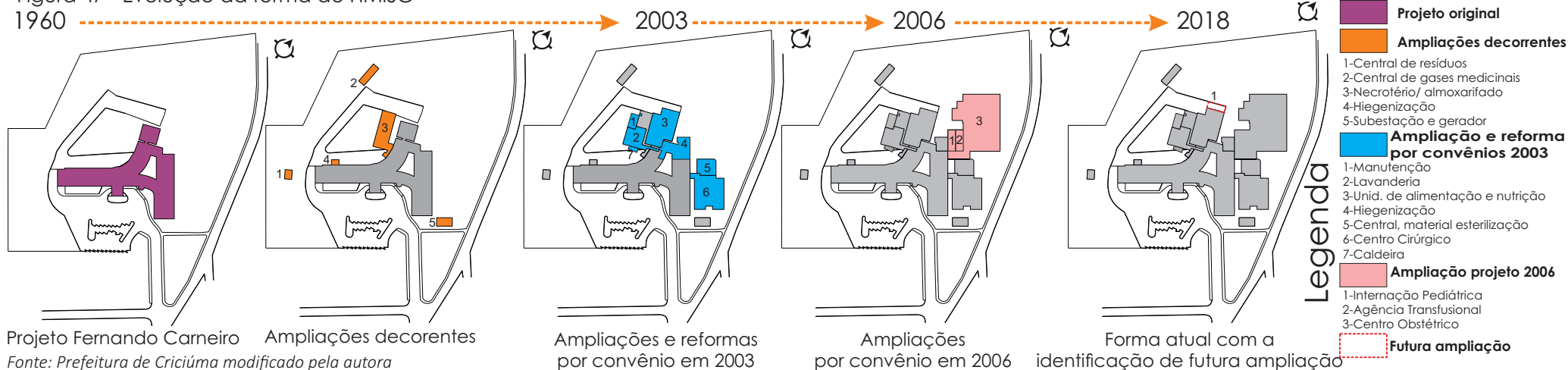
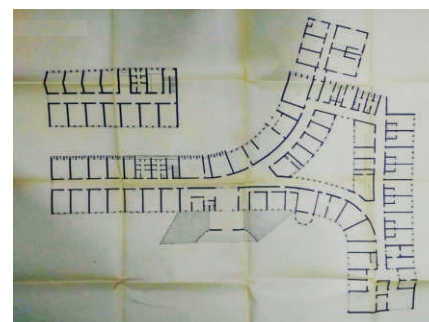


Figura 45 - Projeto original Hospital Santa Catarina - 1981



Fonte: Foto tirada pela autora do projeto de Fernando Jorge da Cunha Carneiro, 2018



Fonte: IBGE, 1981

Figura 46 - Hospital Santa Catarina - 2018



Fonte: Autora, 2018

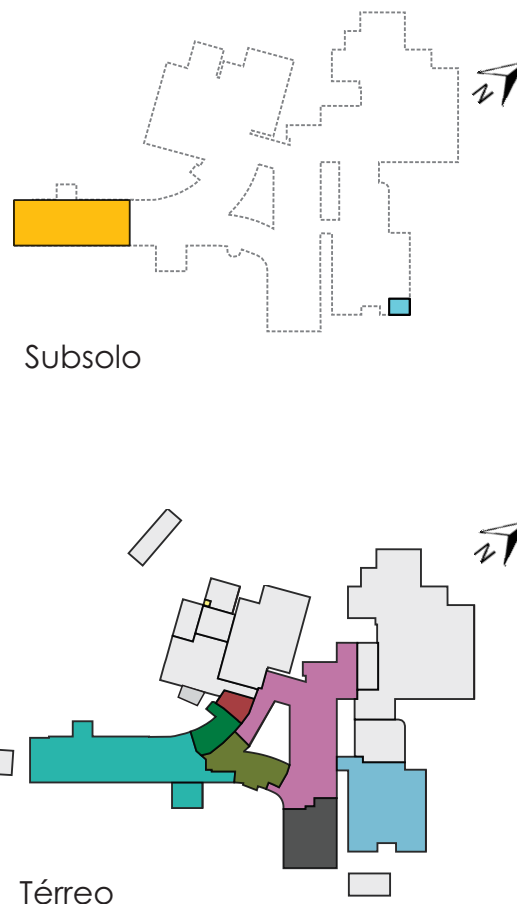
3.7 HOSPITAL MATERNO INFANTIL SANTA CATARINA - HMISC

Tabela 04 - Programa do HMISC

HOSPITAL MATERNO INFANTIL SANTA CATARINA					
PAVIMENTO	SETOR	QUANTIDADE E DE AMBIENTES	AMBIENTE	ÁREA TOTAL DO SETOR	LEITOS
SUBSOLO	UNIDADE DE APOIO ADMINISTRATIVO	1	Recepção e Espera	359,38	
		1	Sector de Compras		
		1	Central Telefônica Recepção		
		1	Lógica		
		1	Sector de Multiprofissional		
		1	Sector de Pessoal		
		1	Chefia de Enfermagem		
		1	Sector de Contas/ Faturamento		
		1	Sala do Diretor		
		1	Sector de CCIH		
		1	Arquivo Same		
		1	Arquivo Morto		
		1	Sala de Reuniões		
		1	Vestiário Feminino		
		1	Vestiário Masculino		
SUBSOLO	DEPÓSITO DE MANUTENÇÃO E EQUIPAMENTO DE JARDINAGEM	1	Depósito de Manutenção e Equip. de Jardinagem	25,87	
TÉRREO	UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	1	Espera/Recepção	656,06	13
		1	Entrada de Macas		
		1	Triagem		
		2	Consultórios		
		1	Espera Triada		
		5	Observação Pediátrica		
		1	Inalação		
		1	Utilidades		
		2	Salas de Higienização de Pacientes		
		1	Sala Asséptica		
		1	Sala Séptica		
		1	Sala Emergências		
		4	Sanitários		
		1	Higienização de Materiais		
		1	Fraldário		
		1	Serviços		
		1	Posto Enf. Presc. Médica		
		1	Procedimentos de Enfermagem		
		1	Vestiário		
		1	Plantão Médico		
		1	Repouso Multiprofissional		
		1	Copa		
		1	Rouparia		
		1	Imunização		
		1	Assist. Social		
		1	Macas e cadeiras de rodas		
TÉRREO	FARMÁCIA	1	Administração	94,34	
		1	Distribuição		
		1	Dispensação		
		1	Fracionados		
		1	Laboratório		
		1	Vestiário Farmácia		
TÉRREO	IMAGENOLOGIA	1	Capelas de Fluxo Laminar	182,71	
		1	Ultrasson		
		1	Sala Gesso		
		1	C. Clara		
		1	C. Escura		
		1	Raios X		
		1	Sala Procedimentos		
		1	Sala Laudos		
		1	Vestiário		
		1	DLM		
		1	Sanitários		

Fonte: autora

Figura 49 - Esquema de setorização do HMISC



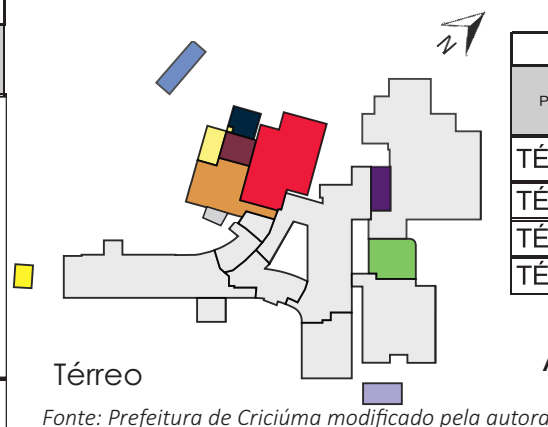
Fonte: Prefeitura de Criciúma modificado pela autora

HOSPITAL MATERNO INFANTIL SANTA CATARINA					
PAVIMENTO	SETOR	QUANTIDADE E DE AMBIENTES	AMBIENTE	ÁREA TOTAL DO SETOR	LEITOS
TÉRREO	INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA	1	Neonatologia Semi-intensiva	685,52	6
		14	Higienização		
		10	Enfermaria		25
		1	S. Util.		
		1	Posto de Enfermagem e Serviços		
		1	DML		
		1	Dep. Equipam. Materiais		
		1	Brinquedoteca - Recreação Coberta		
		1	Sala de Resíduos		
		2	Isolamento		2
		1	Plantão Médico Internação		
		5	Sanitários		
		1	Espera Familiar		
		1	Sala de Utilidades		
TÉRREO	UTI PEDIÁTRICA	1	Vestiário	241,42	
		1	Paramentação Visitantes		
		1	Sala Administrativa		
		1	Posto de Enfermagem		
		1	Prescrição Médica		
		1	Guarda / Preparo Materiais e Equipamentos		
		1	Serviços		
		1	Plantão Médico		
		1	DML		
		2	Higienização		
		2	Isolamento		2
		2	Ante Câmara		
		3	Internação Coletiva		8
		1	Espera Familiar		
TÉRREO	CENTRO CIRÚRGICO	1	Sala Administrativa	484,97	
		1	IT Médico		
		1	Guarda de Equipamentos		
		1	Admissão de Pacientes		
		1	Repouso Profissional		
		2	Recuperação Pós-Cirúrgica		12
		2	Degermação Cirúrgica		
		1	Posto de Enfermagem e Prescrição Médica		
		1	Farmácia		
		1	Sala de Apoio a Cirurgia Especializadas		
		1	Preparo Anestésicos		
		1	Estocagem de Material Esterilizado		
		4	Sala de Cirurgia		4
		1	Sala de Utilidades		
TÉRREO	LACTÁRIO	1	Vestiário Masculino	48,85	
		1	Vestiário Feminino		
		1	DML		
		1	Sanitário Funcionário		
		1	armazenamento/ distribuição manipulação/ envase NE		
		1	estocagem preparo/ envase recepção/ lavagem de mamadeiras		

Fonte: autora

3.7 HOSPITAL MATERNO INFANTIL SANTA CATARINA - HMISC

HOSPITAL MATERNO INFANTIL SANTA CATARINA					
PAVIMENTO	SETOR	QUANTIDADE E DE AMBIENTES	AMBIENTE	ÁREA TOTAL DO SETOR	LEITOS
TÉRREO	CENTRAL MATERIAL ESTERILIZAÇÃO	1	Acesso Área "Suja"	147,99	
		1	Acesso Área "Limpa"		
		1	Sala de Resíduos Temporários		
		1	Recepção Descontaminação Lavagem de materiais		
		1	Separação e Distribuição de materiais		
		1	Separação e Preparo de materiais Esterilização Física		
		2	Esterilização Química		
		1	Equipamentos		
		2	Vestário		
		2	DML		
TÉRREO	UNID. DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	1	Cozinha Geral	424,09	
		1	Pré-preparo/carnes		
		1	Pré-preparo		
		1	Pré-preparo		
		2	massas/sobremesa		
		2	Almoxarifado Alimentos		
		1	Pesagem		
		1	Sala de Resíduos		
		1	Câmara Fria		
		1	Higienização Utens. Refeitório		
		1	Cozinha Dietética		
		1	Área de distribuição		
		1	S.Nutricionista		
		1	Lavação de Louças		
		1	Lavação de Pannels e Utensílios		
		1	Lavação Carrinhos		
		1	Preparo de carrinhos		
		1	Refeitório		
		1	DML		
		1	S.Nutricionista		
TÉRREO	LAVANDERIA	2	Sanitários	231,45	
		1	Área de Lavagem		
		2	DML		
		3	Vestário		
		1	Costura		
TÉRREO	NECROTÉRIO	1	Rouparia	58,27	
		1	Sala Administrativa		
		1	Preparo do Corpo		
		3	DML		
		1	Sanitários		
TÉRREO	ALMOXARIFADO	1	Saída do Corpo	67,51	
		1	Geral		
TÉRREO	AGENCIA TRANSFUSIONAL	1	Medicamentos	69,06	
		1	Área de Distribuição		
		1	Sala para Estocagem de Hemocomponentes		
		1	Sala Administrativa		
		1	Sala de Distribuição/ Compatibilidade		
		1	Sanitário		



HOSPITAL MATERNO INFANTIL SANTA CATARINA					
PAVIMENTO	SETOR	QUANTIDADE E DE AMBIENTES	AMBIENTE	ÁREA TOTAL DO SETOR	LEITOS
TÉRREO	MANUTENÇÃO	1	Manutenção	59,33	
TÉRREO	SUBESTAÇÃO E GERADOR	1	Subestação e Gerador	64,63	
TÉRREO	CENTRAL DE GASES MEDICINAIS	1	Central de Gases Medicinais	77,10	
TÉRREO	CENTRAL DE RESÍDUOS	1	Central de Resíduos	32,53	

Área Total: 5.018,66 m²

Maternidade

O projeto da maternidade do Santa Catarina foi concebido em 2006 pela arquiteta Isabel Cristina Taylor Lenczak Zanette para a Prefeitura de Criciúma. Sua inauguração de acordo com a administração, está programada para o final do ano de 2018.

