

A ARQUITETURA COMO FACILITADOR DO PARTO HUMANIZADO

ARCHITECTURE AS A FACILITATOR FOR HUMANIZED CHILDBIRTH

Amanda Eduarda Sônego¹

Claudia Maté²

Patrícia Costa Pellizzaro³

RESUMO

O presente artigo aborda a humanização no parto e suas práticas, conceituando aspectos relevantes para um ambiente adequado ao processo de parto, demonstrando os altos índices de cesáreas desnecessárias no Brasil e os riscos que esse procedimento, quando aplicado de forma inadequada, traz à parturiente e ao nascituro. Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo analisar a importância do parto humanizado, levando em consideração os direitos da mulher e os aspectos do ambiente hospitalar. Para tanto, foi realizada pesquisa bibliográfica compreendendo artigos, programas do Ministério da Saúde, dados coletados da Organização Mundial da Saúde e análise de obras correlatas de centros de parto. Os resultados evidenciam que o centro de parto se tornou um ambiente propício ao atendimento humanizado, seguindo as normatizações legais, pautado nos programas de desenvolvimento de incentivo ao parto humanizado e adaptação dos ambientes para garantir conforto e acolhimento durante à assistência à parturiente. Sendo assim a humanização no parto vem obtendo grandes progressos para que o parto seja um local seguro e confortável para a mulher dar à luz, entretanto é fundamental a capacitação dos profissionais e o conhecimento das mulheres sobre as práticas da humanização.

Palavras-chave: Humanização, arquitetura, centro de parto.

ABSTRACT

¹ Graduanda em Arquitetura e Urbanismo – Universidade do Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP. amandasonego10@gmail.com.

² Arquiteta e Urbanista, Mestre e Doutoranda no PósARQ/UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do curso de Arquitetura e Urbanismo – UNIARP. claudiamate@gmail.com.

³ Arquiteta e Urbanista, Doutora em Gestão Urbana pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Docente do curso de Arquitetura e Urbanismo – UNIARP. patricia.pellizzaro@gmail.com.

This article addresses the humanization of childbirth and its practices, conceptualizing relevant aspects for an adequate environment for the delivery process, demonstrating the high rates of unnecessary cesarean sections in Brazil and the risks that this improperly applied procedure brings to the parturient and the newborn. It aims to analyze the importance of humanized childbirth, taking into account women's rights and aspects of the hospital environment. Therefore, the methodology used is a qualitative study with exploratory research, through articles, programs from the Ministry of Health, data collected from the World Health Organization and analysis of related works from birth centers. The results of this work show that the birth center has become an environment conducive to humanized care, following legal regulations, based on development programs to encourage humanized childbirth, which guarantees comfort and welcome during the assistance to the parturient woman. Therefore, humanization in childbirth has been making great progress so that childbirth is a safe and comfortable place for women to give birth, however, the training of professionals and the knowledge of women about the practices of humanization are essential.

Keywords: Humanization, architecture, childbirth center.

INTRODUÇÃO

No decorrer dos anos a essência do parto natural foi se perdendo, considerando que até o século XVI os partos eram realizados por meio de parteiras (mulheres que não eram médicas, mas assistiam e auxiliavam os partos), que utilizavam uma grande variação de rituais, orações e receitas caseiras para o controle das dores de contração (MALDONADO, 2013). A partir do século XVII, os procedimentos cirúrgicos começaram a ser realizados devido as altas taxas de mortalidade materna, marcando o começo da medicalização nos partos (MALDONADO, 2013).

Até o século XVII os homens não podiam prestar serviços de assistência relacionada ao parto, entretanto os avanços na medicina abriram novos caminhos para à saúde da mulher, onde os cirurgiões passaram a desenvolver um papel fundamental no trabalho de parto, deixando as parteiras em segundo plano (MALDONADO, 2013).

A medicalização trouxe benefícios à assistência ao parto diminuindo os índices de mortalidades materno e infantil, contudo no século XX percebeu-se que

a realização de partos cesáreos de forma indiscriminada contribuiria para o aumento das taxas de mortalidade materno e neonatal (ZANARDO et al., 2017).

Há uma grande busca pela reconexão entre ambiente-parturiente-profissional e pela humanização da assistência ao parto, haja visto que este momento é de extrema importância para a parturiente, recém-nascido e familiares, podendo ser um processo demorado e até mesmo provocar profundas mudanças fisiológicas e psicológicas (GOLDMAN; BARROS, 1998).

Cabe ressaltar que a humanização no parto tem por objetivo tornar a mulher protagonista das suas escolhas, valorizando a fisiologia do parto e os direitos da mulher, ressaltando o valor de trazer uma vida ao mundo de forma segura, em especial aos pais e a família.

Segundo o Ministério da Saúde a assistência ao parto requer cuidados especiais, conforme a Portaria nº 569 de 1 de junho de 2000 (BRASIL, 2000) que prevê um programa de atendimento de qualidade à parturiente e o recém-nascido.

