



SEVERINAS

casa de pasta e centro de apoio

**CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS**  
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO  
TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO

**SEVERINAS: CASA DE PARTO  
NORMAL E CENTRO DE APOIO**

Criando um espaço humanizado como uma tentativa de fortalecer a cultura do parto natural e empoderar mulheres.

**Letícia Veras Soares**

## **SEVERINAS: CASA DE PARTO NORMAL E CENTRO DE APOIO**

Criando um espaço humanizado como uma tentativa de fortalecer a cultura do parto natural e empoderar mulheres.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Arquitetura e Urbanismo do Centro Universitário Christus, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Arquitetura e Urbanismo

Orientadora: Prof. Esp. Larissa de Carvalho Porto

Aprovada em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Centro Universitário Christus - Unichristus

Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica do Centro Universitário Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S676s Soares, Letícia Veras.  
SEVERINAS - Casa de Parto Normal e Centro de Apoio : Criando um espaço humanizado como uma tentativa de fortalecer a cultura do parto natural e empoderar mulheres. / Letícia Veras Soares. - 2021.  
209 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário Christus - Unichristus, Curso de Arquitetura e Urbanismo, Fortaleza, 2021.  
Orientação: Profa. Esp. Larissa de Carvalho Porto.  
Coorientação: Profa. Dra. Cláudia Sales de Alcântara Oliveira .

1. Casa de Parto Normal. 2. Parto Natural. 3. Parto Humanizado. 4. Arquitetura Regional. 5. Arquitetura Nordestina. I. Título.

CDD 720

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Esp. Larissa de Carvalho Porto (Orientadora)  
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

---

Me. Viviane Sales Furtado (Convidada)  
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

---

Prof. Marina Xavier de Andrade  
(Membro Externo)

## Agra deço

A Deus, por ter me dado força quando não tinha mais e ter me permitido chegar aqui, mesmo no meio do caos de pandemia. Aos meus pais, Andréa e Juracy, por terem me ajudado diretamente para ingressar nesse curso e estarem me auxiliando diariamente nos bastidores, pelo colo em momentos de esgotamento. À minha irmã, Juliana, por segurar a barra em momentos em que não pude estar presente por estar me dedicando a esse trabalho e ao meu irmão, Felipe, por estar de longe torcendo por mim. À Alicinha, por meio da sua pureza de criança, ser de acalento e reabastecer minhas energias. Maricotinhas, tia Tany, tia Edna, tia Manu, tio Beto, tia Karinne, tia Claryanne, Gabi, Mayra e a toda minha família que estiveram presentes e foram companhias importantes para seguir em frente nesse ano caótico. E a Majú, que mesmo sendo recém-chegada e latindo bastante querendo atenção, trouxe um amor fora do normal e uma paz em momentos conturbados.

Esse curso exige muita dedicação, muitas noites sem dormir e finais de semanas sem lazer e por isso, agradeço aos meus amigos, pela parceria desde o começo. Pelos resumos compartilhados, pelas maratonas intensas na faculdade projetando ou estudando para as provas e pelas aulas de quem sabia mais o conteúdo de cada prova do dia.

Em especial, agradeço: ao Mário Maia, pela amizade, pelos trabalhos gostosos de fazer junto, pela risada e pelo colo; à Thaís Meneçal, por ser amiga e participar diretamente comigo nessa trajetória, ajudando sempre e se fazendo presente; à Alice Teles, por ser amor e calma; à Elane Ramos, pelo conforto nas palavras; ao Pablo Rosa, pela ajuda incessante e inspiração enorme; à Bruna Napoleão, por sempre dar conta do que eu não dava e me ajudar sempre; ao Mateus Vasconcelos, por trazer risada e alegria; à Armênia Barbosa, pela ajuda mesmo que de longe; à Bianca Ruane, pelas ligações e praias necessárias; à Larissa Lima, por ter sido conforto, carinho e

atenção, se fazendo presente e demonstrando preocupação, ter sido casa e acolhimento em momentos de desespero; à Thaís Timbó, pela leveza; à Yumi Ito, pelos desabafos e ajuda carinhosa; à Thayná Gomes, pelas aulas de história, ajudas em paisagismo, calma e afeto e ao Iran Sales, pelos momentos icônicos ao longo dessa trajetória e à Mel, pelas músicas e conversas engraçadas. Obrigada por todos os perrengues compartilhados, pelas noites em claro de muita produção, mas de muita risada e muita ajuda, pela companhia, tornando todos esses anos melhores.

Aos professores, meu muito obrigada, vocês são em grande parte responsáveis por tornar essa trajetória tão especial e cheia de memórias, sou muito grata por ter tido a honra de tê-los em sala de aula e ter construído uma relação de amizade com muitos de vocês. Em especial, agradeço à: Larissa Porto, que foi minha professora desde o começo da faculdade e sempre passou conhecimento com muito cuidado e paciência e agora, minha orientadora incrível, que embarcou nessa comigo e me ajudou da melhor forma a construir esse trabalho. À Germana Câmara, minha primeira professora de projeto e que entre puxões de orelha, caras e bocas, passou ensinamentos e experiências valiosas. À Viviane Sales, que em muitos momentos me tratou como filha e me ajudou de forma inesquecível, foi com ela que escrevi meu primeiro artigo acadêmico e que recebi um suporte incrível. À Cláudia Alcântara, por ter aceitado o convite de me orientar na primeira parte desse trabalho, mesmo sem me conhecer e por ter me ajudado ao máximo, em um momento tão complicado. Ao Matheus de Medeiros, pelas conversas e troca. Por fim, ao George Lins, que foi professor do primeiro projeto no computador e que quebrou a cabeça tentando achar formas de nos fazer absorver certos conteúdos e esteve sempre presente ensinando de forma humana e nos fazendo valorizar nosso sertão, nosso nordeste e nossa arquitetura.

## Resumo

O parto vem sofrendo um intenso processo de medicalização e institucionalização, saindo do ambiente domiciliar, entre mulheres, onde a parturiente é protagonista do parto e indo para o ambiente hospitalar, onde o médico homem passa a ter um maior controle da situação. Além disso, o Brasil tem o segundo maior percentual de cesáreas no mundo, sendo elas, em sua maioria, desnecessárias e com alto risco. Dessa forma, o presente trabalho apresenta uma proposta de projeto de uma casa de parto peri-hospitalar e um centro de apoio e informação aos pais, como uma tentativa de fortalecer a prática do parto normal, e torná-lo mais acessível, trazendo mais informação sobre seus benefícios, além da capacitação para a prática do parto natural e um maior apoio durante o período pré e pós gestacional. Para isso, foi realizado um estudo teórico a fim de entender a história do parto, a relação da arquitetura com os usuários e como esta foi se modificando ao longo dos anos e a importância da humanização dos espaços. Também foi realizado um estudo de referências projetuais permeando conceito, partido, soluções arquitetônicas, materiais e elementos e análises urbanas com o intuito de buscar uma área relevante para a inserção desse tipo de equipamento. E, por fim, foi desenvolvido o anteprojeto da Casa de Parto e Centro de Apoio e Informação Severinas, o qual, por meio do uso de elementos regionais e da adoção de soluções arquitetônicas que contribuam para um maior aproveitamento de iluminação e ventilação natural, seja um espaço acolhedor e humanizado.

**Palavras-chave:** Casa de Parto Normal, Parto Natural, Parto Humanizado, Arquitetura Regional, Arquitetura Nordestina.

## Abstract

An infant's birth has been suffering an intense institutionalization and hospitalization process, leaving house environment, between women, where parturient is the delivery's protagonist and going to the hospital environment, where the male doctor has a bigger control of the situation. In addition, Brazil has the second highest percentage of cesarean sections in the world, most of which are unnecessary and at high risk. That being said, this work presents a proposal of a peri-hospital delivery house and a support and information center for parents, as a trial to fortify the practice of a normal childbirth and make it more accessible, bringing more information about its benefits, in addition to training for the practice of natural childbirth and greater support during the pre and post pregnancy period. For this, a theoretical study was carried out in order to understand the history of childbirth, the relationship between users and the design of the spaces, how it has changed over the years and the importance of humanizing spaces. A study of projects was also carried out permeating the concept, party, architectural solutions, materials and elements and urban analysis in order to seek a relevant area for the insertion of this type of equipment. And, finally, the preliminary project of the Delivery House and Support and Information Center Severinas was developed, which, through the use of regional elements and the adoption of architectural solutions that contribute to a greater use of natural lighting and ventilation, turned into a welcoming and humanized space.

**Keywords:** Natural Childbirth House, Natural Childbirth, Humanized Childbirth, Regional Architecture, Northeastern Architecture.

## INTRODUÇÃO pg 12

Justificativa. /pg 13

Objetivo Geral /pg 14

Objetivo Específicos /pg 15

Metodologia /pg 15

## 1. REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 A história do parto e a importância de naturalizá-lo. /pg 20

1.2 A falta de humanização nos ambientes hospitalares e suas influências negativas /pg 35

1.2.1 A evolução da tipologia hospitalar ao longo dos anos /pg 35

1.3 Arquitetura humanizada, a humanização do parto e a importância do ambiente no desenvolvimento do parto /pg 42

1.3.1 Arquitetura humanizada e sua influência nos usuários /pg 42

1.3.2 Humanização na arquitetura hospitalar /pg 44

1.3.3 Humanização dos espaços no ato de nascer /pg 45

## 2. REFERENCIAL PROJETUAL

2.1 Biblioteca Musingá. /pg 52

2.2 Escola primária Vihelmsro /pg 56

2.3 Casa Ângela /pg 61

## 3. DIAGNÓSTICO: COMPREENSÃO DA ÁREA DE INTERVENÇÃO

3.1 A cidade e as condicionantes /pg 74

3.2 O bairro Rodolfo Teófilo /pg 78

3.2.1 A história do bairro /pg 78

3.2.2 A legislação e o estudo do entorno /pg 82

3.3 O terreno /pg 94

## 4. O PROJETO: PROGRAMA DE NECESSIDADES E ESTUDOS INICIAIS

4.1 Programa de necessidades e pré-dimensionamento /pg 117

4.2 Fluxograma e setorização dos ambientes /pg 120

4.3 O projeto: estudos iniciais /pg 122

4.4 O conceito /pg 122

4.5 O partido arquitetônico /pg 123

4.6 A implantação /pg 128

## 5. MEMORIAL PROJETUAL

5.1 A implantação /pg 135

5.2 Térreo e primeiro pavimento /pg 140

5.3 Planta de cobertura /pg 160

5.4 Corte A e C /pg 166

5.5 Corte D e E /pg 170

5.6 Corte G e J /pg 174

5.7 Estrutura /pg 177

5.8 Materiais e elementos de fachada /pg 178

5.9 Revestimentos internos /pg 186

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS pg 22

## Introdução

O presente trabalho tem como temática principal um projeto de uma casa de parto normal peri-hospitalar pública e um centro de apoio e informação aos pais, como uma tentativa de tornar a prática desse tipo de parto mais acessível, trazendo um maior conhecimento sobre seus benefícios e estimulando essa prática em prol da saúde, tendo em vista que devido a questões culturais, esse tipo de parto acaba sendo visto por muitos como irresponsável e perigoso, quando na verdade em grande parte dos casos, ele deveria ser o mais indicado por ser mais seguro.

## Justificativa

Segundo Vieira (1999 apud Nagahama e Santiago, 2005) o Brasil vem enfrentando um intenso processo de medicalização do parto, a Organização Mundial da Saúde declarou em 2008 que 6.2 milhões de cesáreas desnecessárias foram realizadas no mundo. Além disso, desde 1985, segundo a mesma organização, o percentual ideal de cesáreas seria entre 10 e 15%, tendo em vista que é uma prática de parto indicada apenas em casos emergenciais ou em mulheres que tenham algum tipo de problema específico durante a gestação que possa pôr em risco a mãe ou o bebê em caso de parto normal. Também segundo a OMS (2005) o Brasil é o país com o segundo maior índice de cesáreas no mundo, tendo um percentual equivalente a 55,6%, onde dentro desse percentual, o setor privado tem uma taxa de 85% e o setor público, por meio do SUS, tem taxa equivalente à 40%.

Muitas vezes, essa escolha da cesárea é feita por indução médica, por uma questão de comodidade, tendo vista que é um parto agendado e mais rápido e também por falta de informação, por parte das gestantes, pois por uma questão cultural, muitas mulheres costumam considerar a cesárea mais segura, assim como elucida Pereira, Franco e Baldin (2011 p.586):

técnica “terceirizada”: o médico assume o comando e a conduz a partir de sua formação técnica. Esse fenômeno é fortalecido pela carência de informação adequada às mulheres sobre a maternidade, seus aspectos inatos e apreendidos, bem como as etapas, principalmente a da parturição. Mesmo as gestantes que se sentem mais conhecedoras do processo têm informações superficiais. Elas não encontram respostas convincentes para minimizar ou esclarecer seus medos.

Além da prática da cesárea desnecessária em massa, é importante ressaltar que muitas das mulheres são vítimas de violência obstétrica, segundo Uchôa (2018), 1 a cada 4 gestantes passaram por transtornos psicológicos ou não tiveram suas decisões respeitadas durante o trabalho de parto. Essa violência pode ser, segundo a OMS (2014), praticada por meio do abuso físico, sexual e verbal, preconceito e discriminação, mau relacionamento entre os profissionais de saúde e pacientes, falta de estrutura e carência de um sistema de saúde de boa qualidade.

Por esses motivos, o projeto de uma casa de parto normal e um centro de apoio e informação aos pais torna-se relevante, como uma tentativa de oferecer conhecimento que desmistifiquem mitos sobre a cesárea e incentivar uma prática mais saudável e humanizada do ato de nascer, como uma forma de buscar reduzir os altos índices da cesárea desnecessária e violência obstétrica que são bastante prejudiciais à saúde física e emocional.

Além disso, é uma preocupação fazer com que esse equipamento/ serviço de saúde tenha um acesso mais amplo e inclusivo, por isso, pretende-se que esse projeto esteja implantado em um bairro de fácil acesso por diferentes modais e que tenha uma certa proximidade a assentamentos precários, para que não haja exclusão social.

Por fim, o presente trabalho, tem como **objetivo geral** propor, por meio de um projeto arquitetônico, uma casa de parto natural e um centro de apoio, como um espaço mais humanizado e acolhedor, como uma tentativa de retomar a naturalidade do ato de nascer. E que, além disso, ofereça acesso à informação, capacitação para a prática do parto natural e um maior apoio durante o período pré e pós gestacional.

Sendo assim, os **objetivos específicos** são os seguintes:

- Realizar um estudo teórico sobre a evolução do parto, entender os benefícios e malefícios do parto normal e da cesárea, além de estudar o contexto atual que o Brasil se encontra diante das decisões voltadas ao parto;
- Compreender o funcionamento das casas de parto, através de referências projetuais, além de projetos que possam estar em outras categorias, mas que tenham embasamentos teóricos e boas soluções em relação a ambientes humanizados e usos de materiais adequados;
- Realizar análises urbanas na cidade de Fortaleza a fim de coletar dados que possam contribuir para uma melhor justificativa do local escolhido para o funcionamento de um equipamento dessa natureza, tendo como princípio a inclusão social;
- Propor, por meio de um projeto arquitetônico, um espaço acolhedor e humanizado que realize e estimule a prática do parto normal.

## Metodologia

A metodologia do presente trabalho está estruturada em quatro sessões, sendo elas: Fundamentação teórica, projetos de referências, análises urbanas para formulação do diagnóstico e a proposta do anteprojeto.

Na **fundamentação teórica**, o trabalho será realizado por meio de pesquisas em artigos, livros, notícias de jornais e documentários, a fim de buscar informações e conhecimento necessários que sirvam para contextualizar, embasar e explicitar o cenário atual da visão do parto.

Além disso, foram realizadas pesquisas em portarias e documentos do Ministério da Saúde, tendo em vista que eles desenvolveram uma série de cartilhas e projetos de assistência ao parto, além de disponibilizarem algumas exigências mínimas para a implantação de uma casa de parto. A OMS (Organização Mundial da Saúde) também foi bastante consultada, tendo em vista a vasta disponibilidade de dados relevantes, como os índices de cesárea no mundo e nas regiões do Brasil e taxas de violência obstétrica. Também foram utilizados como embasamento, trabalhos de alguns autores como Cláudia Tomasi Vendruscolo e Cristina Saling Krueel, as quais desenvolveram um estudo sobre a história do parto, o qual percorre o processo de medicalização do parto que sai do ambiente domiciliar para o hospitalar; Gabriela Lemos de Pinho Zanardo, Magaly Calderón Uribe, Ana Hertzog Ramos De Nadal e Luísa Fernanda Habigzang, os quais desenvolveram um artigo sobre a violência obstétrica no Brasil; Elizabeth Eriko Ishida Nagahama, Silvia Maria Santiago, que falaram sobre a institucionalização médica do parto no Brasil; Estela Caparelli, Elisa Meirelles, Gabriel Coaracy e Pedro Ivo Alcantara, os quais desenvolveram o projeto “Quem Espera, Espera.” pela UNICEF.

Por fim, a utilização da LUOS (Lei de Uso e Ocupação do Solo), DATASUS (Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil), RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) 36, para o conhecimento da legislação para esse tipo de equipamento, visando atender às exigências mínimas para a sua implantação.

Ainda nesse contexto, serão mostrados relatos de mulheres que passaram pela experiência de um parto normal ou por uma cesárea induzida ou até que foram vítimas de violência obstétrica, com o objetivo de entender suas demandas, necessidades, além de suas percepções dos espaços usados durante o parto.

- Na **sessão de projetos de referência**, serão realizadas pesquisas de referências projetuais nacionais e internacionais que possam servir de inspiração tanto de desenho e conceito, quanto de referência em relação à setorização, fluxos, programa de necessidades, dimensionamentos e materiais utilizados.

Por fim, será proposto um **anteprojeto** de uma casa de parto em Fortaleza, com conceitos e elementos da arquitetura humanizada como forma de criar espaços confortáveis que contribuam positivamente para a realização do parto normal e estimule um maior acesso a esse tipo de parto.



# 01

## Referencial teórico

-  
Nessa sessão serão abordados a história do parto e a importância de naturalizá-lo, a arquitetura hospitalar e como ela vem se transformando ao longo do tempo e por fim, arquitetura humanizada e como o ambiente pode exercer influências diretas nos corpos e no psicológico dos usuários.

## 1.1 A história do parto e a importância de naturalizá-lo

Vivemos em uma sociedade predominantemente machista e patriarcal, tendo em vista que muitas mulheres foram acostumadas e educadas a serem submissas aos homens, casando muito cedo, satisfazendo as vontades dos maridos e consequentemente deixando suas vontades e desejos em segundo plano. Além disso, a liberdade da mulher era muitas vezes diminuída, por exemplo, quando era lhe tirado o direito de trabalhar e de exercer certos papéis por serem taxados como masculinos, bem como explica o Ministério da Saúde (2001 p.12):

Ao longo dos séculos, construiu-se um modelo social predominante que vem impedindo a mulher de ser sujeito pleno de sua própria história. Esse modelo pré-determina formas de conhecimento e ação, na área da saúde inclusive, que evidenciam seu caráter patriarcal.

Em contrapartida, a mulher era protagonista em alguns papéis que ninguém mais poderia exercer, sendo um deles, o parto. Até o século XIX, o parto era considerado uma prática natural, o qual era realizado, muitas vezes, na própria casa da gestante, com o auxílio das parteiras, em um ambiente predominantemente feminino, sendo os protagonistas do parto, a mãe, como participante ativa, e o bebê, que tem seu tempo de chegada respeitado e esperado de acordo com a vontade dele, como bem elucida Leister e Riesco (2013, p.167):

No final do século XIX, a maioria dos partos era atendida no domicílio, por parteiras. Dar à luz fora de casa era anormal, apavorante e acontecia apenas em situações extremas. O médico era chamado somente em casos complicados, quando a parteira não conseguia resolver o problema.

Corroborando ainda com essa ideia do protagonismo feminino no momento do parto, Nagahama e Santiago (2005, p. 655) explica que:

Por um longo período, partejar foi uma tradição exclusiva de mulheres, exercida somente pelas curandeiras, parteiras ou comadres – mulheres de confiança da gestante ou de experiência reconhecida pela comunidade.

Segundo Coelho (2003), o ato de nascer e de dar à luz, é um ato inerente à natureza humana, tendo em vista que o corpo humano é preparado para executar essa função.

Sendo assim, o parto normal é um tipo de parto que satisfaz essa natureza humana, tendo em vista que a entrada no trabalho de parto é uma forma do corpo avisar que o bebê está pronto e que seu nascimento está se aproximando.

Estudos conduzidos nos últimos anos mostram que cada semana a mais de gestação aumenta as chances de o bebê nascer saudável, mesmo quando não há mais risco de prematuridade. As últimas semanas de gestação permitem maior ganho de peso, maturidade cerebral e pulmonar. (UNICEF, 2017 p.12)

O parto normal apresenta uma série de benefícios para a mãe e para o bebê. Segundo Desireé Volkmer, pediatra e chefe do Serviço de Neonatologia do Hospital Moinhos de Vento, em Porto Alegre (Blog Saúde e Você, Hospital Munhos, 2015) a passagem do bebê pelo canal vaginal permite que ele seja recoberto por bactérias e fungos presentes na região, ajudando na formação da flora intestinal, fortalecendo o sistema imunológico e reduzindo chances de futuras alergias. Além disso, essa passagem pelo canal também contribui para a eliminação do líquido amniótico e reduz chances de futuros problemas respiratórios.

O Projeto Quem Espera, Espera (2017) explica os benefícios da passagem do bebê pelo canal vaginal, o qual também contribui para o aceleração da maturidade pulmonar, melhora o sistema neurológico e o bebê nasce mais ativo, com mais chances de se alimentar exclusivamente do leite materno sob livre demanda.

Ademais, é importante analisar sob a perspectiva do bebê, segundo a enfermeira Trevisan (Grávidos: A série, 2019) a passagem pelo canal vaginal estimula as células do bebê para que ele seja tocado pela primeira vez; a iluminação e barulhos externos são apresentados de forma gradativa durante essa transição, além da importância da temperatura externa, tendo em vista que a ambiente fica em torno de 23 a 25°C e dentro do útero, a temperatura do bebê mede cerca de 37°C.

quando era lhe tirado o direito de trabalhar e de exercer certos papéis por serem taxados como masculinos, bem como explica o Ministério da Saúde (2001 p.12):

*Ao longo dos séculos, construiu-se um modelo social predominante que vem impedindo a mulher de ser sujeito pleno de sua própria história. Esse modelo pré-determina formas de conhecimento e ação, na área da saúde inclusive, que evidenciam seu caráter patriarcal.*

Em contrapartida, a mulher era protagonista em alguns papéis que ninguém mais poderia exercer, sendo um deles, o parto. Até o século XIX, o parto era considerado uma prática natural, o qual era realizado, muitas vezes, na própria casa da gestante, com o auxílio das parteiras, em um ambiente predominantemente feminino, sendo os protagonistas do parto, a mãe, como participante ativa, e o bebê, que tem seu tempo de chegada respeitado e esperado de acordo com a vontade dele, como bem elucidada Leister e Riesco (2013, p.167):

*No final do século XIX, a maioria dos partos era atendida no domicílio, por parteiras. Dar à luz fora de casa era anormal, apavorante e acontecia apenas em situações extremas. O médico era chamado somente em casos complicados, quando a parteira não conseguia resolver o problema.*

Corroborando ainda com essa ideia do protagonismo feminino no momento do parto, Nagahama e Santiago (2005, p. 655) explica que:

*Por um longo período, partejar foi uma tradição exclusiva de mulheres, exercida somente pelas curandeiras, parteiras ou co-madres – mulheres de confiança da gestante ou de experiência reconhecida pela comunidade.*

Segundo Coelho (2003), o ato de nascer e de dar à luz, é um ato inerente à natureza humana, tendo em vista que o corpo humano é preparado para executar essa função.

Sendo assim, o parto normal é um tipo de parto que satisfaz essa natureza humana, tendo em vista que a entrada no trabalho de parto é uma forma do corpo avisar que o bebê está

pronto e que seu nascimento está se aproximando.

Segundo o projeto “Quem espera, espera” da UNICEF, esperar o trabalho de parto é muito importante, tendo em vista que ele reduz as chances de prematuridade e futuros problemas de saúde.

*Estudos conduzidos nos últimos anos mostram que cada semana a mais de gestação aumenta as chances de o bebê nascer saudável, mesmo quando não há mais risco de prematuridade. As últimas semanas de gestação permitem maior ganho de peso, maturidade cerebral e pulmonar. (UNICEF, 2017 p.12)*

O parto normal apresenta uma série de benefícios para a mãe e para o bebê. Segundo Desireé Volkmer, pediatra e chefe do Serviço de Neonatologia do Hospital Moinhos de Vento, em Porto Alegre (Blog Saúde e Você, Hospital Munhos, 2015) a passagem do bebê pelo canal vaginal permite que ele seja recoberto por bactérias e fungos presentes na região, ajudando na formação da flora intestinal, fortalecendo o sistema imunológico e reduzindo chances de futuras alergias. Além disso, essa passagem pelo canal também contribui para a eliminação do líquido amniótico e reduz chances de futuros problemas respiratórios.

O Projeto Quem Espera, Espera (2017) explica os benefícios da passagem do bebê pelo canal vaginal, o qual também contribui para o aceleração da maturidade pulmonar, melhora o sistema neurológico e o bebê nasce mais ativo, com mais chances de se alimentar exclusivamente do leite materno sob livre demanda.

Ademais, é importante analisar sob a perspectiva do bebê, segundo a enfermeira Trevisan (Grávidos: A série, 2019) a passagem pelo canal vaginal estimula as células do bebê para que ele seja tocado pela primeira vez; a iluminação e barulhos externos são apresentados de forma gradativa durante essa transição, além da importância da temperatura externa, tendo em vista que a ambiente fica em torno de 23 a 25°C e dentro do útero, a temperatura do bebê mede cerca de 37°C.

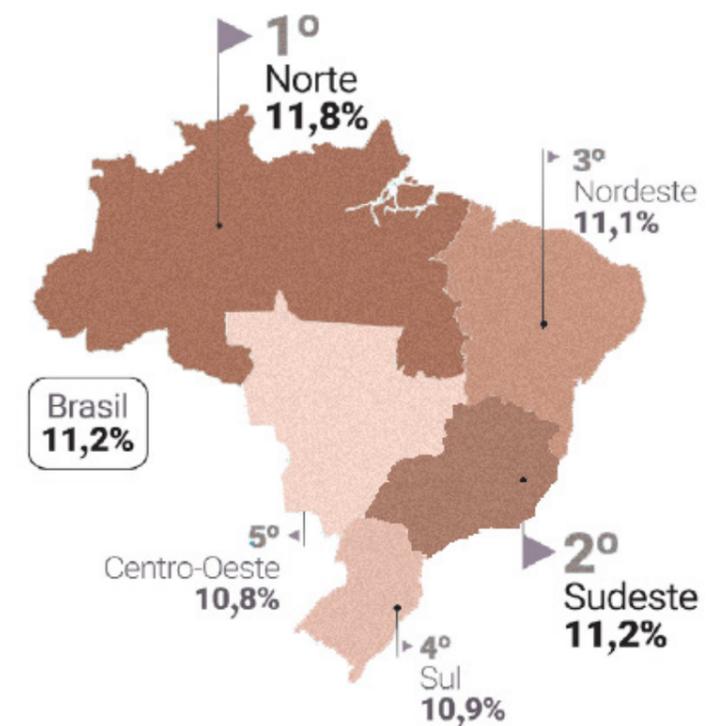
Porém, ao contrário do ideal e desejado, um estudo do projeto aponta que em 2014, no Brasil, uma média de 11,2% bebês nasceram antes da 37ª semana de gestação (ver figura 01), sendo uma quantidade bastante preocupante tendo em vista que a primeira causa de mortalidade neonatal e infantil são complicações decorrentes do nascimento prematuro e que o tempo ideal de uma gestação, segundo a Organização Mundial da Saúde, de 40 a 42 semanas, no máximo. Dentro dessa porcentagem, 9 a cada 10 partos foram realizados por meio da cesárea.

Para a mãe, os benefícios do parto normal se concentram em uma rápida recuperação, menor risco de infecções, por ser evitada uma cirurgia, além de ajudar no fortalecimento do vínculo com o bebê desde o início de sua vida.

Na cesárea agendada, o bebê é retirado do útero, sem nenhum aviso e sem nenhum sinal de que ele se desenvolveu ao máximo e que está realmente pronto para sair de lá. Ele sai e chega em uma sala fria, com temperatura média de 17°C, com uma iluminação forte e ao invés de ter seu primeiro contato com a mãe e ser amamentado, ele acaba passando por uma bateria de exames e testes, isso em caso de cesárea não humanizada.

Foi no final do século XVI, que o trabalho das parteiras começou a ser questionado e a sofrer declínio devido a descoberta e a primeira utilização do fórceps obstétrico, pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain e que segundo Osava e Mademe (1995 apud NAGAHAMA e SANTIAGO, pág.655), o uso desse instrumento fez com que a obstetrícia entrasse como disciplina técnica, científica e dominada pelo homem, além de que a partir daí o parto começou a ser considerado perigoso.

Nesse contexto, um evento fisiológico, domiciliar, íntimo e predominantemente feminino foi transformado em um ato completamente medicalizado e institucionalizado, exigindo uma complexa estrutura hospitalar para sua realização, além de que o protagonismo da mulher foi passado para o médico, homem, tendo em vista que durante a cirurgia cesariana, era ele, o total responsável, pelo controle da situação.



MS/SVS/Dasis - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - Sinasc, 2014

Figura 01: Percentual de nascimentos antes da 37ª semana de gravidez. Fonte: ArchDaily, 2020/ Foto: Cortesia de [applied] Foreign Affairs, Institute of Architecture, University of Applied Arts Vienna.

O parto e o nascimento, que eram vistos como um evento fisiológico e feminino, começam a ser encarados como um evento médico e masculino, incluindo a noção do risco e da patologia como regra, e não mais exceção. Neste modelo tecnocrático, a mulher deixou de ser protagonista, cabendo ao médico a condução do processo (Pasche et al., 2010; Sanfelice et al., 2014; Wolff & Waldow, 2008)

Ehrenreich & English (1973 apud Nagahama e Santiago, 2005) apontam para o poder da medicina em transformar eventos fisiológicos em doenças, além da medicalização do corpo da mulher, onde a gravidez e a menopausa são vistas como doença; a menstruação, um distúrbio crônico e o parto, um evento cirúrgico sendo uma das mais poderosas fontes da ideologia sexista da nossa cultura.

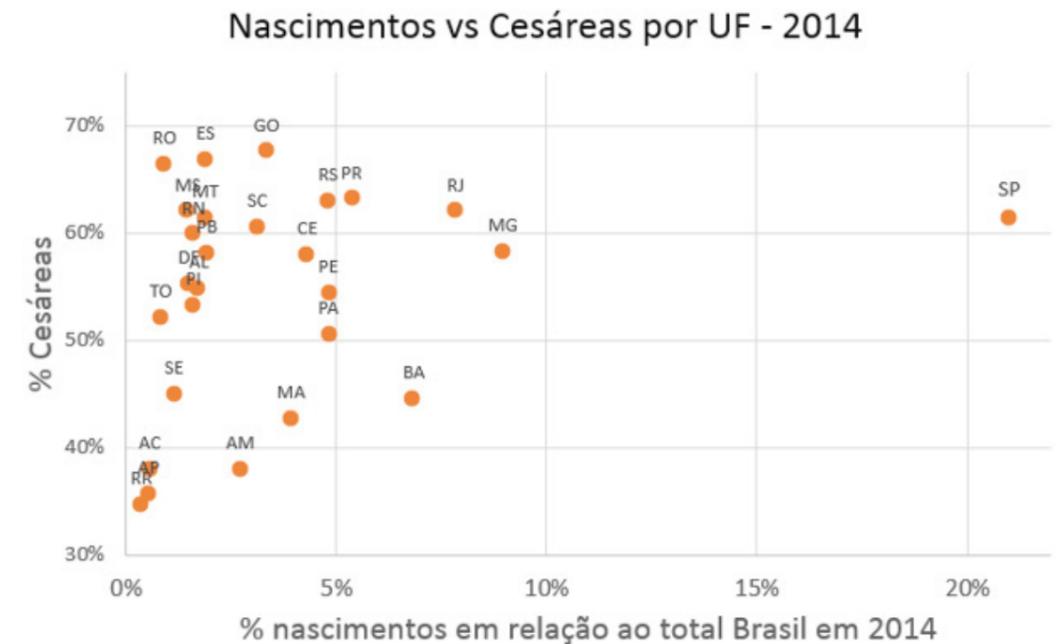
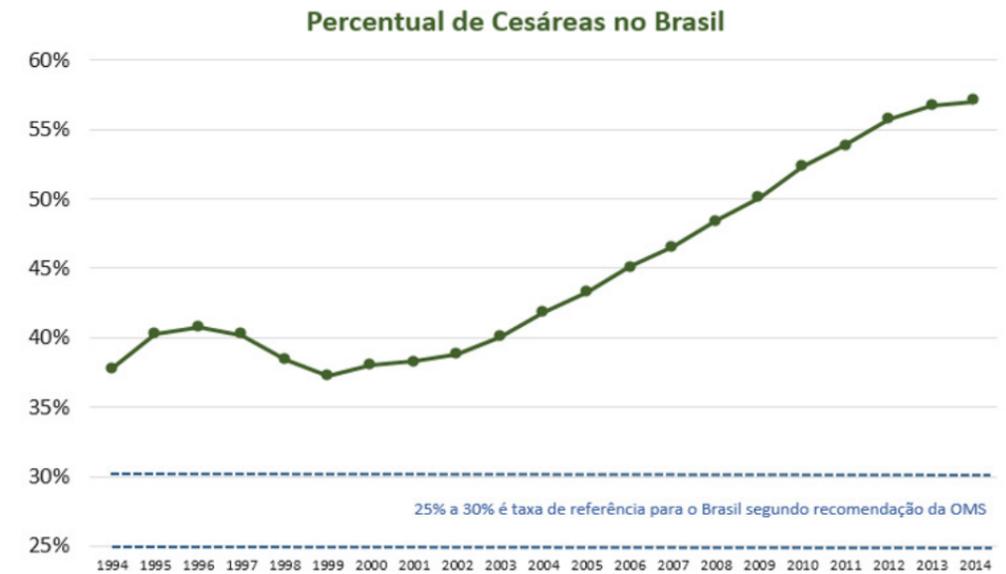
Nesse contexto, a cesárea começou a ser praticada com uma maior frequência, tendo em vista que ela não era mais considerada uma prática emergencial e no final do século XX, sua prática chegou a uma porcentagem equivalente a 90%.

A partir do século XX, acelerou-se o processo de hospitalização dos partos (Pasche et al., 2010), chegando ao final do século a quase 90% deles sendo realizados em hospitais (Rattner, 2009). Concomitante a esse fato, ocorreu um aumento do uso de tecnologias com o objetivo de “iniciar, intensificar, regular e monitorar o parto, tudo para torná-lo ‘mais normal’ e obter ganhos para a saúde da mãe e do bebê” (Diniz & Chacham, 2006, p. 80 apud ZANARD et al, 2017 p.3)

Hoje, segundo a Organização Mundial da Saúde (2005) o Brasil é o país com a segunda maior taxa de cesáreas do mundo, sendo ela correspondente à 55,6% (ver figura 02), onde o recomendado mundialmente, estabelecido em 1985 pela mesma organização, seria entre 10 e 15%, sendo para o Brasil a taxa referência de 25% a 30%.

Figura 02: Gráfico de percentual de cesáreas no Brasil de 1994 – 2014.  
Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2014.

Figura 03: Percentual de cesáreas nos estados brasileiros em 2014.  
Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2014



É importante ressaltar, que a cesárea foi um avanço médico muito importante, segundo o Ministério da Saúde (2001) a cesárea realizada de forma emergencial, ou em mulheres que se enquadraram dentro de um grupo de risco, salva vidas, tendo em vista, que nesses casos, ela pode reduzir taxas de mortalidade materna e perinatal. O problema dessa cirurgia se encontra quando ela é realizada desnecessariamente, pois o efeito é oposto, podendo haver uma série de complicações, além de consumir recursos do sistema de saúde sem precisão.

Com o intuito de aumentar a qualidade da assistência, tem-se medicalizado o parto, utilizando em larga escala procedimentos considerados inadequados e desnecessários, que muitas vezes podem colocar em risco a saúde e a vida da mãe e do bebê, sem avaliação adequada da sua segurança e sem base em evidências (Diniz & Chacham, 2006 apud ZANARDO et al, 2017 p.3)

Sendo assim, visando analisar os motivos das cesáreas, um estudo realizado pelo pesquisador Cesar Victora, com base no Sistema de Nascidos Vivos de 2000 até 2012 (UNICEF, 2017 p.5), mostra que o principal público da cesariana no Brasil não são as mulheres em situação de maior risco. O gráfico, desenvolvido nesse estudo, mostra que das mulheres não pertencentes ao grupo de risco, 75,3% foram submetidas a cesárea, enquanto que gestantes com 4 ou mais fatores de risco, apenas 30,7% enfrentaram a cirurgia (ver figura 03).

Segundo a ONU (Organização das Nações Unidas) uma mulher com gravidez de baixo risco quando submetida a cesárea tem 3,5 vezes mais chances de morrer durante a cirurgia do que se fosse realizado um parto normal e 6 vezes mais chances de complicações.

Nesse contexto, a obstetra Renata Reis (Ministério da Saúde, 2015) explica que em uma cesariana marcada, maiores são as chances de hemorragia, infecção, trombose, além dos riscos relacionados à anestesia.

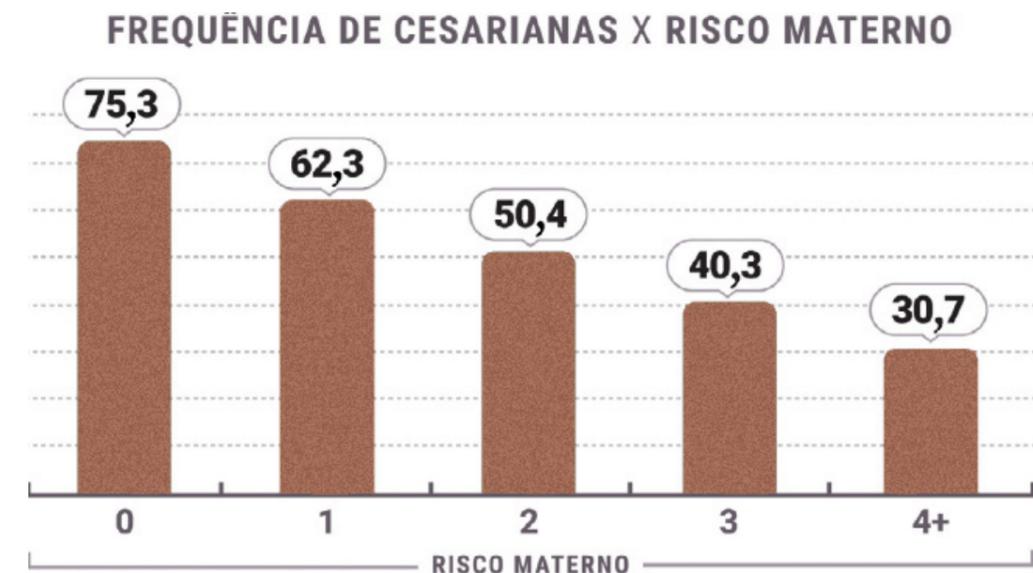


Figura 04: Percentual de cesáreas de acordo com fatores de risco maternos no Brasil em 2012. Fonte: UNICEF, 2017 modificado pela autora, 2020.