Sua estrutura física já está concluída, conta com 4 salas de parto, sendo 3 para parto normal na posição horizontal e 1 para cirurgia cesariana. Com 54 leitos nas enfermarias e 2 quartos de isolamento (figura 45 e 46).

Figura 50 - Fachada Principal da Maternidade



Fonte: Autora, 2018

Figura 51 - Fachada Fundos Maternidade



Fonte: Autora, 2018

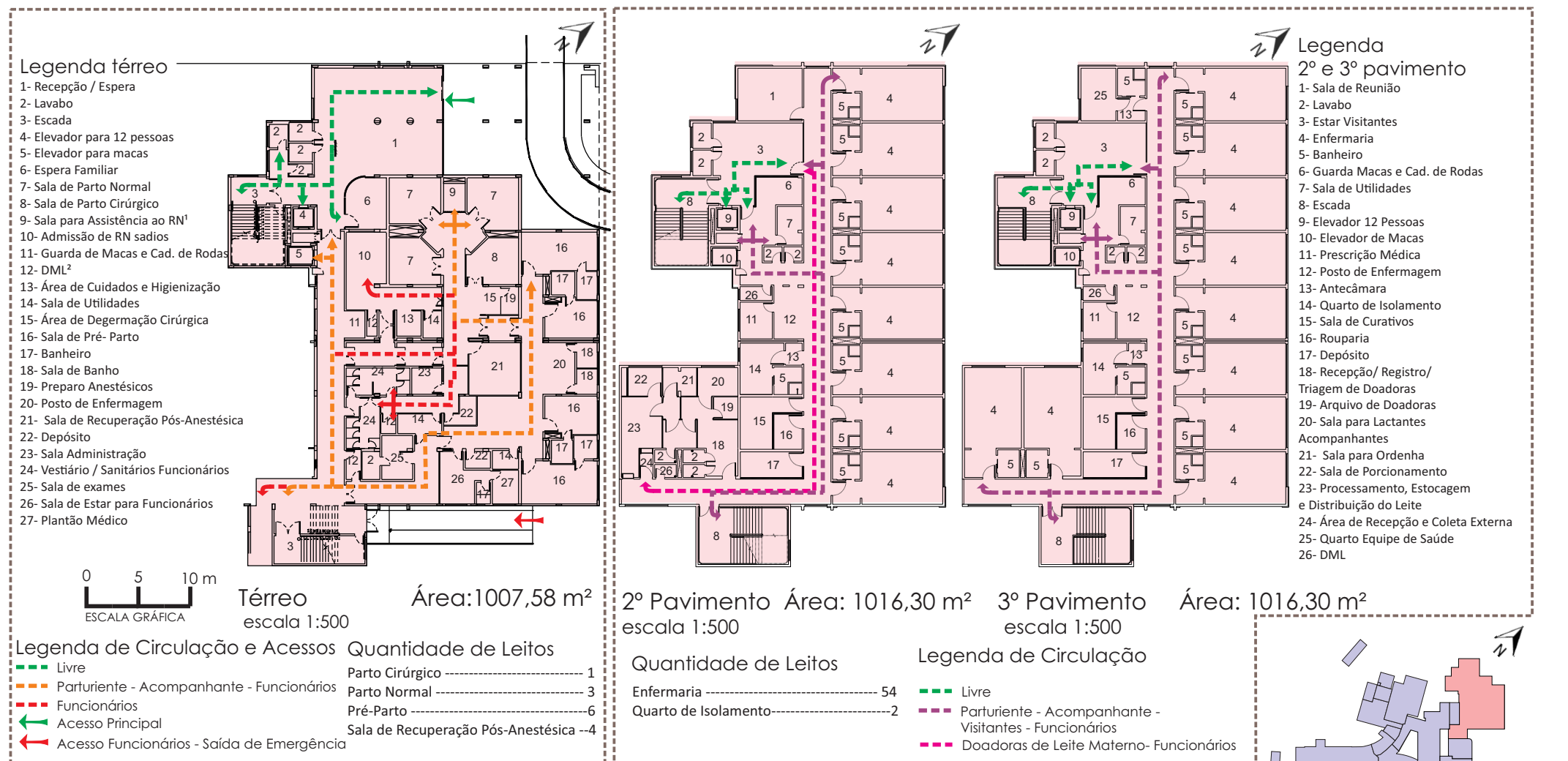
1- Recém Nascido

2- Depósito de Materiais de Limpeza

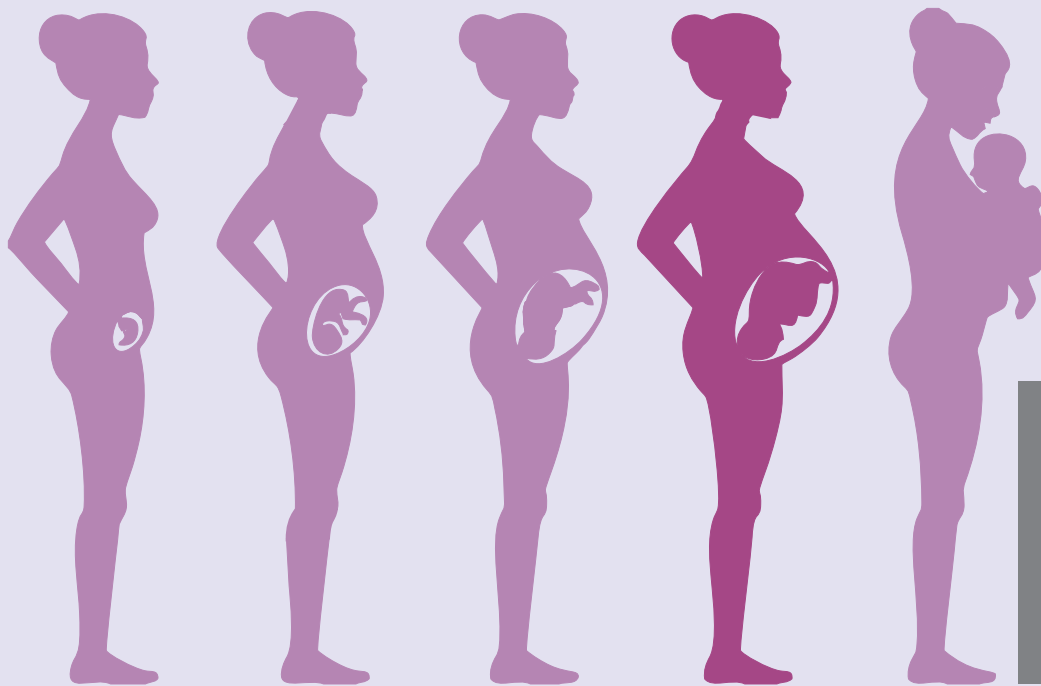
Centro de Parto Humanizado e Cuidados com a Gestante

3.7 HOSPITAL MATERNO INFANTIL SANTA CATARINA - HMISC

Figura 52 - Setorização do Centro Obstétrico (Maternidade)



A legislação atual obriga as novas construções de maternidade a contemplar o parto humanizado, mas percebe-se que isso ocorre de maneira equivocada, com apenas a colocação de salas com banheiros, que é o caso da maternidade do HMISC, onde é colocado as salas de banho (térreo item 18) direto aos corredores, tirando a privacidade da paciente, além de possuir apenas duas banheiros para atender toda a maternidade. A humanização do parto não é colocar uma banheiro, engloba muito mais que isso, como já foi dito anteriormente.



CAPÍTULO 4

Análise Propositiva

4.1 REFERENCIAIS ARQUITETÔNICOS

Figura 53 - Fachada Hospital Infantil Nemours



Figura 55 - Terraço Hospital Infantil Nemours



Figura 57 - Implantação Hospital Infantil Nemours



Figura 54 - Criança trocando as cores do quarto



Figura 56 - Salas de Convivência Hospital Infantil Nemours



Figura 58 - Jardins Hospital Infantil Nemours



4.1.1 Hospital Infantil Nemours - Orlando

Arquitetos Stanley Beaman & Sears

Localização Orlando, FL, EUA

Área 192.000 m²

Ano do projeto 2012

O hospital Infantil Nemours se preocupa com atendimento de crianças com doenças crônicas, diagnósticos complexos e com doenças terminais. Por esse motivo, o objetivo foi a criação de um hospital diferente, que pudesse trazer conforto aos pacientes, em contra ponto aos tradicionais ambientes hospitalares.

O hospital na sua fachada noturna chama a atenção por seu colorido (figura 53) que são dos quartos onde as crianças ficam internadas, a cor é escolhida pela própria criança de modo que possa interagir com o ambiente (figura 54).

O projeto, preocupado com o bem estar familiar, cria terraços e ambientes de convívio confortáveis, com vegetação e bem iluminados.

Por se localizar em um clima subtropical, houve uma preocupação com a incidência solar, com utilização de brises, locais sombreados, aproveitamento da luz natural e ainda instalação de placas solares nos locais com maior insolação.

Por ser implantado em um local que inicialmente quase não possuía vegetação, foi estabelecido uma prioridade no paisagismo, incentivando o plantio no início do processo construtivo para que uma paisagem madura pudesse ser criada até a inauguração (figura 55 a 58).

Como referência, os principais aspectos levantados a fim de implantar no Centro de Parto são: a criação do espaço que acolha a família e traga bem estar ao paciente, a utilização de terraços, vegetações abundantes e ambientes de convívio.

4.1 REFERENCIAIS ARQUITETÔNICOS

4.1.2 Hospital da Rede Sarah - Salvador

Arquiteto: João Filgueiras Lima (Lelé)

Data do Projeto: 1991

Área do Terreno: 128.395,84 m²

Área Construída: 27.000,00 m²

Localização: Salvador, Brasil

Programa: 178 leitos

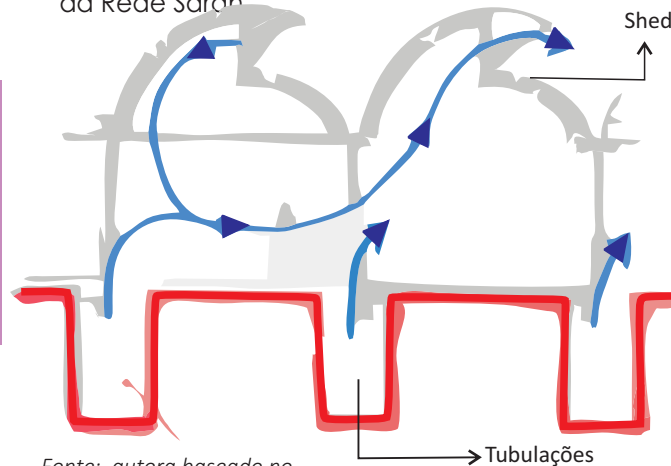
Especialidades: Lesador medular, Lesado Cerebral, Reabilitação

Destaca-se nos projetos do Lelé, as soluções bioclimáticas na sua arquitetura, onde a maior parte dos ambientes possui ventilação natural, com seu sistema de tubulações no térreo e shed na cobertura. A utilização de jardins também é outra característica forte dos seus projetos, mesmo em ambientes internos. Lelé traz um novo conceito para hospital, tirando a ideia monótona da caixa fechada, fugindo do externo. Claro que por ser um hospital de reabilitação esse fator pode ser trabalhado sem ter que isolar os pacientes.