Neste contexto, o objetivo desse estudo é analisar a importância do parto humanizado, levando em consideração os direitos da mulher e as práticas do ambiente hospitalar, tendo como objetivos específicos:

- a) analisar o contexto dos partos no Brasil, considerando os direitos das parturientes, as práticas adotadas e as políticas públicas existentes;
- b) verificar a infraestrutura adequada para atender de forma digna à mulher, durante o período de gestação, parto e pós-parto.

INFORMAÇÃO SOBRE A HUMANIZAÇÃO NO PARTO

O termo humanização é atualmente bastante discutido, principalmente quando relacionado à assistência aos trabalhos de partos (SANTOS; OKAZAKI, 2015). Acredita-se que para a diminuição de riscos de saúde materna é necessária a prática de boas condutas e cuidados durante o período de gravidez (LEIFER, 2013).

É primordial que a mulher tenha autonomia sobre o seu próprio corpo e direito de escolha sobre a forma como deseja ter seu bebê, tendo suas decisões respeitadas para poder vivenciar um momento único e especial em sua vida (WEIDLE, 2014). Dependendo das condições e condutas adotadas, os

procedimentos do parto terão consequências que influenciarão a vida da parturiente, bem como do recém-nascido (D'ORSI et al., 2014). O profissional de saúde deve possuir qualidades no atendimento, acolhendo à parturiente e ao nascituro com dignidade, respeitando seus direitos (CARVALHO et al., 2012).

A maior parte das informações relacionadas ao parto, primeiramente, vêm de pessoas diretamente ligadas à gestante, fazendo com que a primeira base da parturiente seja composta de relatos e experiências vividas por outras. No entanto, cabe aos profissionais de saúde orientar as mulheres informando-as dos riscos e benefícios de cada tipo de parto (SOARES et al., 2017). Essa orientação deve estar de acordo com cada mulher, especificamente com cada tipo de parto, sempre apresentando a maneira mais apropriada e coerente baseado nas evidências científicas (SOARES et al., 2017). Ainda, respeitando sempre a escolha da parturiente e de acordo com qualquer alteração nos exames e na saúde da gestante, cabe ao profissional da saúde informar sobre outras opções seguras (SOARES et al., 2017).

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DIREITOS DA MULHER COMO PARTURIENTE

São constantes os relatos de violências e abusos sofridos não só durante o parto, mas em todo o processo da gestação, parto e pós-parto, que violam a dignidade e respeito às mulheres. Segundo Tesser et al. (2015), a violência obstétrica é cometida através de práticas que ocorrem ao longo do processo de parto por profissionais de saúde.

Muitas dessas violências acontecem e podem continuar acontecendo devido ao medo das gestantes e parturientes em questionar o profissional e falta de informações sobre os procedimentos a serem realizados no parto, permitindo práticas incômodas impostas em seus corpos sem reclamar (GARCÍA; DÍAZ; ACOSTA, 2012).

A Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres (CIELLO et al., 2012), elaborou um dossiê que relaciona alguns tipos de violência obstétrica:

- a) física: é quando viola o corpo da mulher, realizando práticas invasivas com a aplicação de medicamentos não necessários devido ao parto estar transcorrendo dentro da normalidade (CIELLO et al., 2012).
- b) psíquica: ocorre quando o tratamento dessa parturiente não se dá de forma humanizada, sendo tratada com comportamento humilhante, grosseiro e até mesmo a omissão de informações levando essa mulher ficar apreensiva sobre a evolução do parto (CIELLO et al., 2012).
- c) sexual: qualquer ação forçada à mulher de forma que desrespeite seu corpo e sua intimidade (CIELLO et al., 2012).

Neste contexto, pontua-se alguns procedimentos de violência obstétrica (Quadro 1), que são negligenciados e a violam os direitos das mulheres (PEREIRA et al., 2016).

Quadro 1 – Procedimentos não recomendados durante de o trabalho de parto.