No caso do bebê, o maior risco é a prematuridade e a imaturidade pulmonar. Além disso, de acordo com dados do Ministério da Saúde (2015), as cesáreas agendadas aumentam em 120 vezes a chance de problemas respiratórios para o recém-nascido, sendo o principal motivo do encaminhamento de bebês para UTIs neo-natais.

A cesárea pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias. Idealmente, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando ela for necessária, do ponto de vista médico. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015, pág 1)

Sendo assim, em caso de gestantes fora do grupo de risco, o parto por via vaginal é considerado o mais seguro para a mãe e para o bebê, devendo a intervenção ser mínima, bem como explica Andrade & Lima, 2014; Diniz & Chacham (2006, apud Ministério da saúde, 2001):

Segundo as avaliações científicas e conforme já declarado pela OMS (World Health Organization, 1996), o parto é entendido como um evento natural e o nascimento por via vaginal é considerado o melhor modelo quando levado em conta os desfechos de saúde materna e do bebê, sendo a intervenção mínima considerada o paradigma a ser seguido na assistência.

Porém com a medicalização do parto, foi criada a cultura do medo do parto normal, que se deve muitas vezes, à falta de informação, tendo em vista que a cesárea passou a ser considerada a via de parto mais comum e mais rápida.

Segundo Esther Vilela (coordenadora da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde) no documentário Renascimento do Parto (2013), os altos índices da cesárea agendada correspondem a fatores de comodidade médica, praticidade no ponto de vista de ser uma cirurgia que não ultrapassa duas horas e o medo presente em muitas mulheres em relação ao parto normal devido à desinformação.

Para exemplificar melhor essa falsa sensação de segurança com a cesárea, foi realizada uma procura de relatos de mãe que passaram pela experiência do parto normal, após terem sido submetidas a cesárea. Sendo assim, dentre os relatos encontrados, no site EBC Brasil (2015) destaca-se o comentário da Andréia que elucida a falta de informação que muitas mulheres em relação ao parto normal:

No meu segundo parto, eu fui atrás do empoderamento, da informação, para que bem informada eu pudesse fazer a melhor escolha. Eu acho que uma mulher que tem acesso de fato à informação vai querer, pelo menos, entrar em trabalho de parto. O parto natural é trabalhoso, é cansativo, mas a recuperação é maravilhosa. É evidente que o parto normal dói, mas não é uma dor de sofrimento, é uma dor que tem como objetivo trazer o seu filho bem ao mundo. A gente tem que estar preparada. O melhor remédio para a ansiedade é a informação.

Além da normatização da cesárea gerando uma falsa sensação de segurança nas mulheres, a medicalização do parto contribuiu negativamente para os índices de caso de violência obstétrica. Segundo a Fundação Perseu Abramo (2010), em um estudo das “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, 1 a cada 4 mulheres sofrem violência obstétrica, sendo ainda mais frequente em mulheres negras.

No mundo inteiro, muitas mulheres experimentam abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde. Isso representa uma violação da confiança entre as mulheres e suas equipes de saúde, e pode ser também um poderoso desestímulo para as mulheres procurarem e usarem os serviços de assistência obstétrica. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014, p. 1)

Nesse contexto, Carolina Montiel, cientista social e participante do Simpósio da Saúde da População Negra (Humanista, 2018) aponta que as mulheres negras são ainda mais afetadas que as mulheres brancas, devido a todo o histórico de escravidão, além do fato delas terem o pré-natal fragilizado e da crença de que as mulheres negras são mais resistentes à dor. Segundo ela, considera-se violência obstétrica<sup>1</sup> toda intervenção desnecessária, não autorizada e violenta. Ela pode ser praticada por médicos obstetras, enfermeiros, recepcionistas, anestesistas e essa violência pode ser praticada de várias formas, sendo elas: Violência por negligência, física, verbal e psicológica.

1. O termo violência obstétrica tinha sido vetado em maio 2019 pelo Ministério da Saúde por considerar a expressão “imprópria” e que, segundo eles, nos momentos de atendimento à mulher, “tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não tinham a intencionalidade de prejudicar ou causar dano” Porém, a utilização do termo foi legitimada em junho do mesmo ano para retratar maus tratos, desrespeito e abusos no momento do parto.

## Violência por negligência

Onde muitas vezes é dificultado o acesso da gestante ao pré-natal e ao leito na hora do parto, além de muitas vezes, ser privado o direito da gestante de ter um acompanhada, direito esse assegurado pela Lei, 11.108, de 7 de abril de 2005.

## Violência física

Quando procedimentos são feitos sem o consentimento da mulher, como o uso de ocitocina sintética, para agilizar o parto; lavagem intestinal, considerada desnecessária e que além de dolorosa, pode causar infecção;

Segundo Santiago e Souza (2017), sempre que a mulher entra no trabalho de parto, o corpo costuma liberar a quantidade suficiente de ocitocina, (hormônio naturalmente produzido pelo nosso organismo para gerar as contrações do útero durante o trabalho de parto, que ajudará no desenvolvimento do parto e a liberação do leite durante a amamentação.) Porém, há casos em que o trabalho de parto não evolui e torna-se necessário o uso da ocitocina sintética, intravenosa, como forma salvar vidas, o problema é que, na realidade, seu uso passou a ser rotineiro e ele é usado em muitas gestantes como forma de indução sem necessidade.

Episiotomia, que é um corte, não indicado, feito no períneo para aumentar o canal de passagem do bebê, que é feito, muitas vezes, sem avisar a gestante e sem consentimento; a imposição de uma posição à mulher, mesmo quando ela não está se sentindo confortável; a realização do ponto do marido, ponto extra na episiotomia que diminui a entrada da vagina; uso do fórceps; manobra de kristeller que consiste na pressão feita na parte superior do útero para acelerar a saída do bebê e que foi proibida em 2017 pela Organização Mundial da Saúde (OMS);

No artigo chamado A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar (Crizóstomo, Nery e Luz, 2007), foram encontrados relatos de parto de diferentes mulheres, sendo eles tanto no ambiente hospitalar quanto domiciliar. No relato da quinta entrevistada (pág. 100) foi citada a manobra de kristeller como procedimento:

Foi porque eu comecei a perder muito líquido, mas não sentia dor de ter [parir]. No outro dia, eu fui para o hospital, aí demorou bastante [parto], aí elas chamaram o doutor e me espremeram [referindo-se a manobra de Kristeler]. Foi o mais demorado de todos [referindo-se aos partos] (E5)

E por fim, a cesárea desnecessária que ocorre quando a cirurgia é induzida por comodidade médica, alegando risco de morte do bebê sem fundamento.

A violência obstétrica também se relaciona com a escolha das mulheres pela cesárea. A mulher perde autonomia nas decisões sobre seu parto e submete-se a orientações que não compreende totalmente, o que faz que profissionais esqueçam que é a mulher quem está com dor e que vai parir. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001)

## Violência verbal

Acontece quando são feitos comentários ofensivos que fragilizam e inferiorizam a mulher, podendo estar ligados à gênero, raça, escolaridade, entre outros fatores, bem como explica Aguiar (2010 apud Zanardo, Nadal e Habigzang, pág: 6, 2017):

Por isso, a frase “na hora de fazer gostou, então agora aguente” falada pelos médicos e pela equipe se converte em parte do discurso institucional, relacionando a dor com o preço que devem pagar pelo prazer do ato sexual e levando a uma banalização dos atos desrespeitosos e à invisibilidade da violência.

## Violência psicológica

Toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, medo, instabilidade emocional e insegurança.

Segundo Coelho (2003), discutir sobre as intervenções médicas negativas é importante para o processo evolutivo do parto e serve como justificativa para implementar novos métodos e ambientes para a humanização do atendimento. Ele afirma que a hospitalização empregada de forma errada gera diversos tipos de violência contra a mulher que passam despercebidas, muitas vezes, sendo ocultadas pela situação de conformação que foi imposta, a partir do momento que foi retirado seu poder de controle.

É vivenciando ou estudando os cenários de violência obstétrica que se torna ainda mais clara a necessidade de retornar ao parto normal como prática natural e que ele seja feito da forma mais humanizada possível, como era feito antigamente, porém sempre respeitando as vontades da mãe, seguindo o que é confortável e seguro para ela.

Para que essa escolha seja feita de forma consciente, é necessário um auxílio honesto por parte dos médicos, os quais devem passar as informações corretas e deixar a mulher escolher a via de parto que a deixa mais à vontade e segura, é muito importante, que ela faça parte ativamente da escolha do seu parto.

Levando em consideração essa importância, o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, com o objetivo de auxiliar as mulheres em todas as etapas da gestação, oferecendo informações de seus direitos, cuidados e apoio.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento estabelece os princípios da atenção que deve ser prestada e exorta estados, municípios e serviços de saúde a cumprirem seu papel, propiciando a cada mulher o direito de cidadania mais elementar, dar à luz, recebendo uma assistência humanizada e de boa qualidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001)

Além disso, segundo Gary Stahl, representante do Brasil da UNICEF (projeto “Quem Espera, Espera”, 2017) os direitos das crianças começam antes mesmo do seu nascimento e deve ser garantido e que para isso acontecer, é necessário que as mulheres tenham acesso ao pré-natal e recebam orientações para que seus filhos nasçam no momento certo e de forma humanizada.

## 1.2 A falta de humanização nos ambientes hospitalares e suas influências negativas no parto

Os hospitais apresentaram-se com diferentes características espaciais e funcionais aos longos dos anos, acompanhando em suas transformações, os avanços tecnológicos e as mudanças na forma de pensar da sociedade. Nesse contexto, Miquelin (1992, pág 28) divide esses edifícios de acordo com o processo histórico de transformação na Antiguidade, sendo mais específico na Grécia Antiga, Idade Média, Renascença, Era Industrial e Pré-contemporânea.

### 1.2.1 Evolução da tipologia hospitalar ao longo dos anos

Sendo assim, na **Grécia Antiga** (séc XX à IV a.C), segundo Miquelin (1992, pág 29) os edifícios de cura eram divididos em religioso, público e privado. O religioso consistia nos templos, onde os enfermos iam se purificar nas águas, passar a noite, receber o diagnóstico pelo sacerdote e ser liberado no dia seguinte; o público que era destinado ao cuidado de idosos e enfermos e por fim, o privado que consistia na casa de médicos que recebiam e tratavam os enfermos.

A ciência esteve constantemente convivendo com as superstições e misticismo, então, segundo Maceachern, (1951) a doença era entendida de forma holística, devendo, portanto, o tratamento ser prestado ao corpo e à mente. Então, nessa época, o conforto e o bem-estar dos usuários eram considerados e relevantes. Os templos eram localizados juntos a fontes de águas térmicas, o que proporcionava aos doentes, belas paisagens externas.

No **império romano**, segundo Miquelin (1992), foram criados dois tipos de arquitetura sanitárias, sendo elas as valetudinárias que eram enfermarias militares localizadas dentro das fortificações romanas com objetivo de tratar soldados doentes. O conforto ambiental dessa tipologia arquitetônica era favorecido pela incidência de iluminação e ventilação natural e todos os quartos tinham contato com o ambiente externo devido a existência do pátio central.

E as termas, que, segundo Miquelin (1992) eram locais de relaxamento e também de cura e terapia, as quais eram compostas por salas de banho em águas termais, piscinas, vestiários, salas de repouso e saunas. Muitas vezes, as termas eram construídas em conjunto com as valetudinárias.

Durante a **Idade Média**, segundo Miquelin (1992, pág.33) no Oriente, a arquitetura hospitalar desenvolveu-se com novas tecnologias sanitárias para o abastecimento de água, construção de muitos hospitais e a divisão de pacientes de acordo com cada patologia.

Porém, Miquelin (1992, pág 33) aponta que a Europa Ocidental ficou marcada pelo caos econômico e social, o que acabou impedindo o desenvolvimento das instituições hospitalares. Esse cenário acabou fazendo com os hospitais não fossem vistos como locais de cura e fossem associados aos locais de morte, tendo em vista que o objetivo desses lugares não era oferecer tratamento para os doentes e sim o isolar dos doentes, como uma forma de evitar contaminação.

Nesse contexto, como o objetivo era apenas de isolamento, não havia muita preocupação com o bem-estar dos usuários. Segundo Costi (2002), a arquitetura desses locais, seguiam o método construtivo da época, o românico, sendo assim, as paredes eram grossas e as janelas eram pequenas, criando ambientes obscuros e insalubres, com pouca iluminação e ventilação natural.

A partir do século XII, há uma evolução no tratamento médico e, conseqüentemente, na arquitetura hospitalar e com isso, surge uma nova tipologia arquitetônica. Introduz-se então uma grande nave, onde ficavam os leitos e ela era apoiada por salas menores. Essa nave foi possível devido aos avanços dos métodos construtivos no período gótico, contribuindo para uma melhoria na iluminação e ventilação natural dos edifícios, como explica Costi (2002):

No período gótico, a estrutura dominante eram as de suas catedrais, que acabaram sendo utilizadas também nas tipologias dos hospitais. As janelas, altas e estreitas, se tornavam pequenas com relação à grande dimensão do espaço e às espessuras das paredes, o que impediam que a luz chegasse até os locais mais profundos do ambiente, proporcionando assim baixos níveis de iluminação e elevados contrastes no ambiente interno.

Segundo Miquelin (1992), no período **Renascentista**, houve uma melhora quanto à qualidade interna dos ambientes, tendo em vista que suas construções eram mais complexas, fazia uso de duas formas básicas: o pátio interno rodeado por galerias e corredores e planta cruciforme, permitindo assim, uma melhor ventilação e iluminação dos ambientes internos.

Além disso, houve também o desenvolvimento de melhores técnicas de saneamento, usando latrinas com fossas e acesso à banhos, melhorando a salubridade desses espaços. Segundo Góes (2011, pág. 27), devido ao pensamento antropocêntrico do período, em 1312 no concílio de Viena, ficou determinado o afastamento de religiosos nas curas das doenças, permitindo assim um maior avanço científico.

Na **era industrial**, no século XVIII, o cenário era outro e estava sofrendo mudanças. Devido a industrialização, o êxodo rural aconteceu em massa, pois muitas pessoas escolhiam ir para as cidades visando melhores condições de vida. Sendo assim, as vilas operárias começaram a existir e nelas, as condições eram precárias, marcadas pela alta densidade, poluição, falta de saneamento básico e de água. Com esse contexto, as doenças eram bastante frequentes e uma das conseqüências foram hospitais superlotados, e mal ventilados, onde segundo Goés (2011) eram verdadeiros criadouros de enfermidades.

É então, nesse mesmo século, que surge o conceito de hospitais terapêuticos, tendo em vista que a doença passou a ser considerada um fator patológico e os hospitais passaram a ser locais destinados ao tratamento e cura de doenças.

O hospital terapêutico sucedeu a uma instituição que, até então, não tinha por foco tratar seus pacientes, dedicando-se apenas a prestar assistência espiritual aos que aguardavam “pacientemente” a hora da morte, ou a funcionar como estrutura de exclusão para os loucos, as prostitutas, os portadores de doenças contagiosas, entre outros que poderiam constituir uma ameaça à sociedade (TOLEDO, 2008, p.48 apud Gomes e Souza, 2019).

Segundo Góes (2011), em 1772, o grande hospital de Dieu em Paris foi incendiado e a academia de ciência de Paris formou uma comissão para estabelecerem diretrizes para sua reconstrução. Sendo assim, foi adotada uma medicina sanitarista, visando reduzir o cenário de insalubridade. Essas diretrizes acabaram influenciando hospitais do mundo inteiro e elas consistiam na redução da quantidade de leitos, abertura em todos os lados afim de melhorar a circulação do ar e iluminação natural, implantação de maiores fachadas no norte e sul, além da implantação de jardins entre os pavilhões.

Em paralelo, a medicina também sofria mudanças, Badalotti et al (2015) aponta diversos avanços, como cirurgias, anestésias, práticas de assepsia e o surgimento da profissão de enfermeiras.

Nesse contexto, segundo Souza e Gomes (2019), um dos médicos participante da comissão, Jacobus R. Tennon, publicou em 1778, relatórios sobre as precárias condições dos hospitais de Paris e então, propôs normas e soluções arquitetônicas para uma nova organização hospitalar. Essa organização consistia na tipologia pavilhonar, pois segundo Costeira (2014) ela proporcionaria melhor circulação de ventilação e iluminação natural que em conjunto com a separação de pacientes de acordo com patologia e sexo, além da eliminação de leitos coletivos contribuiria para uma redução de contágio e transmissão de doenças.

Na Inglaterra, no século XIX, segundo Souza e Gomes (2019) a enfermeira Florence Nightingale, experiente em hospitais de campanhas militares apontava que o problema dos hospitais estava na falta de iluminação e ventilação natural, além da superlotação. Então, a partir do modelo pavilhonar, foi desenvolvida o modelo conhecido como enfermaria Nightngale.

Era basicamente um salão longo e estreito com os leitos dispostos perpendicularmente em relação as paredes perimetrais; um pé direito generoso, e janelas altas entre um leito e outro de ambos os lados do salão garantiam ventilação cruzada e iluminação natural. As instalações sanitárias ficavam numa das extremidades com ventilação em três faces do bloco. [...] um posto de enfermagem é implantado no centro do salão, onde também ficava o sistema de calefação (quando existente) ou a lareira (MIQUELIN, 1992, p. 46 apud Souza e Gomes, 2019).

Esse modelo foi utilizado até o início do século XX, e contribuiu para a humanização dos hospitais, servindo de base até hoje para estruturas hospitalares com implantação térrea. Porém no final do século XIX, com a chegada da arquitetura do ferro, iniciou-se um intenso processo de verticalização das edificações e segundo Miquelin (1992, pág.52) a arquitetura pavilhonar caiu em decadência.

Com o avanço da medicina, o tempo de internação dos pacientes foi consideravelmente reduzido e, as novas tecnologias aplicadas em equipamentos, fez com que os pacientes mais riscos abandonassem o atendimento à domicílio e migrassem para os hospitais e isso fez com as enfermarias compartilhadas fossem sendo mudadas para quartos individuais, proporcionando maior privacidade, mas faz com que surjam dificuldades operacionais consideráveis, de acordo com Miquelin (1992, p.54).

Nesse contexto, segundo Toledo (2008, pág. 96) o hospital com função terapêutica deixa de existir devido a uma medicina autossuficiente, onde todos os problemas passam a ser solucionados por procedimentos. Surge então hospitais tecnológicos que priorizam técnicas e procedimentos médicos, fazendo com que, a característica acolhedora, o cuidado com o conforto ambiental e psicológico fossem esquecidos e a humanização dos ambientes também.

Segundo Lukiantchuki (2008) a Organização Mundial da Saúde, no mesmo século (XXI), começa a rever o conceito de saúde e volta a levar em consideração o bem-estar físico e mental dos pacientes, e não apenas, ausência de doença, então a arquitetura retoma o papel de criar espaços de qualidade que garante conforto aos pacientes.

Conclui-se então que nem sempre houve a preocupação com o bem-estar dos pacientes e isso estava, muitas vezes, ligada diretamente aos objetivos dos hospitais e que mesmo depois da conquista da humanização desses espaços, os avanços tecnológicos acabaram prejudicando no tratamento humanizando, tendo em vista que as máquinas fizeram com que ele se tornasse mais robotizado.

Voltando então para a perspectiva do parto, já foi explicado nesse trabalho a preferência das mulheres do parto normal até o século XIX e como ele era realizado de forma mais intimista e humanizada, tendo em vista que ele acontecia dentro de casa, com auxílio de parteiras, em um ambiente predominantemente feminino e nada medicalizado.

O parto e a assistência ao parto passaram por diversas transformações no decorrer dos tempos. Passou da residência ao hospital, de um evento que envolvia parteiras a um evento médico, da não-medicalização a medicalização, do natural a um evento regrado. Devido a tantas transformações que foram desenvolvidas para melhor atender a equipe de saúde e a gestante, a parturiente passou de sujeito a objeto, ou seja, uma pessoa que pouco ou nada decide a respeito de como o parto será conduzido. (VENDRÚSCOLO E KRUEL, 2015)

Segundo Osava e Mademe (1995 apud Nagahama e Santiago, 2005) foi devido a descoberta do instrumento, fórceps, que auxiliava na retirada do bebê, que o protagonismo do parto foi transferido para o médico homem e passou a exigir uma complexa estrutura hospitalar para sua realização e isso acabou sendo um fator determinante para o regresso da humanização do parto e com isso, para o surgimento de muitas práticas abusivas, também já explicadas anteriormente e para o estímulo da cesárea, perdendo a característica de que o parto é algo natural e que o corpo da mulher, na maioria dos casos, tem total capacidade de realiza-lo sem intervenção médica.

Nesse contexto, a prática do parto sai do ambiente domiciliar e vai para o ambiente hospitalar, onde uma série de procedimentos precisam ser cumpridos. O contato humano torna-se menos frequentes e é substituído por um processo robotizado, onde as máquinas assumem o papel, segundo DINIZ (2001 apud VENDRÚSCOLO E KRUEL, 2015) o momento do parto passa a

ser cheio de normas e de comportamentos definidos pela instituição hospitalar.

Com a institucionalização do parto houve o afastamento da família e da rede social no processo do nascimento, pois a estrutura física e os hábitos hospitalares não foram planejados para assistir as parturientes, mas sim, para as necessidades dos profissionais de saúde (DINIZ, 2001; OMS, 1996). Com isso, grande parte das mulheres passou a permanecer internada em quartos coletivos, sem privacidade, tornaram-se passivas diante das regras e foram privadas da presença de uma pessoa de sua confiança para apoiá-las (BRUGGEMANN et al, 2005 apud VENDRÚSCOLO E KRUEL, 2015)

Segundo Tornquist (2002) o parto hospitalizado acabou tirando da mulher seus direitos, de privacidade, do poder de decisão sobre como e onde será o parto, além de quem a acompanha durante esse processo. Também inseriu uma série de recursos e procedimentos que não são naturais.

No século XX, a institucionalização e o predomínio do parto hospitalar fizeram com que o tratamento à mulher enquanto gestante fosse modificado, sofrendo consequências negativas. De acordo com Nagahama e Santiago (2005) a apropriação do saber médico, nesta área, culminou com o estabelecimento da medicalização do corpo feminino. Nessa perspectiva, a institucionalização do parto teve seus benefícios quanto aos avanços tecnológicos que poderiam salvar a vida do bebê e da mãe em caso de complicações, mas segundo Storti (2004) tinha-se perdido o ambiente acolhedor do parto que era antes domiciliar.

Assim, o parto no ambiente hospitalar, em muitos casos, faz crescer o fator estressante na mulher, por ser um local desconhecido, no qual é cuidada por pessoas que também são desconhecidas, perdendo a ligação com o espaço familiar em um momento que é tão exclusivo e especial na sua vida (RAMALHO, 2009 apud VENDRÚSCOLO E KRUEL, 2015).

### 1.3 Arquitetura humanizada, a humanização do parto e a importância do ambiente no desenvolvimento do parto.

Diante de todo esse processo de desumanização no ato de parir, nesse tópico será explicado um pouco mais sobre a importância da arquitetura humanizada e como ela influencia positivamente no comportamento dos usuários.

#### 1.3.1 Arquitetura humanizada e a influência dos espaços nos usuários.

Segundo o dicionário de português Dicio (2016) humanizar significa atribuir caráter humano a; conceder ou possuir condição humana. Sendo assim, para humanizar um espaço, é necessário levar em consideração o humano que o utilizará, é preciso entender a mente humana, suas necessidades e expectativas, para que o ambiente seja capaz de supri-las, além de contribuir para o bem-estar físico e psicológico dos usuários. Segundo Mezzomo (2002, pág 42), para qualquer empreendimento humano ser bem-sucedido, ele deve atingir a mente, o coração e o espírito.

A humanização dos espaços pode ser alcançada por meio da escolha de diversos fatores, como escolha de cores, materiais, textura, iluminação, como também a relação da edificação com seu entorno.

*“A humanização dos espaços envolve muitos aspectos, e aproxima-se muito da área do design de interiores. Ressalta-se o uso da cor, de revestimentos e texturas, objetos de decoração e mobiliário, iluminação, contato com o exterior e, ainda, o uso de vegetação onde possível” (BOING, 2003, p.72).*

Nesse contexto, segundo Renata Vasconcelos (2004) é comprovado cientificamente o ambiente tem influência direta no comportamento e bem-estar dos usuários, tendo em vista que seus elementos causam estímulos sensoriais nas pessoas, provocando reflexos em suas atitudes, comprovando assim, a importância da arquitetura humanizada. Toledo (2005, p.03 apud Leutchuk, 2010, p. 57) aponta que o ambiente hospitalar pode ser um facilitador e estimulador de práticas que considerem a

autoestima dos pacientes como fator de cura.

Além disso, para Ulrich (1995), uma arquitetura de qualidade pode contribuir para complementar os efeitos da medicina e de procedimentos médicos, acelerando o processo de recuperação. O autor considera que todo paciente sofre um estresse considerável, que pode ser causado pela enfermidade, internação e pelos ambientes estressantes (barulhentos ou sem privacidade) e que esse estresse pode prejudicar o corpo de diversas formas, sendo elas: psicológica, provocando sensação de desamparo além de ansiedade e depressão; fisiológica, por meio de mudanças no sistema corporal, como aumento da pressão sanguínea, tensão muscular e níveis de hormônios do estresse; comportamental, como explosão verbal, isolamento, sonolência, vícios e complicações no uso de medicamentos.

Sendo assim, o ambiente da saúde deve ser no mínimo neutro quanto a influenciar comportamentos negativos nos usuários, sendo ideais quando possuem meios de melhorar o bem-estar dos usuários. Zeisel (2001) afirma que os espaços podem ser curativos e podem ser classificados de acordo com suas influências nos usuários em ambientes passivos, funcionais ou proativos.

Segundo John Zeisel (2001) os ambientes passivos são aqueles que visam apenas não adoecer o usuário, porém, as edificações podem acabar prejudicando a saúde de seus usuários quando não possuem um bom sistema de ventilação.

Já nos ambientes funcionais, há uma postura mais ativa ao projetar, tendo uma maior preocupação com a saúde dos usuários e conseqüentemente, adotando questões projetuais que proporcione um melhor bem-estar.

*...Tais profissionais demonstram, na sua prática, que o ambiente não só contribui para a ‘saúde’ das comunidades, organizações, instituições sociais e pessoas, mas também tais contribuições podem ser previstas, dimensionadas e avaliadas (ZEISEL, 2001, p. 8.3).*

Por fim, os ambientes proativos possuem maiores benefícios, podendo ser forte ferramenta na cura. Eles podem ser edificações para fins espirituais, jardins e escritórios bem planejados afim de melhorar a produtividade. No caso de ambientes hospitalares, o espaço interior pensado nas necessidades dos usuários, além de dispor de jardins para ajudar na recuperação.

As edificações também são classificadas, segundo o autor Zeisel (2001), em curativas, não doentes e saudáveis. As curativas contribuem diretamente no bem-estar dos usuários; as não doentes, se assemelha aos ambientes passivo, tendo em vista que elas apenas não adoecem os usuários; e as saudáveis, se assemelham aos ambientes funcionais, auxiliando os usuários a executarem suas atividades.

### 1.3.2 Humanização na arquitetura hospitalar

Os hospitais que têm ou deveria ter vocação essencialmente humana, esquecem muitas vezes da funcionalidade pela qual foram criados, deixando a humanização completamente de lado.

Segundo Mezzamo (2001, p. 64) a arquitetura hospitalar vem se transformando e se renovando afim de melhor atender às necessidades do homem atual e a imagem do antigo hospital vem desaparecendo.

Segundo Vasconcelos (2004), Nightgale, citada anteriormente nesse trabalho, ao notar os efeitos do meio ambiente nos pacientes, tornou-se a principal perscrutora na preocupação com a qualidade do ambiente hospitalar e escreveu dois livros Notes on Nursing e Notes on Hospital que abordavam perspectivas do ambiente físico com saúde e psicologia ambiental. Sendo Notes on Hospital, forte influência para a arquitetura hospitalar no mundo.

Então, os hospitais vêm sofrendo mudanças consideráveis, tanto quanto ao avanço tecnológico e científico, quanto ao espaço físico e sua funcionalidade para a população. Hoje, os hospitais não devem ser apenas funcionais, eles também devem se preocupar com requisitos que podem influenciar no psicológico do

paciente, ou seja, eles devem se preocupar com a humanização de seus espaços.

Além disso, segundo Jain Malkin (1991 apud Vasconcelos 2004), é necessário o cuidado para não humanizar o ambiente de forma generalizada, destacando a importância de atender as necessidades específicas dos usuários do espaço, visando obter êxitos nos projetos hospitalares.

Na década de 80, os designers/arquitetos/projetistas de ambientes de saúde se tornaram bons generalistas [...]. Hoje, entretanto, os designers precisam relacionar as necessidades específicas com cada população de pacientes, se eles pretendem realmente criar um ambiente para a cura. As necessidades dos pacientes com câncer são diferentes das necessidades dos pacientes com problemas ortopédicos, e, as necessidades das crianças hospitalizadas são diferentes das necessidades dos idosos hospitalizados. Então não é possível projetar um ambiente humanizado genericamente e esperar que ele auxilie na cura de todos os pacientes. O trabalho pode ter efeito contrário para as pessoas quando elas são agrupadas sob o genérico título de 'paciente'. (MALKIN, 1991 apud Vasconcelos, 2004, tradução Vasconcelos)

### 1.3.3 Humanização dos espaços no ato de nascer

Como explicado acima, podemos entender como um ambiente tem influências diretas e indiretas no comportamento humano, os materiais, revestimentos, iluminação, cores têm grande contribuição positiva ou negativa, podendo provocar estresse ou relaxamento nos usuários. No caso do parto isso não é diferente, tendo em vista que muitas vezes, a evolução/desenvolvimento do parto está diretamente ligada com o bem-estar da gestante que também pode estar ligado a fatores externos.

Nessa perspectiva, O ambiente hospitalar é visto por muitas mulheres gestantes de formas diferentes, muitas mulheres relatam sobre a frieza dos hospitais, o medo do centro cirúrgico, preferindo assim espaços mais intimistas e humanizados como casas de parto, centros de parto normal ou até suas próprias casas, enquanto outras se sentem mais seguras nos hospitais, segurança essa que como já foi explicado, pode estar ligada a uma certa desinformação.

Segundo Coelho (2003, pág 40):

A mudança do parto de um processo natural para um procedimento controlado acarretou na transferência do local do parto do domicílio para unidades hospitalares. Desta forma, parte do “calor humano” e do ambiente conhecido e acolhedor foi retirado deste momento. O hospital, se comparado a uma casa, se apresenta como um local impessoal e desconhecido, criando um ambiente de desconforto e frieza. Hoje a dor é que pode ser aliviada por uma série de procedimentos médicos, levam as mulheres a serem atraídas pela ideia de segurança e “conforto” do parto hospitalar, e acabam adotando-o como o melhor local para terem seus filhos.

No artigo Parto Domiciliar: Compreendendo os motivos dessa escolha (Sanfelice e Shimo, pág 9, 2015) foram coletados alguns relatos de mulheres sendo contra ao ambiente hospitalar como pode ser percebido no relato da mulher identificada como Lírio:

[...] você está num ambiente barulhento, estressante, com pessoas te irritando. É claro que vai doer mais. Então, se você está em um parto, sendo respeitada, no seu ambiente, com você no domínio da situação, é muito mais fácil lidar.

Assim como o de Orquídea (Sanfelice e Shimo, pág 9, 2015):

[...] no hospital é muito mais difícil, é um ambiente mais frio, por mais que você esteja com profissional humanizado, você tem algumas coisas, do hospital em si, algumas regras que você tem que seguir... então isso tudo atrapalha bastante.

Já no artigo, A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar (Crizóstomo, Nery e Luz, 2007, pág. 100) foi apontado que segundo alguns relatos, a maioria dos partos desenvolvidos no ambiente domiciliar tiveram um desenvolvimento mais rápido e mais tranquilo:

Pode-se perceber pelas falas das entrevistadas 1, 5, 7 que os partos ocorridos em casa foram rápidos, de evolução fisiológica, portanto de baixo risco, sem intervenções, onde as mesmas tinham toda a liberdade de ficar caminhando e bebendo líquidos, o que tornou a mulher o sujeito ativo do processo parturitivo.

Sendo assim, como uma forma de humanizar o parto e devido ao crescente aumento dos índices de cesáreas desnecessárias realizadas no Brasil e violência obstétrica, foram desenvolvidos cartilhas e documentos pelo Ministério da Saúde, visando reduzir o número de cesáreas desnecessárias, informando e assegurando as mulheres de seus direitos, além de oferecerem uma assistência durante pré-natal, parto, puerpério e abortamento.

Nesse contexto, foi criado em 2002, o **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento** pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM n.o 569, de 1/6/2000, objetivando uma maior atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, considerando como prioridades, segundo a cartilha:

- Reduzir as altas taxas de mortalidade materna, peri e neonatal registradas no país;

- Assegurar o acesso a um pré-natal de qualidade, além da assistência ao parto, puerpério e neonatal;

- Ampliar ações já adotadas pelo Ministério da Saúde de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, custeio de procedimentos específicos, e ações como o Maternidade Segura, o Projeto de Capacitação de Parteiros Tradicionais, além da destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção, e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento estabelece os princípios da atenção que deve ser prestada e exorta estados, municípios e serviços de saúde a cumprirem seu papel, propiciando a cada mulher o direito de cidadania mais elementar, dar à luz, recebendo uma assistência humanizada e de boa qualidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002)

Também foi criada pelo Ministério da Saúde, a Rede Cegonha, sendo uma rede de cuidados que tem como objetivo assegurar à gestante o direito ao planejamento reprodutivo, uma atenção mais humanizada à gravidez, ao parto, puerpério e abortamento, além de assegurar o direito da criança de um nascimento seguro.

*A Rede Cegonha é um pacote de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres. O trabalho busca oferecer assistência desde o planejamento familiar, passa pelos momentos da confirmação da gravidez, do pré-natal, pelo parto, pelos 28 dias pós-parto (puerpério), cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança. Tudo dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). (REDE CEGONHA, 2011)*

A rede também tem como ação, o financiamento programas de reformas e ampliação de centros de parto normal; casa de gestante, bebê e puérpera, UTI neonatal e adulto, além de aquisição de novos equipamentos para esses locais.

Além disso, dentre as ações da Rede Cegonha está a implantação de Centros de Parto Normal (CPN), criado pelo Ministério da Saúde em 1999, por meio da portaria de nº 985/99. Esse centro é composto por uma equipe constituída por uma enfermeira obstetra, uma auxiliar de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais e um motorista para o atendimento humanizado e de qualidade. Eles possuem um ambiente e uma estrutura física semelhante ao domicílio onde a mulher possa exercer as suas escolhas, como se movimentar livremente, ter acesso a métodos não farmacológicos de alívio da dor. Além de oferecer às gestantes um ambiente mais adequado, privativo e um atendimento centrado na mulher e na família.

Segundo Machado et al Praca (2006) a Organização Mundial da Saúde recomendou um novo modelo de assistência obstétrica, os Centros de Parto Normal, que modifica o olhar do profissional de saúde sobre a gestante e sua família. Eles têm como objetivo um diferente acolhimento do parto normal, resgatando o direito à privacidade e à dignidade da mulher para dar à luz num local mais próximo ao seu ambiente familiar, onde a mulher participa ativamente do seu parto.

Por fim, diante do estudo realizado acima, entende-se a importância de projetar uma casa de parto e centro de capacitação de doulas e pais, tendo em vista que ainda é muito comum a desinformação a respeito do parto. Além disso, na cidade de Fortaleza, não existe um equipamento que seja exclusivamente voltado a essa atividade e é por meio da casa de parto que se torna mais viável diminuir os índices de cesárea desnecessária, além de ser um meio de informação e empoderamento de mulheres que ao terem um maior conhecimento sobre seu corpo e os benefícios do parto normal, podem retomar seus lugares de protagonistas do seu próprio parto.



## 02 Referencial projetual

—  
Levando em consideração, a história do parto e de onde ele veio que foi de um ambiente domiciliar, íntimo e tranquilo, além de entender a importância da arquitetura humanizada, tendo em vista que ela exerce uma grande influência no comportamento dos usuários, foi realizada uma pesquisa de referências arquitetônicas que possam ajudar no desenvolvimento do projeto.

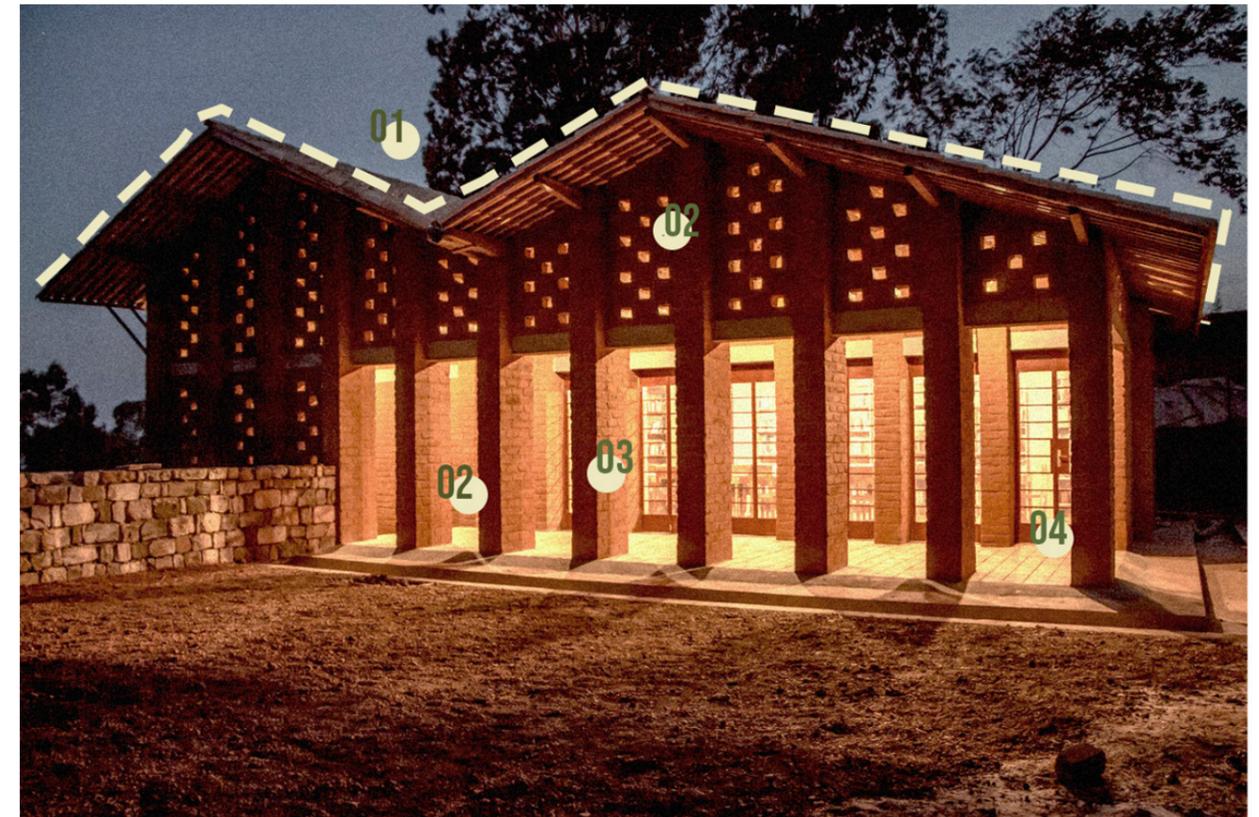
Sendo assim, foram escolhidos três projetos com funcionalidades diferentes, mas que apresentam características comuns relacionadas a humanização, utilização de certos materiais, preocupação com o conforto térmico, assim como a linguagem visual que se assemelha à imagem de casa, sendo um fator importante na decisão projetual adotada.