As figuras de 59 a 60 apresenta ilustrações do deste projeto

Da mesma forma, o Centro de Parto não necessita ser algo isolado do externo, por ter um risco baixo de contaminação. Desse modo pode-se aproveitar com abundância as soluções bioclimáticas.

Figura 61 - Sistema de ventilação dos hospitais da Rede Sarah



Fonte: autora baseado no livro *Arquitetura uma experiência na área da saúde*

Figura 59 - Fachada Hospital da Rede Sarah - Salvador



Fonte: ibahia

Figura 60 - Jardins e Tubulações Hospital Rede Sarah - Salvador



Fonte: ibahia

4.1 REFERENCIAIS ARQUITETÔNICOS

4.1.3 Arquitetura para Maternidades

Escritório: PARRA - MULLER

Arquitetura para Maternidades

Localização: Madrid - Espanha

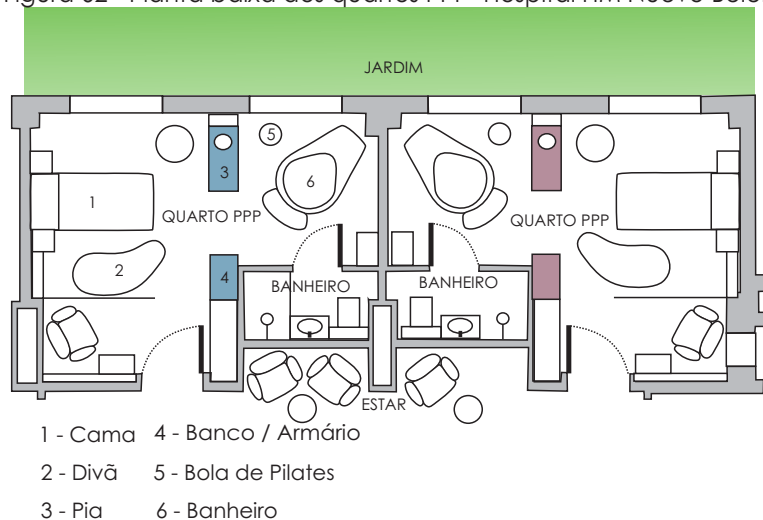
O escritório Parra - Muller é especializado em arquitetura de interiores de maternidades. O trabalho é feito por duas arquitetas, Angela E. Muller e Marta Parra Casado.

Seus projetos focam na humanização dos ambientes de parto a fim de garantir bem estar e respeito as pacientes e seus familiares. Destacam-se seus designs diferenciados e bem marcantes.

Pode-se observar os quartos temáticos por cor, todos com a presença de mobiliário de auxílio ao parto, como banheira, cama, bola, locais de apoio, afim de garantir que a gestante possa optar para o tipo de parto desejado.

As figuras de 62 a 66 apresenta ilustrações do deste projeto.

Figura 62 - Planta baixa dos quartos PPP¹ Hospital HM Nuevo Belén



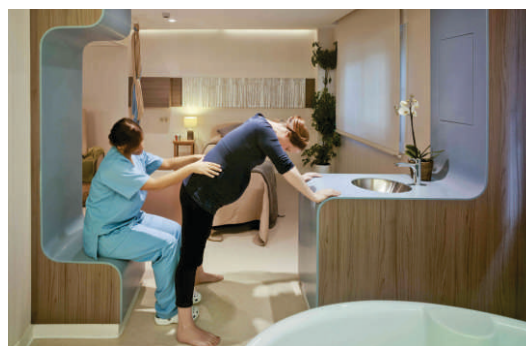
Fonte: autora baseado no modelo do pinterest.

Figura 63 - Quarto PPP Rosa Hospital HM Nuevo Belén



Fonte: arquitectura de maternidades

Figura 64 - Quarto PPP Azul Hospital HM Nuevo Belén



Fonte: arquitectura de maternidades

Figura 65 - Quarto PPP Hospital de Getafe



Fonte: arquitectura de maternidades

Figura 66 - Quarto PPP Hospital HM Puerta Del Sur



Fonte: arquitectura de maternidades

4.2 ASPECTOS CONCEITUAIS DO TEMA

Através dos estudos de casos e das referências, percebe-se que a arquitetura se adequa ao local que está inserido. O centro de parto é da mesma maneira, seus aspectos para sua implantação mudam de acordo com a quantidade de atendimento, tipo de público, se é intra ou peri-hospitalar. A finalidade da proposta do centro de parto, é de que venha atender as gestantes de criciúma e região, ligado a maternidade já existente.

4.2.1 O QUE É?

Equipamento peri-hospitalar de atendimento a gestante, com parto humanizado e atividades de cuidados com a saúde e bem-estar da mãe e do bebê

4.2.2 QUEM SÃO OS USUÁRIOS DO EQUIPAMENTO?

Gestantes principalmente da região da AMREC.

4.2.3 QUAIS AS ATIVIDADES OFERECIDAS?

Atendimento a partos vaginais de forma humanizada, exercício como pilates, hidroginástica e yoga, cursos de gestante, curso de doula e atendimento com profissionais para saúde e bem-estar da gestante.

4.2.4 QUANDO FUNCIONA?

Funciona 24 horas por dia e os 7 dias da semana.

4.2.5 O QUE POSSUI ?

Quartos PPP (pré, parto, pós), área dos familiares, salas para os exercícios, sala para cursos, auditório e estar dos funcionários.

4.2.6 MÉDIA DE PÚBLICO A SER ATENDIDO

No ano de 2016 segundo o DATASUS, foi de 4.140 nascidos vivos, tanto do município de Criciúma, quando de outras regiões da AMREC. O atendimento pelo SUS atualmente é feito na maternidade do Hospital São José, o qual será transferido para a maternidade do HMISC. Atualmente o São José atende cerca de 230 partos mês pelo SUS, sendo que é cerca de 40% de parto normal e 60% de cesáreas, com 56% do município de Criciúma e o restante dos demais. (SÃO JOSÉ, 2018).

Desses 230 parto/mês, pela recomendação da OMS é que cerca de 85% seja parto normal, ou seja 195 dos partos/mês, então com 6,5 partos diários. Que é o valor a ser atendido no Centro de Parto

Também atendimento dessas 195 gestantes nos cursos com 20 turmas mensais, em média de 10 alunas cada e um curso de doula por mês em média de 10 alunas.

Resumo de atendimentos

6 partos diários

21 turmas mensais com 10 gestantes cada para curso de gestantes, tendo aulas durante o período noturno, durante a semana e nos finais de semana, a fim de atender 230 gestantes por mês.

1 turma mensal 10 doulas por curso

Yoga, hidroginástica e pilates com três aulas semanais de cada, tendo turmas de até 35 gestantes.

4.2.7 ESCALAS DE ABORDAGEM

Com alcance regional do equipamento e com desenvolvimento local da arquitetura.

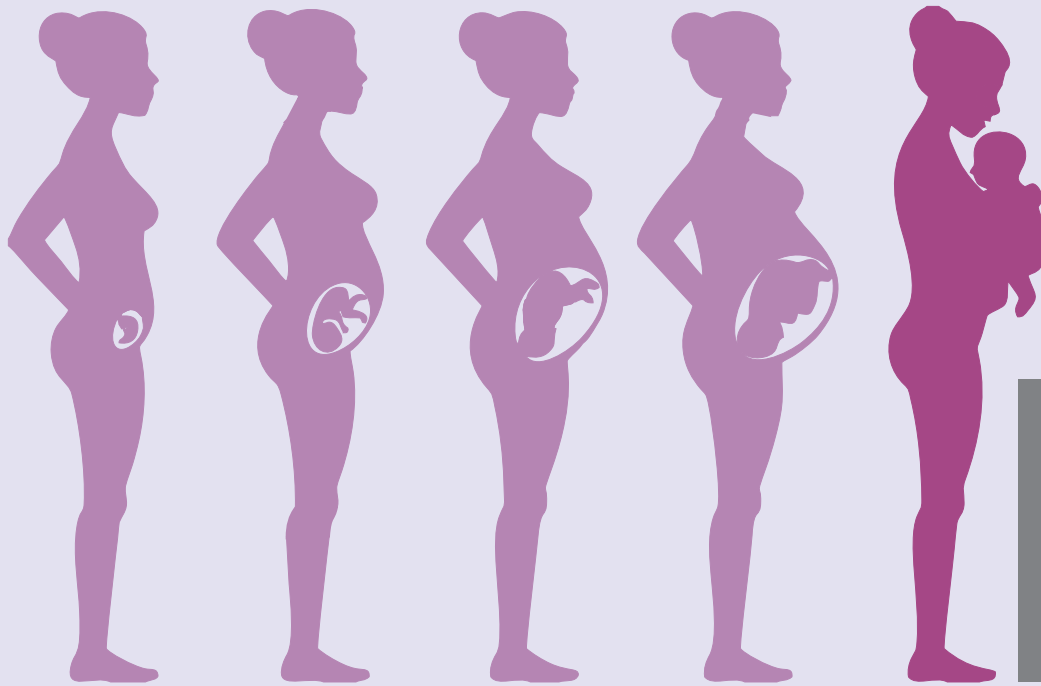
4.3 PROGRAMA DE NECESSIDADES

Tabela 05 - Programa Proposto

ATIVIDADE	AMBIENTE	QUANT.	ÁREA	TOTAL	SETOR
ATENDIMENTO	Sala de Registro e recepção para acolhimento da parturiente e seu acompanhante	1	100	100	145,5
	Sanitário recepção	1	18	18	
	Sala de exames e admissão de parturientes	1	15	15	
	Sanitário anexo à sala de exames	1	2,5	2,5	
	Administração	1	10	10	
ATENDIMENTO ESPECÍFICO	Posto de enfermagem	1	5	5	59
	Sala de serviço	1	6	6	
	Consultório fisioterapeuta	1	12	12	
	Consultório obstetra	1	12	12	
	Consultório psicóloga	1	12	12	
	Consultório fonodíloga	1	12	12	
PARTOS	Quartos para pré-parto/parto/pós-parto – PPP (com banheiro)	6	35	210	388
	Banheiro anexo ao quarto PPP	6	5	30	
	Terraço	6	18	108	
	Área para deambulação (interna e/ou externa)	1	40	40	
FAMILIAR	Estar família	6	10	60	138
	cozinha família	6	10	60	
	wc família	6	3	18	
FUNCIONÁRIOS	Quarto de plantão para funcionários	2	10	20	81
	Vestiário	1	18	18	
	Copa	1	8	8	
	Refeitório	1	20	20	
	Estar dos funcionários	1	15	15	

GRUPO DE ATIVIDADES	Yoga	1	60	60	285
	hidroginástica	1	130	130	
	Vestiário	1	15	15	
	Pilates	1	60	60	
	Área infantil	1	20	20	
SERVIÇOS	Área para guarda de macas e cadeiras de rodas	2	5	10	95,3
	Rouparia	1	10	10	
	Depósito de material de limpeza	1	4,15	4,15	
	Depósito de equipamentos e materiais	1	3,15	3,15	
	Sala de utilidades	1	6	6	
	Lavanderia	1	40	40	
	Almoxarifado	1	12	12	
	Manutenção elétrica	1	4	4	
	Lixo hospitalar (expurgo)	1	3	3	
	Lixo comum	1	3	3	
CURSO DE DOULAS	Auditório	1	60	60	160
CURSO DE GESTANTE	Sala de Práticas	1	80	80	
	sanitário	1	20	20	
ESTACIONAMENTO	30 vagas cobertas	30	25	750	750
					2101,8
30% de paredes e circulação					630,54
TOTAL					2732,34

O Programa foi elaborado através da legislação para Centro de Parto já citada (página 27) e estudo de caso de Birth Centre - Canadá (página 28 e 29).