Procedimentos não recomendados	Definição
Tricotomia	Raspagem dos pelos púbis.
Episiotomia (episio ou pique)	Corte no períneo, feito com a intenção de facilitar a saída do bebê
Enema	É a lavagem intestinal. É incômoda e constrangedora para muitas mulheres, seu uso não traz benefícios para o trabalho de parto. Não deve ser feita.
Proibição de ingerir líquidos ou alimentos leves durante o trabalho de parto	Segundo a OMS, "o trabalho de parto requer enormes quantidades de energia. Como não se pode prever a sua duração, é preciso repor as fontes de energia, a fim de garantir o bem-estar fetal e materno". Em uma gestante de risco habitual, com pouca chance de precisar de anestesia geral, a ingestão de líquidos e alimentos leves deve ser permitida.
Manobra de Kristeller	É um empurrão dado na barriga da mulher com o objetivo de levar o bebê para o canal de parto. Esta prática pode ser perigosa para o útero e o bebê, não havendo evidências de sua utilidade.
Soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto	A ocitocina é um hormônio produzido naturalmente pelo corpo da mulher para ajudar no trabalho do parto. É também conhecido como hormônio do amor, importante para a ligação entre mãe e bebê. O uso da ocitocina artificial apenas para acelerar o parto, sem uma indicação correta, não é adequado para a saúde da mãe e do bebê, podendo trazer riscos desnecessários.
Posição da mulher deitada de barriga para cima durante o parto	É a posição mais desconfortável para a mulher e prejudica o fluxo de sangue e oxigênio para o bebê, além de dificultar o trabalho de parto, aumentando a intensidade da dor durante as contrações e a duração do trabalho de parto. As posições verticais, como ficar em pé, de cócoras, de quatro apoios ou deitada de lado facilitam o nascimento.
Revisão rotineira, exploração do útero ou lavagem rotineira do útero após o parto	Podem causar infecção, traumatismo e choque. Deve-se primeiramente examinar a placenta, para verificar se há alguma anormalidade e só então, caso necessário, realizar a revisão do útero. Mais que isso, a mulher deve ser observada cuidadosamente na primeira hora após o parto, para acompanhar a perda de sangue e a contração uterina.

Fonte: Elaborado com base em Brasil (2015a).

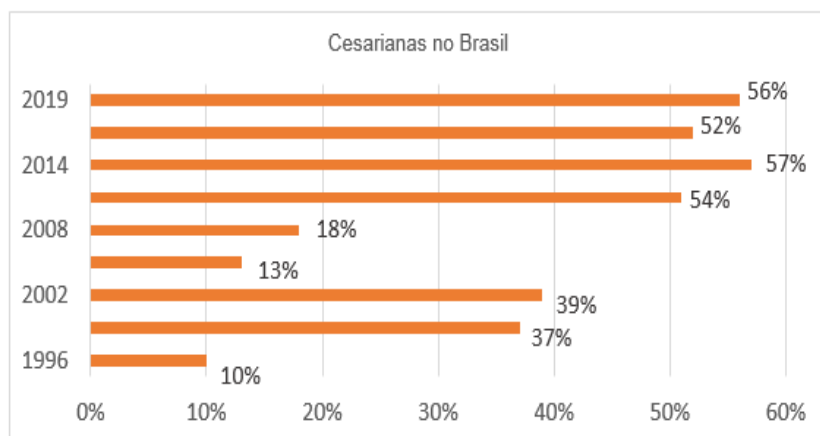
CESÁREAS QUANDO SE TORNAM UMA VIOLÊNCIA

No Brasil há grande discussão sobre as cirurgias de cesáreas desnecessárias, pois são consideradas procedimentos cirúrgicos dispensáveis quando ocorrem em situações que não há risco à saúde da mãe ou do bebê. Sem a indicação correta, baseada em evidências científicas, a realização da cirurgia pode ocasionar complicações graves aos pacientes (BRASIL, 2015a).

O alto índice de cesáreas, em alguns casos, está associado à falta ou à distorção das informações passadas à mulher durante toda a gestação. E, assim, as parturientes são desencorajadas a realizar o parto natural (MELLER; SCHAFER, 2011).

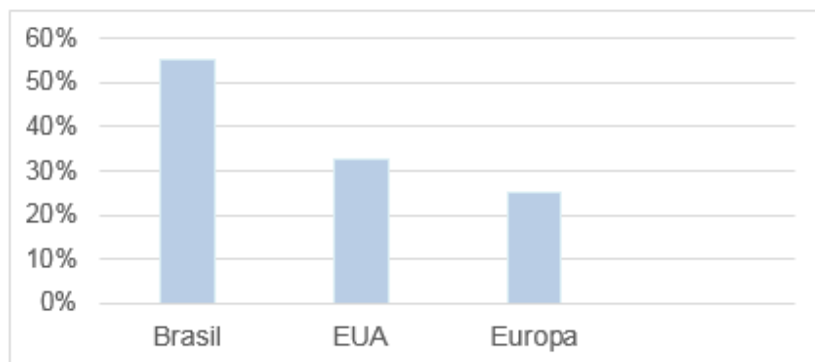
Segundo OMS (2015), a taxa ideal de cesáreas deve ficar entre 10% e 15% de todos os partos realizados. No Brasil, este índice vem crescendo ano a ano, visto que em 1996 as cesáreas representavam 37% do total de partos realizados, passando para 56% em 2019 (Figura 1). Portanto, o país apresenta índices mais elevados que os Estados Unidos (32,8%) e a média europeia (25,0 %), tendo um valor acima do indicado pela OMS, não contribuindo para redução da mortalidade materna e neonatal, conforme pode ser observado na Figura 2 (OMS, 2020).

Figura 1 – Índices de cesarianas no Brasil.



Fonte: Elaborado com base em OMS (2020).

Figura 2 - Comparação dos índices de cesáreas no Brasil, Estados Unidos e Europa.



Fonte: Elaborado com base em FEBRASGO (2018).