## 2.1 Biblioteca Muyinga – BC Architects

O projeto trata-se de uma biblioteca localizada em Muyinga na África que foi projetada pelo BC Architects e construída com a ajuda da comunidade visando uma integração à uma futura escola para crianças surdas. A biblioteca foi construída usando materiais produzidos localmente, como as telhas e as paredes, sendo as telhas de barro cozido e as paredes de blocos de terra comprimidos.

Nesse contexto, o projeto se enquadra como referência devido às características de uma edificação mais humanizada, por ter um desenho muito próximo de uma casa, pelo uso de materiais locais, sendo melhores para o conforto ambiental da região, além de ser um projeto que demonstra um cuidado em buscar soluções que contribuam para o de conforto térmico da edificação (ver imagem 05).

É possível perceber que, na edificação, foi escolhido fazer uso do pé direito duplo em conjunto com aberturas superiores na fachada que permitem a incidência de iluminação natural e ventilação cruzada (ver figura 06),



01 ALUSÃO À CASA

02 ABERTURA ZENITAL - ILUMINAÇÃO E VENTILAÇÃO NATURAL

03 MATERIAL VERNACULAR

04 VARANDA = ESPAÇO COMUNITÁRIO/SOCIALIZAÇÃO

ARQUITETOS: BC ARCHITECTS;  
ÁREA TOTAL: 140 M<sup>2</sup>  
LOCAL: MUYINGÁ - ÁFRICA

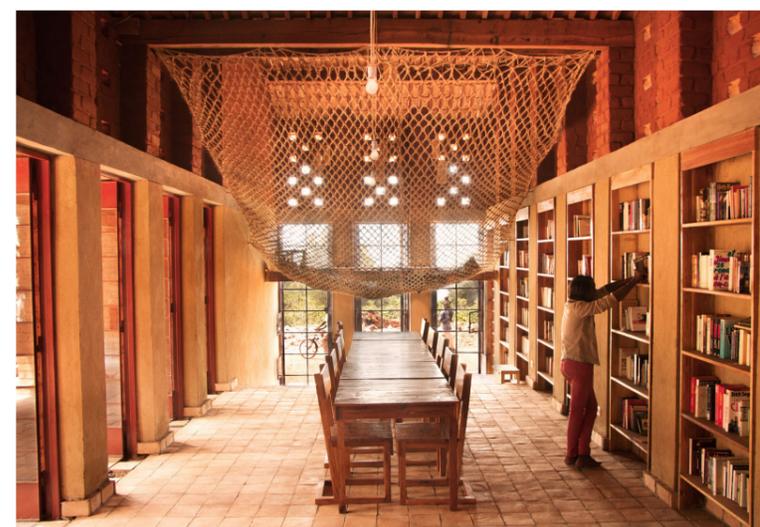
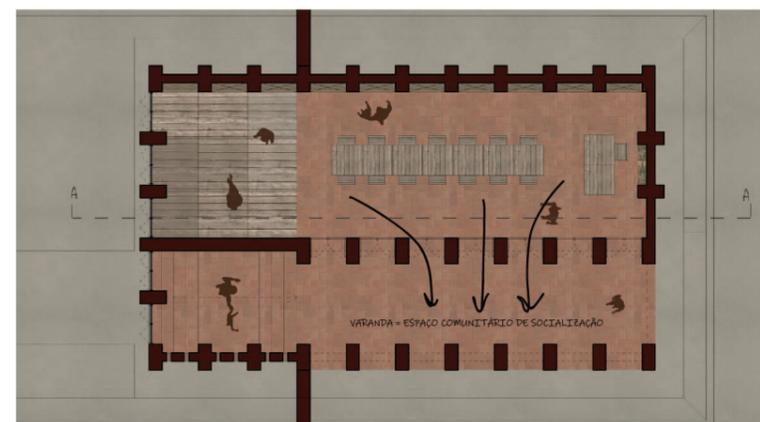
Figura 05: Biblioteca Muyinga – BC Architects.  
Fonte: Elaborado pela autora com base no ArchDaily Brasil, 2020



Figuras 06: Aberturas na fachada Biblioteca Muyinga – BC Architects.  
Fonte: Elaborado pela autora com base no ArchDaily Brasil, 2020.

Além disso, o projeto também faz o uso da varanda, que além de contribuir para o sombreamento interno, também está ligada com um uso mais social do espaço, proporcionando uma maior relação com a comunidade (ver figura 07).

Outro ponto de relevância foram as escolhas das esquadrias “transparentes”, permitindo assim uma maior conexão com o ambiente externo (ver figura 08)



Figuras 07: Planta-baixa Biblioteca Muyinga –BC Architects. Fonte: Elaborado pela autora com base no ArchDaily Brasil, 2020.

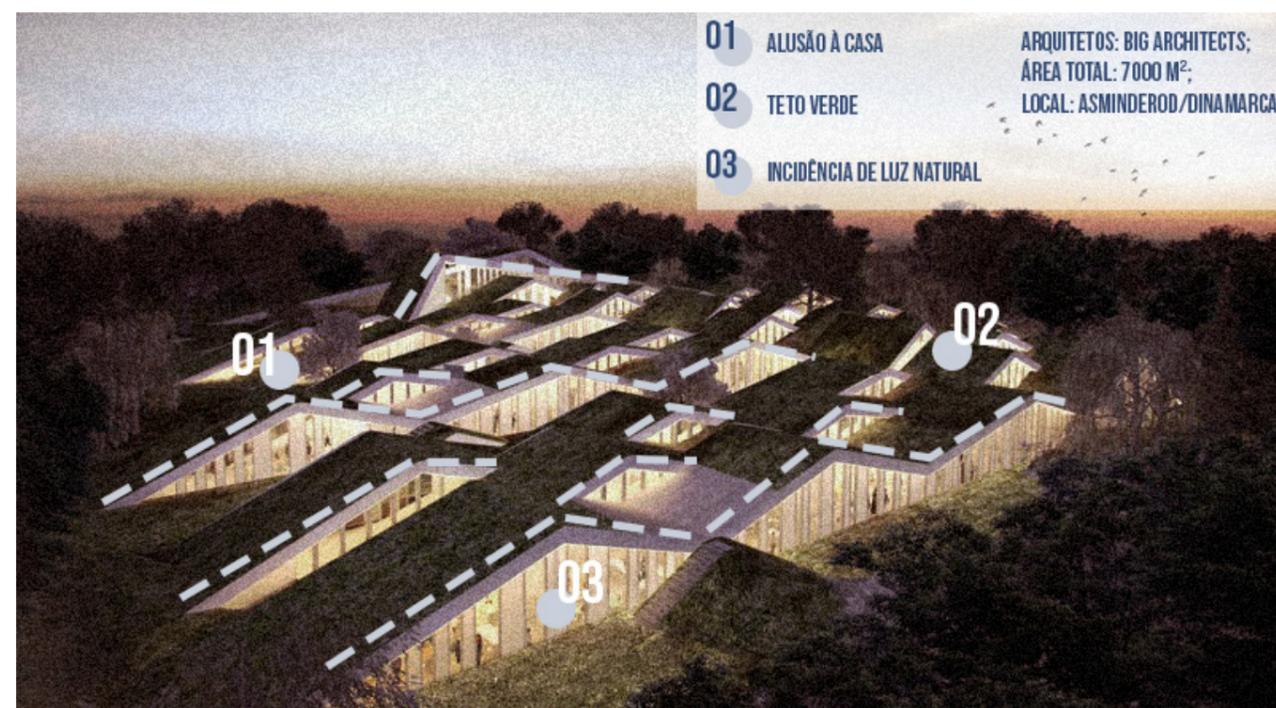
Figuras 08: Relação interno e externo por meio das esquadrias. Fonte: ArchDaily Brasil, 2020.

## 2.2 Escola primária sustentável Vilhelmsro – Dinamarca

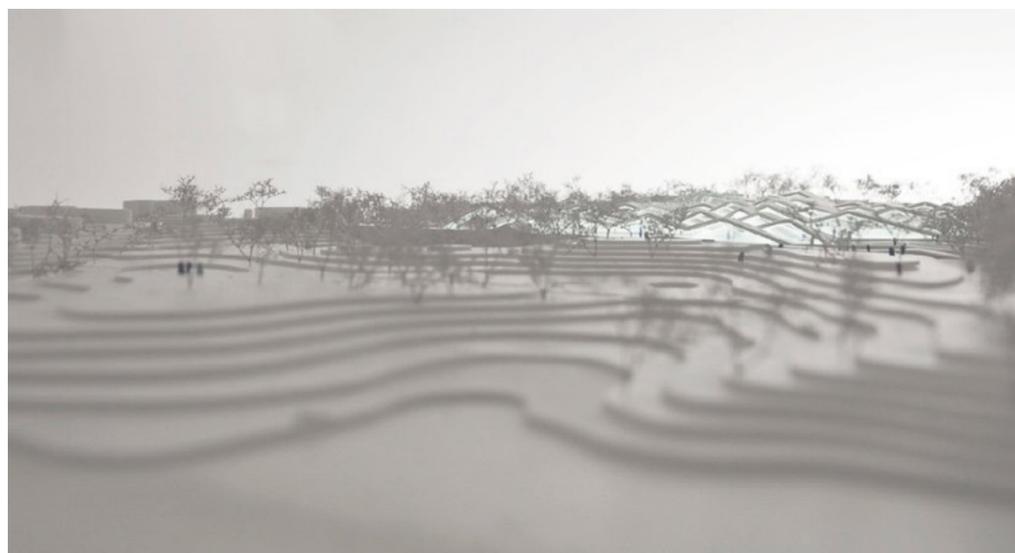
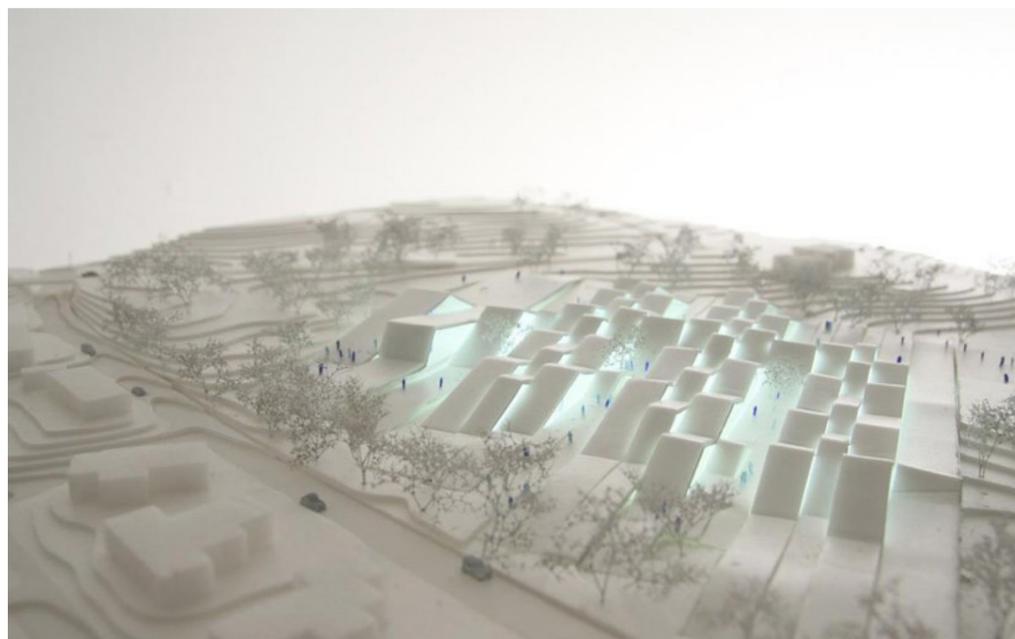
Outro projeto que chamou bastante atenção, principalmente pela sua forma, foi a escola primária sustentável Vilhelmsro, é importante ressaltar que mesmo não se tratando de um projeto com a mesma funcionalidade de uma casa de parto, ele se torna relevante por ser uma edificação que preza pela humanização dos espaços por lidar com crianças.

A escola primária, localizada na Dinamarca, chamou atenção pela sua volumetria, tendo em vista que sua forma também lembra uma casa (Figura 09). Aprofundando-se mais sobre o projeto, entende-se que o objetivo formal da edificação foi uma melhor inserção no contexto local, o qual era marcado por um terreno e entorno acidentado e montanhoso (Figuras 10 e 11).

Outro ponto forte do projeto é sua preocupação com a sustentabilidade e com a criação de espaços mais humanizados e agradáveis. Soluções como teto verde, facilitando a redução da temperatura interna e a absorção para o reaproveitamento da água da chuva (ver figuras 12,13,14);



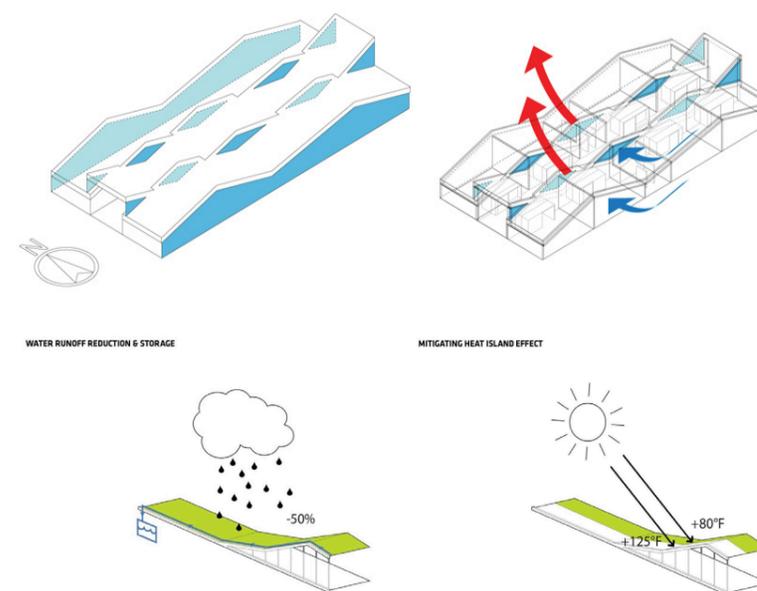
Figuras 09: Escola primário Dinamarca – Big Architects.  
Fonte: Elaborado pela autora com base no DesignBoom, 2010.



Figuras 10 e 11: Estudo de implantação e volume da escola Vihelsmro na Dinamarca –Big Architects. Fonte: DesignBoom, 2010.

Desencontros das cobertas permitindo a incidência de iluminação (ver figuras 15 e 16) e ventilação natural; e a criação de terraços a céu aberto e pátios entre as edificações (ver figura 17) foram características projetuais que servirão de referência para o projeto desse trabalho, tendo em vista que elas proporcionam um maior contato com a natureza e o espaço externo.

E por fim, espaços de convivência ao ar livre, dispostos entre os blocos proporcionando espaços mais humanizados e mais próximos na natureza:



Figuras 12,13 e 14: Esquemas de ventilação, chuva e incidência solar na escola Vihelsmro na Dinamarca – Big Architects. Fonte: DesignBoom, 2010.



Figuras 15 e 16: Incidência de iluminação natural na escola Vihelsmro na Dinamarca – Big Architects. Fonte: DesignBoom, 2010.

Figura 17: Pátio entre edificações na Escola Vihelmsro – Big Architects. Fonte: DesignBoom, 2010.

## 2.3 Lins Arquitetos

Uma fonte de inspiração muito forte para o projeto desenvolvido foi o escritório Lins Arquitetos devido às soluções arquitetônicas adotadas por eles em seus projetos.

Segundo Lins Arquitetos, o escritório tem forte atuação no sertão nordestino, precisamente no Cariri e tem como diretriz o respeito ao local de inserção de seus projetos, levando em consideração e relevância materiais e mão de obra locais.

Dessa forma, suas soluções projetuais chamaram atenção e serviram de inspiração durante todo o desenvolvimento do projeto da casa de parto e centro de apoio. Porém, algumas se destacaram mais em suas obras e as usadas como referência ficam localizadas no Juizado Cível e Criminal de Juazeiro da Unileão (Ver figura 18) construído em 2016 e o Núcleo de práticas Jurídicas da Unileão, também construído em 2016 (Ver figura 19).



Figura 18: Juizado Cível e Criminal de Juazeiro – Unileão. Fonte: Lins Arquitetos.

No Juizado Cível, a solução adotada foi o uso dos jardins internos voltados para os corredores, recebendo fechamentos laterais e zenitais por meio de cobogós, gerando um espaço humanizado e confortável (ver figura 20).

Além dessa solução, a dinamicidade das fachadas conformadas por intervalos de ora cobogó, ora alvenaria foi uma forte referência utilizada para o projeto em questão (ver figura 21).

Quanto ao Núcleo de Práticas Jurídicas, duas soluções projetuais foram referência para o projeto, sendo a primeira, o desenho da platibanda inclinada/recortada (Ver figura 22)

Por fim, a adoção de uma segunda parede como uma forma de aumentar a proteção solar da fachada voltada para o oeste, além de aproveitar o uso indireto da incidência solar (ver figura 23).

Figura 19: Núcleo de Prática Jurídica – Unileão

Fonte: Lins Arquitetos

Figura 20: Corredor interno – Juizado Cível Unileão

Fonte: Lins Arquitetos

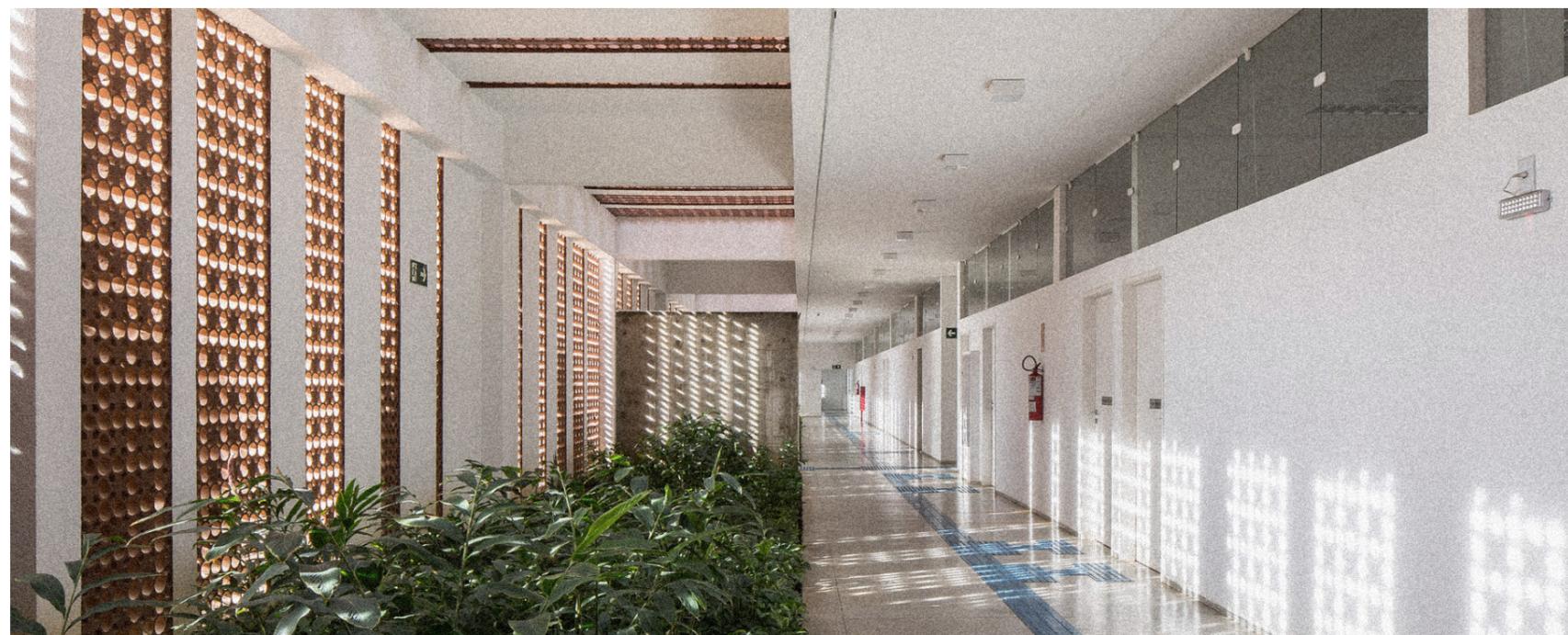


Figura 21: Fachada Juizado Cível – Unileão  
Fonte: Lins Arquitetos

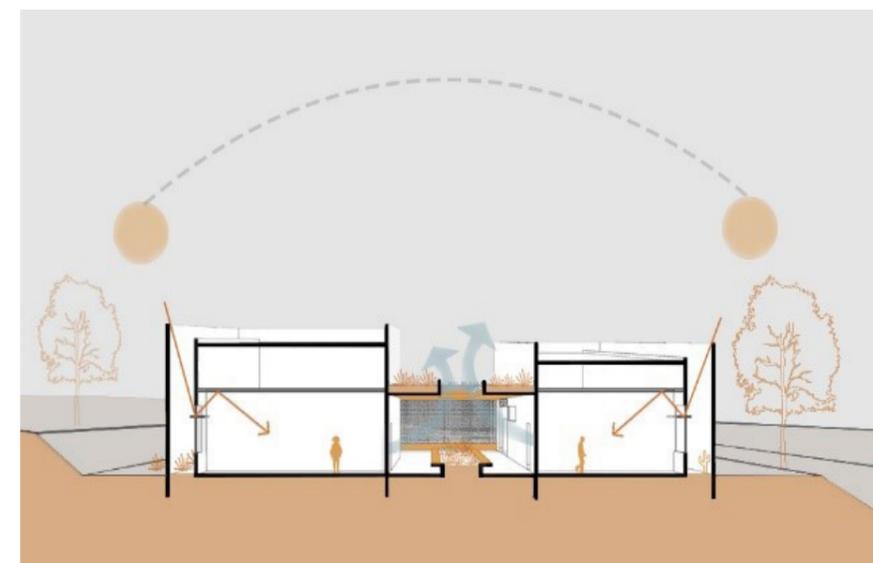
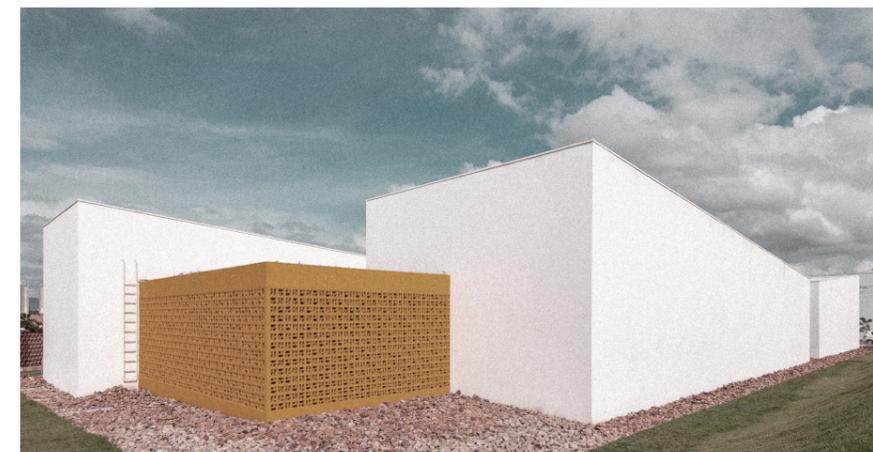


Figura 22: Volumetria do Núcleo de Práticas Jurídicas – Unileão. Fonte: Lins Arquitetos

Figura 23: Corte Esquemático da edificação  
Fonte: Lins Arquitetos.

## 2.4 Casa Ângela – São Paulo

Procurando casas de parto no Brasil, não fácil acessar informações, a mais acessível encontrada foi a Casa Ângela, inaugurada em 2009, em São Paulo e que hoje é referência em partos humanizados no Brasil.

Segundo a Casa Ângela, sua história começa na década de 1980, quando a parteira alemã Angela Gehrke vem para o Brasil afim de realizar assistência ao parto humanizado para a comunidade do Jardim Monte Azul, e em 1997 decide fundar a casa de parto Monte Azul na zona sul de São Paulo, objetivando a ampliação do acesso das mulheres ao parto humanizado, além de incentivar o aleitamento materno e contribuir com políticas públicas de humanização do parto.

Analisando as fotos disponibilizadas no site da casa de parto, o que mais chamou atenção foi a presença de ambientes que se assemelham com uma casa, havendo assim, uma sala de espera com comida e brinquedos para as crianças caso estejam acompanhando (ver figuras 24 e 25).

Além disso, a casa de parto oferece quartos humanizados, com iluminação especial e equipamentos que possam ajudar nos diferentes exercícios de alívio de dor ou desenvolvimento do parto (ver figura 26 e 27).



Figuras 24 e 25: Sala de espera – Casa Ângela.  
Fonte: Casa Ângela.

Além de contar com espaços voltados para a realização de oficinas, conversas e workshops, espaços esses muito importantes para fortalecer a disseminação de informação e troca de experiências (ver figuras 28 e 29).

Ravaioli (2019), projetou um anexo à Casa Ângela e nos seus estudos, desenvolveu um desenho esquemático da planta-baixa da casa para que os fluxos fossem melhores entendidos (ver figuras 30 e 31).



Figuras 26 e 27: Quarto PPP- Casa Ângela.  
Fonte: Casa Ângela.

Figuras 28 e 29: Espaço de conversa e workshops  
- Casa Ângela. Fonte: Casa Ângela.



Figuras 30 e 31: Croqui esquemático plantas-baixa  
- Casa Ângela. Fonte: LIRA, 2019.

Dessa forma, percebe-se que a casa Ângela é mais horizontal, tendo em vista que ela tem apenas um pavimento além do térreo e nela os ambientes são divididos da seguinte forma:

**No térreo**, se concentra a maioria dos ambientes ligados a casa de parto, sendo eles, Centro de Parto com 3 salas de parto; 3 alojamentos conjuntos privativos para mãe, bebê e acompanhante; 5 banheiros; posto de enfermagem; sala de reanimação neonatal; e sala de utilidades;

Ambulatório de Pré-natal e Puericultura e Ambulatório de Aleitamento Materno: com Posto de Coleta de Leite Materno; 2 consultórios; 2 banheiros; recepção e sala de espera.

Almoxarifado, expurgo, copa, sala de conforto para a equipe assistencial e área para refeições.

**E no 1º andar**, ficando a parte administrativa e um salão multifuncional onde se destinam atividades e workshops, além de 2 banheiros

**Área externa**, é destinado o Local para gases medicinais; gerador de emergência; aquecedor a gás; jardim e estacionamento, além de ter uma ambulância sempre a postos em caso de necessidade de transferência para hospital.



# 03

## Diagnóstico: compreensão da área de intervenção

-

Para propor um projeto condizente com a cidade e com entorno onde ele estará inserido, foi realizado um estudo sobre fatores que possam auxiliar na escolha do terreno, além de fatores que possam ter influências em decisões projetuais, como na definição da implantação, dos acessos principais e secundários, dos materiais, setorização, entre outros.



Dessa forma, foram realizados estudos, por meio de um diagnóstico em uma escala macro, entendendo a cidade, a existência dos assentamentos precários e dos hospitais na cidade de Fortaleza, afim de escolher um bairro e um local que satisfaça as intenções projetuais. Assim como, um estudo em uma escala micro, visando entender o terreno, seu entorno e condicionantes.

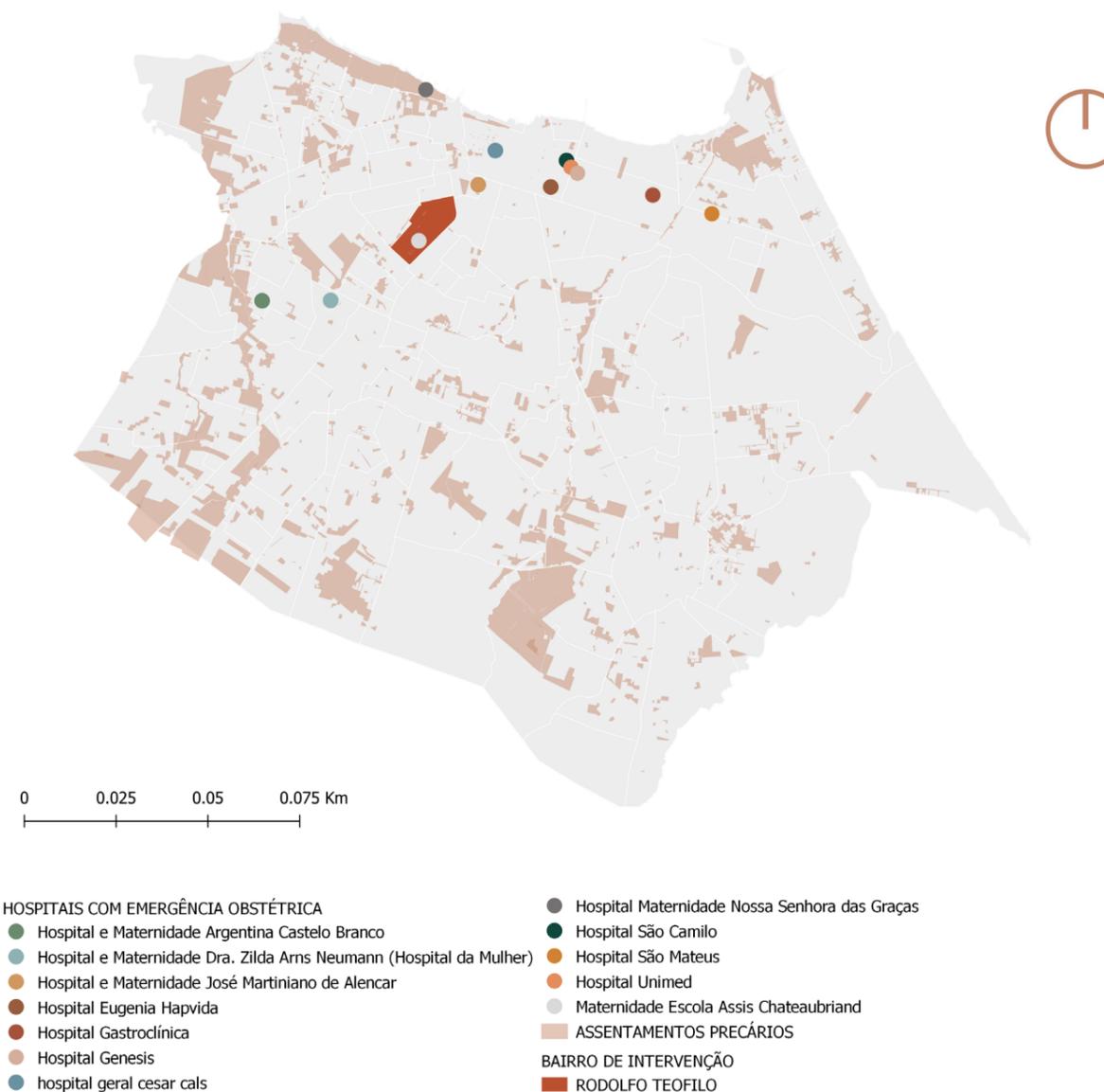
### 3.1 A cidade e as condicionantes para a escolha da área de intervenção

Segundo o Ministério da Saúde, portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015, artigo nº 6, uma casa de parto normal pode ser Intra-hospitalar (CPNi), tipo I, sendo ela localizada nas dependências internas do hospital e possuir ambientes exclusivos para fins da unidade; Intra-hospitalar (CPNi), tipo II, a qual também deve estar localizada nas dependências internas do hospital, mas possuindo ambientes compartilhados com a maternidade, não sendo assim, exclusivos da CPNi, e, por fim, a **Peri-hospitalar (CPNp)**, estando a casa de parto, obrigatoriamente, localizada nas imediações de um estabelecimento hospitalar de referência, a uma distância de, no máximo, 20 minutos a ser percorrida em um veículo adequado, além de 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.

Sendo assim, como já explicado nesse trabalho, o projeto a ser proposto consiste em uma casa de parto normal peri-hospitalar (CPNp), sendo assim, a proximidade a uma unidade hospitalar é uma condicionante para a escolha do terreno. Além disso, outro fator de escolha do terreno, consistiu em uma decisão pessoal de haver uma certa proximidade com assentamentos precários, como uma forma de oferecer um serviço inclusivo.

Nesse contexto, unindo as duas condicionantes principais, foram mapeados os hospitais que possuem emergência obstétrica em relação aos assentamentos precários presentes em Fortaleza, afim de escolher uma área de intervenção entre esses dois condicionantes (ver figura 32).

Figura 32: Mapa dos hospitais com emergências obstétrica e assentamentos precários presentes em Fortaleza. Fonte: Elaborado pela autora com base no Fortaleza em Mapas e Google Earth, 2020 e PLHIS, 2010.



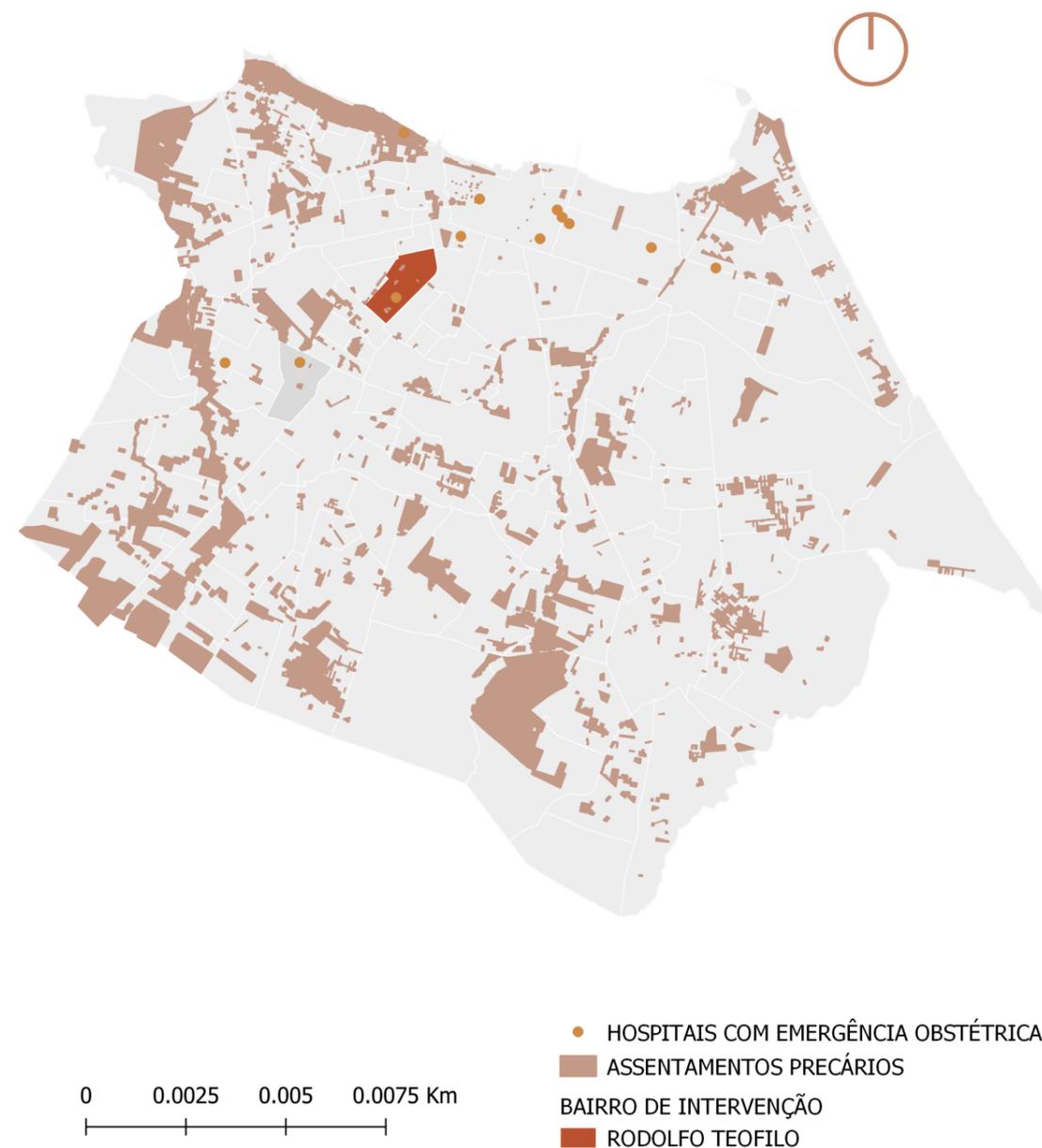
Analisando o mapa acima fica perceptível a presença em maior massa de assentamentos precários na zona oeste da cidade e que há a presença de alguns hospitais na região que possam funcionar como hospital de referência para a casa de parto. Sendo assim, foi tomado como ponto de referência, dois hospitais, a Maternidade Escola Assis Chateaubriand, presente no Rodolfo Teófilo e o Hospital e maternidade Dra. Zilda Arns Neumann (Hospital da Mulher), presente no bairro Joquei Clube.

No Joquei Clube, foi encontrado um terreno quase em frente ao Hospital da Mulher, mas que foi descartado devido à presença de muitos equipamentos no entorno imediato, como o North Shopping, uma faculdade e a sede do Fortaleza Esporte Clube, os quais poderiam ser geradores de engarrafamento e barulho, dificultando a implantação de uma casa de parto, onde uma área mais tranquila é preferível.

Então, foi procurado um terreno no bairro Rodolfo Teófilo, próximo à maternidade escola e foi encontrado um em frente a lagoa do Poragabussu, sendo então, o bairro escolhido para a implantação da edificação (ver figura 33).

É importante ressaltar que o Rodolfo Teófilo é um bairro que recebeu um estímulo para o trânsito calmo, onde em 2016, segundo o Diário do Nordeste, 14 prolongamentos de calçadas, três faixas elevadas e redução da velocidade máxima para 30 Km/h foram implementados afim de uma maior segurança para pedestres e para pessoas com mobilidade reduzida e isso acabou se tornando mais um ponto positivo para a escolha da área de intervenção.