CAPÍTULO 5

Partido

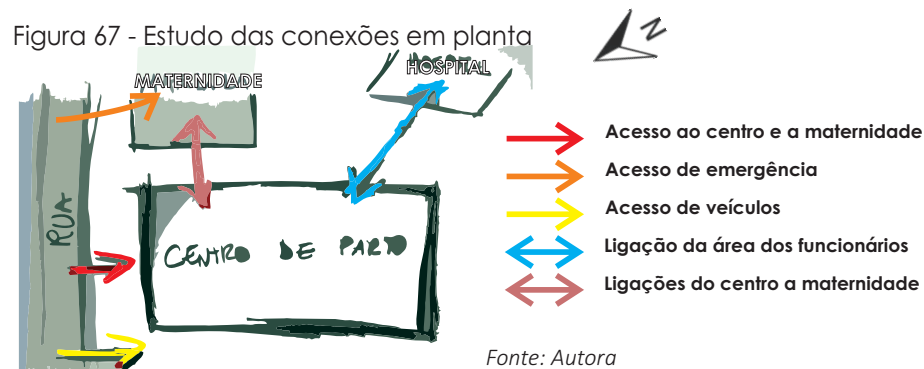
5.1 CONDICIONANTES E DIRETRIZES

5.1.1 Condicionantes

- ❏ Criação de dois acessos, como a legislação recomenda, um de atendimento geral, que será pelo centro de parto que levará também a maternidade e o segundo, que será apenas de acesso de emergência, a fim de evitar que o paciente em estado crítico tenha o maior percurso e ainda passe por áreas comuns (figura67).

Uma boa prática no projeto dos de acessos das unidades de maior porte e complexidade é dotá-las, sempre que possível, de dois,... Um deles, denominado de Emergência, seria de uso exclusivo para os pacientes em estado grave, transportados por ambulâncias ou outros veículos.... Pelo segundo, denominado de Urgências, devem adentrar os pacientes que chegam à unidade deambulando, necessitando de pouca ou nenhuma ajuda de terceiros para acessarem à sala de espera da unidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

- ❏ Criação de conexões diretas do pavimento dos quartos para a maternidade, a fim de garantir a transferência da gestante em caso de emergência (figura 67).
- ❏ Criar ligação coberta da área dos funcionários do hospital ao centro de parto (figura 67)



Fonte: Autora

- ❏ Criar vagas de estacionamento a fim de substituir as que existiam no local.
- ❏ Criar ligação entre o térreo da maternidade ao do centro de parto (figura68).

Figura 68 - Estudo das conexões em corte



Fonte: Autora

5.1.2 Diretrizes

- ❏ Desvincular-se de um espaço exclusivamente hospitalar, aproximando-se ao ambiente acolhedor e aconchegante.
- ❏ Criar uma unidade dos edifícios já existentes com o novo anexo, através da qualificação da fachada com as cores e o paisagismo.
- ❏ Utilizar os elementos naturais, como a ventilação, insolação, vegetação, pedra e a água, trazendo ao espaço esses aspectos, a fim de caracterizá-lo como tranquilo e de aconchego.
- ❏ Valorizar os visuais tanto da cidade como da vegetação existente.
- ❏ Apropriar-se do terreno de forma a trabalhar com sua grande declividade.
- ❏ Criar a circulação principal aberta a fim de evitar os longos corredores fechados característico dos equipamentos hospitalares.

5.2 IMPLANTAÇÃO

Figura 69 - Implantação geral

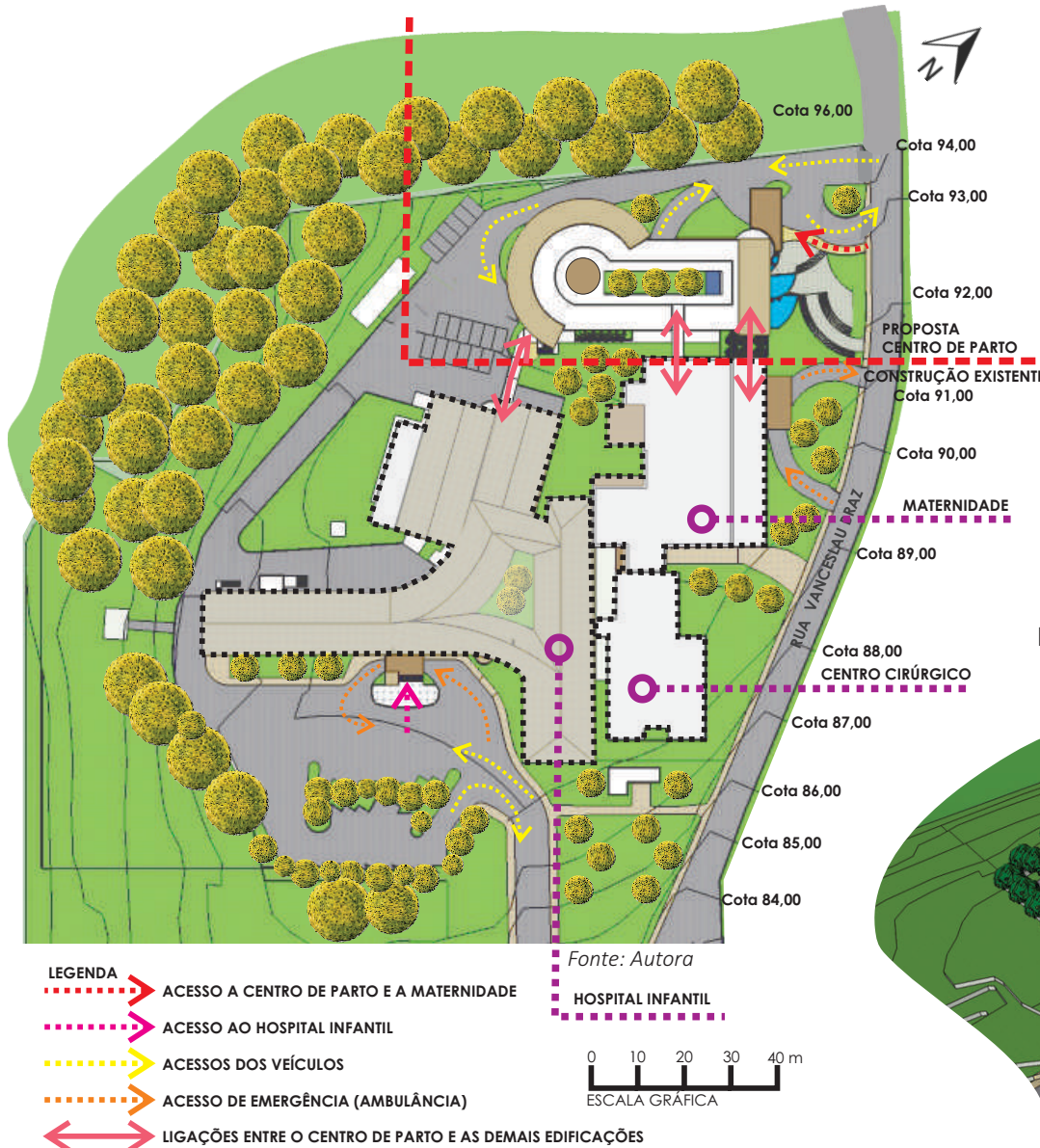
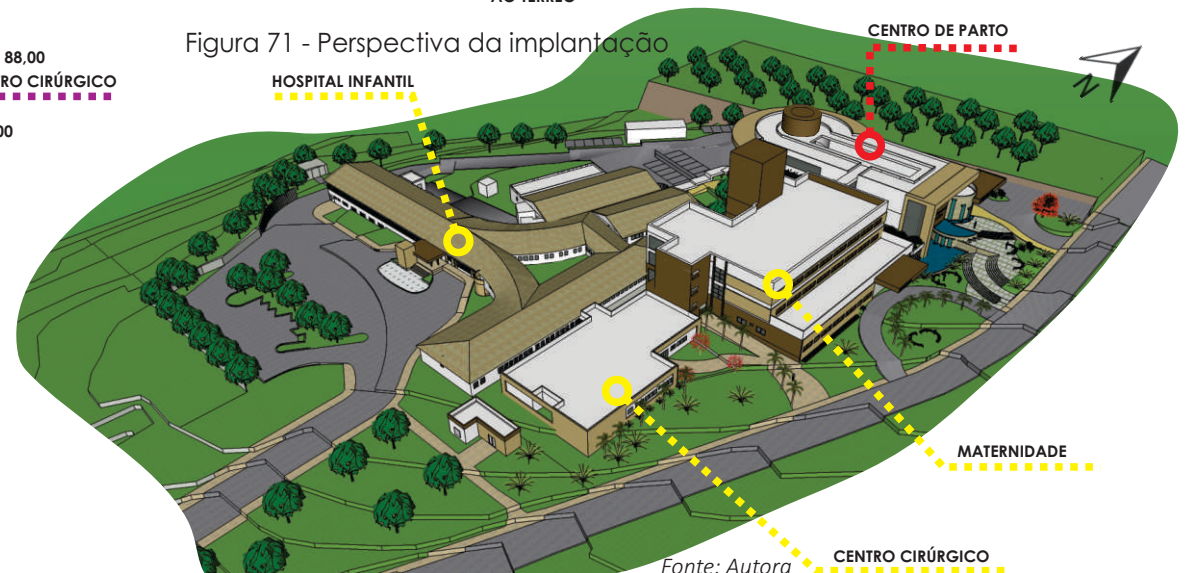


Figura 70 - Implantação Centro de Parto



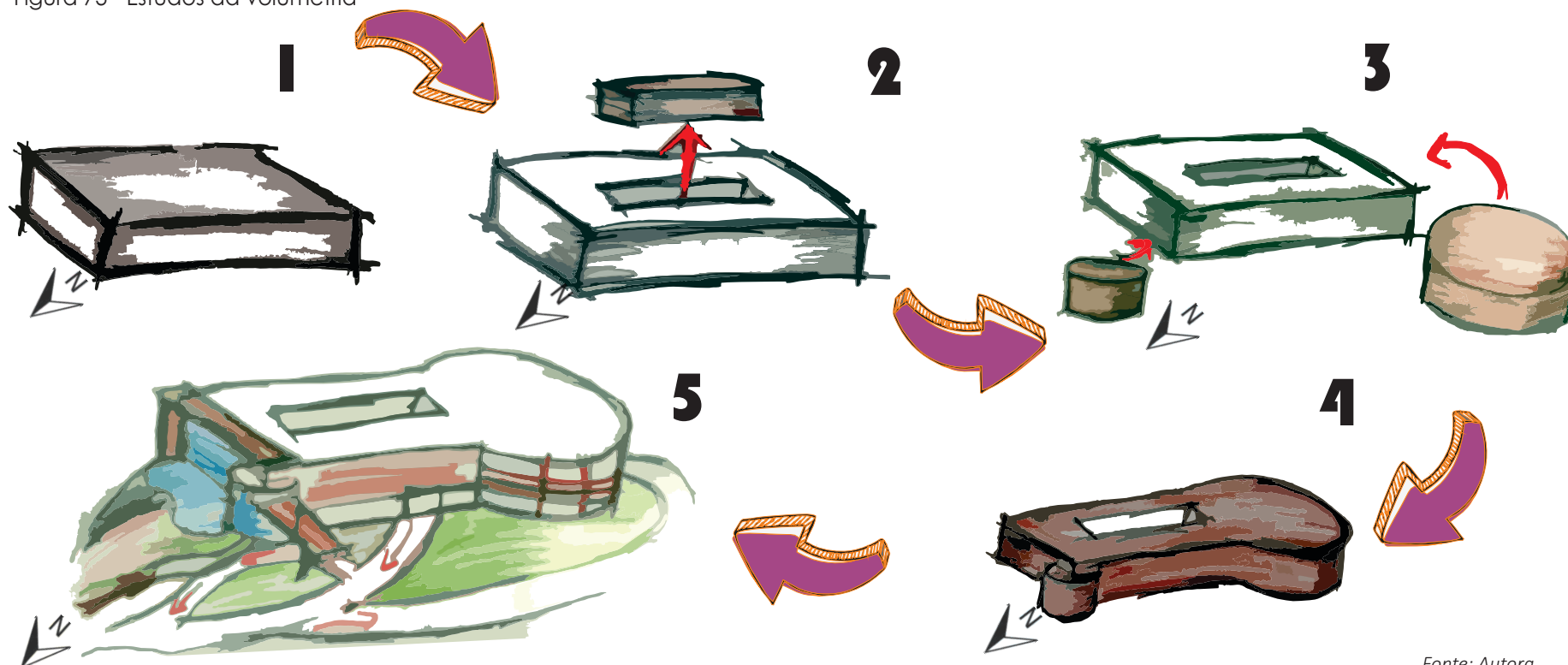
Figura 71 - Perspectiva da implantação



5.3 ESTUDOS DA VOLUMETRIA

- 1** Massa que pode ser ocupada, com a forma retangular, sendo que a frente e os fundos é a mais estreita.
- 2** Retirada do miolo da forma, para criar um jardim, a fim de contribuir com a insolação e ventilação e ainda servir de apoio a circulação interna, evitando que fique enclausurada.
- 3** Adição de elementos circulares. Sendo o menor da recepção e o maior dos quartos. Assim os ambientes principais da edificação tem essa forma, tornando-o mais acolhedor.
- 4** Resultado após a adição das formas.
- 5** Adição dos elementos da fachada como marquises, molduras e brises para lado norte e oeste.