DIREITOS DA MULHER COMO GESTANTE E PARTURIENTE

As mulheres, durante a gestação e trabalho de parto, têm direitos que devem ser respeitados por profissionais de saúde, para que tenham um tratamento humanizado. Portanto, é de extrema importância que obtenham conhecimento sobre seus direitos como parturientes, para que possam se assegurar da melhor forma contra abusos e também denunciá-los (PEREIRA et al., 2016).

O Ministério da Saúde, a fim de combater a violência obstétrica, criou políticas públicas que garantem os direitos das gestantes (PEREIRA et al., 2016). Destacam-se algumas delas:

- Ter acesso ao teste de gravidez, com garantia de confidencialidade, na unidade de saúde.
- Realizar a primeira consulta pré-natal com até 120 dias de gestação (4 meses).
- Receber avaliação inicial imediata da saúde da mãe e do bebê, para verificar se precisam de atendimento prioritário.
- Ter acesso a, no mínimo, seis consultas de pré-natal, de preferência: uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação. Não existe alta no pré-natal, a mulher deve ser atendida até o momento de seu parto.
- Ter ambiente confortável para a espera, e atendimento com orientação clara sobre sua condição e procedimentos que serão realizados.

- Se esses direitos forem respeitados todos têm uma experiência prazerosa. (PERNAMBUCO, 2015, p. 19).

É muito importante que se cumpram as práticas de humanização às gestantes e parturientes para que haja um atendimento de qualidade e digno à mulher. Dentre as quais lista-se as principais:

- privacidade para a mãe e seu acompanhante.
- possibilidade de se movimentar, caminhar, se sentar, o que facilita o parto.
- possibilidade de se alimentar com líquidos ou alimentos leves.
- acesso a métodos para alívio da dor durante a evolução do parto, desde massagens até a analgesia.
- realização da ausculta fetal (ouvir os batimentos cardíacos do bebê) e o controle dos sinais vitais da mãe, além dos outros procedimentos necessários.
- escolha da melhor posição para o parto.
- contato imediato do bebê com a pele da sua mãe logo após o nascimento (se ela desejar), o contato pele a pele verdadeiro acontece quando a criança fica no colo da mãe pela primeira hora de vida, algumas vezes até já se iniciando a amamentação nesse momento mostrar o bebê ou encostá-lo rapidamente no rosto da sua mãe.
- estímulo da amamentação na primeira hora de vida.
- realização dos procedimentos de rotina no recém-nascido apenas após a primeira hora de vida (pesar, medir, vacinar etc.).
- Se a mãe for HIV positivo, a regra do cordão umbilical [esperar o cordão parar de pulsar antes de clampar] e da amamentação não valem, para evitar a transmissão do vírus para o bebê (PERNAMBUCO, 2015, p. 22).

Os programas criados pelo Ministério da Saúde para dar assistência à mulher e à família durante a gestação e o trabalho de parto são:

- a) Programa de parto, aborto e puerpério (2001) – tem por objetivo atender às necessidades da mulher e da família, com atenção obstétrica e práticas humanizadas. O programa visa a prevenção de mortalidade maternal e perinatal, o nascimento saudável com

procedimentos benéficos que não transponham risco à mãe e ao bebê, respeitando a fisiologia natural da mulher.

- b) Programa de humanização no pré-natal e nascimento (2002) – baseado na Portaria/GM nº 569/2000 (BRASIL, 2000) e tem por objetivo qualificar a humanização aprimorando a atenção ao processo de gestação, parto e puerpério. O programa tem como prioridade a redução do alto índice de mortalidade materna e perinatal no Brasil, ampliando medidas já estabelecidas pelo Ministério da Saúde na atenção à gestante, como investimentos em projetos como Capacitação de Parteiras Tradicionais e Maternidade Segura, acolhendo práticas que garantem a qualidade no acompanhamento gestacional e na assistência ao parto.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo, inicialmente, foi desenvolvido a partir de pesquisa bibliográfica compreendendo plataformas como Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online - SciELO e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Na sequência foi realizada a coleta de dados secundários sobre as vias de partos e as intervenções aplicadas. Em seguida foram identificadas e estudadas normas e portarias relacionadas ao período de gestação e à assistência ao parto. Por fim, foram analisados quatro centros de parto, dois nacionais: a Perinatal de Laranjeiras no Rio de Janeiro e o Centro de Parto do Hospital Israelita Albert Einstein localizado em São Paulo, e dois internacionais: Alma Midwifery nos Estados Unidos e Brent Birth em Londres, identificando e comparando aspectos de conforto visual, térmico, acústico e ambiental.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

LEGISLAÇÃO PERTINENTE

Para a construção de um centro de parto normal foram desenvolvidas políticas públicas de extrema importância para a compreensão e atendimento das

normas e leis vigentes na área da saúde, onde se encontram os regulamentos e diretrizes para a preparação de um ambiente adequado ao atendimento e agradável aos pacientes.