Figura 33: Mapa do bairro de implantação em relação aos assentamentos precários e hospitais com emergência obstétrica em Fortaleza. Fonte: Elaborado pela autora com base no Fortaleza em Mapas, 2020 e PLHIS, 2010.



## 3.2 O bairro Rodolfo Teófilo

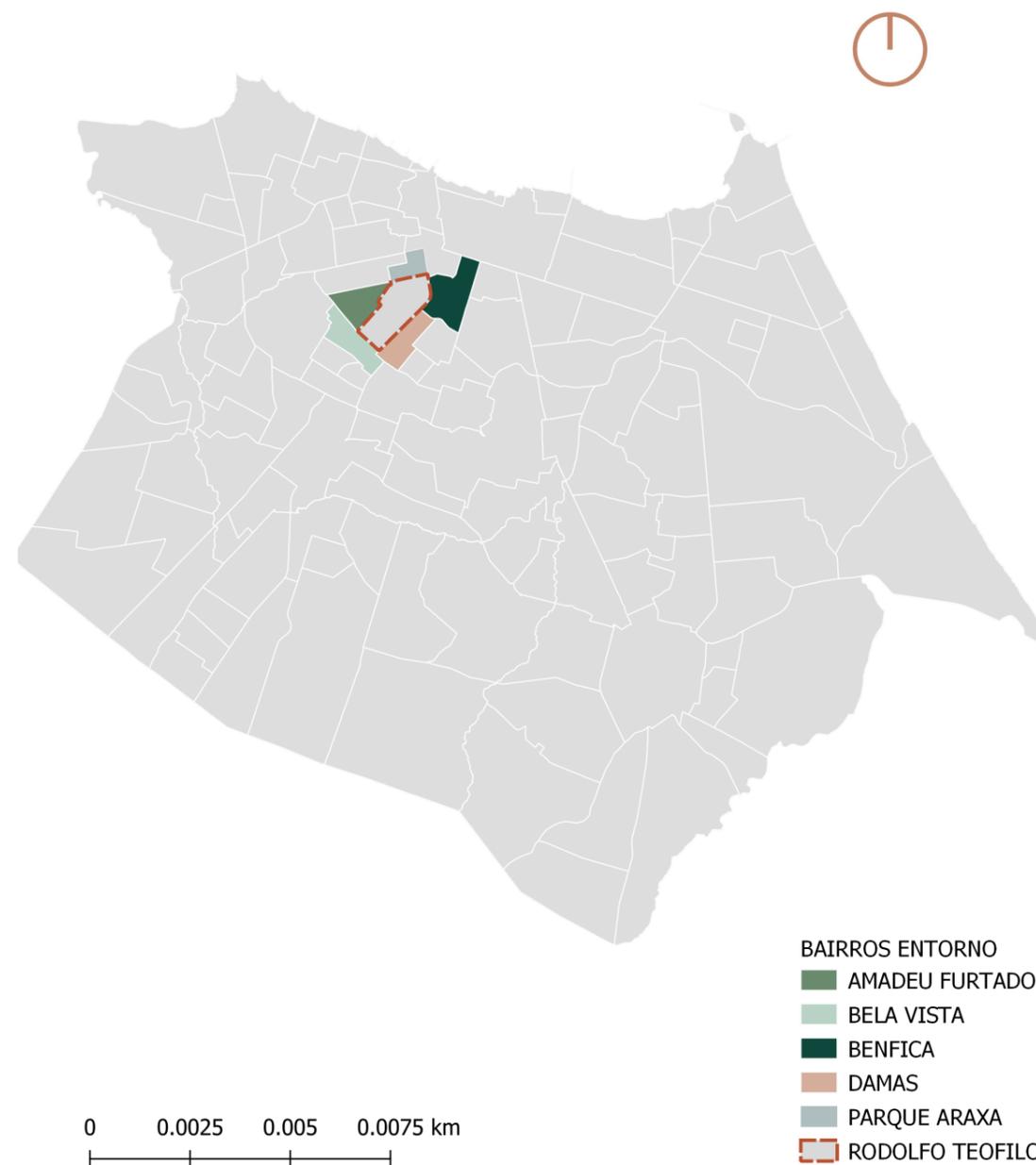
### 3.2.1 A História do bairro

O bairro escolhido para a implantação da casa de parto foi o Rodolfo Teófilo. Segundo a pesquisadora memorialista Nobre (2016) o bairro recebia o antigo nome de Porangabussu, originário do tupi-guarani, onde Porangaba significa belo e ussu, significa grande. Ele era antes considerado um lugar de passagem e conexão entre Fortaleza e Porangaba.

Hoje, seu nome é uma homenagem ao escritor e farmacêutico, Rodolfo Teófilo, conhecido por sua dedicação no combate à epidemia da varíola no território cearense.

O bairro pertence a Regional III e faz fronteira com os seguintes bairros: Amadeu Furtado, Parque Araxá, Benfica, Damas e Bela Vista (ver figura 34).

Figura 34: Mapa dos bairros presentes nas proximidades do Rodolfo Teófilo. Fonte: Elaborado pela autora com base no Fortaleza em Mapas e Google Earth, 2020 e SEFIN, 2000.



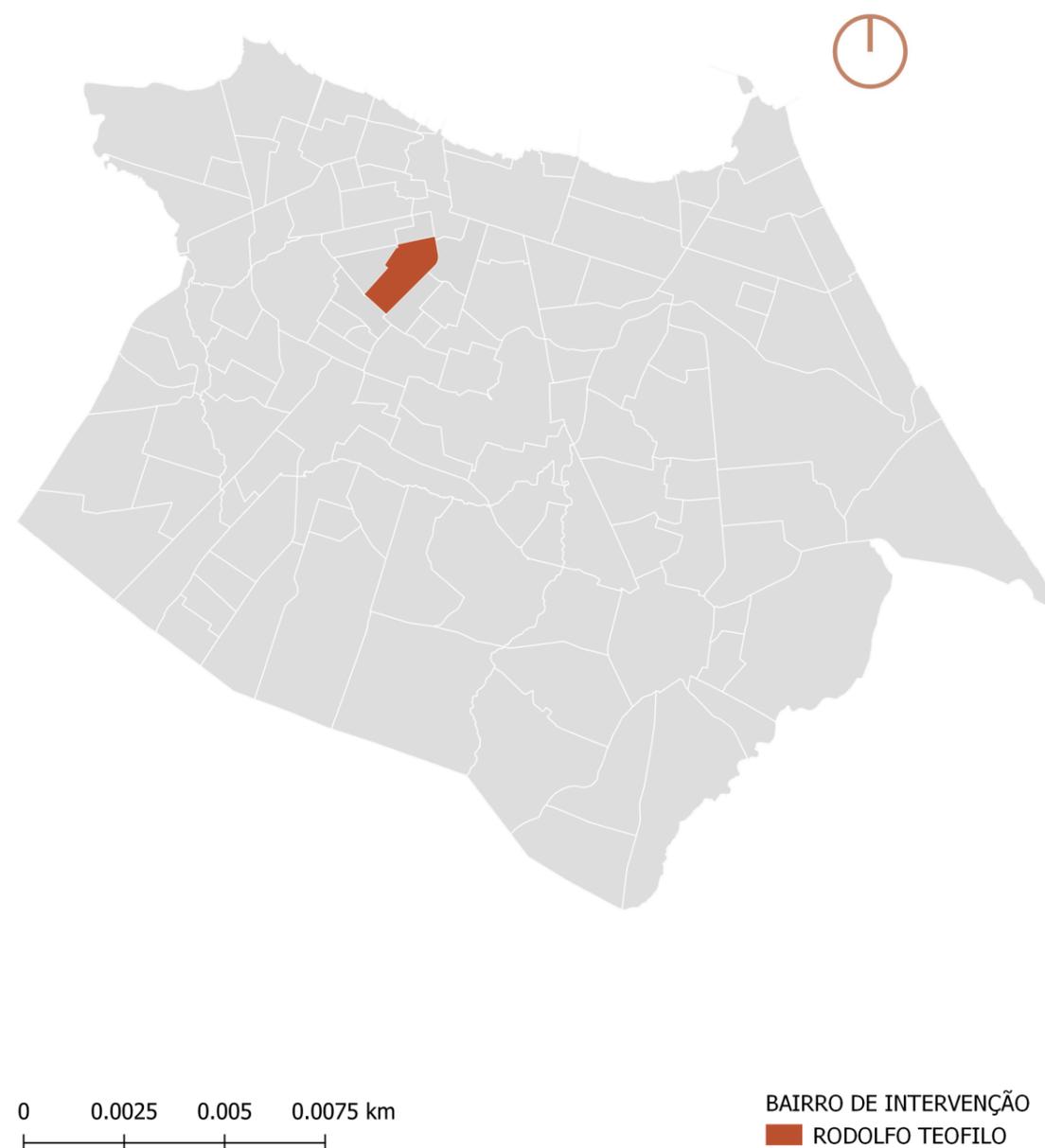
O Rodolfo Teófilo é um bairro situado na zona oeste de Fortaleza (ver figura 35) e que segundo o censo demográfico de 2010, possui o IDH de 0,481, sendo um valor relativamente baixo, tendo em vista que o valor máximo de referência é 1.

Segundo Nobre (2016), o bairro apresenta algumas características de interior, onde ainda há o hábito de colocar cadeira nas calçadas para conversar, há uma forte presença e apoio ao comércio local por meio de compras em mercearias e além da preservação da festividade promovida pela paróquia. Nele ainda há a presença da lagoa do Porangabussu preservando o antigo nome do bairro, a qual passou por uma requalificação em parceria com a SEUMA em 2007, trazendo uma área de lazer para a região.

Além disso, em 2018, foi dado início no projeto para o tornar o Rodolfo Teófilo no primeiro Distrito de Inovação em Saúde Viva Porangabussu, pioneiro na área na América Latina. Segundo a Universidade Federal do Ceará (2018), o programa, que será realizado através de grande aliança unindo governo, prefeitura, iniciativa privada, a Universidade Federal do Ceará e moradores do Porangabuçu e de bairros vizinhos, é definido como uma metodologia de desenvolvimento social para promover inovação e reduzir a desigualdade social.

O médico e professor da UFC, Carlos Robertos, explica que em Fortaleza, pela vocação da área onde está instalado o Campus do Porangabuçu da UFC, com a concentração de cursos, hospitais e serviços na área de saúde, o programa terá atividades voltadas para a produção de conhecimento nos campos das ciências da vida e tecnologias médicas e, dentro de sua natureza transformadora, englobará iniciativas voltadas para os aspectos econômicos, sociais, educacionais, culturais, urbanísticos e infraestruturais.

Figura 35: Mapa de localização do bairro Rodolfo Teófilo em Fortaleza. Fonte: Elaborado pela autora com base no Fortaleza em Mapas e Google Earth, 2020.



### 3.2.2 Legislação e estudo do entorno

Para estudar a viabilidade de implantação da casa de parto no terreno e bairro escolhido, tornou-se necessário realizar estudos para entender em qual zona, o terreno encontra-se inserido e em seguida, através da Lei de Uso e Ocupação do Solo conferir sua adequação de acordo com a zona e a classe, a qual pertence à edificação. Dessa forma, conferindo a LUOS, entendeu-se que a casa de parto pertence à classe 1, mas que como o a área do projeto somou em um pouco mais de 1000m<sup>2</sup>, o equipamento teve que ser considerado como Maternidade, pertencendo então à classe PGV1 e corresponde ao grupo Serviço de Saúde, SS (ver figura 36).

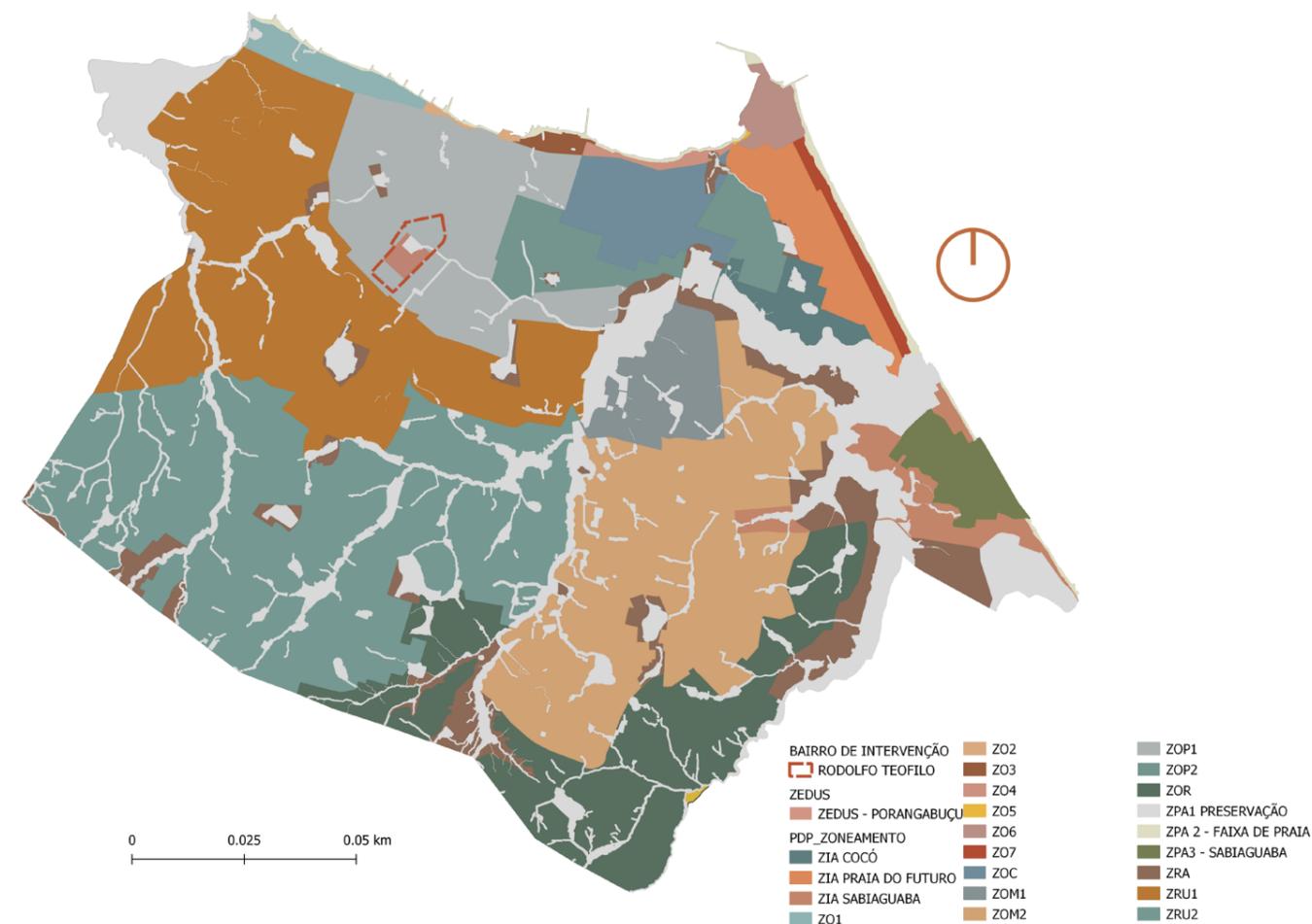
Figura 36: Subgrupo e classe corresponde à casa de parto. Fonte: Lei de Uso e Ocupação do Solo, 2017.

#### ANEXO 5 - CLASSIFICAÇÃO DAS AIVIDADES POR GRUPO E SUBGRUPO - GRUPO: SERVIÇOS

TABELA 5.12 SUBGRUPO SERVIÇO DE SAÚDE - SS					
CÓDIGO	ATIVIDADE	CLASSE SS	PORTE m <sup>2</sup> (obs.1)	Nº MÍNIMO DE VAGAS DE ESTACIONAMENTO	
85.11.11	Hospital	3	Até 1000	1 vaga/100 m <sup>2</sup> A.C.C	
		PGV1	1001 a 2500	Será definido pelo RIST	
		PGV2	2501 a 5000		
		PGV3	5001 a 10000		
		PGV4 - EIV	Acima de 10000	1 vaga/100 m <sup>2</sup> A.C.C	
85.11.12	Maternidade	3	Até 1000	Será definido pelo RIST	
		PGV1	1001 a 2500		
		PGV2	2501 a 5000		
		PGV3	5001 a 10000		
		PGV4 - EIV	Acima de 10000		
85.11.13	Casa de Parto	1	Até 250 (obs3)	Dispensado	
85.11.14	Hospital de doenças infectocontagiosas	5PE - EIV	Qualquer	Será objeto de estudo	
85.12.01	Unidade hospitalar de urgência e emergência	3	Até 1000	1 vaga/100 m <sup>2</sup> A.C.C	
		PGV1	1001 a 2500	Será definido pelo RIST	
		PGV2	2501 a 5000		
		PGV3	5001 a 10000		
		PGV4 - EIV	Acima de 10000		
85.13.81	Unidade simplificada de saúde (Posto de Saúde)	1	Até 250 (obs3)	Dispensado	
85.13.82	Unidade Básica de Saúde	1	Até 250	Dispensado	
		2	251 a 1000 (obs3)	1 vaga/100 m <sup>2</sup> A.C.C	
85.14.61	Serviço de laboratório (Radiologia, Eletroterapia, Radioterapia e outros).	1	Até 250	Dispensado	
		2	251 a 1000	1 vaga/100 m <sup>2</sup> A.C.C	
		PGV1	1001 a 2500 (obs3)	Será definido pelo RIST	
85.14.62	Laboratório de análises clínicas	1	Até 250	Dispensado	
		2	251 a 1000	1 vaga/100 m <sup>2</sup> A.C.C	
		PGV1	1001 a 2500	Será definido pelo RIST	
PGV2	Até 80 (obs 4)				
85.15.41	Consultório (médico, odontológico, psicológico e outros)	1	Acima de 2500	Dispensado	
85.15.42	Clínica sem internamento (médica, odontológica, psicológica, etc)	1	Até 250	1 vaga/100 m <sup>2</sup> A.C.C	
		2	251 a 1000		
		PGV1	1001 a 2500 (obs3)	Será definido pelo RIST	
85.15.43	Serviço de terapia, fisioterapia e reabilitação	1	Até 250	1 vaga/100 m <sup>2</sup> A.C.C	
		2	251 a 1000		
		PGV1	1001 a 2500 (obs3)	Será definido pelo RIST	
85.16.21	Hospital psiquiátrico	5PE - EIV	Qualquer	Será definido pelo RIST	
LEGENDA					
A.T.	Área do terreno	A.C.C..	Área de Construção Computável	P.E	Projeto Especial
A.U..	Área útil, excluída a área destinada a estacionamento	PGV	Polo Gerador de Viagens	E.I.V	Estudo de Impacto de Vizinhança
OBSERVAÇÕES					
1	Refere-se a área construída, excluída a área destinada a estacionamento		3	Com área superior, reenquadrar em outra atividade: Hospital Maternidade, Unidade Hospitalar de Urgência e Emergência, Hospital Veterinário	
2	Neste caso, refere-se a área do terreno.		4	Com área superior, reenquadrar como atividade 05.15.42 - Clínica sem internamento.	

Também foi analisado a zona correspondente ao bairro Roldofo Teófilo para saber se é permitida a inserção desse tipo de edificação na área escolhida (ver figura 37).

Figura 37: Mapa de macrozoneamento em Fortaleza, destacando o bairro de intervenção. Fonte: Elaborado pela autora com base no plano diretor (PDP), 2009 e SEFIN, 2000.



Analisando o mapa acima, entende-se que o terreno está inserido em uma Zona Especial de Dinamização Urbanística e Socioeconômica (ZEDUS), a qual, segundo o artigo 149 do Plano Diretor (2009) corresponde a porções do território destinadas à implantação e/ou intensificação de atividades sociais e econômicas, com respeito à diversidade local, e visando ao atendimento do princípio da sustentabilidade. Sendo ela correspondente a ZEDEUS de Porangabuçu e sendo uma área adequada para a inserção de um serviço de saúde (SS) pertencente a classe PGV1 (ver figura 38).

Figura 38: Adequação do uso (SS) à zona (ZEDUS)  
 Fonte: Elaborado pela autora, 2021 com base na Lei de Uso e Ocupação do Solo, 2017.

ANEXO 6 - ADEQUAÇÃO DOS USOS ÀS ZONAS

TABELA 6.14 ZONA ESPECIAL DE DINAMIZAÇÃO URBANÍSTICA E SOCIOECONÔMICA - ZEDUS PORANGABUÇU

SUBGRUPOS DE USOS	CLASSE DAS ATIVIDADES										PGV1	PGV2	PGV3	PGV4	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					
SS	A	A	A	A	A						A	A	A	A	
LEGENDA															
A	Adequado				I	Inadequado					P	Permitido com restrições			

Com fatores positivos para a inserção da edificação, tendo os seguintes índices e taxas (ver figura 39).

Outro ponto de relevância para a escolha da área de intervenção e do terreno foi a acessibilidade por transporte público, levando em consideração o fato de nem todos possuírem um veículo próprio. Para isso, foi realizado um estudo por meio de um mapa, que mostra as linhas de ônibus que atendem essa região e as paradas mais próximas (ver figura 40).

ANEXO 6 - ADEQUAÇÃO DOS USOS ÀS ZONAS

TABELA 6.14 ZONA ESPECIAL DE DINAMIZAÇÃO URBANÍSTICA E SOCIOECONÔMICA - ZEDUS PORANGABUÇU

ZONA DE OCUPAÇÃO		ZEDUS
		PORANGABUÇU
TAXA DE PERMEABILIDADE (%)		30
TAXA DE OCUPAÇÃO TO (%)	SOLO	60
	SUBSOLO	60
ÍNDICE DE APROVEITAMENTO (IA)	BÁSICO	(1)
	MÍNIMO	0,25
	MÁXIMO	3,00
FATOR DE PLANEJAMENTO (FP)		-
ALTURA MÁXIMA DA EDIFICAÇÃO (M)		72,00
DIMENSÕES MÍNIMAS DO LOTE	TESTADA (M)	5,00
	PROFUNDIDADE (M)	25,00
	ÁREA (M <sup>2</sup> )	125,00
FRAÇÃO DO LOTE		45

Figura 39: Taxas de acordo com as macrozonas de ocupação urbana. Fonte: Elaborado pela autora, 2021 com base na Lei

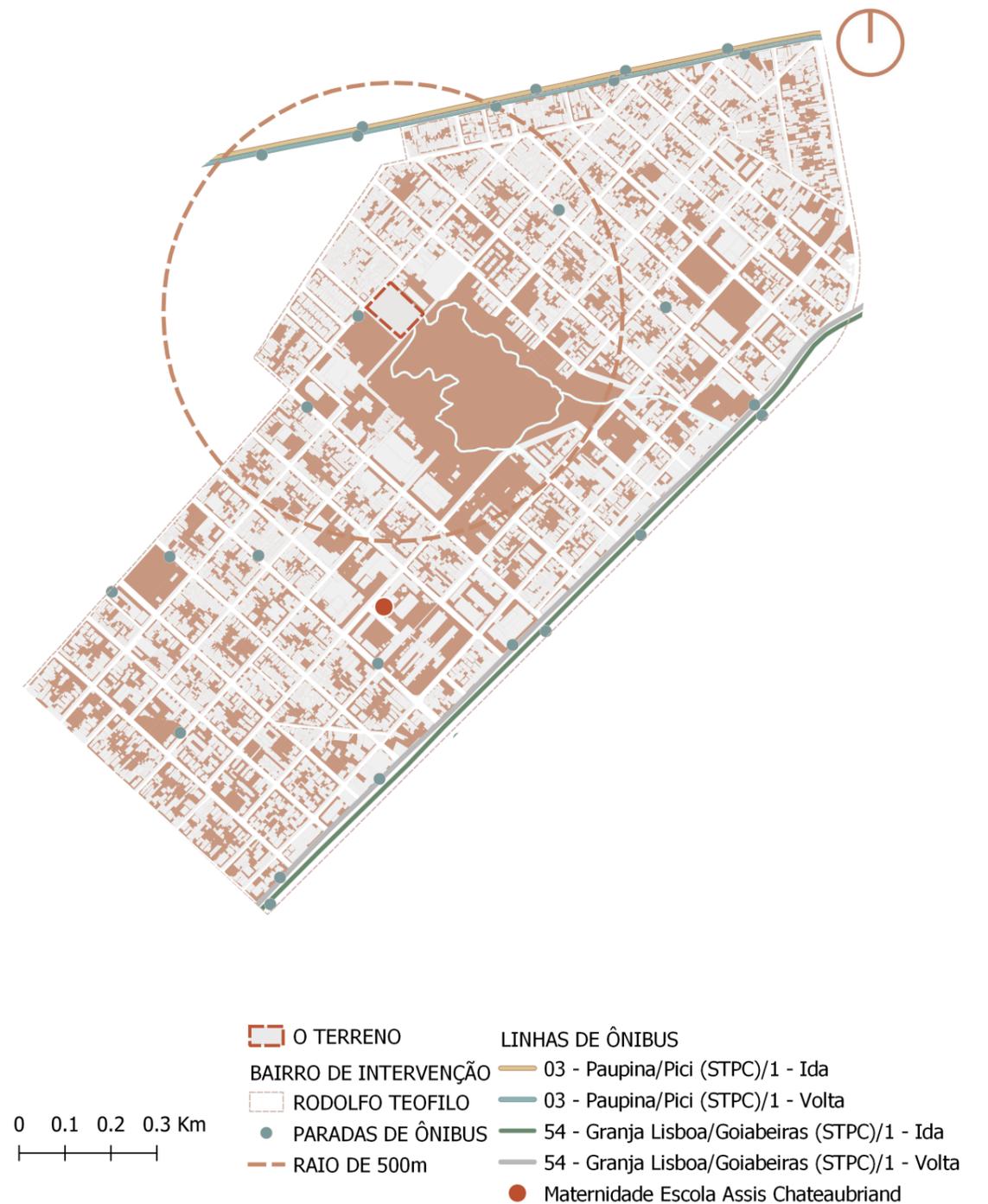


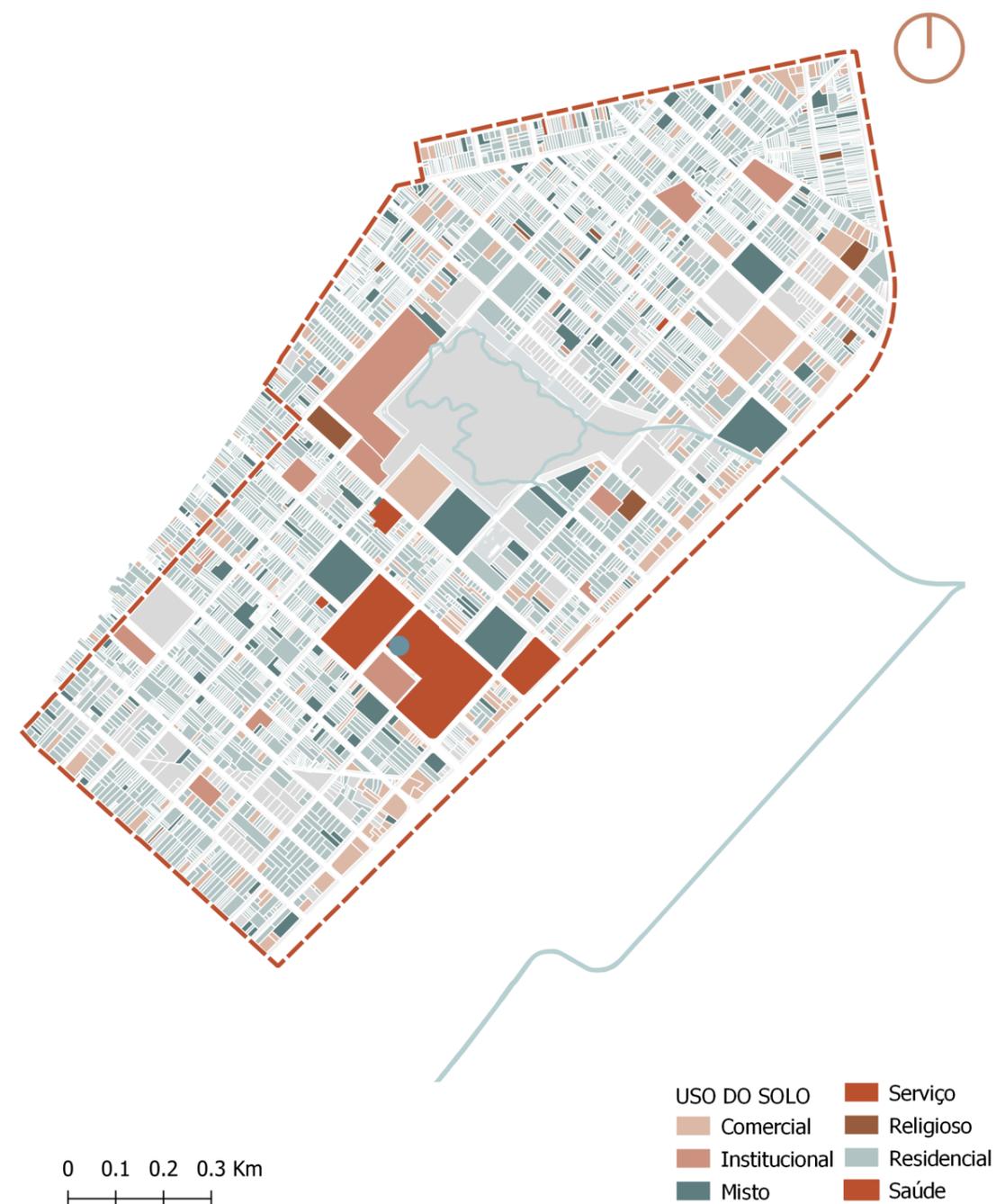
Figura 40: Mapa de linhas e paradas de ônibus. Fonte: Elaborado pela autora com base no sistema de transporte público, STPC e SEFIN, 2000.

Analisando o mapa acima, percebe-se a presença de três paradas dentro do raio de 500 m do terreno escolhido, além da presença de 4 linhas de ônibus.

Outra análise importante, foi entender a identidade do entorno, perceber quais são seus principais usos: comercial, residencial, serviço, misto. Além do gabarito predominante, saber se o entorno é marcado por edificações altas ou baixas, para que a partir daí o projeto da casa de parto seja definido de acordo a intenção projetual que é de respeitar o contexto local.

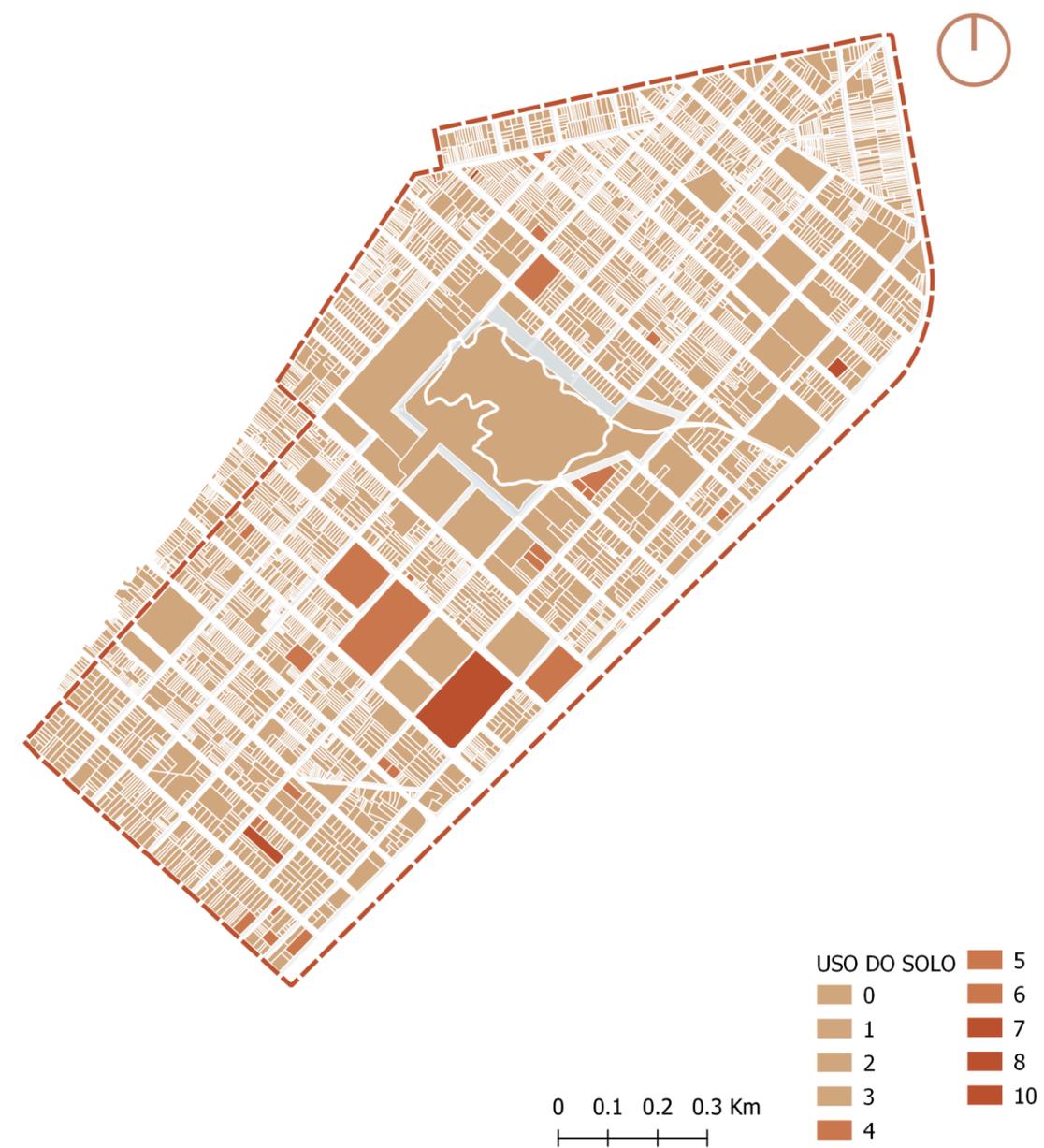
Dessa forma, de acordo com o mapa acima de uso e ocupação do solo (ver figura 41) foi possível perceber um uso misto, com predominância residencial, além de quantidade relevante de equipamentos de saúde, marcado como serviço, no mapa acima.

Figura 41: Mapa de uso e ocupação do solo do entorno do terreno. Fonte: Elaborado pela autora, 2021 com base no Google Earth, 2020 e SEFIN, 2000.



Quanto ao gabarito das edificações, foi percebido uma quantidade relevante de casas ou prédios mais baixos, predominando edificações de até 3 pavimentos (ver figura 42).

Figura 42: Mapa de gabarito das edificações do entorno do terreno. Fonte: Elaborado pela autora com base no Google Earth, 2020 e SEFIN, 2000.



### 3.3. O terreno

Estudando o terreno de forma aproximada, percebe-se uma diferença entre os mapas da SEFIN e o que é mostrado no Google Earth, no primeiro, o terreno encontra-se parcelado (ver figura 43) e no Google Earth, não (ver imagem 44).

Figura 43: Mapa de localização do terreno.

Fonte: Elaborado pela autora com base no Google Earth, 2020 e SEFIN, 2000.



Já no Google Earth, sendo mais atual, o terreno encontra-se divergente da SEFIN, não havendo vias de acesso lateral (ver figura 44).

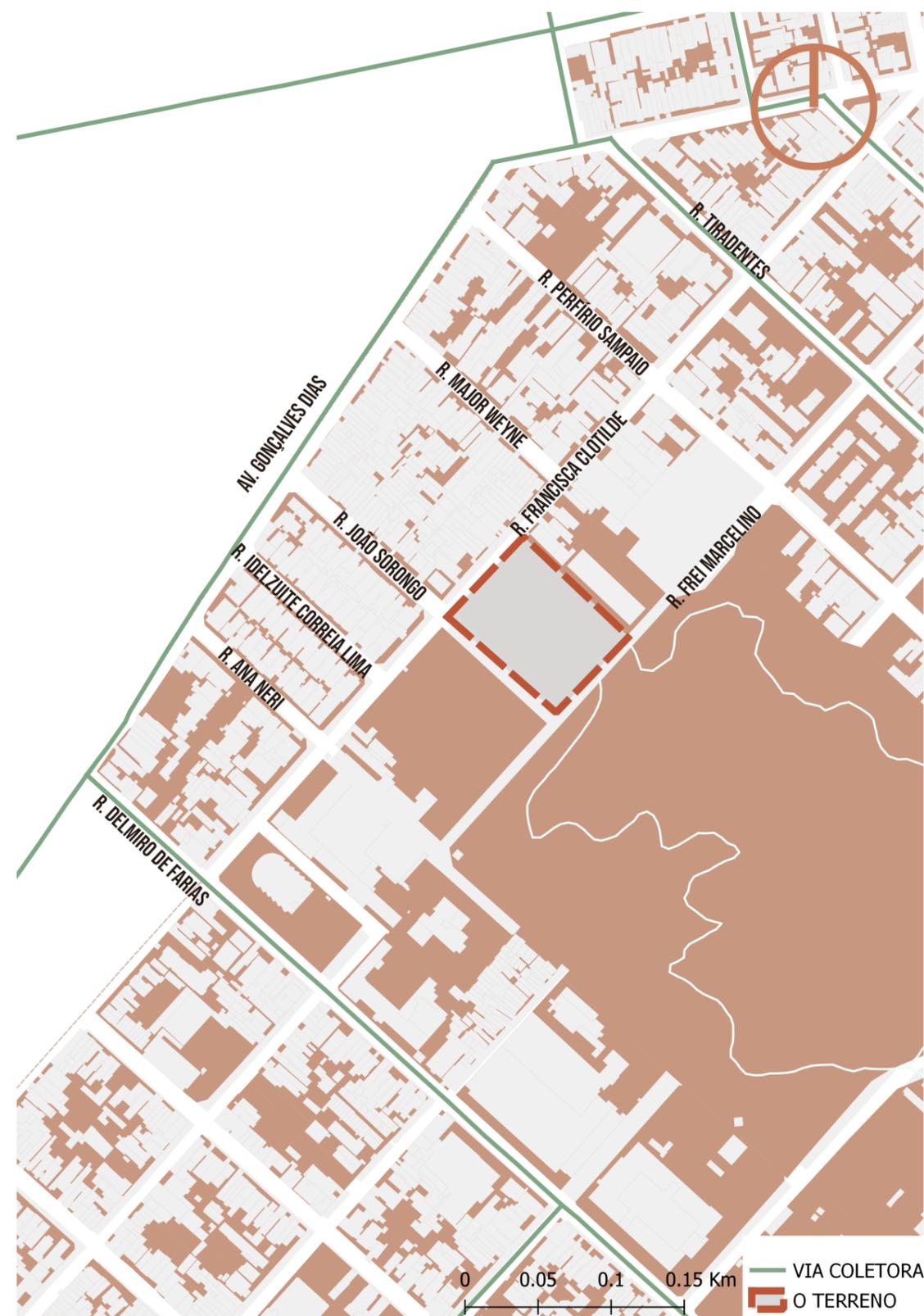
Figura 44: Imagem aérea do terreno.  
Fonte: Elaborado pela autora com base no Google Earth, 2020.