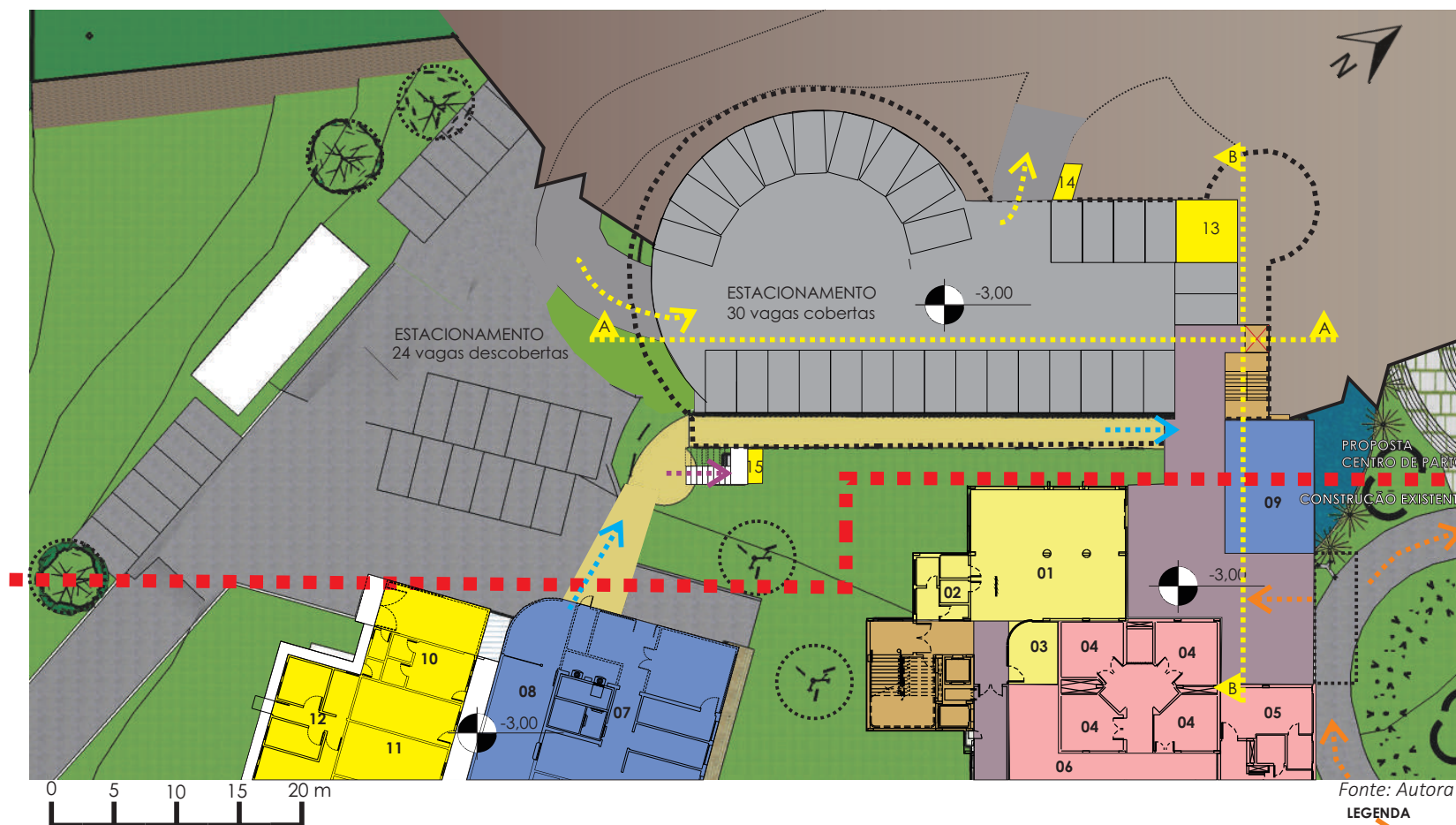
Figura 73 - Estudos da volumetria



Fonte: Autora

5.4 SUBSOLO

Figura 73 - Setorização e acessos subsolo



ATENDIMENTO

- 1- Recepção da emergência
- 2- Sanitários
- 3- Estar Família

MATERNIDADE

- 4- Salas de Parto
- 5- Salas de Pré-parto
- 6- Enfermagem

ALIMENTAÇÃO

- 7- Preparo de alimentos
- 8- Refeitório Funcionários
- 9- Cafeteria

SERVIÇO

- 10- Necrotério
- 11- Almoxarifado
- 12- Manutenção
- 13- Cisterna
- 14- Manutenção elétrica
- 15- Lixo Hospitalar (recolhido por empresa especializada com acesso restrito)

Figura 74 - Local da Implantação



Fonte: Google Earth

Atualmente no local onde será implantado o centro de parto, possui um estacionamento com 64 vagas descobertas. No momento atual não utilizadas, pois há um bloqueio na entrada (figura 74).

A proposta possui 30 vagas cobertas e 24 descobertas totalizando 54 vagas.

Fonte: Autora

LEGENDA

- ACesso DE EMERGÊNCIA (ambulância)
- ACessos DOS VEÍCULOS
- ACesso VERTICAL DOS FUNCIONÁRIOS AO TÉRREO
- ACesso DOS FUNCIONÁRIOS A CAFETERIA E AO HALL
- CIRCULAÇÃO HORIZONTAL
- CIRCULAÇÃO VERTICAL

5.5 TÉRREO E CORTE A-A

Figura 75 - Setorização e acessos Térreo

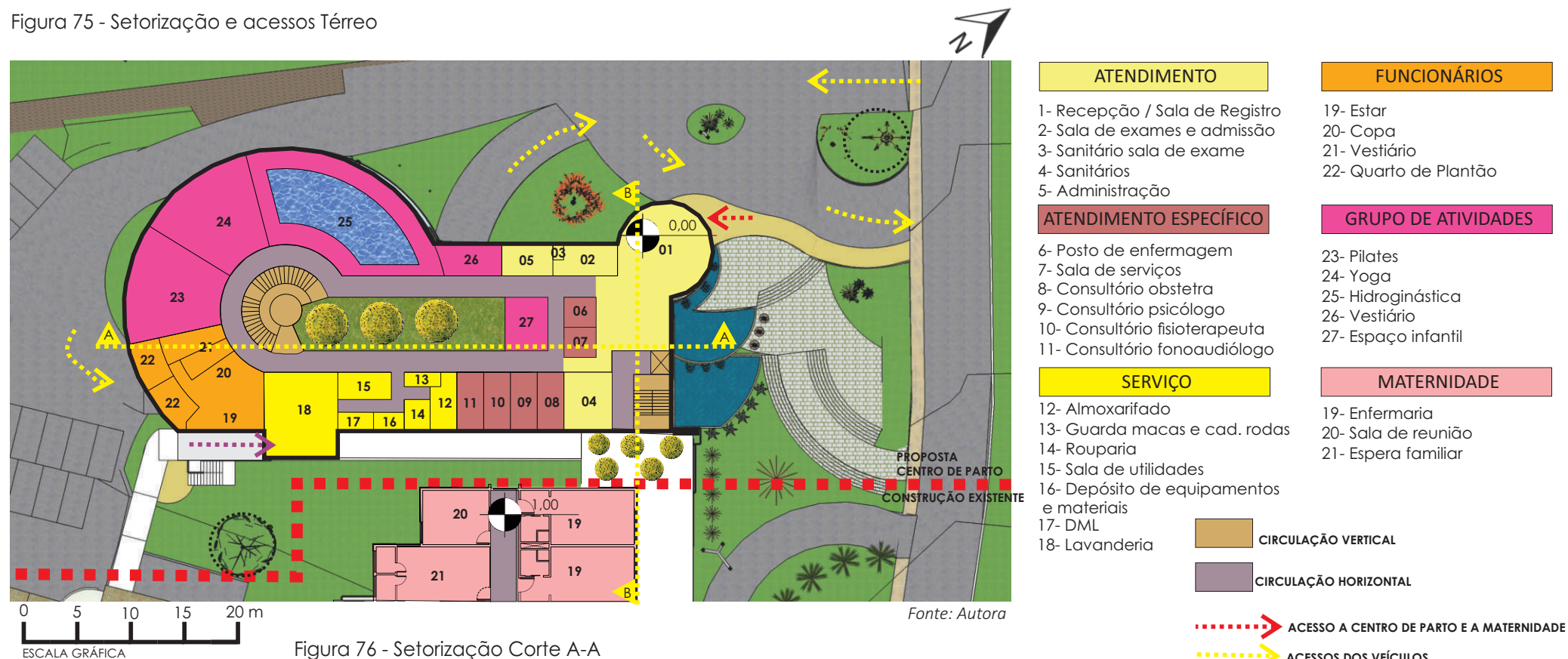
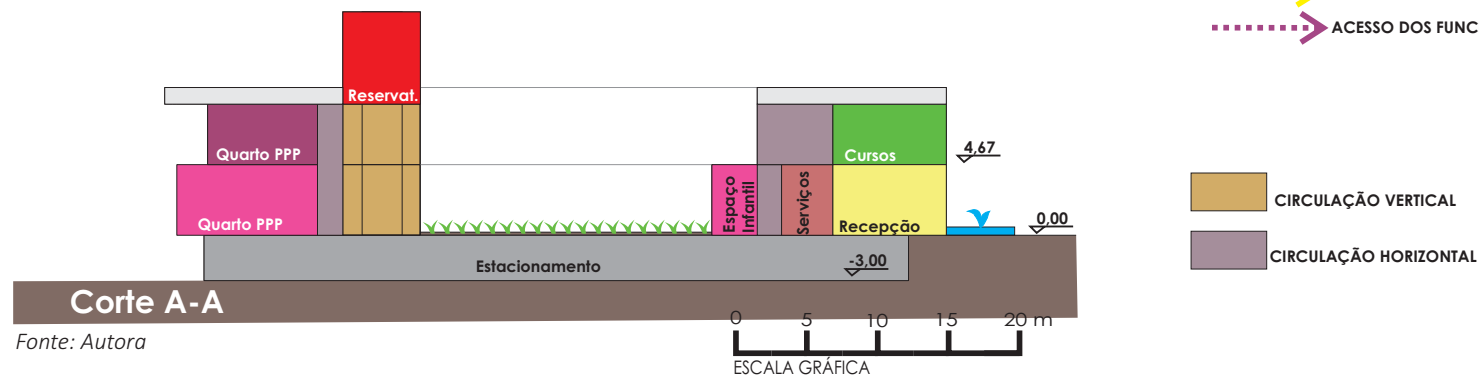