Para a concepção de um centro de parto normal é necessário que se cumpram as normas da Agência de Vigilância Sanitária, sendo estas as mais relevantes:

- a) Resolução da Diretoria Colegiada nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002) – define normas que abrangem e orientam todas as áreas da saúde, trazendo um material prático, com ambientes e medidas mínimas recomendadas.
- b) Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 3 de junho de 2008 (BRASIL, 2004) – estabelece padrões para o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal baseados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução de riscos aos pacientes.
- c) Resolução da Diretoria Colegiada nº 306, de 7 de dezembro de 2004 (BRASIL, 2004) – gerencia as formas dos resíduos de serviços de saúde.

O Ministério da Saúde dispõe de regulamentos e medidas de fiscalização do atendimento ao parto e a normatização de casas de parto, sendo eles:

- a) Portaria nº 11, de 07 de janeiro de 2015 (BRASIL, 2015b) – traz as formas que regem a implantação de um centro de parto normal, abrangendo os requisitos necessários para a estruturação.
- b) Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000 (BRASIL, 2000) – objetiva o desenvolvimento de assistência obstétrica e neonatal de qualidade. Ainda, fornece informações sobre o processo de atendimento humanizado, regulado pelo Sistema Único de Saúde, o qual traz cuidados à saúde das parturientes e dos recém-nascidos.

O PAPEL DA ARQUITETURA NO AMBIENTE DE PARTO

Ocorreram muitas mudanças a respeito da humanização no atendimento às parturientes que impactaram nos ambientes hospitalares que passaram a ser reconfigurados para acompanhar essa evolução, trazendo a humanização aos locais

de assistências ao parto, proporcionando às gestantes, neonatos e família, conforto e bem-estar.

O ambiente de nascimento deve ser um local confortável e seguro para a mãe e o recém-nascido, portanto devem conter elementos agradáveis que auxiliem à mulher nesse momento em que ela se encontra sensível. O conforto humano é essencial no projeto arquitetônico de um ambiente de saúde, sendo levado em conta uma série de variáveis como iluminação, cores, mobiliário, vegetação, conforto acústico e térmico, qualidade do ar, entre outros (BONI et al., 2018).

Visando compreender as necessidades destes ambientes, foram analisadas quatro obras de centros de parto, sendo duas nacionais e duas internacionais, levando em conta os aspectos arquitetônicos que caracterizam um ambiente propício ao parto humanizado.

O centro de parto humanizado da Perinatal fica localizado no Brasil em Laranjeiras/RJ e tem como objetivo o atendimento de qualidade à gestante e ao recém-nascido, contando com tecnologias inovadoras (PERINATAL, 2018). O centro de parto do Hospital Israelita Albert Einstein localizado em São Paulo, no Morumbi, situado no andar da maternidade do hospital, e sua estrutura inclui cinco salas de PPP (Pré-parto, parto e pós-parto), equipada com todos os itens que auxiliam no processo do parto (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2016). Brent Birth Centre fica localizado em Londres, no Reino Unido, sendo o primeiro centro de parto público, concebido e realizado pela Barbara Weiss Architects e The Buxton Group. O espaço possui 950m², tem formato retangular visando a melhor disposição e setorização de cada ambiente (WEISS, 2005). Já a casa de parto de Alma Midwifery, nos Estados Unidos em Portland, consiste em uma casa com características vitorianas, trazendo a verdadeira sensação de parto domiciliar, possui quatro quartos cada um com características únicas (ALMA MIDWIFERY, 2019).

Os quadros abaixo apresentam a comparação dos aspectos arquitetônicos analisados nas quatro obras correlatas de centros de parto peri-hospitalares e intra-hospitalares, que remetem os elementos fundamentais de humanização, conforto ambiental (Quadro 2), iluminação adequada (Quadro 3), conforto térmico e acústico (Quadro 4) e cores e texturas (Quadro 5).

Quadro 2 – Análise de obras correlatas: conforto ambiental e interação com a paisagem natural

A natureza oferece estímulos sensoriais, aromas, distrações visuais que remetem tranquilidade e equilíbrio. Geralmente as vegetações utilizadas são de propriedades de cura, passando a sensação de tranquilidade, suavidade, equilíbrio e aconchego (VASCONCELOS, 2004). Ambientes com vista para a natureza visam proporcionar uma resistência maior à dor, benefícios psicológicos, redução do estresse e da ansiedade, principalmente em mulheres no processo de parto (VASCONCELOS, 2004).

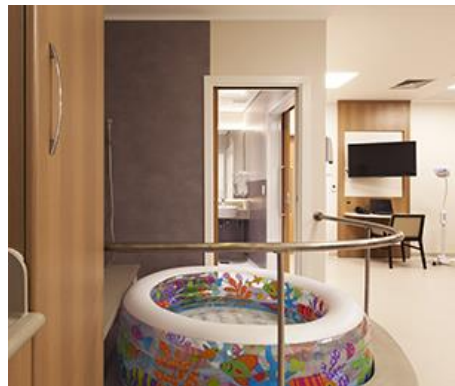
A perinatal e centro Albert Einstein, por serem edificações em altura, não possuem acessos diretos a nenhum tipo de jardim. Na Perinatal, nas salas de PPP (pré parto, parto e pós-parto), foram utilizadas imagens representando um bosque com vegetação. Porém, no Einstein, não se encontra nenhuma forma de espaço verde, trazendo à tona um visual mais hospitalar. Já a Brent Birth e a Alma Midwifery são edificações térreas, tendo maior facilidade de contato visual e físico ao paisagismo.