Nessa perspectiva, ficou decidido realizar o parcelamento do terreno, prolongando a R. João Sorongo até a R. Marcelino. A LUOS foi consultada e esse parcelamento corresponde ao Desdobro, o qual, segundo o artigo 48 da seção III, é a divisão de lotes, integrantes de loteamento ou desmembramento, para a formação de novos lotes. Os lotes resultantes do desdobro deverão obedecer aos padrões definidos para a Zona onde estejam localizados.

Dessa forma, o terreno fica situado, então, nas ruas Francisca Clotilde e Frei Marcelino e João Sorongo, as quais correspondem a vias locais (ver figura 45).

Figura 45: Mapa de situação do terreno e classificação viária. Fonte: Elaborado pela autora com base no Google Maps e Fortaleza em mapas, 2020 e SEFIN, 2000.



A partir desse mapa, a Lei de Uso e Ocupação do Solo (LUOS) foi consultada para saber se era permitida a implantação da edificação e para saber quais são os recuos exigidos de acordo com as vias (ver figura 46)

De acordo com as vias, o equipamento não poderia ser implantado nesse terreno. Porém, de acordo com a LUOS, artigo 64 (2017) nas Zonas Especiais de Dinamização Urbanística e Socioeconômica (ZEDUS), Zona de Orla (ZO), Zona de Recuperação Ambiental (ZRA) e Zona de Interesse Ambiental (ZIA), a adequabilidade das atividades se dará em função do zoneamento (ver figura 47)

**ANEXO 8 - NORMAS E ADEQUAÇÃO DOS USOS AO SISTEMA VIÁRIO/  
ANEXO 8.1 - ADEQUAÇÃO DOS USOS AO SISTEMA VIÁRIO**

**TABELA 8.12 - GRUPO SERVIÇO - SUBGRUPO SERVIÇOS DE SAÚDE - SS**

C L A S S E	VIA LOCAL				
	USO	RECUOS (M)			NORMAS Anexos 8.2
		FT	LT	FD	
PGV1	I	-	-	-	-

**Art. 64.** A adequabilidade das atividades em todo o Município de Fortaleza se dará em função do zoneamento e da classificação viária, observando-se:

I - Nas Zonas Especiais de Dinamização Urbanística e Socioeconômica (ZEDUS), Zona da Orla (ZO) - Trechos I, II, III, IV, VI e VII -, Zona de Recuperação Ambiental (ZRA) e Zona de Interesse Ambiental (ZIA), a adequabilidade das atividades se dará em função do zoneamento, em conformidade com o que estabelece o **Anexo 6** desta Lei;

Figura 46: Tabela de Recuos de acordo com o sub-grupo serviços de saúde (SS). Fonte: Elaborado pela autora, 2020 com base na Lei de Uso e Ocupação do Solo, 2017.

Figura 47: Artigo 64 – Adequabilidade por Zona. Fonte: Legislação de Uso e Ocupação do Solo (LUOS), 2017.

Essa adequação torna-se eficiente desde que respeite os recuos estabelecidos para a via com classificação funcional imediatamente superior, conforme o artigo 65 (ver figura 48)

**Art. 65.** A implantação das atividades no Município se dará em função da classificação da via onde se situa o imóvel, em obediência aos recuos e normas constantes do **Anexo 8** desta Lei, após verificada a adequabilidade conforme estabelecido no artigo anterior.

*Parágrafo único.* Sendo a atividade adequada às Zonas Especiais de Dinamização Urbanística e Socioeconômica (ZEDUS), Zona da Orla (ZO) - Trechos I, II, III, IV, VI e VII -, Zona de Recuperação Ambiental (ZRA) e Zona de Interesse Ambiental (ZIA), contudo inadequada à via, a implantação será admitida, desde que observados os recuos e normas estabelecidos para a via com classificação funcional imediatamente superior, que tenha adequação, em conformidade com o **Anexo 8** desta Lei.

Dessa forma, os recuos adotados para a edificação foram de 10 metros em ambos os lados.

**ANEXO 8 - NORMAS E ADEQUAÇÃO DOS USOS AO SISTEMA VIÁRIO/  
ANEXO 8.1 - ADEQUAÇÃO DOS USOS AO SISTEMA VIÁRIO**

**TABELA 8.12 - GRUPO SERVIÇO - SUBGRUPO SERVIÇOS DE SAÚDE - SS**

C L A S S E	VIA COMERCIAL					VIA LOCAL				
	USO	RECUOS (M)			NORMAS Anexos 8.2	USO	RECUOS (M)			NORMAS Anexos 8.2
		FT	LT	FD			FT	LT	FD	
3	A	10	10	10	4/5	A	10	10	10	4/5
4PE	SERÁ OBJETO DE ESTUDO					SERÁ OBJETO DE ESTUDO				
5PE	SERÁ OBJETO DE ESTUDO					SERÁ OBJETO DE ESTUDO				
PGV1	A	10	10	10	4/5/6/7	I	-	-	-	16

Figura 48: Artigo 65 – Adequabilidade por zona obedecendo os recuos.

Fonte: Legislação de Uso e Ocupação do Solo (LUOS), 2017.

Figura 49: Tabela de Recuos. Fonte: Legislação de Uso e Ocupação do Solo, 2017

Também foi realizado um estudo de rotas entre o terreno da casa de parto e o hospital de referência, tendo em vista que o ministério da saúde exige uma distância máxima de vinte minutos entre a Casa de Parto Peri-Hospitalar (CPNp) e o Hospital de referência (ver figura 50).

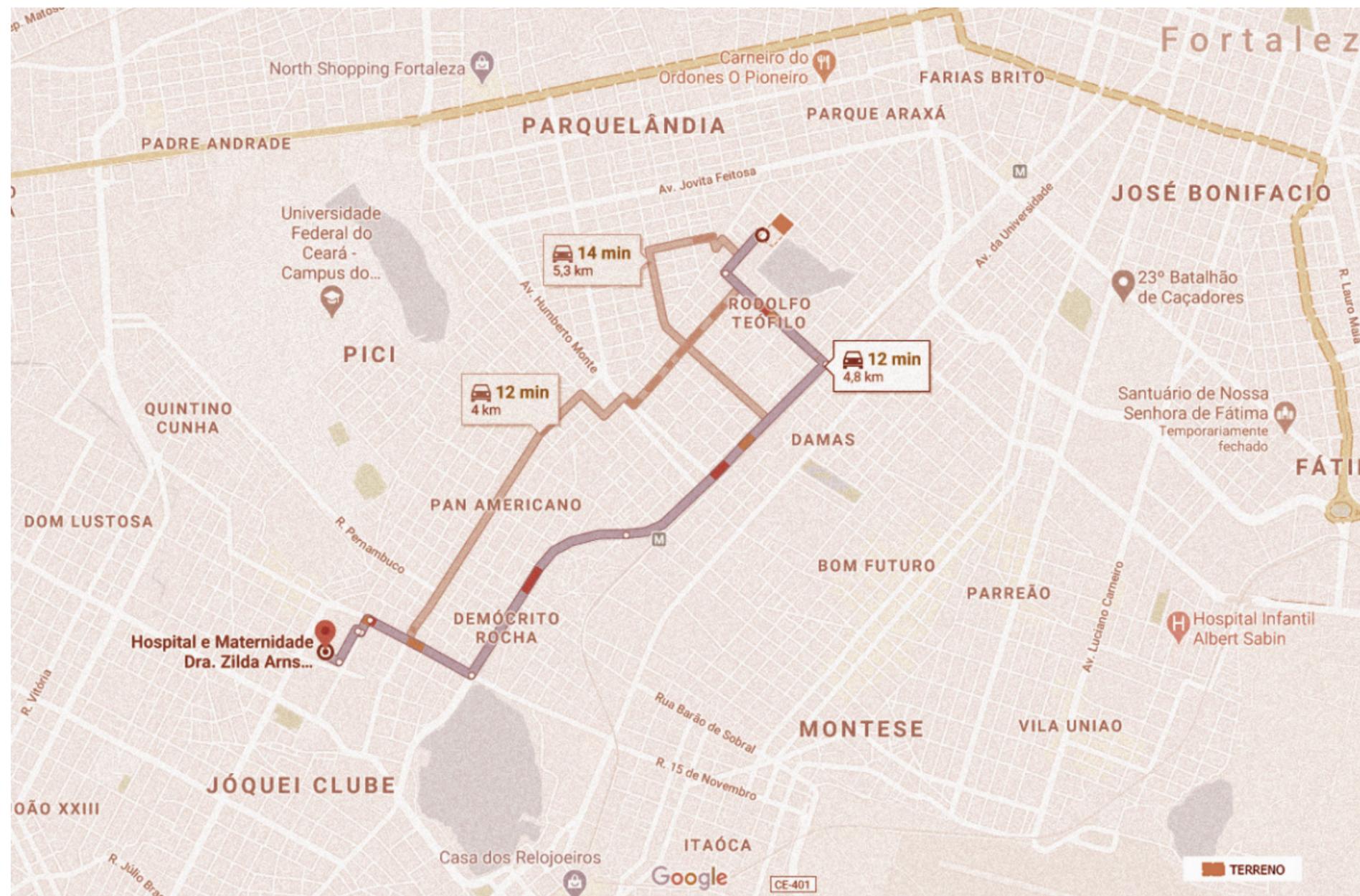
Figura 50: Mapa de rotas entre a CPNp e o Hospital. Fonte: Elaborado pela autora com base no Google Maps e Fortaleza em mapas, 2020 e SEFIN, 2000.



Conforme pode ser analisado no mapa acima, conclui-se que há uma certa proximidade entre o terreno e o hospital de referência, tendo em vista que o tempo médio de chegada no hospital é de 5 a 7 minutos.

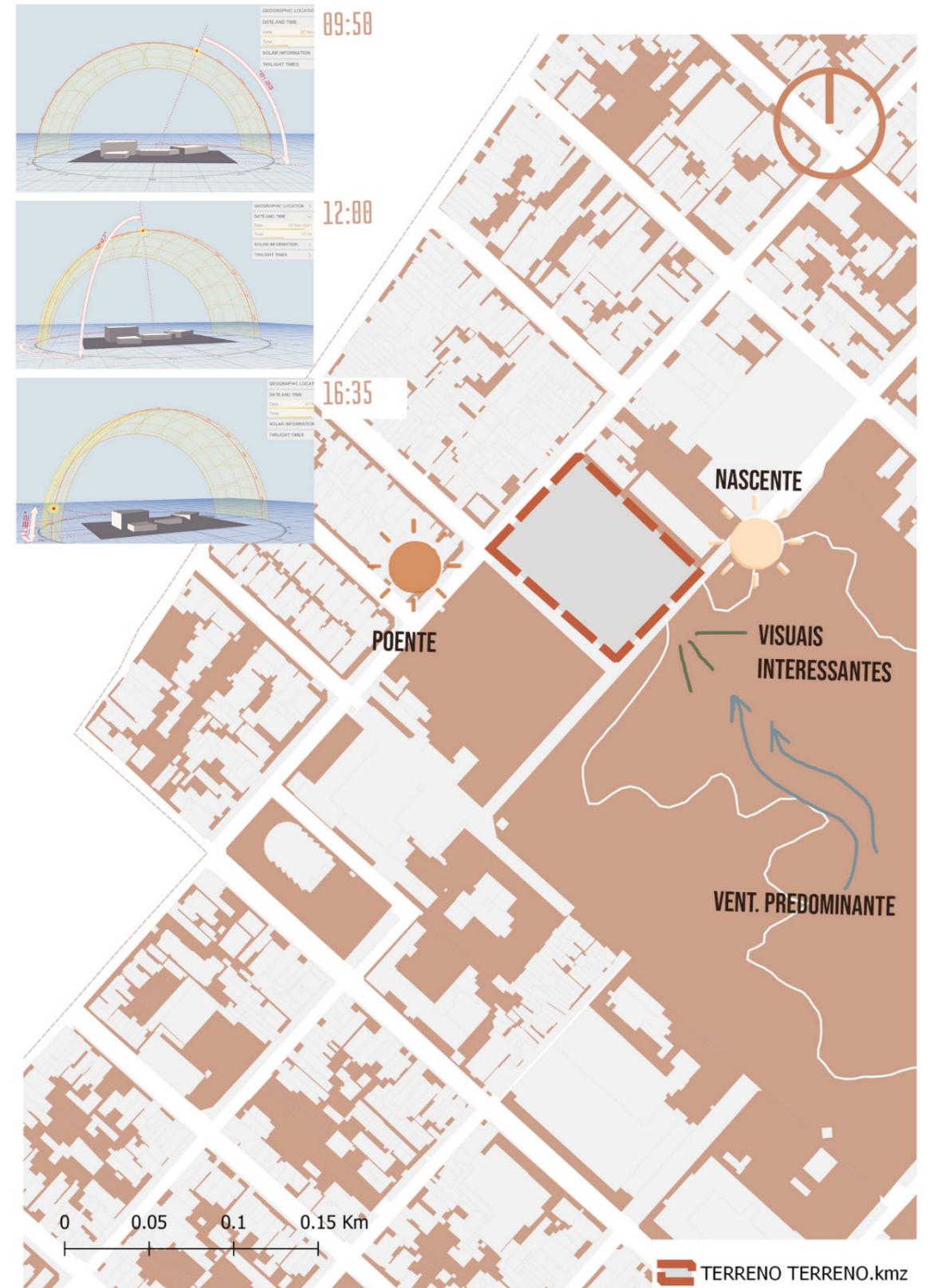
Além da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, o terreno também possui uma proximidade com o hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann (Hospital da mulher), tendo um tempo médio entre 12 e 14 minutos (Ver figura 51), estando também dentro do exigido pelo Ministério Público. Sendo assim, a proximidade com esses dois hospitais facilita ainda mais o acesso hospitalar das pacientes em casos emergenciais.

Figura 51: Mapa de rotas entre a CPNp e o Hospital da Mulher. Fonte: Google Maps, 2020.



Em seguida, foram estudadas as condicionantes físicas do terreno, para realizar uma melhor implantação e decisões quanto aos fluxos, como ventilação, incidência solar, além de marcar algumas barreiras e possível gerador de ruídos (ver figura 52).

Figura 52: Mapa de condicionantes. Fonte: Elaborado pela autora baseado no Google Earth, 2020 e SEFIN 2000.

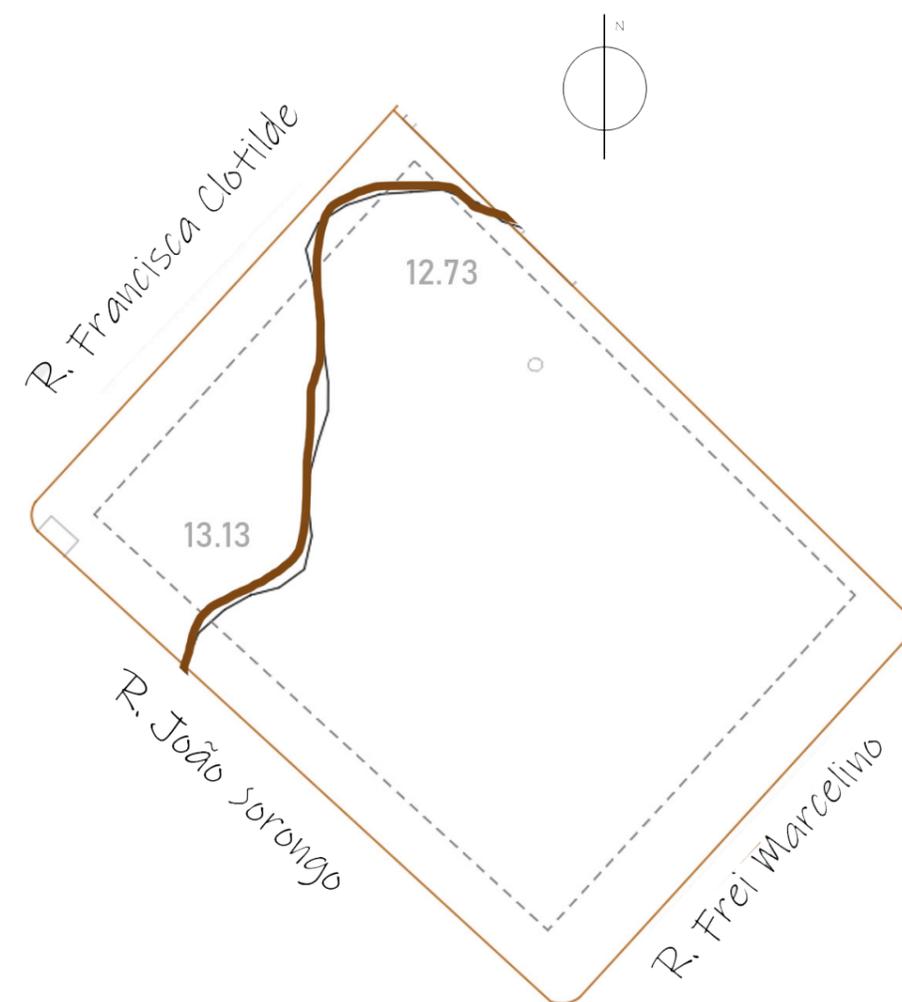


Analisando o mapa acima de condicionantes, há um principal possível gerador de ruído próximo ao terreno de implantação que é a Av. Gonçalves Dias, a qual pode influenciar nas decisões projetuais, como na setorização dos ambientes, escolha de barreiras vegetais para reduzir o som, materiais acústicos ou até em um maior recuo da edificação em relação à avenida. Em contrapartida, os pontos fortes do terreno que podem ser destacados são a proximidade da lagoa do Porangabussu, sendo um visual interessante e o fato do terreno estar inserido em uma área residencial e que se predomina vias locais.

Também foi marcado a incidência solar nascente e poente, para que seja pensada uma melhor implantação afim de proteger os ambientes mais relevantes do poente.

Quanto a topografia do terreno, percebe-se que ele é quase plano, não havendo irregularidade relevante, tendo um desnível inferior a 1m, como pode ser observado na figura 53.

Figura 53: Topografia do terreno – Curvas de nível.  
Fonte: Elabora pela autora com base na base cartográfica de fortaleza de 2010.



Além desse estudo de condicionantes do terreno, foi realizado um levantamento fotográfico do seu entorno, afim de entender melhor as características e o contexto onde a edificação estará inserida (Ver figura 54).

Figura 54: Mapa mosca – levantamento fotográfico. Fonte: Elaborado pela a autora, baseado no Google Earth, 2020.



Nas fotos é possível perceber a predominância das casas e do gabarito mais baixo, além do visual para a lagoa, sendo um ponto positivo para o projeto (Ver figura 55).

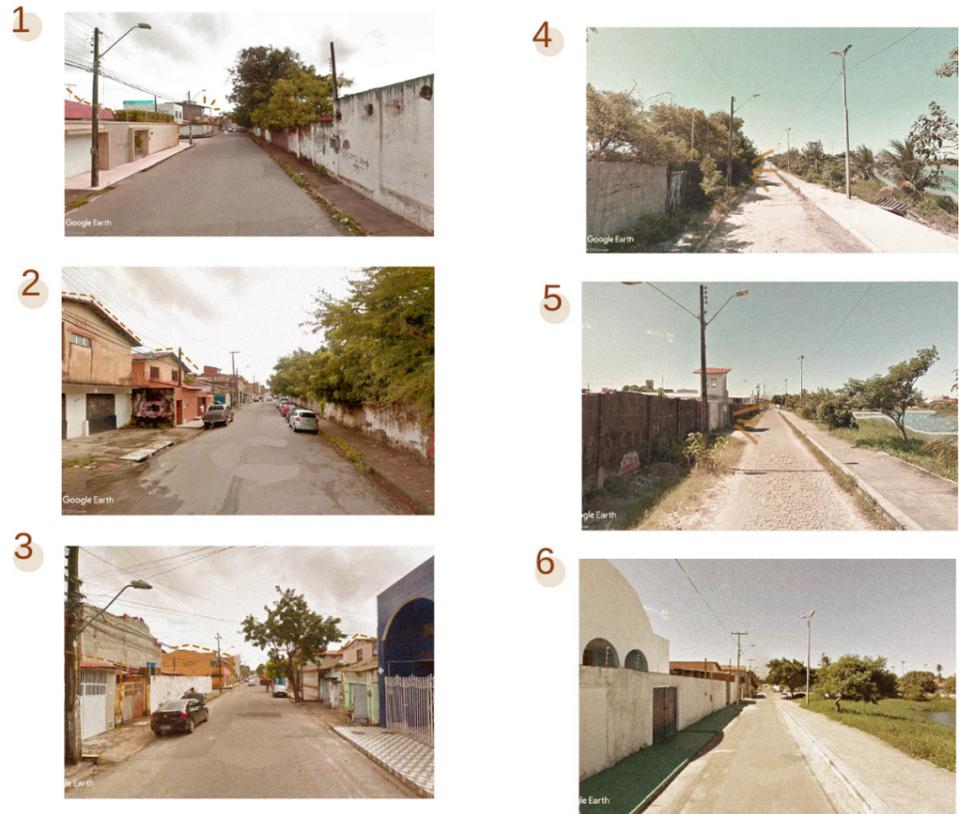
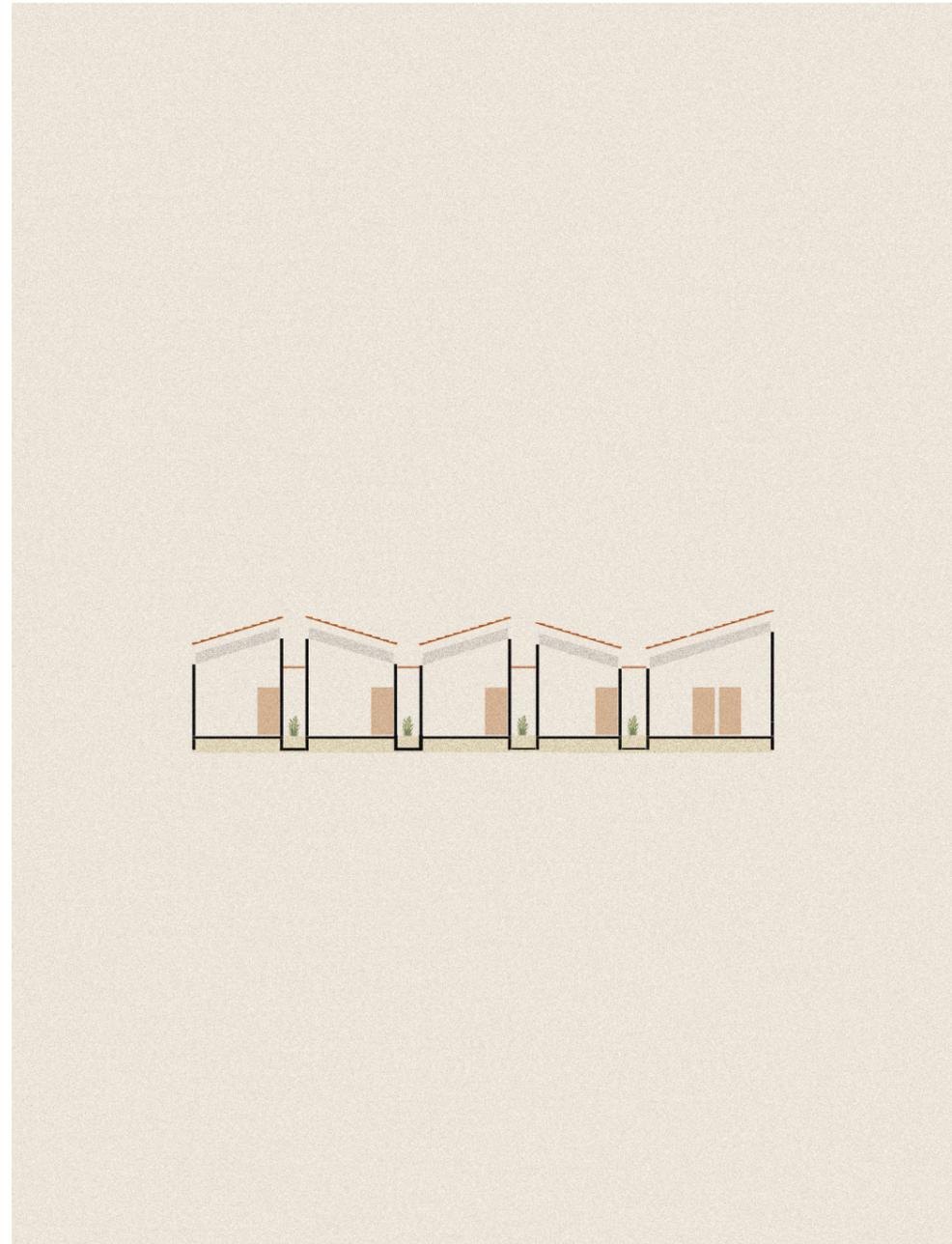


Figura 55: Levantamento fotográfico do entorno.  
Fonte: Elaborado pela a autora, baseado no Google Earth, 2020.



## 04 O Projeto: programa de necessidades e estudos iniciais

Para esse tipo de projeto arquitetônico, casa de parto peri-hospitalar (CPNp), a portaria de nº 11, 07 de janeiro de 2015 do Ministério da Saúde coloca os seguintes ambientes exigidos com suas respectivas áreas mínimas (ver figura 56)

	AMBIENTES	Quantificação (mínima- un)	Dimensão (mínima- m)	Área Unitária (mínima- m²)
	<b>AMBIENTES FINIS</b>			
1	Sala de Registro e recepção para acolhimento da parturiente e seu acompanhante *	1	-	12,00
2	Sala de exames e admissão de parturientes*	1	-	9,00
3	Sanitário anexo à sala de exames *	1	1,20	2,40
4	Quartos para pré-parto/parto/pós-parto - PPP (sem banheira)	2	3,20	14,50
5	Quartos para pré-parto/parto/pós-parto - PPP (com banheira)	1	3,20	18
6	Banheiro anexo ao quarto PPP	3	1,70	4,80
7	Área para deambulação (Varanda/solário) - interna e/ou externa.	1	-	20,00
8	Posto de enfermagem *	1	-	2,50
9	Sala de serviço *	1	-	5,70
	<b>AMBIENTES DE APOIO</b>			
10	Sala de utilidades	1	1,50	6,00
11	Quarto de plantão para funcionários	1	2,00	5,00
12	Banheiro anexo ao quarto de plantão	2	-	2,30
13	Rouparia	-	-	-
14	Depósito de Material de Limpeza	1	1,00	2,00
15	Depósito de equipamentos e materiais	1	-	3,50
16	Copa	1	1,15	4,00
17	Refeitório	1	-	12,00
18	Área para guarda de macas e cadeiras de rodas (ambiente opcional)	-	-	-

Figura 56: Programa de Necessidades de uma Casa de Parto - Ministério da Saúde.  
Fonte: Ministério da Saúde, anexo I, 2015.

#### 4.1 Programa de necessidades e pré-dimensionamento

Seguindo essas exigências, foi criado um programa de necessidades adaptado para atender as necessidades projetuais da edificação desse trabalho, a qual concentra uma casa de parto peri-hospitalar e um centro de apoio e informação aos pais e doulas (ver figura 57).

CASA DE PARTO E CENTRO DE APOIO					
AMBIENTES	DIMENSÃO MIN	QTD	ÁREA	SUBTOTAL	OBSERVAÇÕES
<b>CASA DE PARTO - SETOR C</b>					
Posto de Enfermagem	x	1	8.62	8.62	
Sala de serviço	x	1	7.48	7.48	
Sala de lavagem de materiais	x	1	14.34	14.34	
Sala de materiais limpos e rouparia	x	1	7.60	7.60	
Dormitório funcionários	2	1	7.72	7.72	
Sala de descanso dos funcionários	x	1	23.34	23.34	
Copa/área de refeição	1,5	1	7.15	7.15	
Vestiário	x	1	18.90	18.90	
DML	1	1	2.56	2.56	
Sala de reanimação neonatal	x	1	20.63	20.63	até 6 leitos, área mínima de 2,5m² por berço e distância mínima de 80cm.
Quartos para pré-parto/parto/pós-parto - PPP (sem banheira)	3,2	3	21.50	64.50	os 3 ppp com banheiro = 60 m²
Quartos para pré-parto/parto/pós-parto - PPP (com banheira)	3,2	2	26.90	53.80	os 2 ppp com banheiro = 50 m²
WC's anexo aos quartos	1,7	5	4,8	24	
Área para deambulação (varanda/solário) externa	x	1	20	20	
Lixo geral			5	5	
Descarte hospitalar			5	5	
Espurgo			5	5	
ÁREA TOTAL DO SETOR: 263.7 m²					
<b>RECEPÇÃO/ACOLHIMENTO E ADMINISTRATIVO - SETOR B</b>					
Sala de registro e recepção da parturiente e acompanhante	x	1	85.45	85.45	
WC'S de recepção	x	3	3.45	10.29	
Sala de observação	x	1	10.58	10.58	
Consultório	x	2	15	30	
Sala de cardioto e ultrassonografia	x	1	14.20	14.20	
Sala de utilidades	1,5	1	7.52	7.52	
Copa	1,15	1	8.34	8.34	WC DE APOIO A SALA COM NO MÍNIMO 1,60 m² e DIMENSÃO MÍNIMA DE 1,60m
Diretoria	x	1	9	9	
Secretaria	x	1	9	9	
Sala de reuniões	x	1	9	9	
WC'S administração	x	2	8.34	16.68	
ÁREA TOTAL DO SETOR: 210 m²					
<b>CENTRO DE APOIO E INFORMAÇÃO - SETOR A</b>					
Recepção	x	1	84.64	84.64	
Salas de psicologia	x	4	13.70	54.80	
Sala de massagem e acunputura	x	1	30.53	30.53	área com sala de espera, banheiro e espaço p/ 3 macas
Yoga	x	1	71.21	71.21	tapete de yoga: 1.70 x .60 com espaçamento mínimo de 50 cm
Wc com vestiário p/ yoga	x	1	19	19	
Auxílio a amamentação	x	1	37.70	37.70	
Salão multifuncional	x	2	57.20	114.40	1,5 m² por poltrona (espaço para 6) + pia e geladeira
Circulação vertical	x	1	16	16	dois salões que podem se integrar em um só
Fraldário	x	1	5.35	5.35	escada e elevador, modificar de acordo com o pé direito definido
WC'S	x	2	3.75	60	
Vestiário funcionários	x	1	25.18	25.18	
Área de estar e copa p/ funcionários	x	1	22.96	22.96	
Espaço ao ar livre para conversas	a definir	1	71.80	71.80	
Lachonete e Estoque + produção	x	1	23.64	23.64	varanda/ mirante
DML	1	1	2	2	
ÁREA TOTAL DO SETOR: 565 m²					
<b>ÁREA TOTAL: 1.038,7 m²</b>					

Como pode ser analisado acima, foi pensada em uma edificação dividida em dois setores principais que se articulam e se complementam, sendo eles a casa de parto normal com todos os ambientes necessários para a realização de suas atividades e um centro de apoio e informação aos pais para oferecer um local de acolhimento, reunindo atividades importantes para um suporte físico e psicológico, além de oferecer um espaço para realização de workshops e troca de experiências.

Conforme a tabela acima, somando os setores, a edificação totalizou uma área de 1.038,7 m²

Figura 57: Programa de Necessidades de uma Casa de Parto.  
Fonte: Elaborado pela autoria com base no Ministério da Saúde, anexo I, 2015.

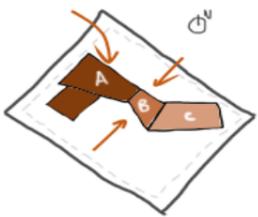
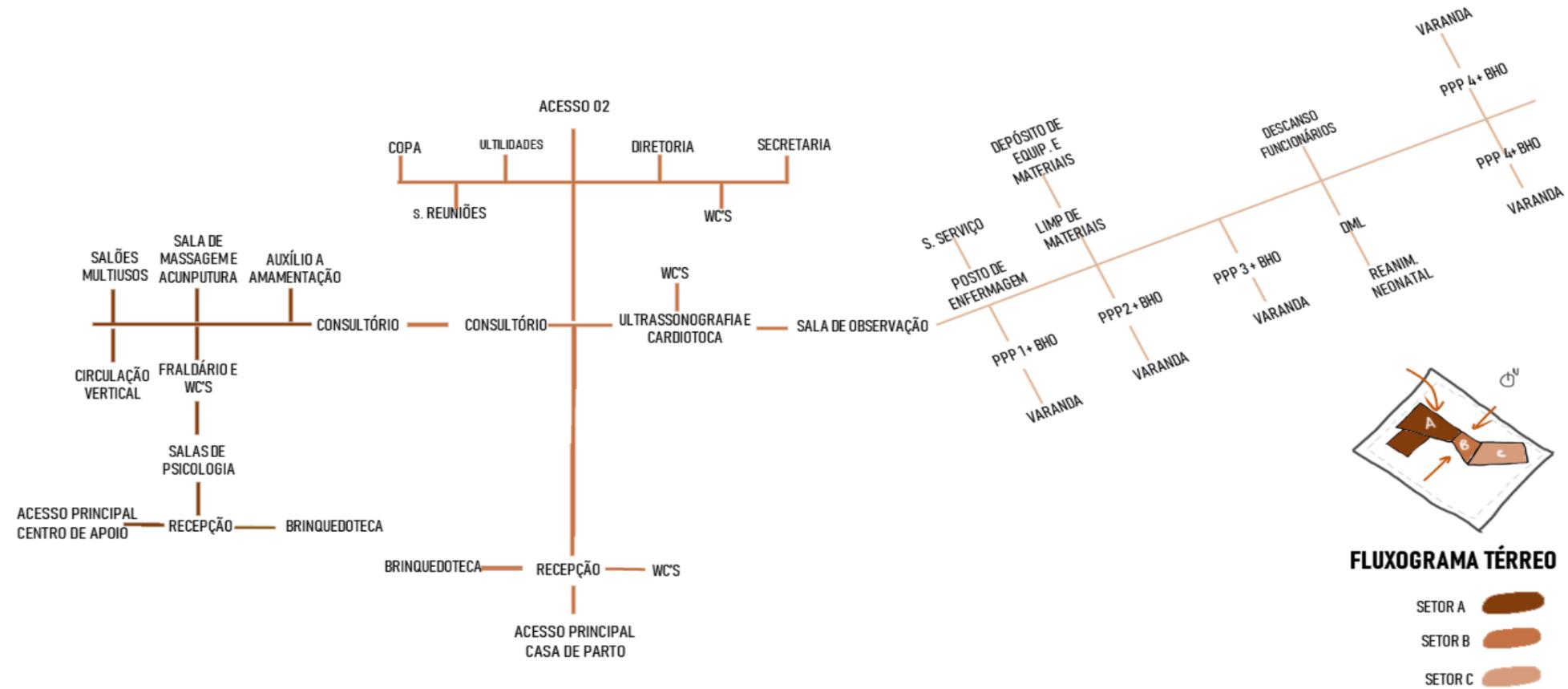
## 4.2 O fluxograma e setorização dos ambientes

Como explicado acima, a edificação se subdivide em dois centros principais, o de informação e apoio aos pais e a casa de parto normal. Dessa forma, o fluxograma foi pensado em três setores: sendo o setor A, o Centro de apoio e informação aos pais e doulas; o setor B, concentrando a entrada principal e os ambientes de conexão dos setores A e C, como recepção e acolhimento e a parte administrativa; e por fim, o setor C, correspondente aos ambientes que pertencem à casa de parto (ver figura 58).

Além disso, foi pensada em uma edificação predominantemente térrea, sendo assim, apenas o setor A possui mais um pavimento, o qual concentra sala de yoga, cafeteria, biblioteca e mirante (ver figura 59).

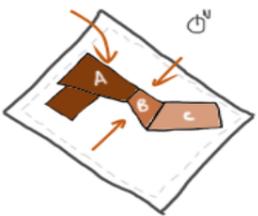
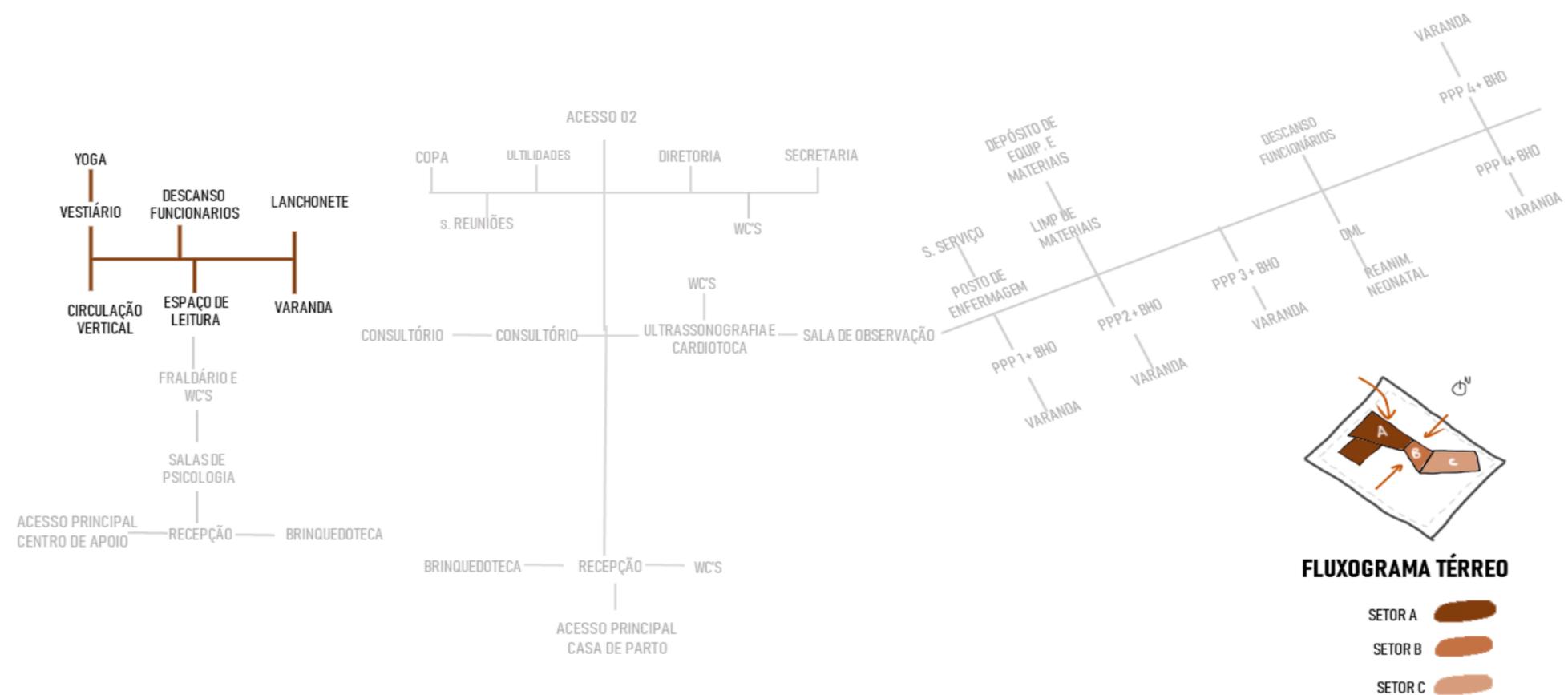
Figura 58: Fluxograma térreo da edificação. Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Figura 59: Fluxograma 1º pavimento da edificação. Fonte: Elaborado pela autora, 2020.