Figura 76 - Setorização Corte A-A



5.6 2º PAVIMENTO E CORTE B-B

Figura 77 - Setorização e acessos 2º Pavimento

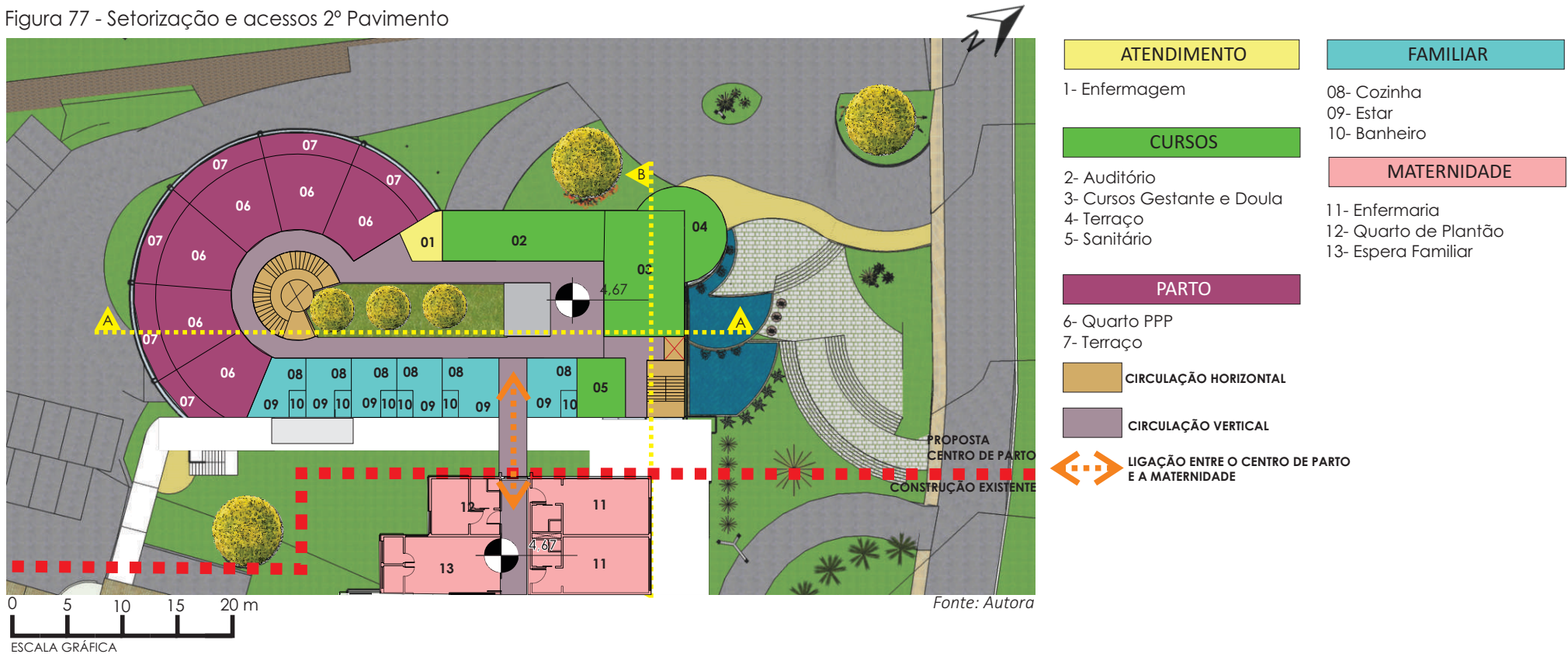
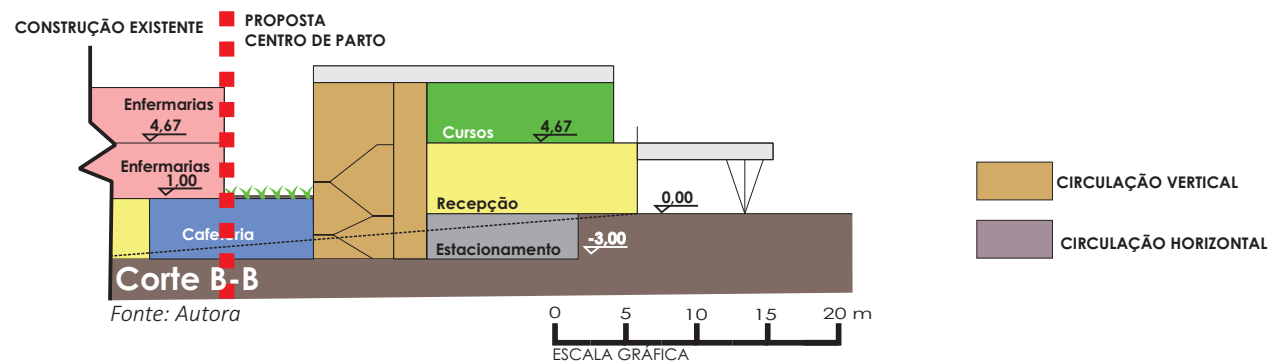
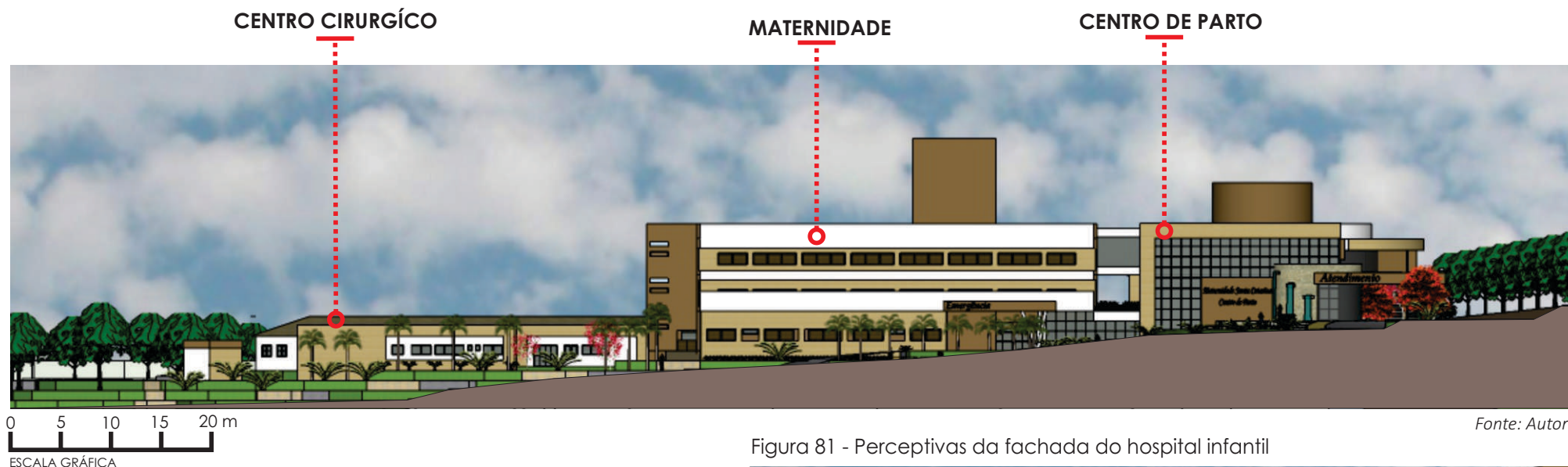


Figura 78 - Setorização Corte A-A



5.7 FACHADAS E PERSPECTIVAS

Figura 79 - Fachada nordeste vista geral



Fonte: Autora

Figura 81 - Perceptivas da fachada do hospital infantil

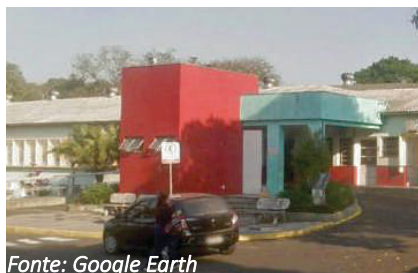


Fonte: Autora

Para dar unidades nas fachadas com o existente e o novo, foram utilizados a mesmas cores em tons quentes (figura 79). As cores foram escolhidas de forma que se integrassem a natureza no local com o verde da vegetação e o marrom se integra a terra. Também na fachada do centro de parto foi trabalhado a água, símbolo remetente ao parto.

As fachadas da maternidade que eram todas brancas, são trabalhadas com a cor marrom em diferentes tons, através da pintura e do revestimento cerâmico, material característico da região.

Figura 80 - Marquise do HMISC



Fonte: Google Earth

Outro ponto para unidade dos edifícios é trabalhar com as marquises de acesso ao centro e ao hospital da mesma forma, com pilar em V. A atual marquise do HMISC (figura 80), não fez parte do projeto arquitetônico, sendo adicionada posteriormente, ela tem um aspecto pesado e usa cores pouco atrativas. O motivo trabalhar com uma marquise mais fina e um pilar em V, foi de trazer leveza a fachada (figura 81).