Perinatal Laranjeiras, RJ, Brasil



Fonte: Perinatal (2018).

Hospital Israelita Albert Einstein, SP, Brasil



Fonte: Hospital Israelita Albert Einstein (2016).

Brent Birth Centre, Londres



Fonte: Barbara Weiss Architects (2005).

Alma Midwifery, EUA



Fonte: Alma Midwifery (2019).

Fonte: O autor (2020).

Quadro 3 – Análise de obras correlatas: aspectos de iluminação

A iluminação tem um papel fundamental no ambiente de saúde, podendo torná-lo mais aconchegante e agradável. De acordo com Fonseca (2000), a luz influencia na regulação do estresse, na eliminação da melatonina, no sistema endócrino e até mesmo no relógio biológico. Considerando que o ideal é, sempre que possível, buscar as condições naturais que trazem benefícios terapêuticos para recuperação. A iluminação natural, se utilizada de forma adequada, faz com que a necessidade luz interior artificial seja reduzida. Quando há uma boa iluminação todos os ambientes são valorizados, dando vida aos espaços, realçando as texturas, formas e objetos. O recomendado para ambientes de recuperação são as luzes amarelas que proporcionam aconchego, relaxamento e sensação de tranquilidade.

Todas as obras buscam trazer a iluminação natural ao máximo para os ambientes, mas em locais como as salas de PPP, que requerem maior privacidade, é utilizada iluminação em tons que predominam mais para o amarelo, proporcionando a sensação de conforto e acolhimento.

Perinatal Laranjeiras, RJ, Brasil



Fonte: Perinatal (2018).

Hospital Israelita Albert Einstein, SP, Brasil



Fonte: Hospital Israelita Albert Einstein (2016).

Brent Birth Centre, Londres



Fonte: Barbara Weiss Architects (2005).

Alma Midwifery, EUA



Fonte: Alma Midwifery (2019).

Fonte: O autor (2020).

Quadro 4 – Análise de obras correlatas: conforto térmico e acústico

Qualquer ambiente está sujeito à sons e ruídos, sejam eles internos ou externos. O conforto acústico proporciona aos pacientes qualidade sonora e tranquilidade ao ambiente, sendo necessário a aplicação de técnicas de abafamento. Já o conforto térmico está diretamente relacionado a temperatura interna do corpo humano, independente da temperatura do ambiente. Há duas formas de ventilação, a natural que é um elemento fundamental em um projeto hospitalar, pois é através dela que será realizada a troca do ar contaminado, visando a melhorar a qualidade de vida do paciente; e a artificial, que é utilizada quando a natural não é suficiente para a troca do ar interno, que possui a vantagem de filtrar o ar e espalhar uniformemente (PERÉN, 2006) e sendo muito utilizada em espaços que não podem ser deixados as janelas abertas por ruídos externos (BONI, 2018).

A ventilação na Perinatal e no Albert Einstein é por meio artificial, pois não tem como deixar as janelas abertas. Já Brent Birth utiliza-se de uma ventilação natural, pois seus quartos dão

diretamente à um jardim, com paisagismo que acolhe três das fachadas, evitando o ruído urbano externo. E na Alma Midwifery as janelas são em formatos de guilhotina podendo ser abertas e utilizada a ventilação natural.

Perinatal Laranjeiras, RJ, Brasil



Fonte: Perinatal (2018).

Hospital Israelita Albert Einstein, SP, Brasil



Fonte: Hospital Israelita Albert Einstein (2016).

Brent Birth Centre, Londres



Fonte: Barbara Weiss Architects (2005).

Alma Midwifery, EUA



Fonte: Alma Midwifery (2019).

Fonte: O autor (2020).

Quadro 5 – Análise de obras correlatas: uso das cores

As cores monótonas devem ser evitadas nos projetos de ambientes de saúde. A influência das cores estimula fortemente o emocional e psicológico do ser humano. Segundo Modesto (2006), as cores podem ser classificadas como frias e quentes. As primeiras remetem calma, transparência, sensação de distância, já as cores quentes parecem proporcionar acolhimento, aconchego, calor, sendo também estimulantes. A escolha das cores depende da dimensão do espaço, da incidência da luz, da idade do usuário e do uso do ambiente.

A Perinatal e o Centro de Einstein buscaram utilizar cores neutras, como branco, bege e marrom, trazendo a madeira como elemento principal. Já Brent Birth tenta um equilíbrio utilizando cores claras nas paredes e o mobiliário com cores mais vibrantes. Midwifery traz uma mistura de cores, cada espaço é único, porém as cores mais quentes e vibrantes predominam.