### FLUXOGRAMA TÉRREO

- SETOR A
- SETOR B
- SETOR C



### FLUXOGRAMA TÉRREO

- SETOR A
- SETOR B
- SETOR C

### 4.3 O Projeto: Estudos iniciais

Como explicado no decorrer do trabalho, a motivação do projeto surgiu de uma indagação e questionamentos de todo o processo de medicalização do parto, o qual saiu de um ambiente intimista, predominantemente feminino e domiciliar e foi transferido para um espaço hospitalar menos humanizado.

Sendo assim, esse projeto surge como uma tentativa de resgatar esse espaço inicial e propor um ambiente confortável para a realização do parto normal da forma mais agradável e humanizada possível, além de criar um espaço que fortaleça a troca de experiências e informações entre pais e doulas, como uma tentativa de fortalecer diálogos a respeito do parto, da maternidade e paternidade, tornando esses assuntos mais acessíveis.

Dessa forma, os estudos iniciais do projeto serão explicados por meio do conceito e partido arquitetônico adotado, os quais serão associados aos croquis iniciais de implantação e volumetria.

### 4.4 O Conceito

O parto é um fenômeno natural, o corpo da mulher é preparado durante toda a gestação para realizar esse ato, o ato de parir. Durante todo o período gestacional, o corpo vai se desenvolvendo e trabalhando para que o parto aconteça de forma natural, onde a **mulher seja ativa e protagonista** e onde a vontade e o tempo do bebê sejam respeitados.

No parto, a mulher se transforma, é muito comum ouvir nos relatos, mulheres se descrevendo naquele momento como selvagens, falando de uma **força** interna que jamais tinham vivenciado ou imaginado que existia. O parto é uma experiência única para cada mulher.

Além disso, o desenvolvimento do parto tem uma grande ligação com o psicológico e com o emocional da mulher, afinal, tudo no corpo está interligado. É aí que entra a importância da arquitetura, o espaço tem uma grande influência no bem-estar dos usuários e nesse momento tão único, não poderia ser

diferente, mesmo que indiretamente, a **arquitetura também exerce um papel importante no ato de nascer.**

Por esse motivo, é importante pensar em um lugar responsável por proporcionar aconchego e bem-estar e muitas vezes, o lugar que nos vem à mente é a nossa **casa**. E era em casa que a maioria dos partos eram realizados antigamente.

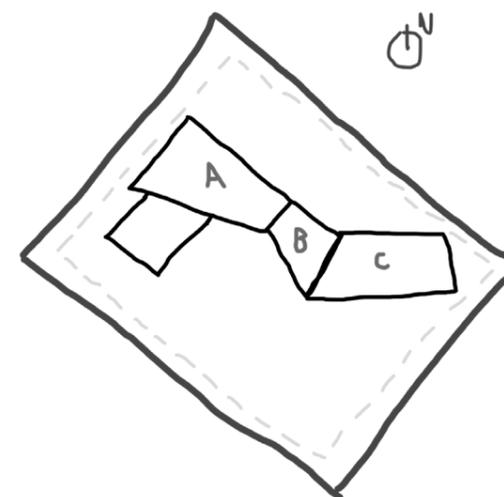
Sendo assim, o projeto tem como objetivo se aproximar dessa atmosfera de casa, tanto na sua forma e elementos quanto nas sensações que são traduzidas a partir deles e nas relações com o entorno que serão trabalhadas, visando proporcionar esse bem-estar e **sensação de tranquilidade.**

### 4.5. Partido Arquitetônico

No partido arquitetônico adotado, a força da mulher, a arquitetura como casa, na sua forma simples e pura, a criação de um espaço aconchegante e tranquilo e um espaço confortável ambientalmente foram os condicionantes nas decisões projetuais.

É muito comum retratar a mulher na arquitetura de uma forma mais sensível, valorizando e homenageando suas curvas. Porém, nesse projeto, a proposta consiste em homenagear e representar a força da mulher, a mulher selvagem que, muitas vezes, se descobre no parto, então, ao contrário de uma volumetria curvilínea, a proposta desse projeto consistiu em trazer uma volumetria com linhas e traços mais fortes e marcantes, afim de traduzir e representar essa força (ver figura 60).

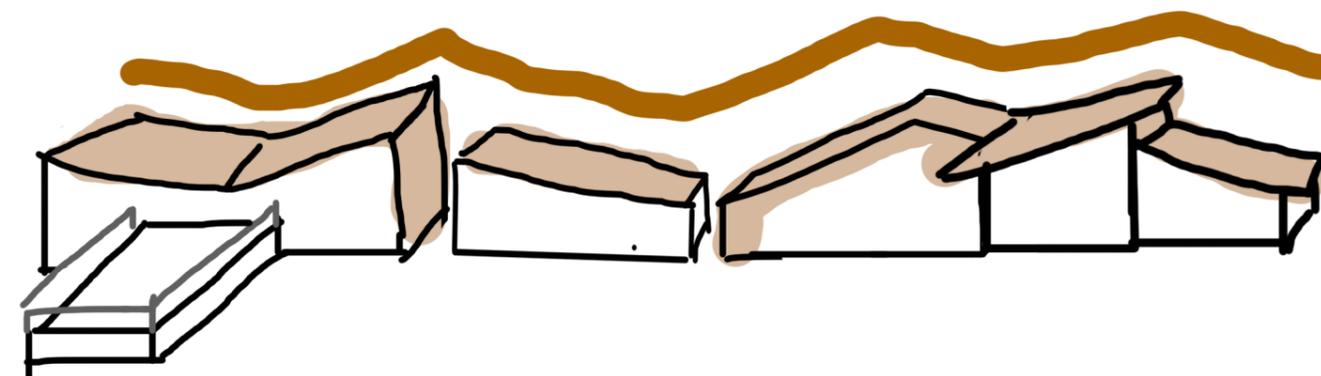
Figura 60: Desenho esquemático da edificação.  
Fonte: Elaborado pela autora, 2020.



Porém, sabe-se que muitas vezes, traços marcantes e mais retilíneos podem trazer uma certa frieza e uma atmosfera menos humanizada, por isso houve uma preocupação em outros aspectos, como gabarito da edificação, escolha de materiais e relação interno x externo como uma forma de proporcionar uma edificação acolhedora e receptiva para que ela seja humanizada por esses outros meios.

Nesse contexto, houve a intenção de trazer uma edificação com características que remetesse à casa, na sua forma mais simples. Por esse motivo, priorizou-se uma volumetria predominantemente horizontal, marcada por cobertas desencontradas (ver figura 61) que tivesse uma relação com o entorno e que se inserisse de forma mais harmônica nele, o qual se caracteriza por um gabarito predominantemente baixo e uso residencial.

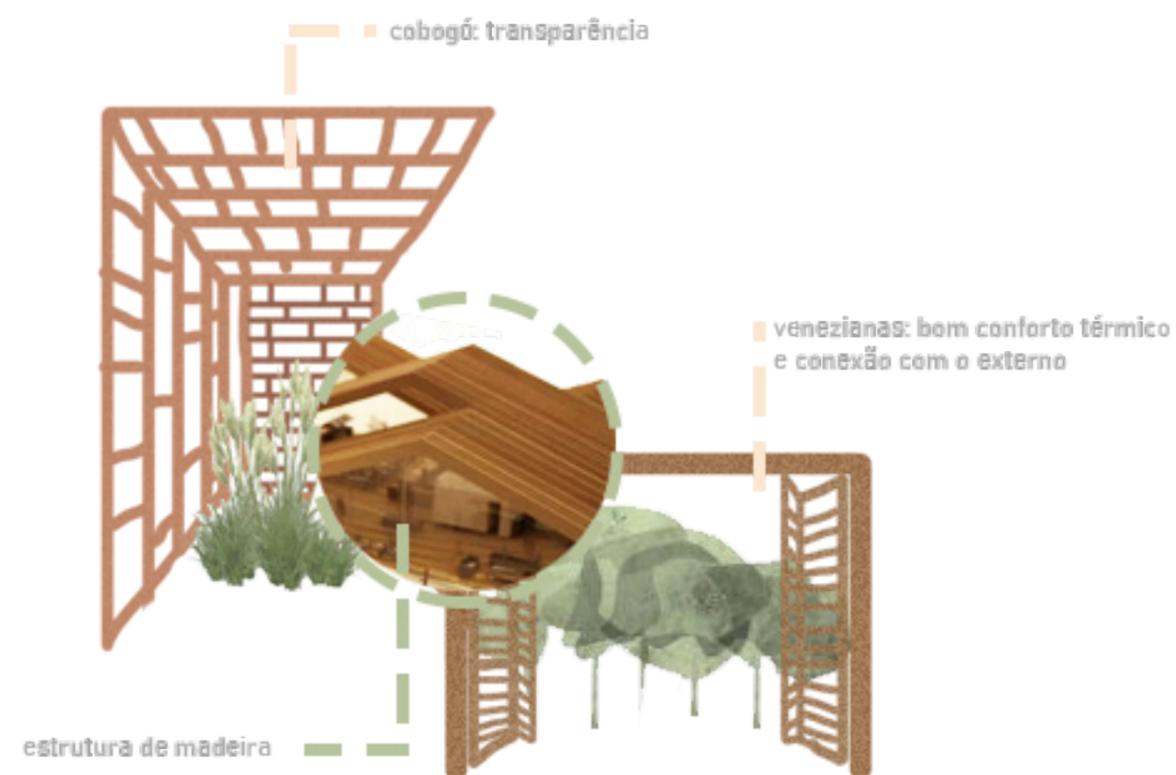
Figura 61: Estudo volumétrico da edificação.  
Fonte: Elaborado pela autora, 2020.



Além disso, outra preocupação foi priorizar o uso de materiais e elementos vernaculares, principalmente aqueles que estão ligados a imagem da casa e que possam contribuir fortemente para uma maior humanização da edificação, assim como um melhor microclima e uma maior relação com o espaço externo. Sendo eles, estrutura de madeira, cobogó e venezianas (ver figura 62).

As visadas, a relação entre o interno e externo e integração com a natureza também é um ponto muito relevante para decisões projetuais, tendo em vista que as paisagens naturais podem contribuir bastante para a humanização dos espaços. Sendo assim, foi escolhido utilizar esses materiais que mostrados acima, o qual permitem uma maior incidência de luz e ventilação natural, uma maior visibilidade para o externo, havendo uma maior conexão com ele e remetem a ideia de casa e do regionalismo.

Figura 62: Quadro de referências de elementos e materiais. Fonte: Elaborado pela autora, 2020.



#### 4.5.1. A implantação

A incidência de iluminação e ventilação natural são muito valorizadas em uma casa de parto, além disso, a tranquilidade para ajudar na criação de uma atmosfera mais aconchegante, então, a implantação foi pensada de forma a priorizar certos setores e ambientes em relação ao conforto ambiental, visuais e tranquilidade.

A edificação foi dividida, então, em três setores, sendo o setor A, o Centro de apoio e informação aos pais e doulas; o setor B, concentrando a entrada principal, ambientes de conexão dos setores A e C, como recepção e acolhimento e a parte administrativa; e por fim, o setor C, correspondente a casa de parto (ver figura 63).

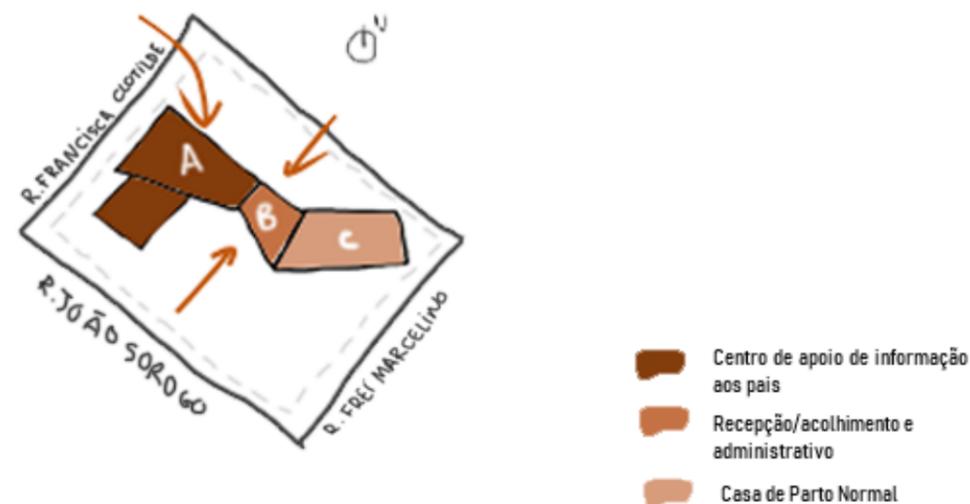


Figura 63: Setorização esquemática da edificação.  
Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

A edificação foi implantada de forma a ter suas maiores fachadas no sentido norte e sul, e priorizando a localização de certos ambientes para receber a ventilação predominante advinda do Sudeste, afim de favorecer um melhor conforto ambiental.

O Centro de Informação e Apoio aos pais e doulas (setor A) ficou localizado na esquina mais a oeste do terreno, próximo às ruas Francisca Clotilde e João Sorongo, as quais parecem ser mais movimentadas que a Rua Marcelino.

Nesse setor concentram-se atividades como yoga, massagem, acupuntura, apoio a amamentação e espaços para a realização de workshops e rodas de conversas. Além disso, pensou-se em uma cafeteria e uma biblioteca para proporcionar momentos de descontração.

Pensando na sua maior proximidade com o lado oeste, foi previsto uma espécie de mirante que pode ser usado tanto para atividades externas como uma extensão da cafeteria, o qual teria vista tanto para o pôr do sol como para a lagoa localizada próximo ao terreno (ver figura 64).

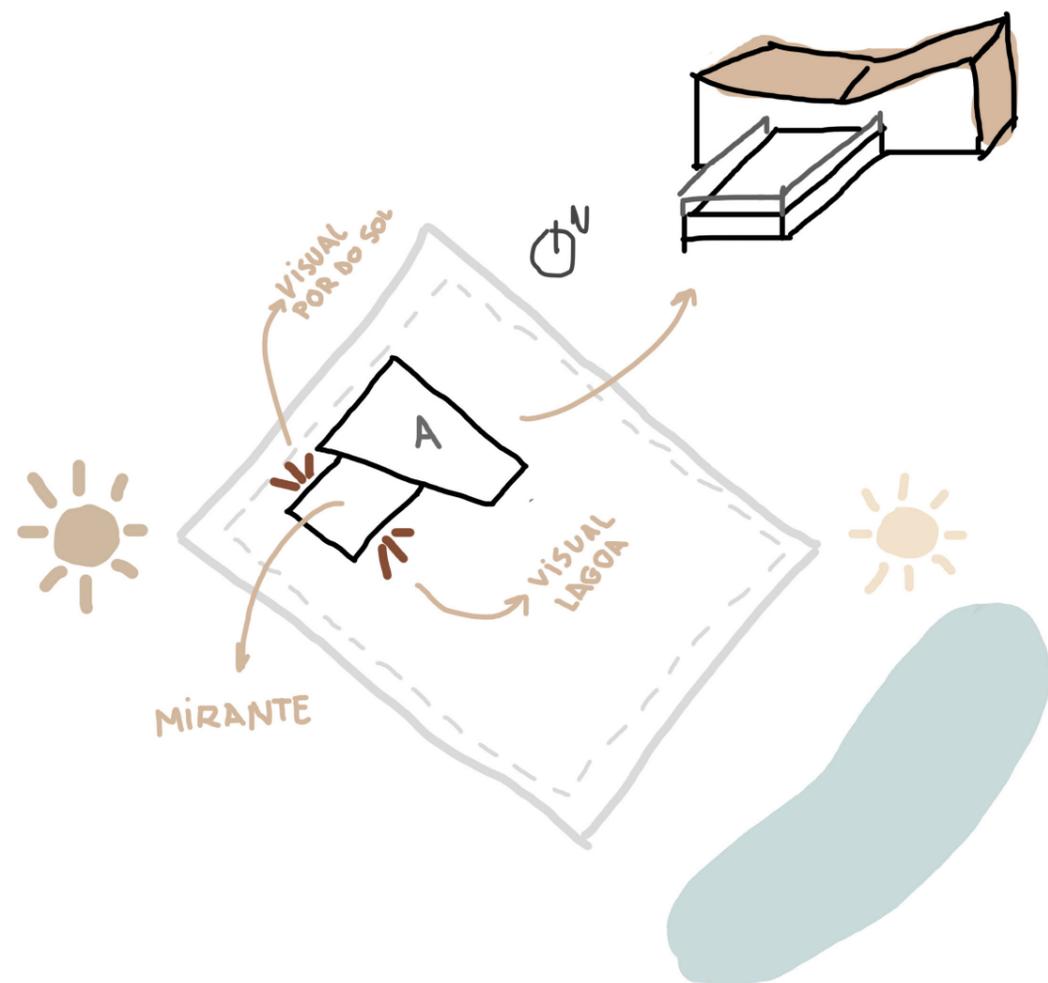
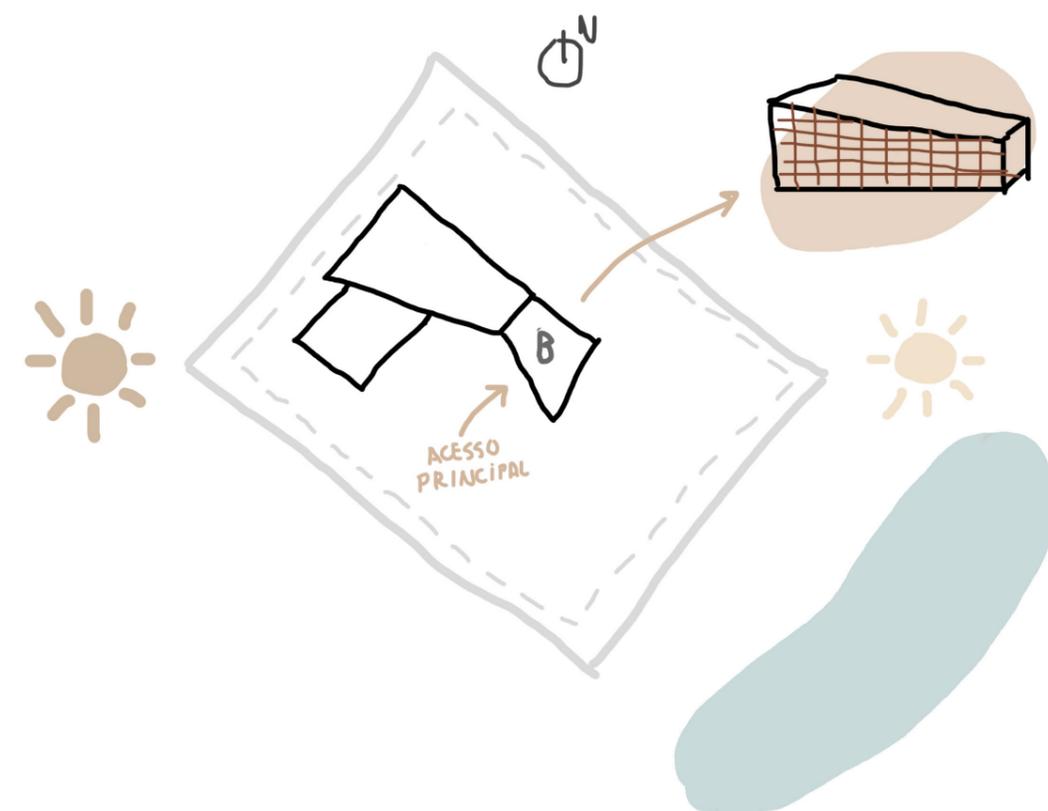


Figura 64: Estudo esquemático do setor A.  
Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

No bloco central, setor B, que marca a entrada principal, concentram-se ambientes que conectam os setores A e C, como sala de acolhimento/recepção, além dos ambientes administrativos e alguns ambientes da casa de parto, como consultórios (ver figura 65).

Figura 65: Estudo esquemático do setor B.  
Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

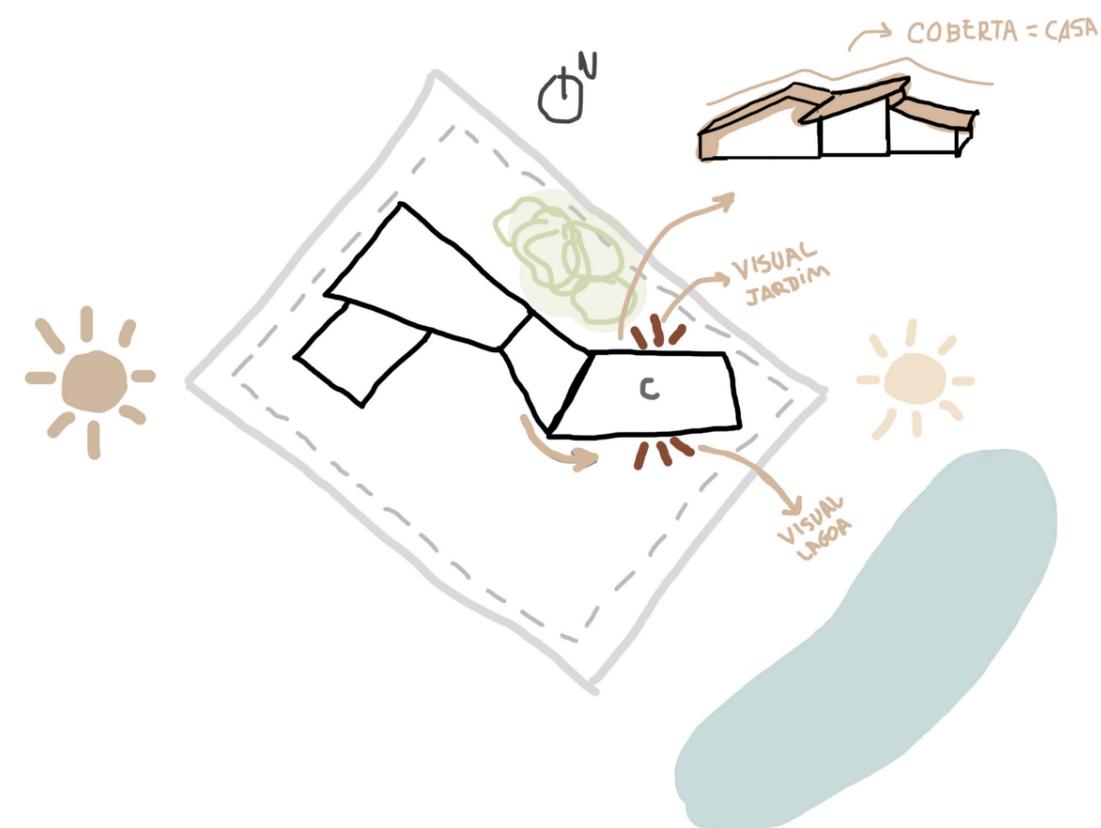


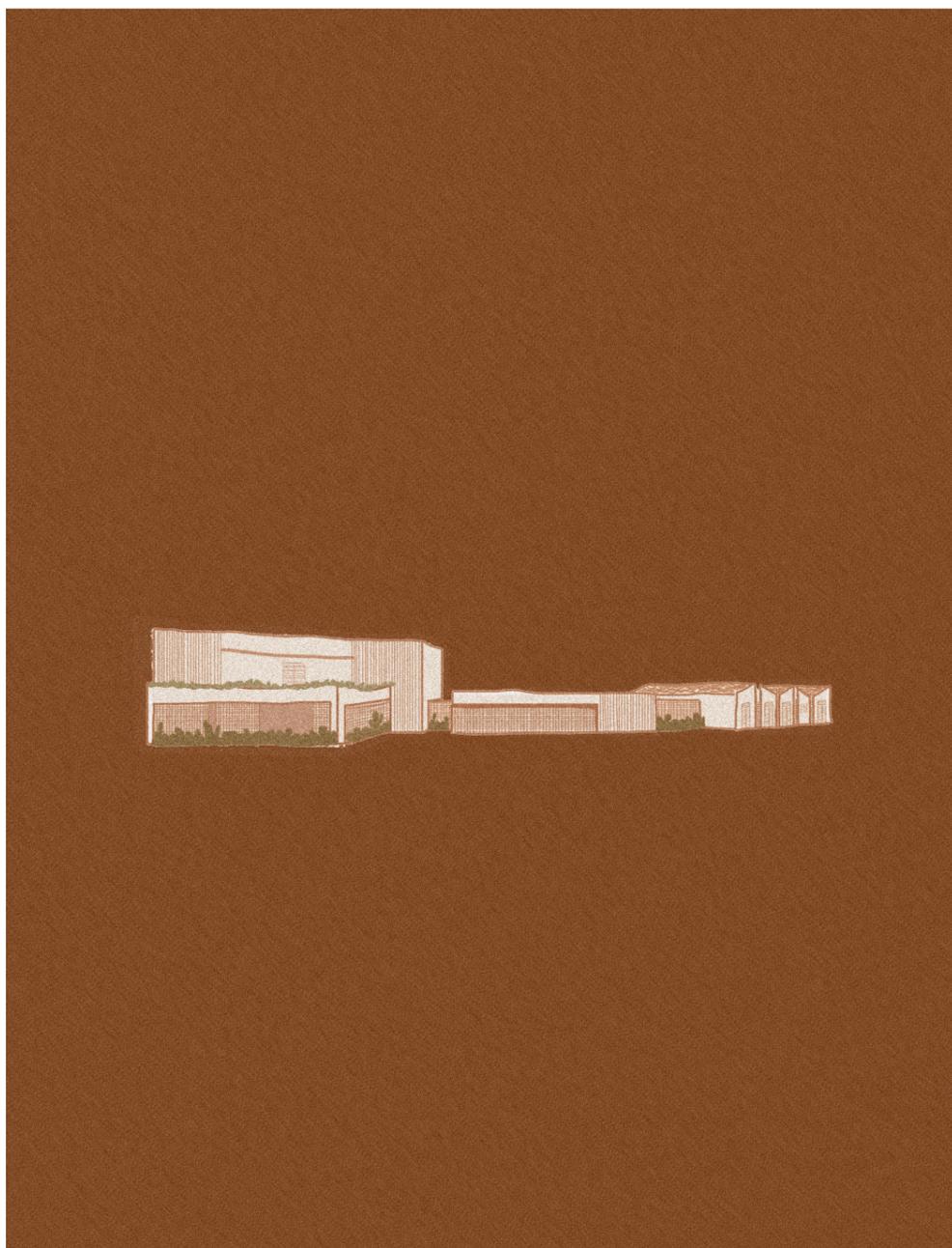
Por fim, a casa de parto normal (setor C) foi a que teve uma maior prioridade da implantação, tendo em vista que fatores como iluminação, ventilação natural e tranquilidade são importantes para esse tipo de edificação.

Sendo assim, a casa de parto foi implantada na área mais privilegiada do terreno. O bloco do setor foi inteiro rotacionado afim de receber uma melhor ventilação, a advinda do Sudeste e voltar seus visuais para a lagoa. Dessa forma, os quartos PPP (pré parto, parto e pós-parto) teriam uma melhor paisagem para contemplar (ver figura 66).

Além disso, a ideia é deixar a volumetria da casa de parto ainda mais marcada e semelhante a uma casa para que seja fácil de identificar e possível de passar a sensação de estar em um ambiente familiar.

Figura 66: Estudo esquemática do setor C.  
Fonte: Elaborado pela autora, 2020.





# 05

## Memorial Projetual

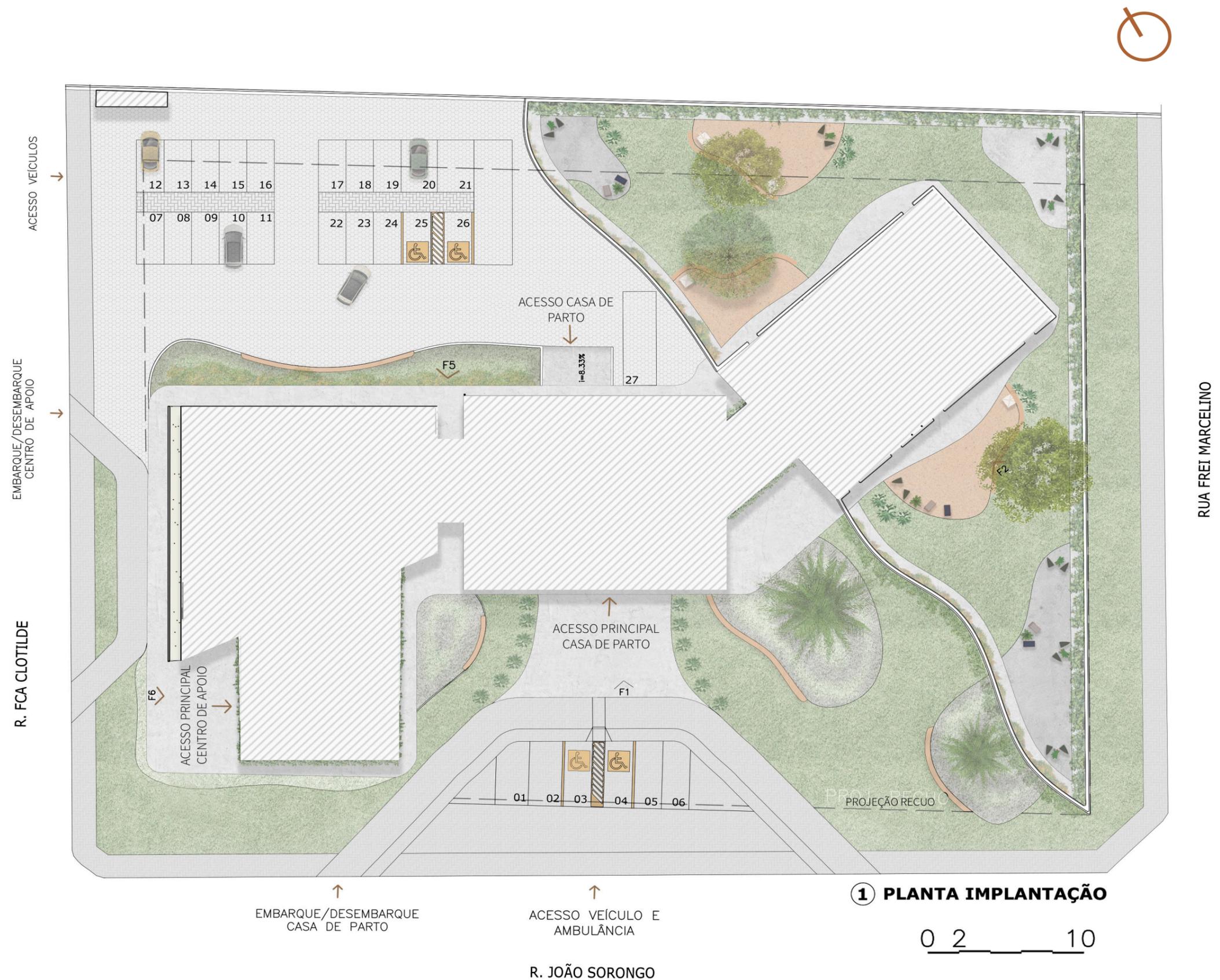
-

### 5.1. A implantação

O projeto, localizado no bairro Rodolfo Téofilo, fica situado no quadrante das ruas Francisca Clotilde, João Sorongo e Frei Marcelino, tendo proximidade com um forte elemento, a lagoa de Porangabussu.

A edificação foi implantada de forma a concentrar os acessos pelas ruas Francisca Clotilde e João Sorongo, os quais estão divididos entre os setores de forma independente. A decisão projetual de não colocar acessos pela rua Frei Marcelino, que fica ao lado da lagoa, teve como objetivo isolar o bloco da casa de parto, fortalecendo assim a tranquilidade daquela região (Ver figura 67).

Figuras 67: Planta de Implantação.  
Fonte: Elaborado pela autora, 2021.



Nessa perspectiva, o acesso principal da casa de parto está localizado na rua João Sorongo, o qual possui embarque e desembarque, acesso de pedestres e 6 vagas para veículos sendo duas reservadas para deficientes.

Já na rua Francisca Clotilde, há o acesso independente para o centro de apoio e informação, acompanhado do embarque e desembarque desse setor e por fim, o acesso de veículos para o estacionamento da edificação, o qual possui 21 vagas, sendo duas para portadores de deficiência, duas para ambulância e uma para carga e descarga, localizada mais perto da entrada secundária da casa de parto.

Quanto ao paisagismo, o partido adotado foi o uso de formas mais orgânicas, visando uma maior humanização dos espaços livres e um maior contraste com a edificação, a qual é marcada por traços fortes e mais retilíneos.

O terreno é praticamente aberto, livre de vedações e barreiras físicas, a fim de estimular uma maior conexão com o entorno. Porém, foi uma decisão projetual criar uma barreira física e visual apenas na área conformada pelo grande jardim interno destinado ao uso coletivo das gestantes durante o trabalho de parto e pós-parto, objetivando uma maior privacidade para as usuárias. Para isso, o elemento escolhido foi o brise de concreto instalado em uma altura de 2 metros em conjunto com espécies arbustivas, sendo elas: a Pinanga de Coroa e Clorofito na área externa; e a Alpínia na área interna.

Para respeitar o contexto local, as vegetações escolhidas são predominantemente tropicais e bastante utilizadas no Brasil. Sendo as espécies de pequeno porte: Suculenta espiral, Clorofito, Dracena compacta, Agave-dragão, Abacaxi-roxo e Alpínia. As de médio porte: Mandacaru, Avelós, Pássaro de fogo e Pinanga Coroa. E, por fim, a Andiroba e a Árvore do viajante, de grande porte (Ver figura 68).

No jardim destinado às gestantes e funcionárias, foram projetados caminhos, margeando a vedação e a edificação, além de áreas de estar com mobiliários diversos, sendo eles: bancos, redes, espreguiçadeiras e mesas com guarda-sol, como uma forma de atrair as usuárias e gerar um espaço de qualidade e bem-estar para elas.



Figuras 68: Espécies utilizadas no projeto. Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

## 5.2 Térreo e Primeiro Pavimento

Como explicado anteriormente, a edificação foi dividida em três setores, sendo eles: Centro de apoio e informação (A), Acolhimento e Recepção (B) e a Casa de Parto Normal (B) (ver figura 69).

Figuras 69: Planta-baixa térreo setorizada.  
Fonte: Elaborado pela autora, 2021.



01 RECEPÇÃO	A= 84.64M <sup>2</sup>	15 WC 8	A= 03.45 M <sup>2</sup>	29 LIXO GERAL E HOSPITALAR	A = 02.22 M <sup>2</sup>
02 SALA PSICOLOGIA	A=13.70M <sup>2</sup>	16 ULTRASSOM/CARDIOTOCCO	A=14.20M <sup>2</sup>	30 GÁS	A = 02.22 M <sup>2</sup>
03 SALA PSICOLOGIA	A=08.81M <sup>2</sup>	17 OBSERVAÇÃO	A = 10.58 M <sup>2</sup>	31 WC PRIVATIVO PPP	A = 04.75 M <sup>2</sup>
04 WC 03	A=03.76M <sup>2</sup>	18 COPA	A= 08.34 M <sup>2</sup>	32 PPP 01	A = 21.52 M <sup>2</sup>
05 WC 02	A=03.76M <sup>2</sup>	19 WC 04	A=04.17M <sup>2</sup>	33 PPP 02	A = 26.85 M <sup>2</sup>
06 FRALDÁRIO	A= 05.38M <sup>2</sup>	20 WC 05	A=04.17M <sup>2</sup>	34 PPP 03	A = 27.10 M <sup>2</sup>
07 SALÃO MULTIUSO	A= 57.20M <sup>2</sup>	21 UTILIDADES	A = 07.52 M <sup>2</sup>	35 DML	A = 02.56 M <sup>2</sup>
08 MASSAG. ACUPUNTURA	A=30.35M <sup>2</sup>	22 DIRETORIA	A = 09.00 M <sup>2</sup>	36 REANIMAÇÃO NEONATAL	A = 20.63 M <sup>2</sup>
09 WC 01	A=03.45 M <sup>2</sup>	23 SALA REUNIÕES	A = 09.00 M <sup>2</sup>	37 PPP COM BANHEIRA	A = 26.90 M <sup>2</sup>
10 AUX. AMAMENT.	A= 37.70 M <sup>2</sup>	24 SECRETRARIA	A = 09.00 M <sup>2</sup>	38 ANTE-SALA	A = 06.00 M <sup>2</sup>
11 CONSULTÓRIO	A=15.00 M <sup>2</sup>	25 POSTO ENFERMAGEM	A = 08.62 M <sup>2</sup>	39 WC PRIVATIVO	A = 04.81 M <sup>2</sup>
12 RECEPÇÃO	A = 85.45 M <sup>2</sup>	26 SALA DE SERVIÇO	A = 07.48 M <sup>2</sup>	40 VESTIÁRIO	A = 08.90 M <sup>2</sup>
13 WC 6	A = 3.45 M <sup>2</sup>	27 MATERIAIS LIMPOS	A = 07.60 M <sup>2</sup>	41 DESCANSO FUNCION.	A = 23.34 M <sup>2</sup>
14 WC 7	A = 3.45 M <sup>2</sup>	28 LAVAGEM DE MATERIAIS	A = 14.34 M <sup>2</sup>	42 DORMITÓRIO FUNCION.	A = 07.72 M <sup>2</sup>
				43 COPA	A = 07.15 M <sup>2</sup>

0 2 10

1 PLANTA BAIXA TÉRREO

Dessa forma, o centro de apoio e informação fica localizado na parte esquerda da edificação, tendo uma entrada principal e recepção independentes. Logo após a recepção, ficam localizados os consultórios de psicologia, sendo eles climatizados artificialmente e projetados em volumes separados, visando uma maior privacidade sonora.

Como essas salas são importantes para trabalhar a saúde mental, esses ambientes foram pensados em conjunto com as vegetações presentes no interior da edificação, tendo suas esquadrias voltadas para o jardim interno, como uma forma de estimular o contato humano com a natureza e contribuir para o bem-estar das usuárias, por meio de uma atmosfera mais humanizada.

Além disso, por essas salas serem separadas umas das outras, bancos foram locados como uma forma de barrar indiretamente o acesso dos usuários ao jardim, garantindo assim a privacidade almejada e permitindo um acesso apenas para manutenção (Ver figura 70).