5.7 FACHADAS E PERSPECTIVAS

VOLUME DO RESERVATÓRIO

MARQUISE DE ACESSO COM PILAR EM V

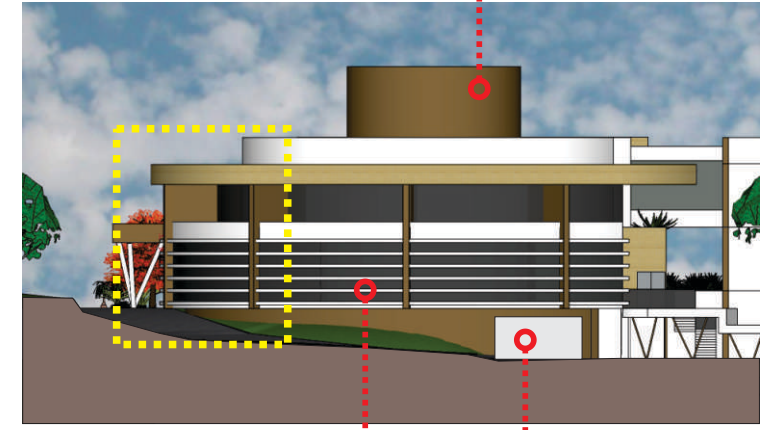
Figura 82 - Fachada nordeste



Fonte: Autora

VOLUME DO RESERVATÓRIO

Figura 83- Fachada sudoeste



Fonte: Autora

0 2,5 5 7,5 10 m
ESCALA GRÁFICA

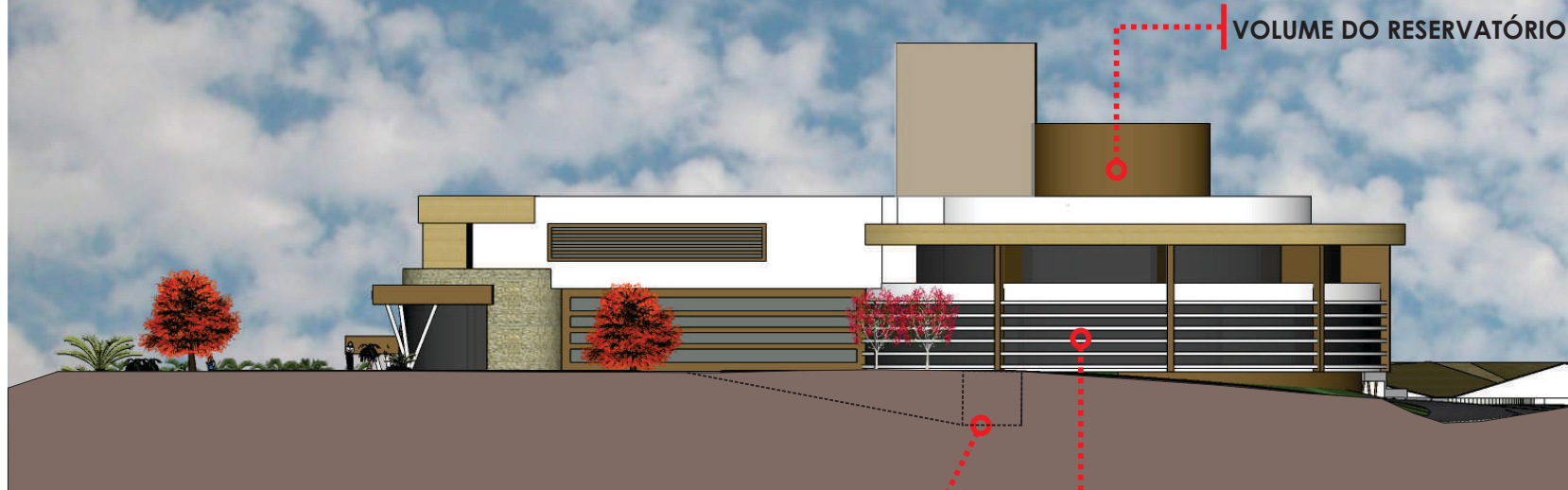
0 2,5 5 7,5 10 m
ESCALA GRÁFICA

FACHADA ENVIDRAÇADA PARA ÁREAS COMUNS DO CENTRO

BRISES ALUMÍNIO

ENTRADA ESTACIONAMENTO

Figura 84- Fachada noroeste



0 2,5 5 7,5 10 m
ESCALA GRÁFICA

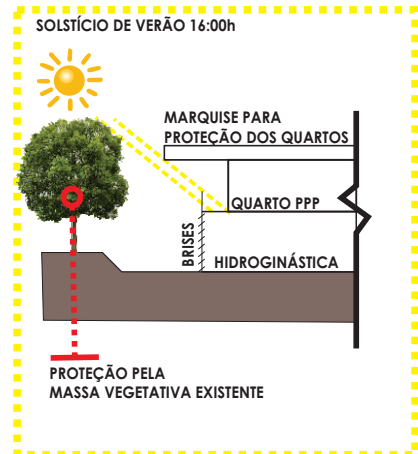
SAÍDA ESTACIONAMENTO

VOLUME DO RESERVATÓRIO

BRISES

Fonte: Autora

Figura 85- Estudo da insolação fachada noroeste



Fonte: Autora

5.7 FACHADAS E PERSPECTIVAS

Figura 86- Fachada sudeste

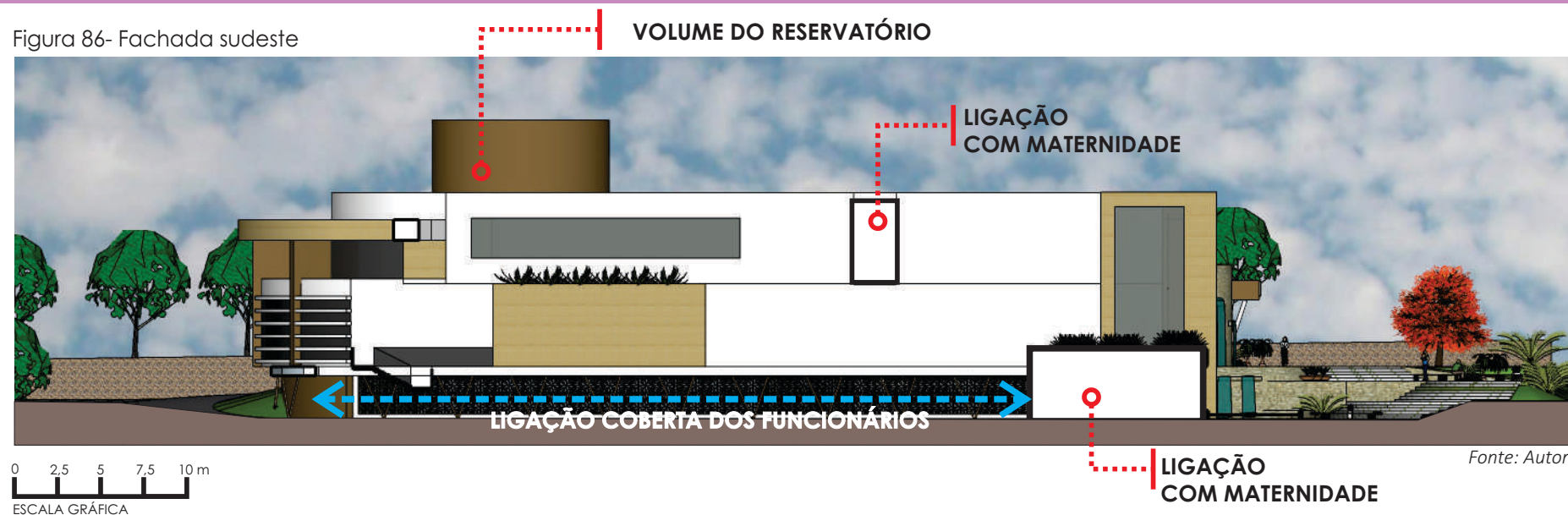
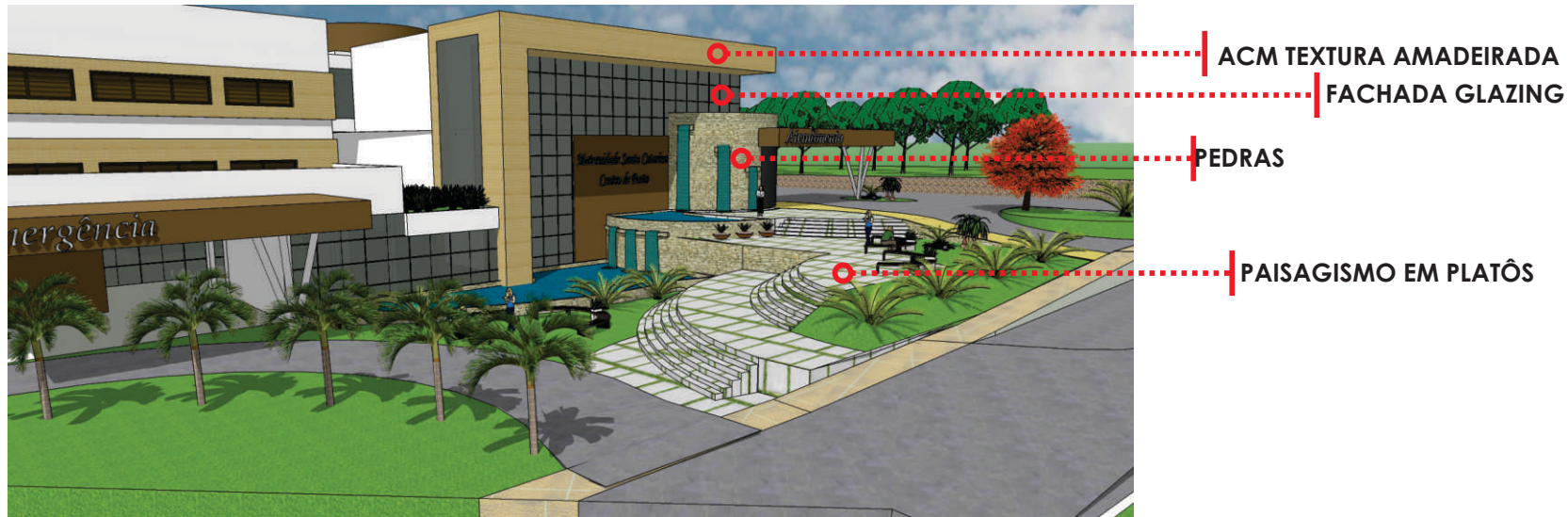


Figura 87- Perspectiva Centro Parto



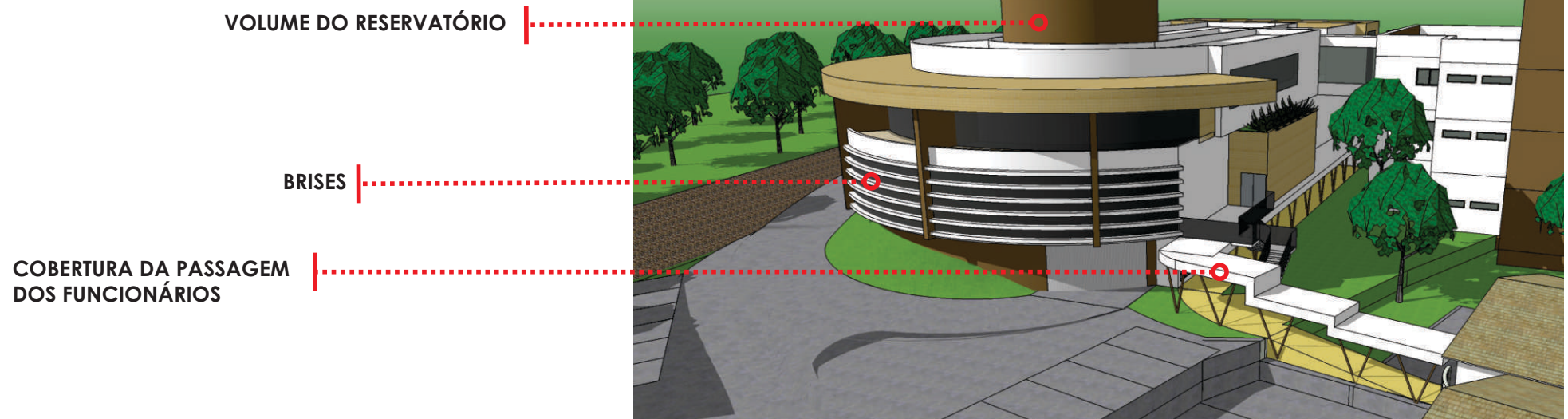
5.7 FACHADAS E PERSPECTIVA

Figura 88- Perspectiva Cascata Centro de Parto



Fonte: Autora

Figura 89- Perspectiva Fachada dos Fundos



Fonte: Autora

CONCLUSÃO

Com base em todos os estudos e análises feitas no trabalho, buscou-se desenvolver um partido arquitetônico de qualidade, que englobe os aspectos tanto técnicos como subjetivos do tema, de forma que a edificação esteja bem inserida no seu entorno, com as conexões e acessos de acordo com o programa, levando em conta as condicionantes levantadas e respeitando as diretrizes propostas.

Foi colocado em prática os saberes adquiridos em todo processo de formação do curso, a fim de responder às finalidades do projeto. Buscou-se entender o papel da arquitetura não só como algo construído, mas como algo que possa ser sentido e como vai ser sentido.

Enfim, foi desenvolvido de forma a responder as questões que são necessária para o desenvolvimento da instituição Centro de Parto e Cuidados com a Gestante.

ACR ARQUITETURA (Brasil) (Org.). 10 COISAS IMPORTANTES QUE VOCÊ DEVERIA SABER SOBRE A ARQUITETURA HUMANIZADA NO AMBIENTE HOSPITALAR. 2016. Disponível em: <<http://www.acr.arq.br/blog/arquitetura-hospitalar>>. Acesso em: 04 nov. 2018.

AMANDA FAQUETI. Yoga para Gestantes. 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/174567/yoga%20na%20gesta%C3%A7%C3%A3o.pdf?sequence=2&isAllowed=y>>. Acesso em: 21 set. 2018.

ARCHITECTURE AND DESIGN SCOTLAND (Inglaterra) (Org.). Brent Birth Centre. Disponível em: <<https://www.ads.org.uk/brent-birth-centre/>>. Acesso em: 13 out. 2018.

BRASIL. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. . Nascidos Vivos - 1994 a 2016. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nv>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. . Orientações para Elaboração de Propostas da Rede Cegonha. 2012. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/141/MANUAL_DE_PROPOSTAS_REDE_CEGONHA.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2018.

BRASIL. Portaria nº 11, de 07 de janeiro de 2015. . [Brasília], DISTRITO FEDERAL: Diário Oficial, Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html>. Acesso em: 23 set. 2018.

BRASIL. Portaria nº 1020, de 29 de maio de 2013. . [Brasília], DISTRITO FEDERAL: Diário Oficial, Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html>. Acesso em: 23 set. 2018.

BRASIL. Resolução-rcd nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. . [Brasília], DISTRITO FEDERAL: Diário Oficial, Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html>. Acesso em: 23 set. 2018.

BRASIL. Resolução nº 36, de 03 de junho de 2008. . [Brasília], DISTRITO FEDERAL: Diário Oficial, 03 jun. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html>. Acesso em: 23 set. 2018.

BRASÍLIA. MINISTÉRIO DA SAÚDE. . PROGRAMAÇÃO ARQUITETÔNICA DE UNIDADES FUNCIONAIS DE SAÚDE PROGRAMAÇÃO ARQUITETÔNICA DE UNIDADES FUNCIONAIS DE SAÚDE. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programacao_arquitetonica_somasus_v1.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2018.

BRUCE, Carlos. Exercícios de hidroginástica para gestantes. 2017. Disponível em: <<https://www.tuasauade.com/exercicios-de-hidroginastica-para-gestantes/>>. Acesso em: 21 set. 2018.

CASSIANO, Angélica Capellari Menezes et al. SAÚDE MATERNO INFANTIL NO BRASIL: EVOLUÇÃO E PROGRAMAS DESENVOLVIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2014. Disponível em: <<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581>>. Acesso em: 16 set. 2018.