Perinatal Laranjeiras, RJ, Brasil



Fonte: Perinatal (2018).

Hospital Israelita Albert Einstein, SP, Brasil



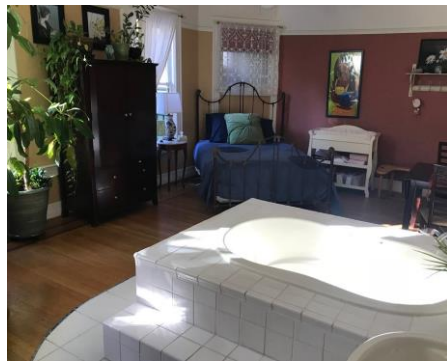
Fonte: Hospital Israelita Albert Einstein (2016).

Brent Birth Centre, Londres



Fonte: Barbara Weiss Architects (2005).

Alma Midwifery, EUA



Fonte: Alma Midwifery (2019).

Fonte: O autor (2020).

Os aspectos arquitetônicos analisados mostram a importância de um bom projeto arquitetônico no âmbito da saúde, que proporcione um ambiente diferenciado e acolhedor, e o quanto cada elemento pode influenciar no processo da recuperação dos pacientes e pode promover a humanização dos espaços, além de dar personalidade a cada espaço conforme a necessidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a assistência ao parto muitas mulheres sofrem diversos tipos de violência obstétrica, sendo de forma física, verbal ou sexual, que ocorre devido a atitudes inapropriadas e a falta de preparação dos profissionais de saúde, bem

como a falta de informação de muitas mulheres sobre seus direitos como gestantes e parturientes. Essas práticas devem ser revistas e evitadas, a fim de contribuir para um parto mais saudável e humanizado.

Além de resgatar a essência do nascimento, a humanização das práticas busca empoderar as mulheres, devolvendo o protagonismo e poder, visto que com o tempo o parto foi sendo alterado. Para que esse quadro mude o Ministério da Saúde desenvolveu cartilhas e programas de conscientização e incentivo ao parto humanizado.

A arquitetura está entre os aspectos que contribuem para a humanização, portanto a partir da análise das obras correlatas, foi possível observar que ambientes com cuidados relacionados à iluminação, cores, acústica qualidade do ar e integração com o exterior proporcionam maior conforto às parturientes. Elementos naturais como a vegetação, podem influenciar na recuperação da saúde e oferecer um conforto e bem-estar para os pacientes e funcionários. Apesar de ser um processo iniciado recentemente, foram observados avanços significativos para tornar os partos mais humanizados, contudo ainda é necessário capacitar e difundir estas práticas entre profissionais de saúde, gestantes e arquitetos.

REFERÊNCIAS

ALMA MIDWIFERY. **Alma Birth Center**. Alma Midwifery. Portland, 2019. Disponível em: <http://www.almamidwifery.com/birth-center>. Acesso em: 03 mai. 2020.

BARBOSA, Gisele Peixoto et al.. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, dez., 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a06v19n6.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. A OMS e a epidemia de cesarianas. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 18, n. 1, p. 3-4, mar., 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1519-38292018000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Seção 1, Páginas 4, 5 e 6. 2000. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html Acesso em: 02 de mai. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº50, de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ANVISA, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html. Acesso em: 03 de mai. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº306, de 7 de dezembro de 2004**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ANVISA, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html. Acesso em: 03 de mai. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº36, de 3 de junho de 2008**. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ANVISA, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html. Acesso em: 03 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana**. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf Acesso em: 22 ago. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº11, de 07 de janeiro de 2015**. 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 [...]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html. Acesso em: 01 mai. 2020.

BONI, Cláudio; SILVA, Conrado Renan da; FORTUN, Talita Carli. Conforto ambiental hospitalar na perspectiva dos hospitais da rede Sarah Kubistchek. **Rev. Contemporânea - Revista Unitoledo**: arquitetura, comunicação, design e educação, Araçatuba, SP, v. 03, n. 01, p. 74-88, jan/jun., 2018. Disponível em:

<http://ojs.toledo.br/index.php/contemporanea/article/view/2969/360> Acesso em: 28 abr. 2020.

CARVALHO, Vanessa Franco de et al.. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **Rev. esc. enferm. - USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 30-37, fev., 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100004 Acesso em: 28 abr. 2020.

CIELLO, Cariny et al. **Dossiê da Violência Obstétrica: Parirás com dor**. Elaborado para a CPMI Violência Contra as Mulheres. Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Brasília, DF: Senado Federal, 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2020.

DIAS, Marcos Augusto Bastos et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1521-1534, out. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500017&lng=en&nrm=iso Acesso em: 15 abr. 2020.

D'ORSI, Eleonora et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 154-168, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0154.pdf> Acesso em: 22 abr. 2020.