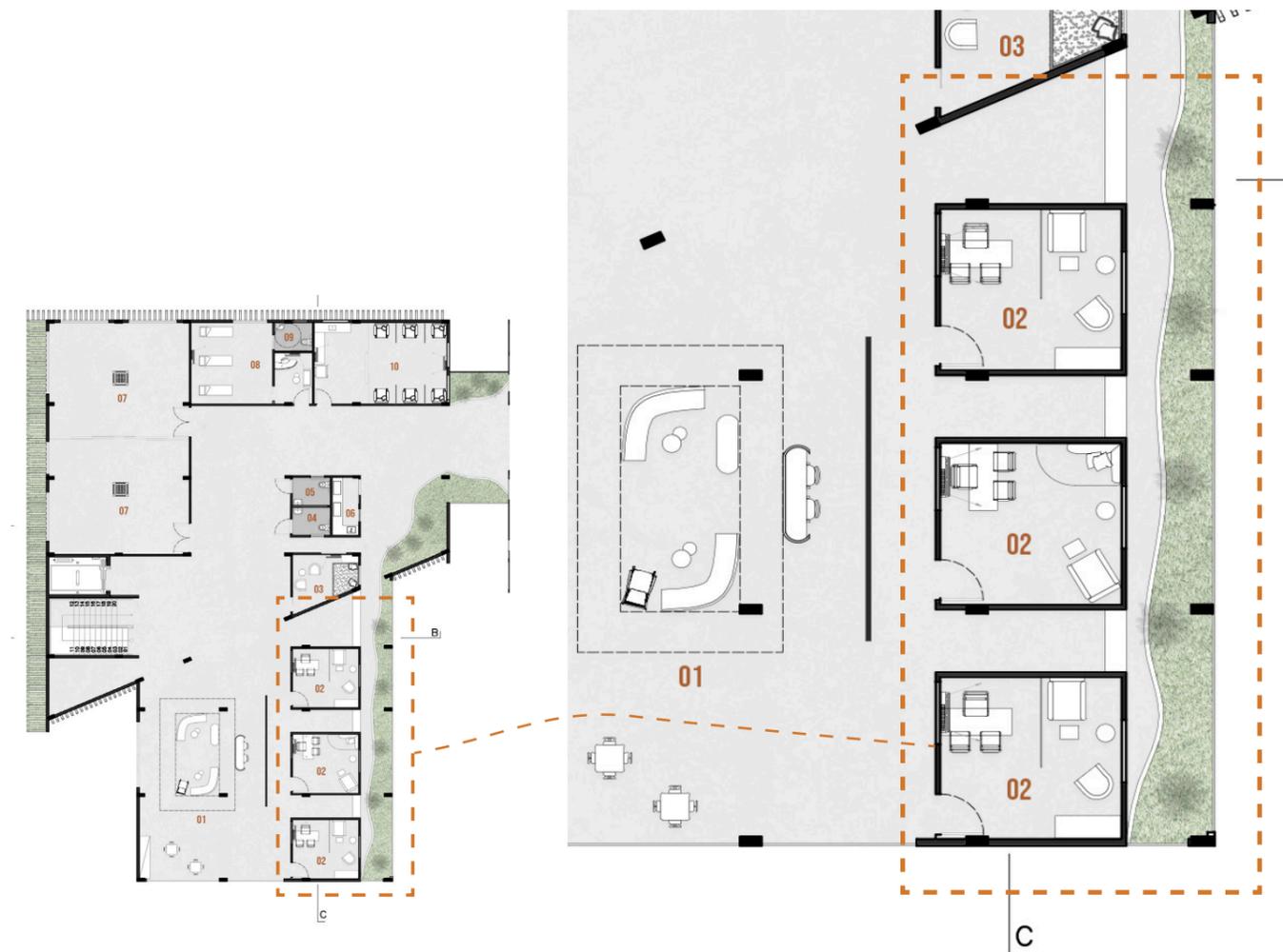
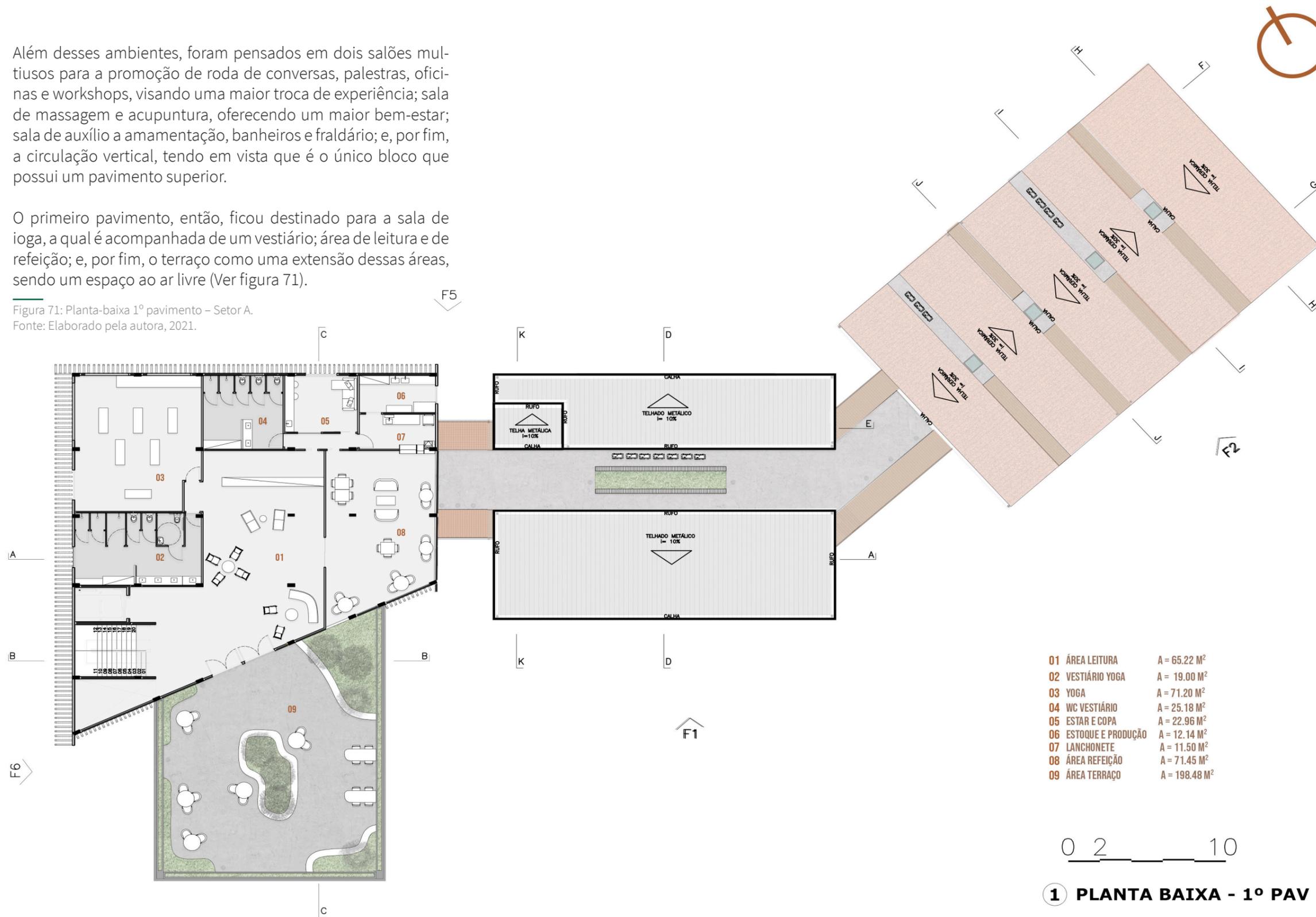


Figura 70: Planta-baixa térreo – Setor A.  
Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Além desses ambientes, foram pensados em dois salões multiusos para a promoção de roda de conversas, palestras, oficinas e workshops, visando uma maior troca de experiência; sala de massagem e acupuntura, oferecendo um maior bem-estar; sala de auxílio a amamentação, banheiros e fraldário; e, por fim, a circulação vertical, tendo em vista que é o único bloco que possui um pavimento superior.

O primeiro pavimento, então, ficou destinado para a sala de ioga, a qual é acompanhada de um vestiário; área de leitura e de refeição; e, por fim, o terraço como uma extensão dessas áreas, sendo um espaço ao ar livre (Ver figura 71).

Figura 71: Planta-baixa 1º pavimento – Setor A.  
Fonte: Elaborado pela autora, 2021.



É importante ressaltar que as fachadas voltadas para o oeste estão concentradas nesse setor. Dessa forma, usos de elementos arquitetônicos específicos foram adotados para uma maior proteção solar, sendo eles: a segunda parede feita em ripado metálico, a qual protege a parede interna da incidência solar direta (ver figura 72 e 73) e o uso do tijolo maciço com composição que funciona como uma espécie de elemento vazado, pois é assentado a partir de uma paginação ora cobogó, ora alvenaria (ver figura 74).

Figura 72: Segunda parede em planta - baixa (Setor A). Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Figura 73: Fachada 05. Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

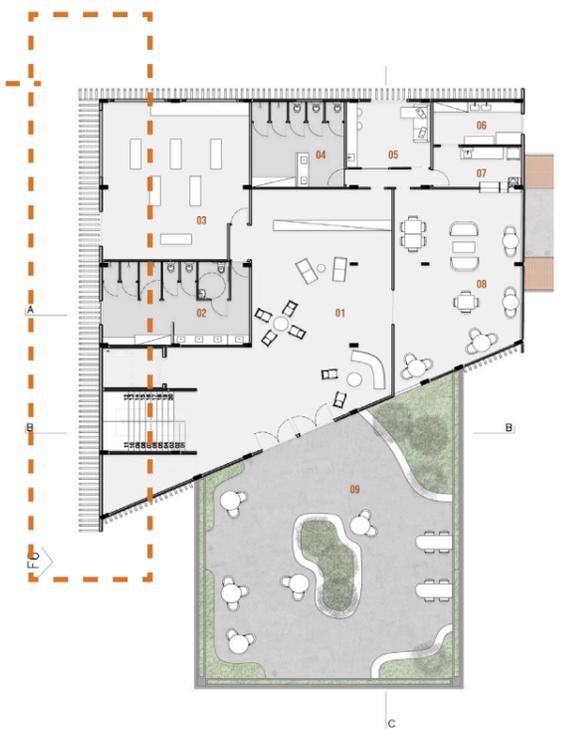
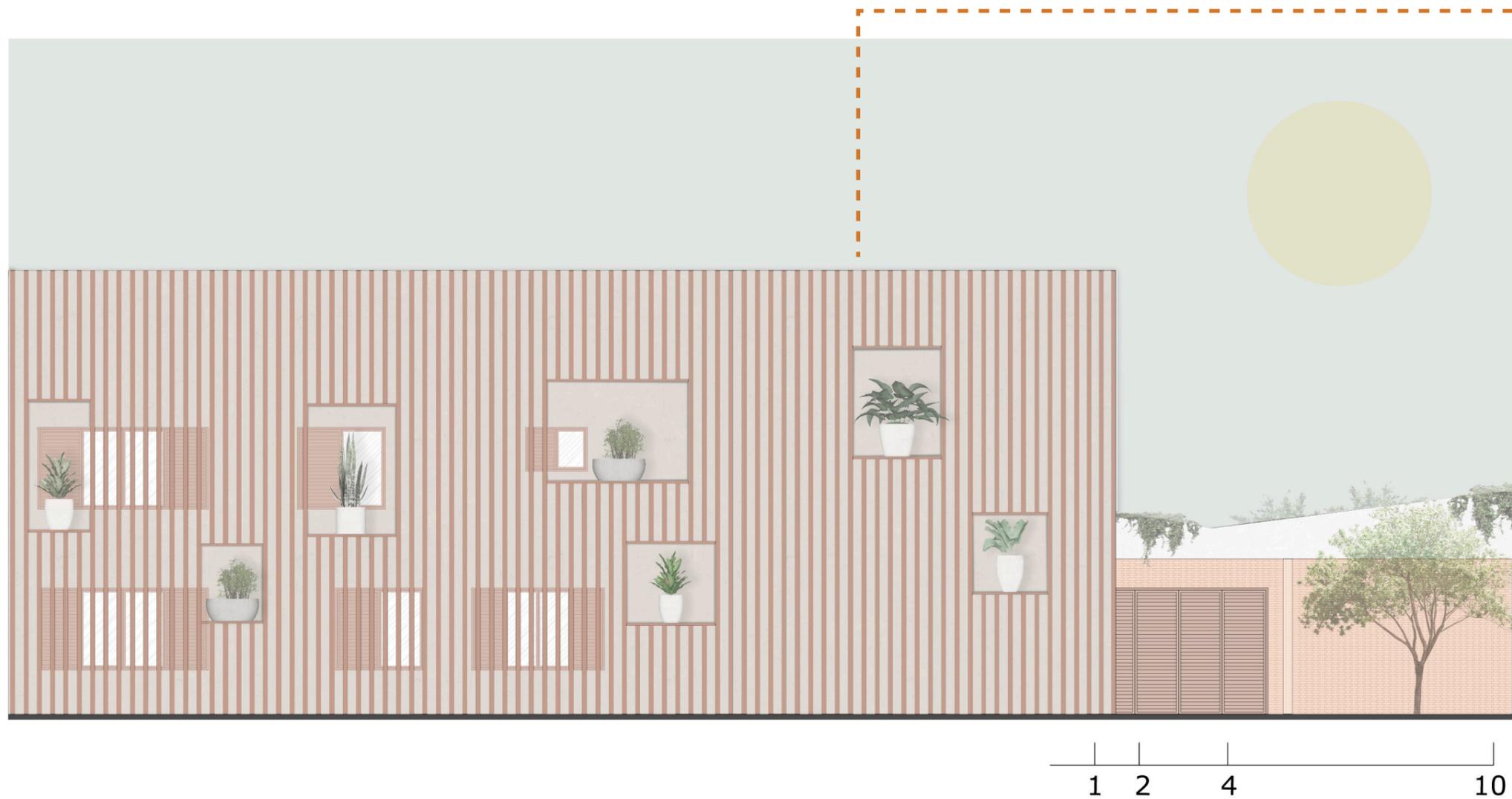




Figura 74: Fachadas 01  
Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

1 2 4 10

O setor B, que é o setor de acolhimento e recepção da casa de parto, possui uma entrada principal com outra recepção de acesso independente.

Ao lado esquerdo, ficam os consultórios destinados ao atendimento das gestantes, os quais possuem janelas voltadas para o jardim interno, que tem acesso limitado apenas para manutenção, decisão projetual esta que tem como objetivo permitir o uso da ventilação e iluminação natural, porém, sem abrir mão da privacidade.

Já ao lado direito, ficam concentrados os banheiros, sendo todos eles acessíveis e com espaço de fraldário, além da sala de observação e sala de exames de ultrassonografia e cardiotoco (ver figura 75).

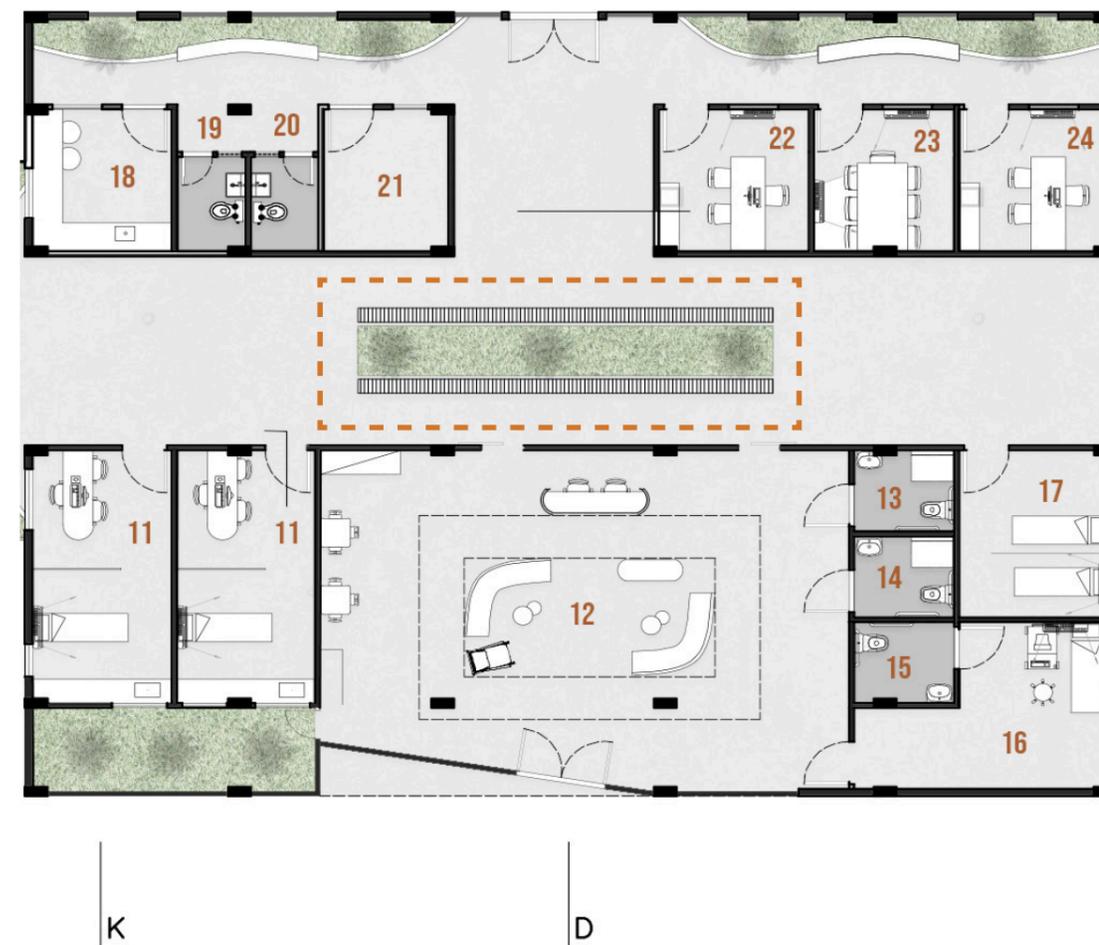
Figura 75: Planta-baixa térreo – Setor B.  
Fonte: Elaborado pela autora, 2021.



Na parte de trás da edificação, estão locados: o setor administrativo, com secretaria, diretoria, sala de reuniões; e as salas de serviço, com utilidades, copa e banheiros, havendo também uma entrada secundária para o bloco.

Vale destacar que, nesse setor, as paredes externas são marcadas por aberturas de tijolo maciço com uma composição de cobogó, visando um melhor aproveitamento de ventilação e iluminação natural. Além disso, no corredor principal, há um jardim de chuva central, pensado para reutilizar as águas pluviais presente no primeiro semestre do ano na manutenção parcial dos jardins internos (ver figura 76).

Figura 76: Jardim de chuva – Setor B.  
Fonte: Elaborado pela autora, 2021.



É importante perceber a presença marcante da vegetação permeando todo o interior do edifício, sendo uma decisão projetual para fortalecer ainda mais a humanização dos espaços.

Nesse contexto, uma escolha muito forte para o projeto, foram os corredores entre os blocos serem marcados por vegetação e aberturas laterais e zenitais conformadas por tijolo maciço composto como cobogó (ver figura 77).

Figura 77: Planta-baixa térreo destacando conexões. Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

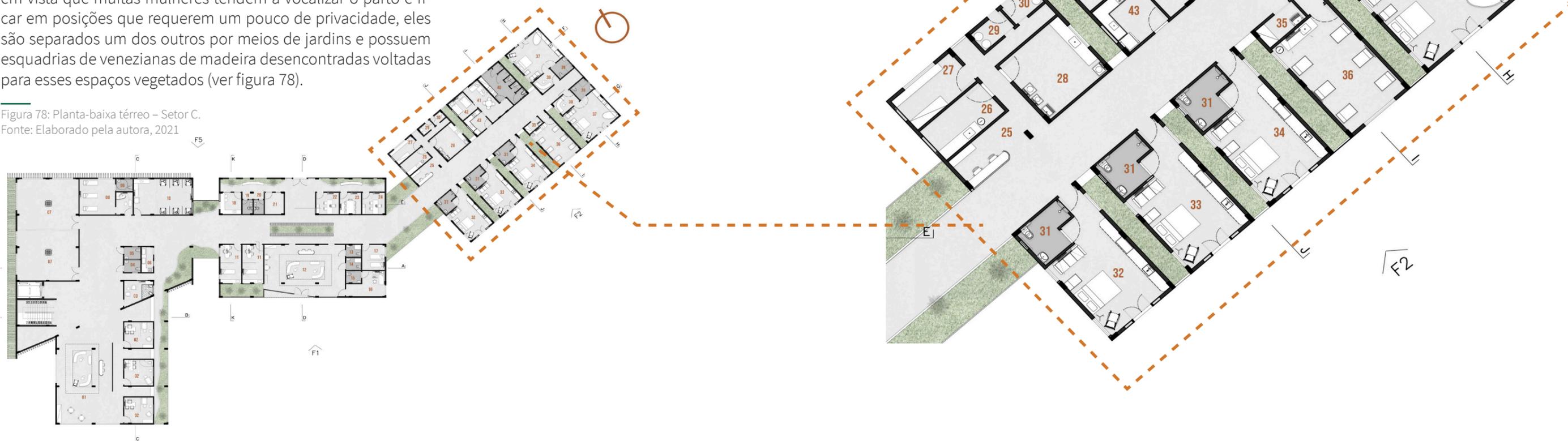


Quanto ao setor C, onde ficam os quartos PPP (Pré-parto, parto e pós-parto), a entrada é realizada apenas pelo setor B, sendo seu acesso, propositalmente, mais restrito.

O posto de enfermagem fica logo na entrada do bloco para facilitar o direcionamento dos usuários e os quartos PPP são localizados, predominantemente, na fachada sudeste, a fim de receber uma maior ventilação e ter melhores visuais. Eles são totalizados em 5 quartos, nos quais 3 não há banheiras e 2 possuem banheiras e antessalas destinadas à área de estar para familiares. Todos os quartos possuem banheiros privativos.

Os quartos foram projetados seguindo o mesmo raciocínio dos consultórios de psicologia. Como uma forma de garantir uma maior privacidade sonora e visual para as parturientes, tendo em vista que muitas mulheres tendem a vocalizar o parto e ficar em posições que requerem um pouco de privacidade, eles são separados um dos outros por meios de jardins e possuem esquadrias de venezianas de madeira desencontradas voltadas para esses espaços vegetados (ver figura 78).

Figura 78: Planta-baixa térreo – Setor C.  
Fonte: Elaborado pela autora, 2021



O acesso aos jardins internos também é restrito apenas para a manutenção, tendo bancos como barreiras físicas e que funcionam como área de espera no corredor principal.

A espécie escolhida para compor esse espaço foi a Clorofito, a qual, segundo o Green Me (2019), é uma planta ornamental de luz indireta muito utilizada no Brasil, de fácil manutenção e responsável por purificar o ar, ajudando a eliminar substâncias nocivas.

Outra solução de aproximação com a natureza e humanização se dá por meio do grande jardim coletivo, voltado para a área de deambulação das gestantes ao ar livre, ato importante para contribuir para a evolução do trabalho de parto e para momentos de descanso durante o pré e pós-parto.

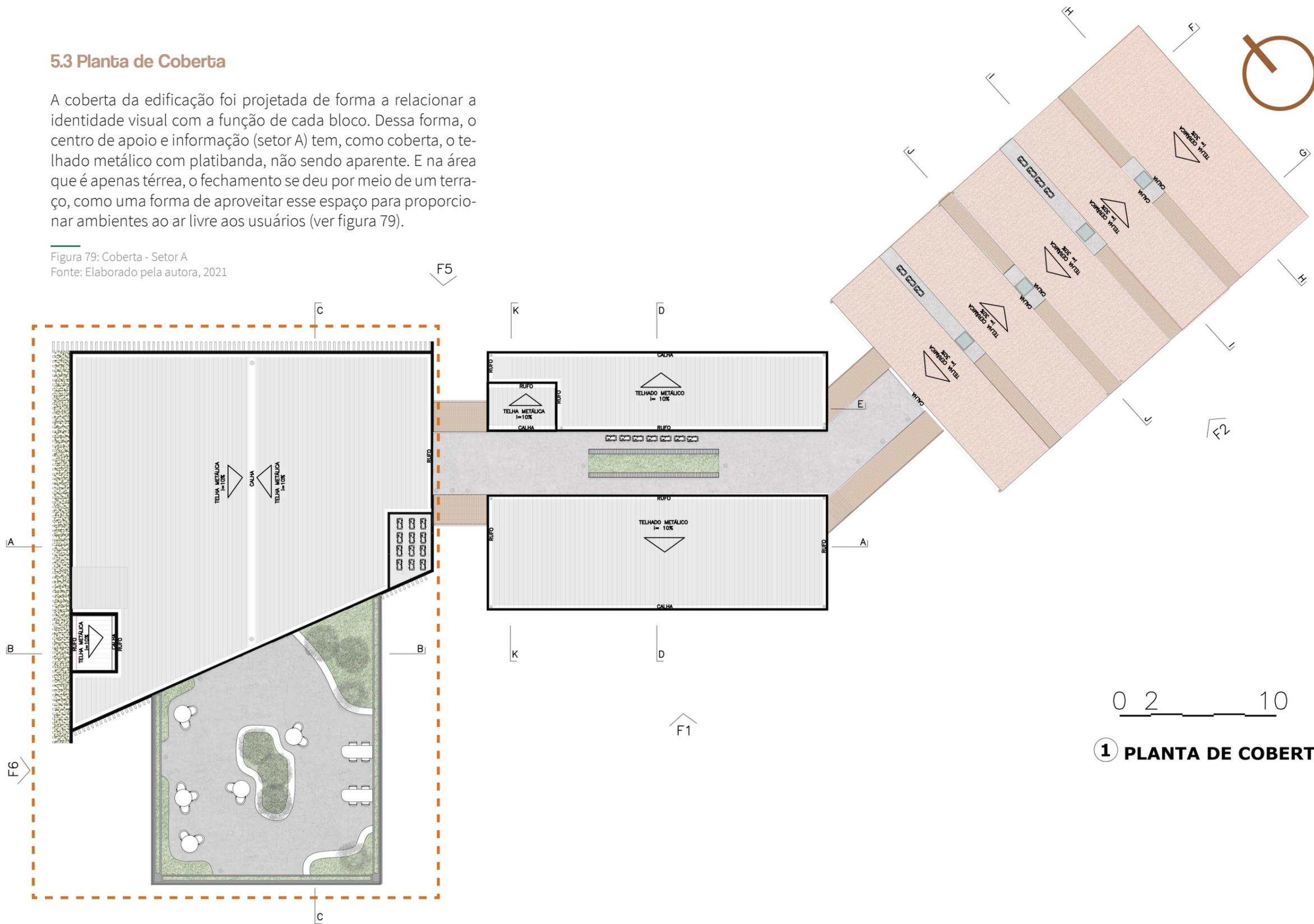
O conforto térmico foi uma prioridade projetual, visando criar espaços mais sustentáveis e mais atrativos. Dessa forma, as esquadrias utilizadas na edificação foram predominantemente venezianas de madeira e algumas delas em conjunto com bandeirolas; tijolo maciço composto como cobogó nas fachadas, facilitando a entrada de iluminação e ventilação natural de forma indireta; e, por fim, as aberturas zenitais que foram soluções adotadas nos corredores conectivos dos blocos, no setor B, como já explicado anteriormente, e no setor C.

Nesse contexto, as aberturas zenitais do setor C são conformadas por meio de tijolos maciço paginados como cobogó, os quais estão voltados para os jardins internos, e por meio de claraboias no corredor principal, contribuindo, assim, para a incidência de iluminação natural.

### 5.3 Planta de Coberta

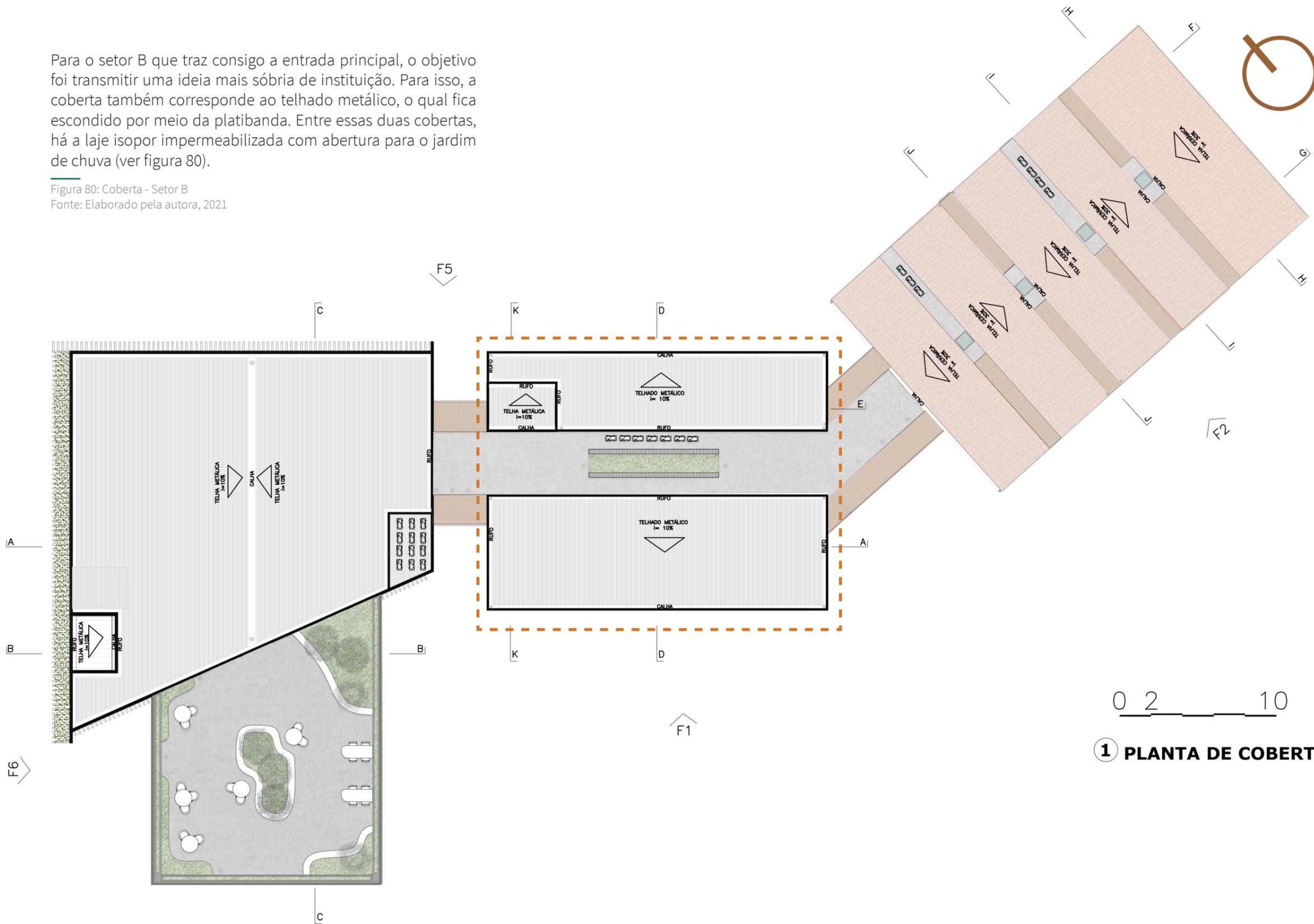
A cobertura da edificação foi projetada de forma a relacionar a identidade visual com a função de cada bloco. Dessa forma, o centro de apoio e informação (setor A) tem, como cobertura, o telhado metálico com platibanda, não sendo aparente. E na área que é apenas térrea, o fechamento se deu por meio de um terraço, como uma forma de aproveitar esse espaço para proporcionar ambientes ao ar livre aos usuários (ver figura 79).

Figura 79: Coberta - Setor A  
Fonte: Elaborado pela autora, 2021



Para o setor B que traz consigo a entrada principal, o objetivo foi transmitir uma ideia mais sóbria de instituição. Para isso, a coberta também corresponde ao telhado metálico, o qual fica escondido por meio da platibanda. Entre essas duas cobertas, há a laje isopor impermeabilizada com abertura para o jardim de chuva (ver figura 80).

Figura 80: Coberta - Setor B  
 Fonte: Elaborado pela autora, 2021

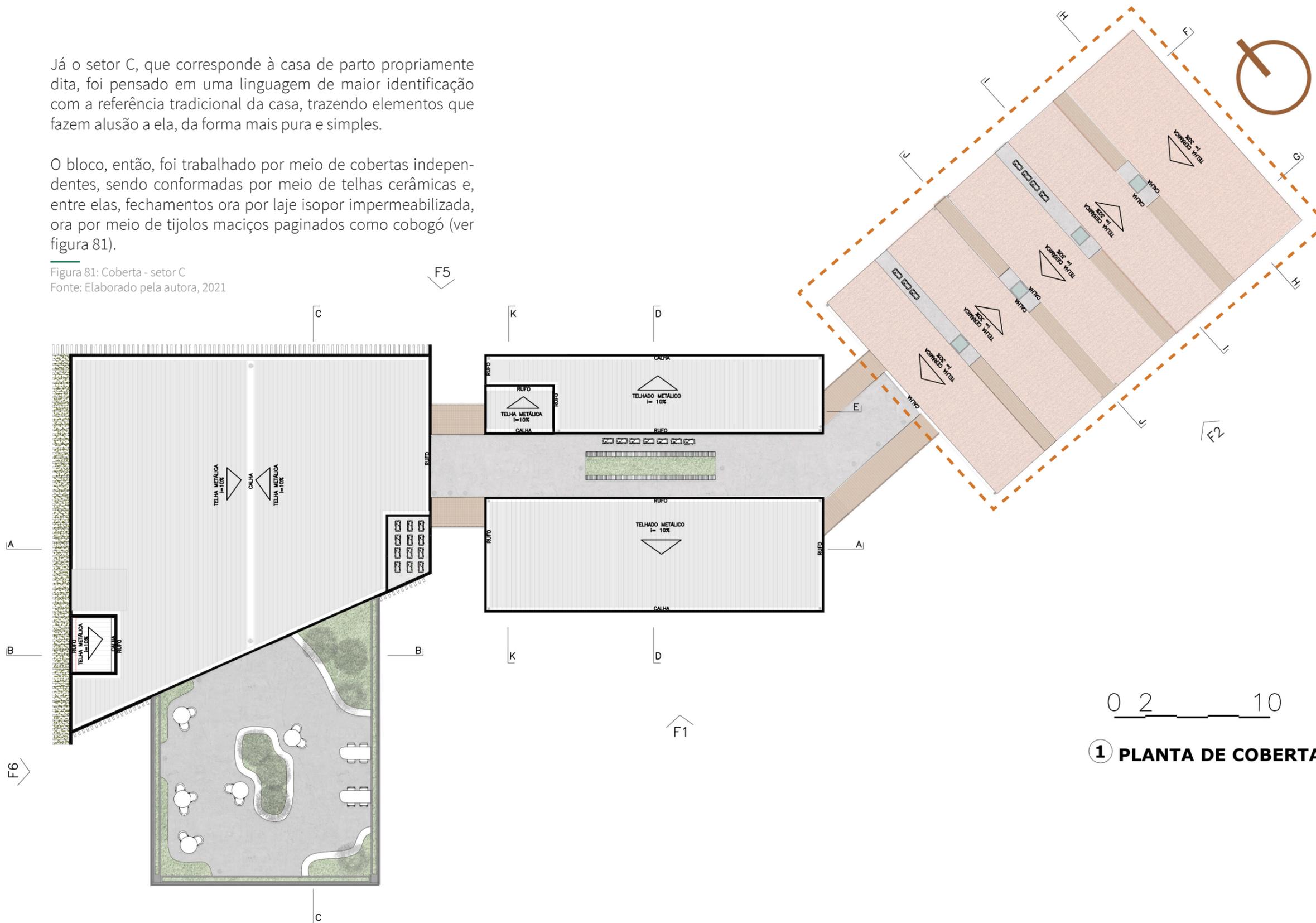


1 PLANTA DE COBERTA

Já o setor C, que corresponde à casa de parto propriamente dita, foi pensado em uma linguagem de maior identificação com a referência tradicional da casa, trazendo elementos que fazem alusão a ela, da forma mais pura e simples.

O bloco, então, foi trabalhado por meio de cobertas independentes, sendo conformadas por meio de telhas cerâmicas e, entre elas, fechamentos ora por laje isopor impermeabilizada, ora por meio de tijolos maciços paginados como cobogó (ver figura 81).

Figura 81: Coberta - setor C  
 Fonte: Elaborado pela autora, 2021



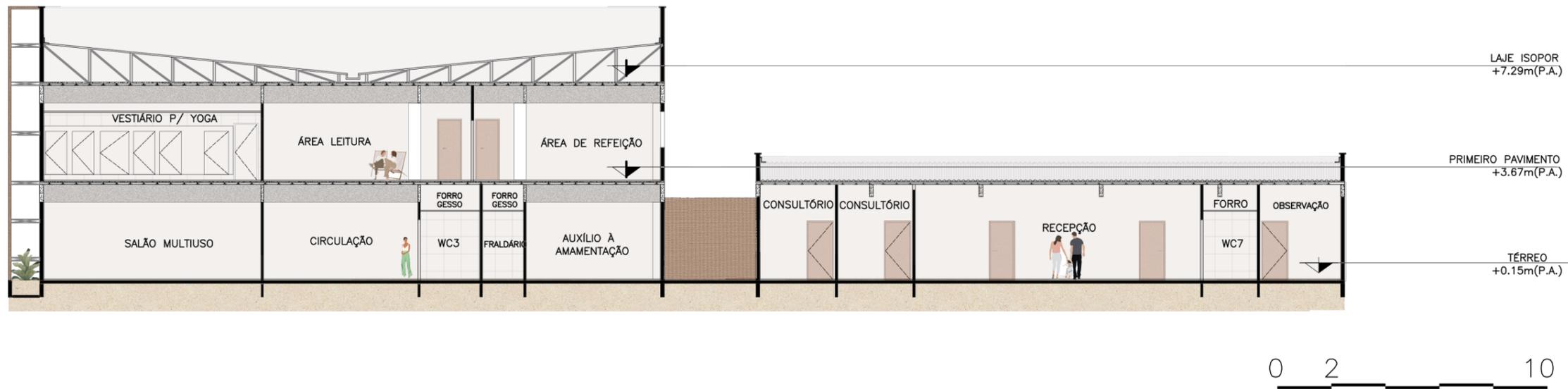
1 PLANTA DE COBERTA

## 5.4 Cortes A e C

No corte A (ver figura 82), é possível visualizar a relação da segunda parede com a parede mais interna; o telhado metálico presente nos dois blocos, escondido pela platibanda; o uso da laje isopor e a conexão entre os blocos conformada por corredor, o qual possui fechamento lateral de tijolo maciço paginado como cobogó.

Já no corte C (ver figura 83), destaca-se a relação entre as salas de psicologia que são volumes separadas, não dividindo a mesma parede. Os bancos entre eles funcionam como barreiras para o jardim interno e o terraço como uma forma de aproveitar a cobertura do bloco térreo.