CAGNINI, Lariane. Prefeitura e Estado fecham acordo sobre gestão compartilhada do Hospital Santa Catarina. 2018. Disponível em: <<https://www.nsctotal.com.br/colunistas/lariane-cagnini/prefeitura-e-estado-fecham-acordo-sobre-gestao-compartilhada-do-hospital>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

CARDOSO, Elizangela Barbosa. Em defesa da pátria: proteção social, infância e maternidade no Estado Novo. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, Teresina, v. 4, n. 8, p.400-418, 8 dez. 2012. Disponível em: <<https://rbhcs.com/rbhcs/article/download/147/141>>. Acesso em: 15 set. 2018.

CARVALHO, Antonio Pedro Alves de. Temas de arquitetura de estabelecimentos assistenciais de saúde. 2. ed. Salvador: UFBA, 2003. 235 p. ISBN 8587243144.

CASATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Katia. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a29.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2018.

COSTA, Roberta et al. Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/aps/resource/pt/bde-25594>>. Acesso em: 16 set. 2018.

CRIVELLARO, Isa. AMAMENTAÇÃO: O QUE A FONOAUDIOLOGIA TEM A VER COM ISSO? 2015. Disponível em: <<https://mamaholic.com.br/amamentacaoefonoaudiologia/>>. Acesso em: 19 set. 2018.

DATASUS. PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/SISPRENATAL/SPN_PHP.php>. Acesso em: 15 set. 2018.

DUARTE, Ana Cristina. PORQUE VOCÊ VAI PROVAVELMENTE ACABAR NUMA CESARIANA. Disponível em: <<https://www.maternidadeativa.com.br/artigo14.html>>. Acesso em: 19 set. 2018.

DUARTE, Ana Cristina. PORQUE TANTA CESÁREA? 2012. Disponível em: <<https://www.maternidadeativa.com.br/artigo13.html>>. Acesso em: 19 set. 2018.

FERREIRA, Francine; FELISBERTO, Zeize. Obras do Hospital Materno Infantil Santa Catarina terão apoio da ACIC. 2018. Disponível em: <<https://www.forquilhaanoticias.com.br/obras-hospital-materno-infantil-santa-catarina-terao-apoio-acic/#>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

FLORIANO, Lara. HMISC deve ter funcionamento pleno em outubro. 2018. Disponível em: <<https://www.4oito.com.br/noticia/hmisc-deve-ter-funcionamento-pleno-em-outubro-5813>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

GERÔNIMO, Rosa Nadir Teixeira (Org.). **Parto humanizado: o nascimento em ambiente amorizado**. Criciúma, SC: UNESC, 2017. 304 p. ISBN 9788584100743 (broch.).

GESTÃO BEBÊ (Org.). Quanto tempo dura um parto normal? E uma cesárea? 2015. Disponível em: <<https://www.gestacaobebe.com.br/quanto-tempo-dura-um-parto-normal-e-uma-cesarea/>>. Acesso em: 19 set. 2018.

GREVE, Vitória. OS DESAFIOS DO PARTO HUMANIZADO NO BRASIL, PAÍS LÍDER EM CESÁREAS NO MUNDO. 2017. Disponível em: <<http://cotidiano.sites.ufsc.br/os-desafios-do-parto-humanizado-no-brasil-pais-lider-em-cesareas-no-mundo/>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

KLEIN, Michele Moreira de Souza; GUEDES, Carla Ribeiro. Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000400016>. Acesso em: 19 set. 2018.

LEITE, Fabiane. Cesariana desnecessária aumenta em 120 vezes risco para o bebê. 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/blog/1000-dias/post/cesarianas-desnecessarias-aumentam-em-120-vezes-riscos-para-o-bebe.html>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

LIMA, João Filgueiras. Arquitetura : uma experiência na área da saúde. São Paulo: Romano Guerra, 2012. 324 p. ISBN 9788588585393 (enc.).

LISBOA, Dr. Luíza. GRAVIDEZ TRIMESTRE A TRIMESTRE. 2013. Disponível em: <<https://www.maemequer.pt/estou-gravida/como-cresce-o-bebe/por-trimestre/gravidez-trimestre-a-trimestre-semana-a-semana/>>. Acesso em: 18 set. 2018.

LOPES, Maria Alice; MEDEIROS, Luciana de. HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR: ORIGEM, USO E BANALIZAÇÃO DO TERMO. 2004. Disponível em: <<http://arquiteturahospitalarnatal.com.br/r/pdf/artigo1.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2018.

LUCCA, Gustavo Rogério de. DILEMAS DA URBANIZAÇÃO BRASILEIRA: UM ESTUDO SOBRE AS TRANSFORMAÇÕES ESPACIAIS NA CENTRALIDADE URBANA DE CRICIÚMA/SC. 2015. 261 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Urbanismo, História e Arquitetura da Cidade, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/159641/337622.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 19 set. 2018.

LUKIANCHUKI, Marieli Azoia; SOUZA, Gisela Barcellos de. Humanização da arquitetura hospitalar: entre ensaios de definições e materializações híbridas. 2010. Disponível em: <<http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/10.118/3372>>. Acesso em: 04 nov. 2018.

MAIA, Mônica Bara. Assistência à saúde e ao parto no Brasil. 2010. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/pr84k/pdf/maia-9788575413289-03.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2018.

MALDONADO, Maria Tereza. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. 17. ed. Petrópolis: Saraiva, 1997. 229 p. ISBN 8502022385

REFERÊNCIAS

MARTÍN, Lucía. Un estudio de arquitectura español se lleva un premio internacional por su diseño de paritorios. 2017. Disponível em: <<https://www.idealista.com/news/deco/estancias/2017/12/13/749253-un-estudio-de-arquitectura-espanol-se-lleva-un-premio-internacional-por-su-diseno-de>>. Acesso em: 13 out. 2018.

MARTINS, Márcia. Os benefícios da Fisioterapia antes, durante e após a gravidez. 2016. Disponível em: <<http://www.crefito9.org.br/noticias/os-beneficios-da-fisioterapia-antes-durante-e-apos-a-gravidez/977>>. Acesso em: 19 set. 2018.

MEDEIROS, Helber Renato Feydit de. **O Estado Novo e a assistência materno-infantil no interior do Brasil:** o Departamento Nacional da Criança através de seus boletins trimestrais. 2016. Disponível em: <http://www.encontro2016.rj.anpuh.org/resources/analais/42/1464006231_ARQUIVO_OEstadoNovoeassistenciaamaterno-infantilnointeriordoBrasil_oDepartamentoNacionaldaCriancaatravesdeseusboletinstrimestrais.pdf>. Acesso em: 15 set. 2018

MINISTÉRIO DA SAÚDE. . Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança:: 70 ANOS DE HISTÓRIA. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf>. Acesso em: 15 set. 2018.

MMP ARCHITECTS (Canada). Birth Centre. Disponível em: <<http://www.mmparchitects.com/#/birthcentre/>>. Acesso em: 13 out. 2018.

MULLER, Gabriela. O que faz uma Doula. Disponível em: <<https://www.nasceramor.com.br/doula>>. Acesso em: 19 set. 2018.

NASPOLINI FILHO, Archimedes. Criciúma - a história em crônicas - volume 1. Criciúma, SC: Ed. do Autor, 248 p. 248 p.

O RENASCIMENTO DO PARTO. Direção de Eduardo Chauvet. Produção de Érica de Paula. Roteiro: Érica de Paula. Música: Marcello Dalla, Charles Tórres. 2013. (91 min.), son., color. Legendado. Documentário. Disponível em: <<https://www.netflix.com/Title/80995575>>. Acesso em: 8 jun. 2018.

OLIVEIRA, Francieli. Implantação da ala materna dá mais um passo. 2018. Disponível em: <<http://www.clicatribuna.com/noticia/politica/implantacao-da-ala-materna-da-mais-um-passo-22616>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

OLIVEIRA, Francieli. Prefeitura e Estado fecham acordo sobre gestão compartilhada do HMISC. 2018. Disponível em: <<http://www.clicatribuna.com/noticia/politica/prefeitura-e-estado-fecham-acordo-sobre-gestao-compartilhada-do-hmisc-22801>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (Org.). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/who_rhr_15.02_por.pdf;jsessionid=AC903F475B45F237597FF0D31B9EAAA6?sequence=3>. Acesso em: 20 jun. 2018.

O TEMPO. Tipos de Partos. Disponível em: <<https://www.otempo.com.br/infogr%C3%A1ficos/parto-humanizado-1.642753>>. Acesso em: 18 set. 2018.

PARRA-MÜLLER ARQUITECTURA DE MATERNIDADES (Espanha) (Org.). Hospital hm nuevo belén: nueva unidad de parto de baja intervención. 2013. Disponível em: <<http://arquitecturadematernidades.com/proyectos/hospital-hm-nuevo-belen/>>. Acesso em: 13 out. 2018.

PERAZZO, Valéria. Epidemia de cesáreas: por que tantas mulheres no mundo optam pela cirurgia? 2015. Fonte BBC. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2015/07/epidemia-de-cesareas-por-que-tantas-mulheres-no-mundo-optam-pela-cirurgia.html>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

PINHEIRO, Marcelle. Benefícios do Pilates para Gestantes. 2016. Disponível em: <<https://www.tuasauade.com/pilates-para-gestantes/>>. Acesso em: 21 set. 2018.

POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL. Disponível em: <<http://www.unificadoconcursos.com.br/download/POLITICAS%20DE%20SA%DADE%20MATERNOINFANTIL.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2018.

POPULAÇÃO.NET (Brasil) (Org.). População Operária Nova - Criciúma. Disponível em: <http://populacao.net.br/populacao-operaria-nova_criciuma_sc.html>. Acesso em: 13 out. 2018.

SANTOS, Márcia Regina Cordeiro; ZELLERKRAUT, Hanny; OLIVEIRA, Laércio Ruela de. Curso de orientação à gestação: repercussões nos pais que vivenciam o primeiro ciclo gravídico. 2008. Disponível em:

<https://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/65/02_Curso_baixa.pdf>. Acesso em: 21 set. 2018.

SANTOS, Mauro; BURSZTYN, Ivani. Saúde e arquitetura: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares. Rio de Janeiro: SENAC, 2004. 107 p. ISBN 8587864475 (broch.).

SANTOS, Mauro César de Oliveira et al. ARQUITETURA E SAÚDE: o espaço interdisciplinar. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/arquitetura_saude.pdf>. Acesso em: 23 set. 2018.

SCHMIDT, Maria José; FREDDI, Wanda Escobar da Silva. PREPARO DA GESTANTE PARA O PARTO. AULAS TEÓRICO-PRÁTICAS. 1975. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671975000100015>. Acesso em: 21 set. 2018.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. Primeira Infância Melhor. Disponível em: <<http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/>>. Acesso em: 15 set. 2018.

SILVA, Eliana Aparecida Torrezan da. Gestação e preparo para o parto: programas de intervenção. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/gestacao_preparo_parto_programas_intervencao.pdf>. Acesso em: 18 set. 2018.

SILVA, Larissa Costa da. Casa Maria - A Humanização da Arquitetura no Ambiente Hospitalar. 2017. 151 f. TCC (Graduação) - Curso de Arquitetura e Urbanismo, Centro Universitário Senac, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://issuu.com/senacbau2013_2017/docs/casa_maria_-_a_humaniza_o_da_arq>. Acesso em: 13 out. 2018.

TOLEDO, Luiz Carlos. Feitos para curar: a arquitetura hospitalar e o processo projetual no Brasil. Rio de Janeiro: ABGE, 2006. 119 p. ISBN 8587243489 (broch.).

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A HISTÓRIA DO PARTO: DO DOMICÍLIO AO HOSPITAL; DAS PARTEIRAS AO MÉDICO; DE SUJEITO A OBJETO. 2016. 14 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, 2016. Disponível em: <<https://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842/1731>>. Acesso em: 1 jun. 2018.

VIEIRA, Evelin. Casa da Maternidade Livre. 2015. 104 f. TCC (Graduação) - Curso de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Cap. 104. Disponível em: <https://issuu.com/evelinvieira2/docs/cml_evelin_cd-publ>. Acesso em: 05 maio 2018.