FEBRASGO – Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. **Organização Mundial da Saúde (OMS) lança 56 recomendações para tentar diminuir as cesáreas**. São Paulo, SP: Febrasgo, 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/402-organizacao-mundial-da-saude-oms-lanca-56-recomendacoes-para-tentar-diminuir-as-cesareas>. Acesso em: 17 mai. 2020.

FONSECA, Ingrid C. L.; PORTO, Maria M.; CLARK, Cynthia. Qualidade da luz e sua influência de ânimo no usuário. *In*: Seminário Internacional de Psicologia e Projeto do Ambiente Construído, 2000, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: Coleção PRO-ARQ, 2000.

GARCÍA, Dayles; DÍAZ, Zoe; ACOSTA, Marlen. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. **Revista Cubana de Salud Pública**, Havana, Cuba, v. 17, n. 7, p. 1893-1902, jul., 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/29.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2020.

GOLDMAN, Rosely E.; BARROS, Sonia M. O.. Análise da assistência ao trabalho de parto e parto, realizado por enfermeiros obstetras. **Acta Paul. Enferm.**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 21-29, jan., 1998. Disponível em: <https://acta-ape.org/article/analise-da-assistencia-ao-trabalho-de-parto-e-parto-realizado-por-enfermeiras-obstetras/>. Acesso em: 25 abr. 2020.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Maternidade**. Einsten. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.einstein.br/estrutura/maternidade> Acesso em: 18 abr. 2020.

LEIFER, Glória. **Enfermagem obstétrica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

MALDONADO, Maria Teresa. **Psicologia da gravidez**. Petrópolis: Vozes, 2013.

MELLER, Fernanda O.; SCHAFER, Antônio A.. Fatores associados ao tipo de parto em mulheres brasileiras: PNDS 2006. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3829-3835, set., 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 mai. 2020.

MODESTO, Farina. **Psicodinâmica das cores em comunicação**. São Paulo: Edgar Blucher, 2006.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. Human Reproduction Programme: Suíça, 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHORHR1502por.pdf;jsessionid=219A79750D25628C2DC0285DBBF55BEB?sequence=3>. Acesso em: 10 out. 2020.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Taxas de cesarianas continuam aumentando em meio a crescentes desigualdades no acesso, afirma OMS**. OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde; OMS- Organização Mundial de Saúde: São Paulo: 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2020-taxas->

cesarianas-continuam-aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso. Acesso em: 10 out.2020.

PEREIRA, Jéssica S. et al. Violência obstétrica: ofensa a dignidade humana. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Ouro Preto, v. 15, p. 103-108, jun./ago., 2016. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periódico/20160604_094136.pdf. Acesso em: 10 out. 2020.

PERÉN, Jorge. **Iluminação e ventilação naturais na obra de João Filgueira Lima “Lelé”**: estudo dos hospitais da rede Sarah Kubitschek Fortaleza e Rio de Janeiro. Dissertação. 2003. Dissertação (Mestrado em Arquitetura, Urbanismo e Tecnologia) -Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos – USP, 2003. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/18/18141/tde-12032007-225829/publico/dissertacaoPerenJI.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

PERINATAL. **A perinatal**: referência por vocação, excelência por opção. Perinatal. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://www.perinatal.com.br/a_perinatal.html. Acesso em: 18 abr. 2020.

PERNAMBUCO. Ministério Público de Pernambuco - MPPE. **Humanização do parto**: nasce o respeito - informações práticas sobre seus direitos. Recife: MPPE, 2015. Disponível em: <https://www.mppe.mp.br/mppe/attachments/article/4240/cartilha%20humanizacao%20do%20parto%20pdf.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2020.

SANTOS, Isaqueline S.; OKAZAKI, Egle L. F. J.. Assistência de Enfermagem ao parto humanizado. **Rev. Enferm**, [s. l.], v. 1, n. 13, p. 64-68, 2012. Disponível em: https://www.academia.edu/23294814/Assistencia_de_enfermagem_ao_parto_humanizado. Acesso em: 04 mai. 2020.

SOARES, Emanuele et al.. A informação de mulheres para escolha do processo de nascimento. **Rev enferm. UFPE**, Recife, v. 11, n. 12, p. 5427-5431, dez., 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-33868>. Acesso em: 04 mai. 2020.

TESSER, Charles Dalcanale et al.. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Ver. Bras. Med. Fam. Comunidade**, [s. l.], v. 10, n 35, p. 1-12, jun., 2015. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013>. Acesso em: 14 mai. 2020

VASCONCELOS, Renata T. B.. **Humanização de ambientes hospitalares:** características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Curso de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 2004. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/87380/206199.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2020

WEIDLE, Welder Geison et al.. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 46-53, mar., 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000100046&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 mai. 2020.

WEISS, Barbara. **Brent Birth Centre**. Barbara Weiss Architects. Londres, 2005. Disponível em: <https://www.barbaraweissarchitects.com/work/health/brent-birth-centre/full>. Acesso em: 30 out. 2020.

ZANARDO, Gabriela L. P. et al.. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 29, p. 1-11, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100218&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 mai. 2020.