Figura 82: Corte A  
Fonte: Elaborado pela autora, 2021



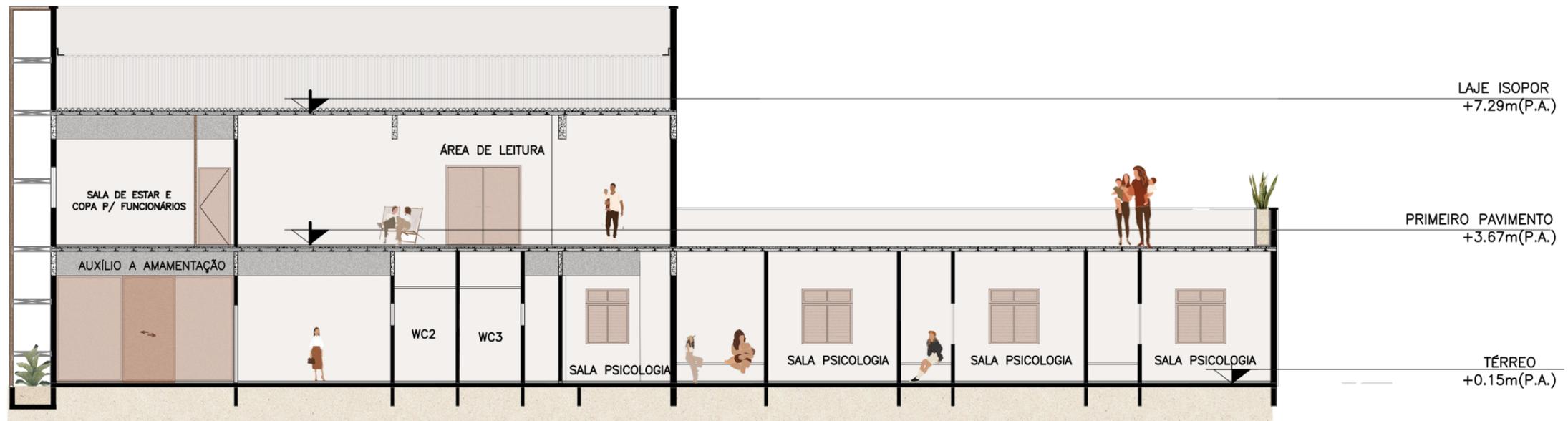
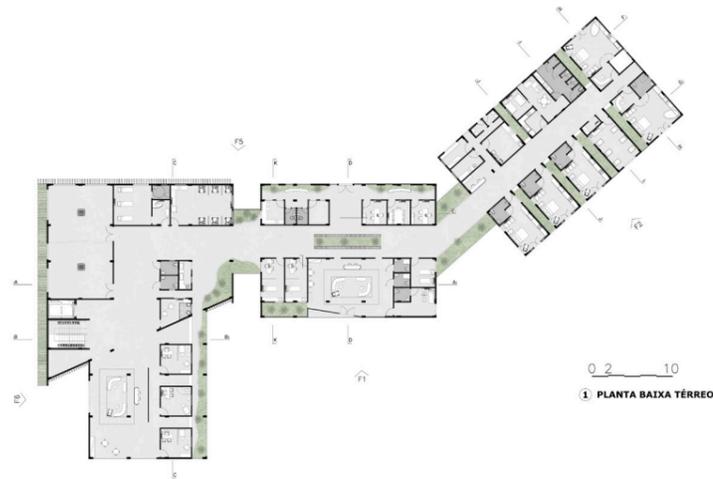


Figura 83: Corte B  
Fonte: Elaborado pela autora, 2021

Figura 84: Planta Mosca  
Fonte: Elaborado pela autora, 2021

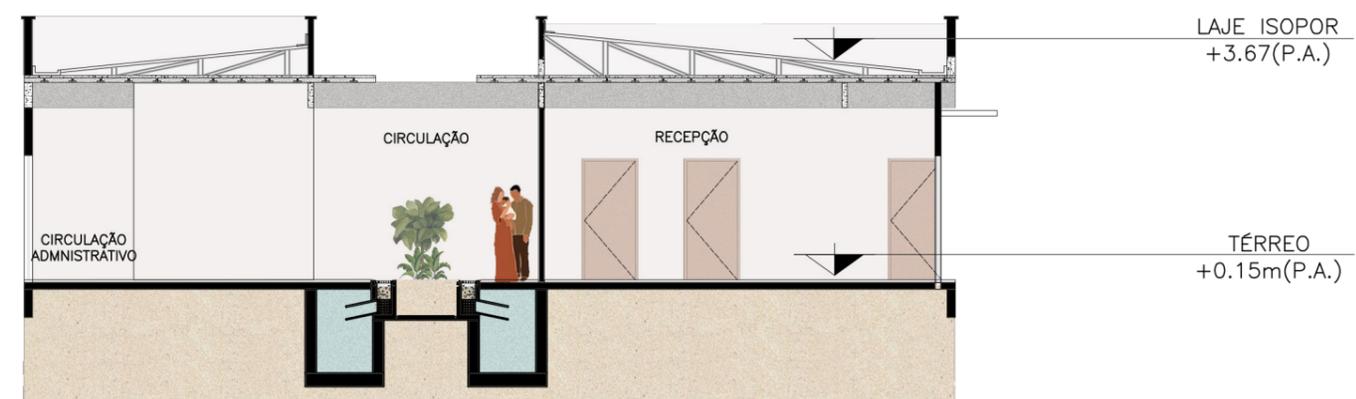
## 5.5 Cortes D e E

No corte D (ver figura 85), fica visível a relação entre as cobertas metálicas com águas de caimentos opostos, escondidas por platibandas e a conexão entre elas por meio da laje isopor impermeabilizada.

Nesse corte, torna-se possível entender o funcionamento do jardim de chuva presente no corredor central do bloco e a abertura zenital permitindo incidência de luz e ventilação natural.

Já no corte E (ver figura 86), nota-se a relação dos setores administrativo e de serviço, a locação de uma das caixas d'água e a marcação da entrada secundária do bloco.

Figura 85: Corte D  
Fonte: Elaborado pela autora, 2021



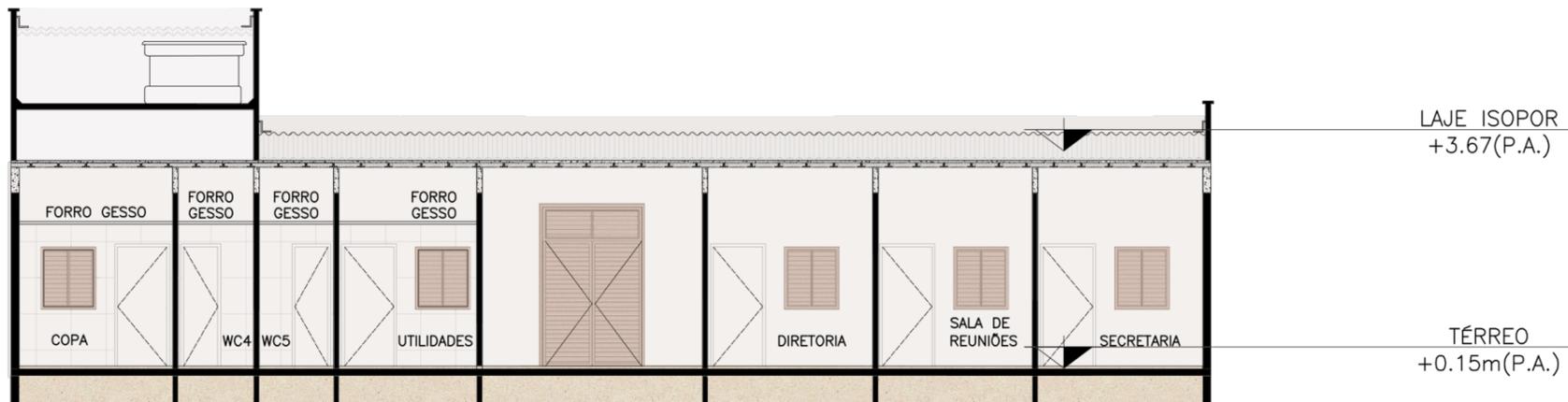
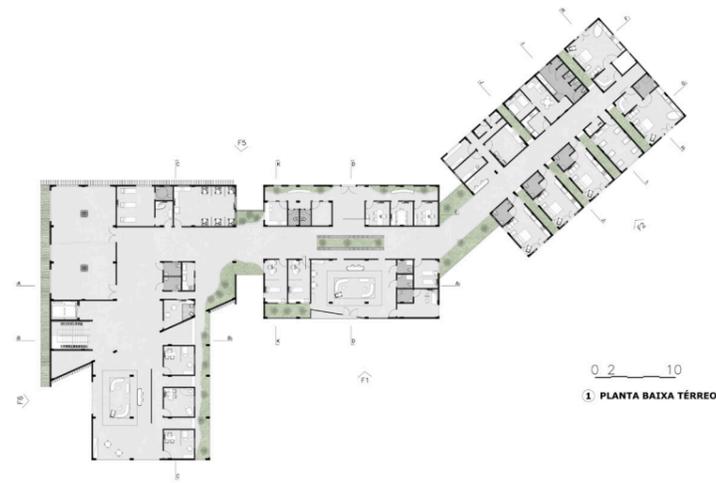


Figura 86: Corte E  
 Fonte: Elaborado pela autora, 2021

Figura 87: Planta Mosca  
 Fonte: Elaborado pela autora, 2021

## 5.6 Cortes G e J

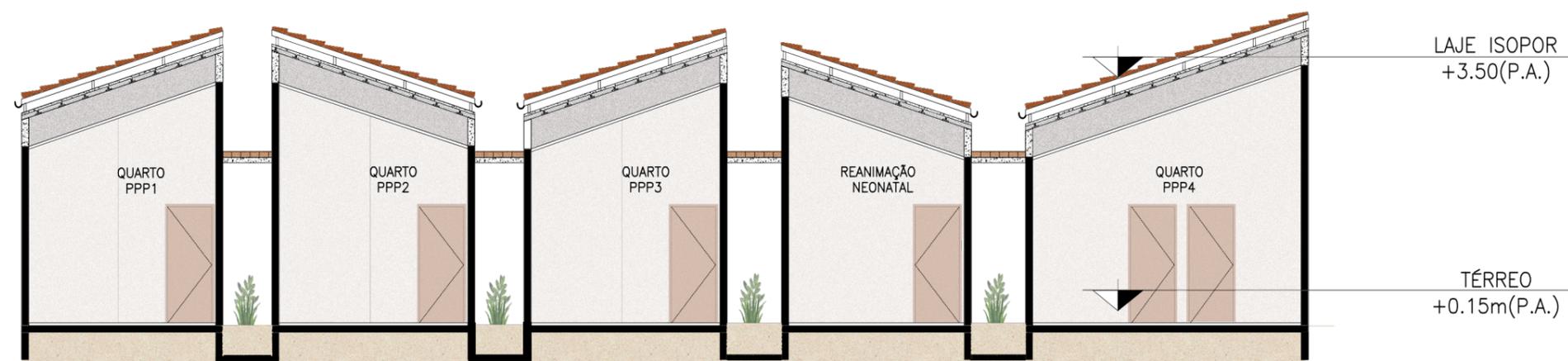
O corte G (ver figura 88) mostra o funcionamento dos quartos PPP (Pré -parto, parto e pós-parto) e da sala de reanimação neonatal. Por meio dele, é possível entender a relação desses ambientes com os jardins internos e como funciona a cobertura desses espaços.

Dessa forma, com já explicado anteriormente, os quartos consistem em volumes separados, sendo eles voltados para jardins internos, como uma forma de alcançar uma maior privacidade audiovisual e uma maior humanização.

Os quartos são cobertos por telhados cerâmico com o objetivo de fazer referência à imagem da casa, mas que por ser um local de saúde e a telha cerâmica não ser tão eficiente quanto à limpeza, a cobertura é aparente apenas pela área externa, dependendo do ângulo.

Por dentro, visando uma maior limpeza e a manutenção da identidade e relação de casa, o fechamento foi realizado por meio da laje isopor e lambri de madeira, ambos acompanhando a inclinação da telha. Esses elementos foram escolhidos para que não se perca a percepção de casa e para que se traga um aconchego para às usuárias daquele espaço.

Figura 88: Corte G  
Fonte: Elaborado pela autora, 2021



Já no corte J (ver figura 89), é possível perceber a relação dos bancos como uma barreira aos jardins internos, servindo como uma área de espera voltada para o corredor. Além das aberturas zenitais, sendo o cobogó voltado para os jardins e a claraboia voltada para o corredor principal do bloco,

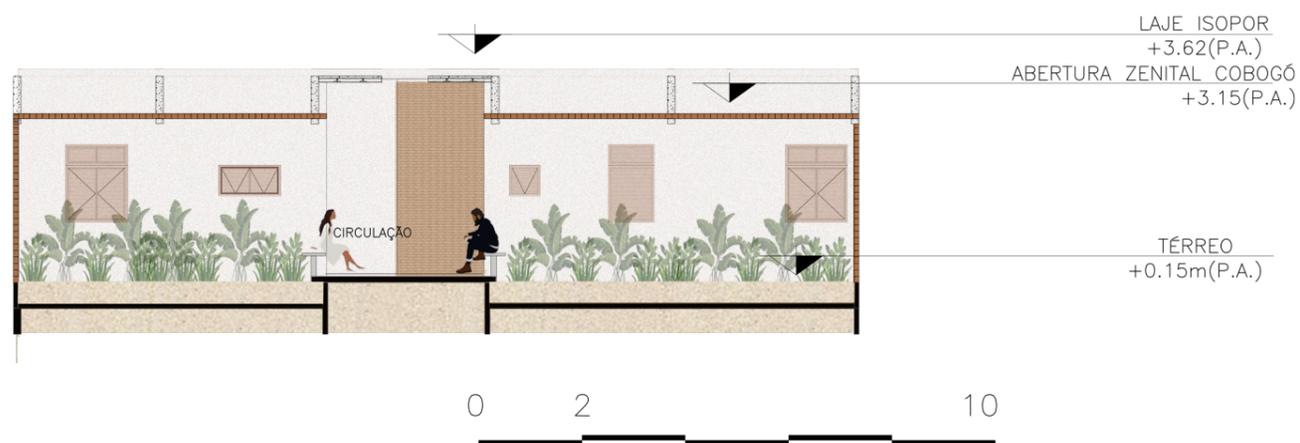
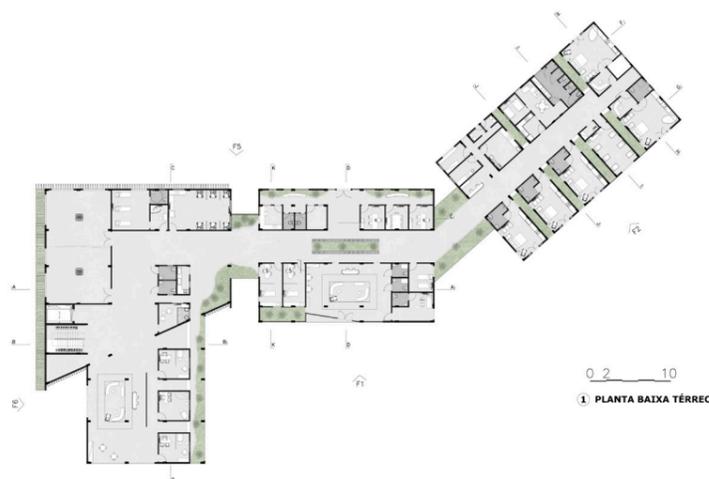


Figura 89: Corte J  
Fonte: Elaborado pela autora, 2021

Figura 90: Planta Mosca  
Fonte: Elaborado pela autora, 2021

## 5.7 Estrutura

A utilização de materiais regionais e a escolha de um sistema estrutural mais simples, tiveram como objetivos criar uma edificação com um custo mais reduzido, e, por meio dos elementos e materiais, a valorização da arquitetura nordestina.

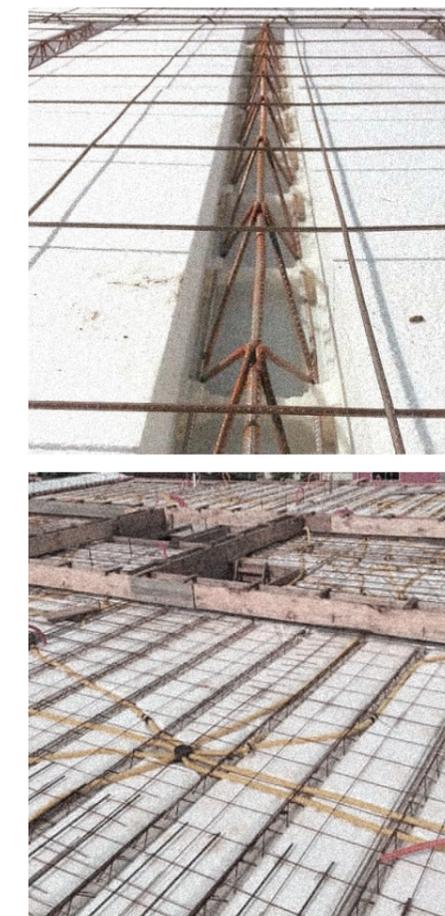
Nesse contexto, o sistema estrutural adotado foi o de concreto armado, com pilares de 25x45cm. A laje escolhida foi a laje isopor, a qual tem semelhança com a laje volterrana, porém o tijolo é substituído por placa de isopor (ver figura 87), contribuindo assim para uma laje mais leve e acusticamente mais eficiente.

Segundo Escola Engenharia (2019), as vantagens da Laje Isopor são muitas, sendo elas: a resistência, que embora pareça uma laje mais frágil, a placa de isopor usada é bastante resistente e torna-se ainda mais devido ao seu uso em conjunto com ferragens e concreto; um excelente isolante térmico e acústico; o baixo custo na obra, tendo em vista que o risco de perder material e ultrapassar orçamento com ele é quase nulo; além de trazer uma economia para a fundação da obra, por ser um material mais leve.

Ademais, o uso dessa laje torna a obra mais sustentável devido ao menor uso de água na sua execução e mais rápida, tendo em vista que é um material fácil de encontrar e de fácil montagem. Segundo Viva Decora (2020), a laje isopor facilita bastante o processo de instalação hidráulica e elétrica (ver figura 92)

Figura 91: Laje Isopor  
Fonte: VivaDecora, 2020.

Figura 92: Laje Isopor  
Fonte: VivaDecora, 2020.



## 5.8 Materiais e Elementos das fachadas

As fachadas foram trabalhadas de forma a traduzir e transmitir a atmosfera de um espaço mais humanizado, aconchegante e com aparência de casa, tendo também o cuidado de transmitir uma certa seriedade institucional, além de respeitar a identidade do entorno inserido.

Dessa forma, os revestimentos de fachadas consistiram basicamente em pinturas com textura semelhante ao chapisco, fazendo referência às casas mais simples que, em Fortaleza, recebem bastante esse acabamento.

Na fachada 01 conformada pelos setores A (Centro de apoio e informação) e B (Recepção e Acolhimento), a linguagem formal utilizada foi mais moderna para fazer referência a uma instituição e marcar a função diferente da casa de parto (setor C).

Nessa perspectiva, os blocos são marcados por platibandas e por um ripado metálico, os quais trazem uma certa modernidade mas trabalham em conjunto com o tijolo maciço paginado como cobogó e com a vegetação, os quais trazem uma humanização, correspondendo à ideia de casa, e entram em harmonia com o bloco da casa de parto normal, setor C (ver figura 93).

Figura 93: Fachada 01  
Fonte: Elaborado pela autora, 2021.



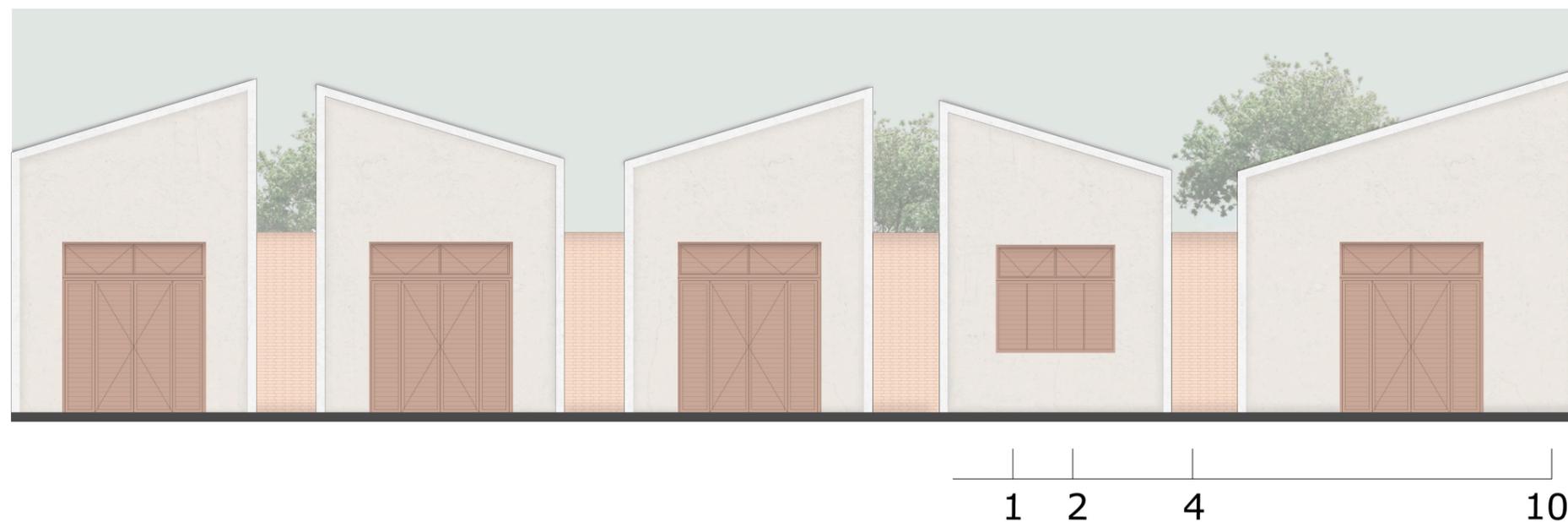
Já a fachada 02 (ver figura 94), corresponde ao setor C e marca, principalmente, os quartos PPP. Nesse bloco, a intenção projetual foi a de traduzir a imagem da casa.

Nesse contexto, os quartos são marcados como casas de cobertura independente de apenas uma água, sendo ela, de telha cerâmica, a qual fica aparente dependendo do ângulo. Isso acontece, porque na fachada foi inserida uma moldura em alvenaria pintada de branco para modernizar e fazer um contraste com a pintura na cor Saída de Banho com efeito Granulado da Suvinil.

Para traduzir fortemente a ideia de casa, valorizar nossos materiais e contribuir para um melhor conforto térmico dos quartos, as esquadrias escolhidas foram as venezianas de madeira em conjunto com as bandeirolas, permitindo uma certa conexão com o externo de forma indireta.

Por fim, entre cada casa há um fechamento por meio dos tijolos maciços paginados como cobogó como uma forma de barrar o acesso aos jardins internos que ficam entre os quartos, permitindo apenas a entrada de iluminação e ventilação natural.

Figura 94: Fachada 02  
Fonte: Elaborado pela autora, 2021



A fachada 05 (ver figura 95) corresponde à parte de trás dos setores A e B. No setor B, foi criada uma dinamicidade na fachada por meio do intervalo de ora cobogó, ora alvenaria, decisão projetual visando tanto a estética quanto o conforto térmico do bloco.

As paredes externas desse setor são pintadas na cor Creme de Canela com o efeito Granulado da Suvinil, aproximando-se da cor branca, fazendo um contraste visual com a cor do tijolo maciço.

No setor C, foi criado um ripado metálico como uma forma de tornar menos visível as esquadrias das fachadas e trazer uma modernidade para o bloco.

Figura 95: Fachada 05  
Fonte: Elaborado pela autora, 2021.



Quanto à fachada 06 (ver figura 96), os elementos foram pensados de forma a trazer proteção solar, tendo em vista que boa parte dela está voltada para o oeste. Dessa forma, no bloco maior, foi criada uma segunda parede que possui uma distância de um metro da parede mais interna, a qual possui poucas esquadrias, sendo elas venezianas.

Para a segunda parede, foi criado um ripado de metalon, com uma paginação das ripas que criam aberturas de tamanhos e espaçamentos diferentes das quais sacam marquises que servem de suporte para vasos de plantas. Essas marquises são sustentadas por meio de tirantes de aço, ao passo que o metalon é fixado por meio de montantes distribuídos igualmente ao longo da altura do perfil.

Já no bloco que é apenas térreo, a fachada é marcada pelo tijolo maciço com composição de cobogó e por marquise em alvenaria marcando a entrada principal do Centro de apoio e informação. Além disso, um destaque interessante do bloco é a platibanda recortada, servindo de jardineira para o terraço logo acima.

Figura 96: Fachada 06  
Fonte: Elaborado pela autora, 2021.



## 5.9 Revestimentos internos

Os revestimentos internos da edificação foram definidos de forma a atender um melhor custo-benefício e pensando em atender a intenção do regionalismo, conforto e aconchego.

Dessa forma, a edificação é marcada em suas áreas comuns por piso de porcelanato imitando o cimento queimado branco da linha superquadra da portobello, no formato retangular 60x120cm ou similar, sendo paginado em conjunto com linhas de ladrilho hidráulico.

Para os quartos PPP, salas de psicologia, consultórios, salões multifuncionais, quarto de reanimação neonatal e sala de yoga, foi escolhido o piso vinílico em madeira clara (ver figura 97) para trazer um aconchego ainda maior, tendo em vista que esses ambientes são mais especiais por ser de maior permanência dos usuários.



Figura 97:: Piso Vinílico Chamonix  
Fonte: Elaborado pela autora com base em Dura-  
tex, Portobello e Lurca, 2021

Quanto a parede, nas áreas comuns e na maioria dos ambientes, foi escolhida uma pintura neutra que tivesse uma tonalidade mais quente, saindo então do branco e do cinza, a cor escolhida foi a palito de picolé da sunivil.

Nas recepções, as paredes que não correspondem aos cobogós, recebem a pintura de Flor-de-Anis (ver figura 98); nas salas de psicologia, as paredes recebem uma pintura de meia parede em uma altura de 1.80m, na cor Capim-de-cheiro da Suvinil, correspondendo a uma tonalidade verde clara.

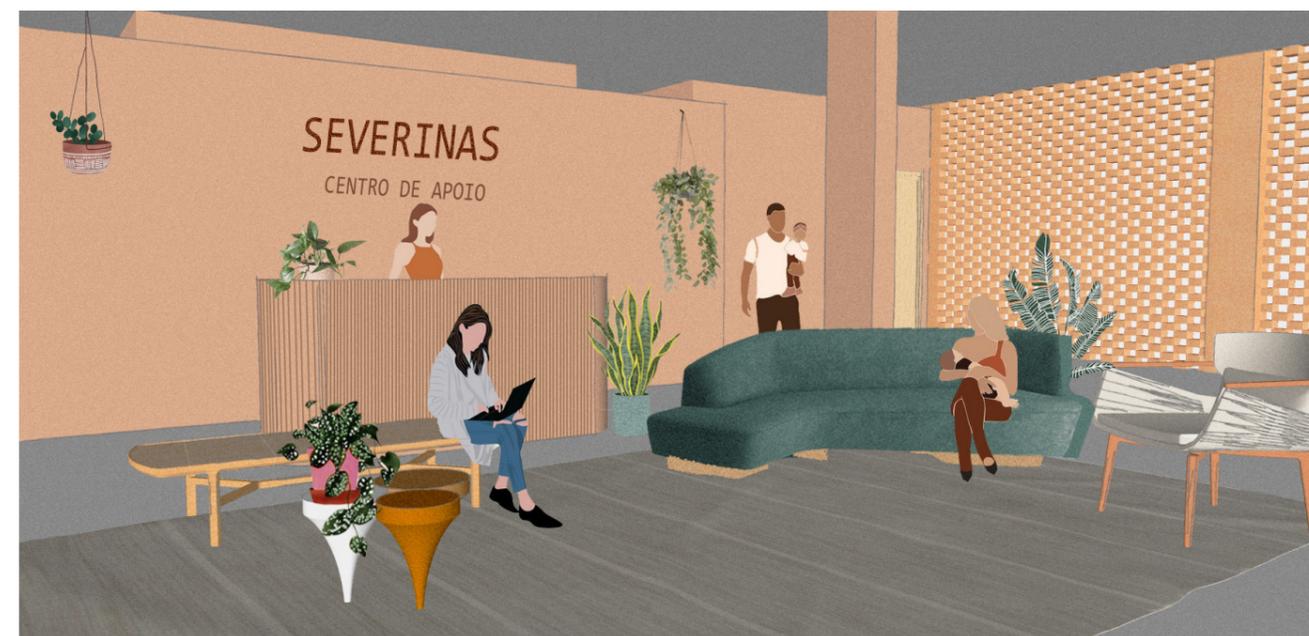


Figura 98: 3D recepção Centro de Apoio  
Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Os consultórios, recebem uma pintura de meia parede (H=1.60m) na cor Meia - Luz da suvinil em acabamento fosco suave sendo superlavável e por fim, os quartos PPP e reanimação neonatal, recebem a pintura na cor Mantra, também da Suvinil e no mesmo acabamento e os banheiros PPP recebem revestimentos de azulejo (ver figura 99,100 e 101)

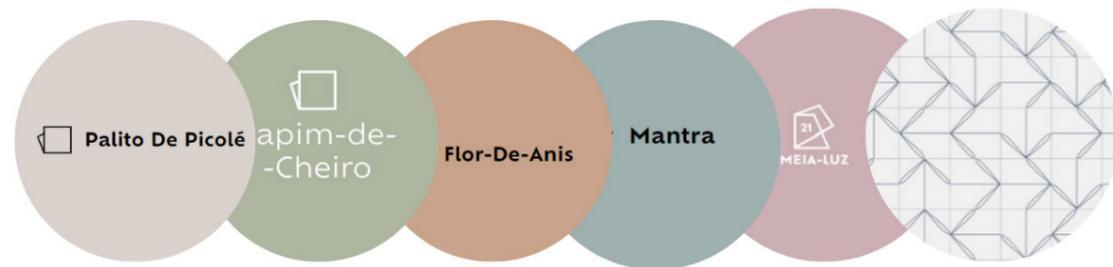
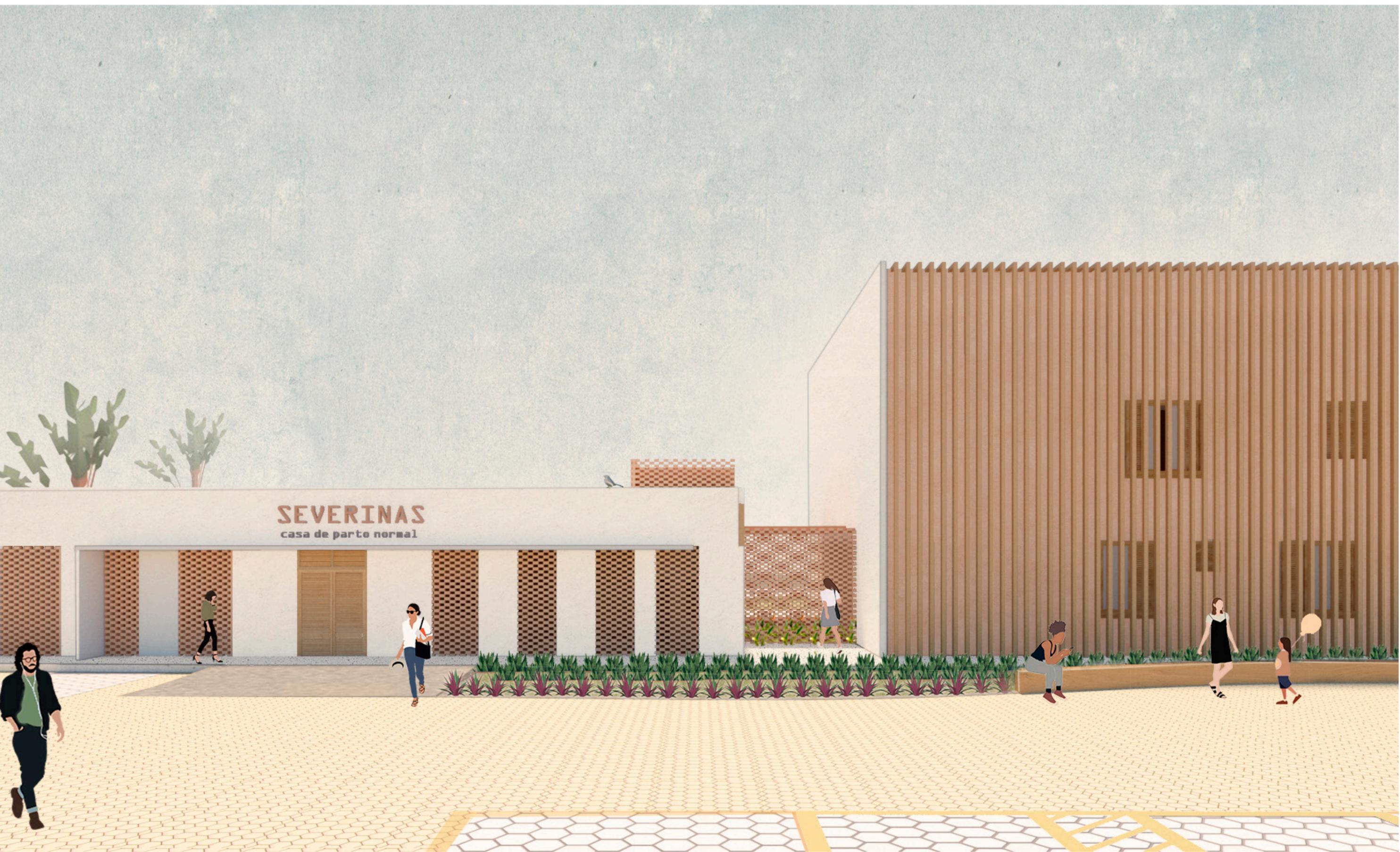


Figura 99: Tintas escolhidas na edificação  
Fonte:Elaborado pela autora com base na Suvini,2021  
Figuras 100 e 101: 3D quartos PPP  
Fonte: Elaborado pela autora,2021.



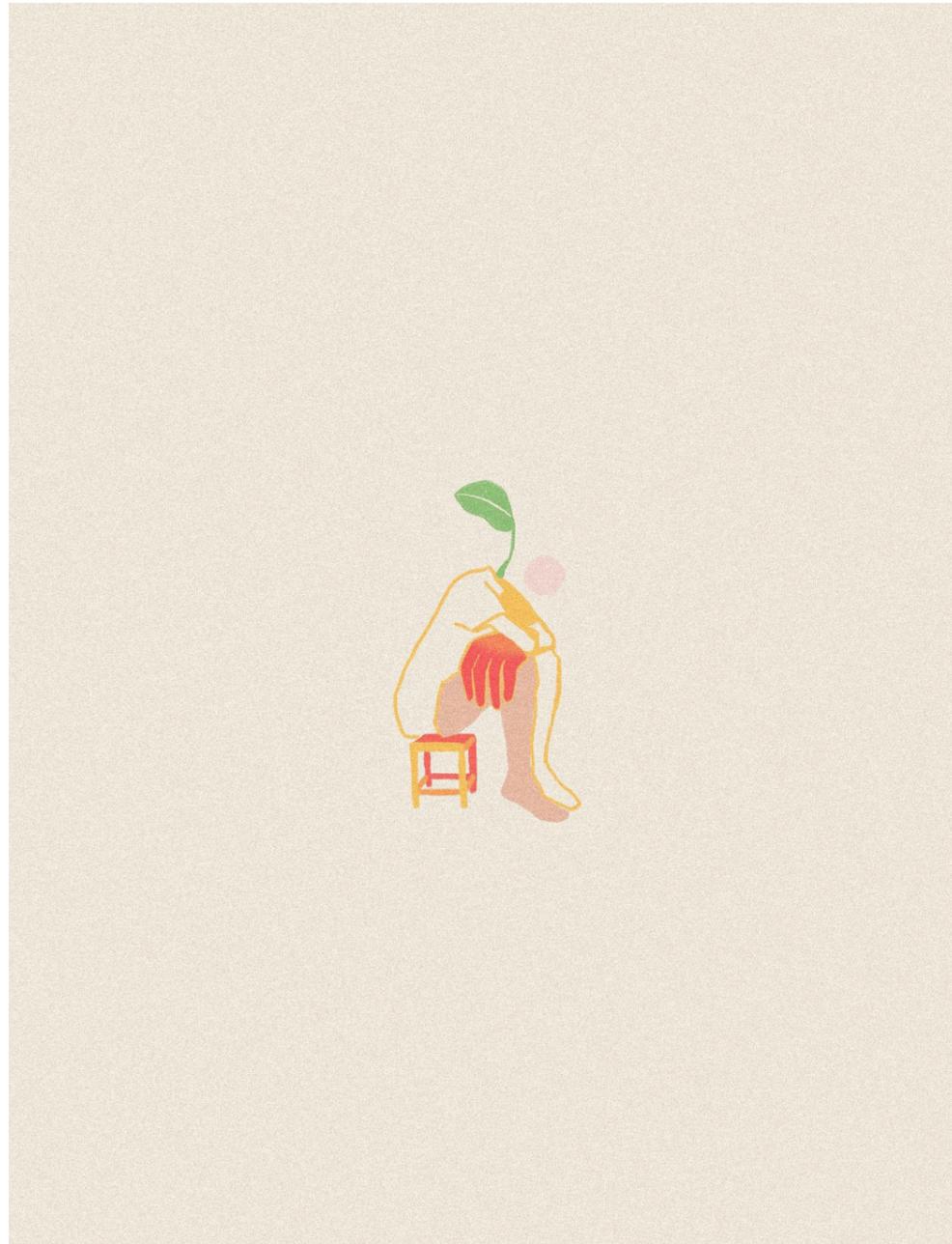












# 06

## Considerações Finais

## Considerações Finais

Diante de todos os estudos realizados durante a pesquisa ficou ainda mais claro e evidente a necessidade de implementação de uma maior quantidade de casas de partos no Brasil, principalmente em Fortaleza, tendo em vista que a cidade carece desse tipo de serviço de saúde. Na cidade, há hospitais que possuem centro de parto normal, mas não há uma casa de parto, que se caracteriza como um ambiente mais humanizado e acolhedor, distanciando-se da frieza dos hospitais que é citada por muitas mulheres. Além disso, esse equipamento torna-se ainda mais relevante quando é levado em consideração a crescente realização de cesáreas desnecessárias, as quais são, muitas vezes, escolhidas devido à desinformação.

Dessa forma, a Casa de Parto Normal e o Centro de apoio e informação, Severinas, foi projetado para que o acesso a esse tipo de parto seja facilitado, por meio de um local confortável e atrativo que acolha as mulheres e que contribua para a troca de experiências, além de ser uma fonte de informação e apoio para um momento tão novo e delicado que é a maternidade.

## Referências Bibliográficas

ABRAMO, Fundação Perseu; SESC. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. Brasil: Fpa, 2010. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2011/02/21/pesquisa-mulheres-brasileiras-e-genero-nos-espacos-publico-e-privado-2010/>. Acesso em: 20 mar. 2020.

BIBLIOTECA MUYINGA. ArchDaily, 2020. Disponível em: [https://www.archdaily.com.br/761419/biblioteca-de-muyinga-bc-architects?ad\\_source=search&ad\\_medium=search\\_result\\_projects](https://www.archdaily.com.br/761419/biblioteca-de-muyinga-bc-architects?ad_source=search&ad_medium=search_result_projects). Acesso em: 1 maio 2020.

BIG architects: vilhelmsro primary school. DesignBoom: Erika Kim, 2010. Disponível em: <https://www.designboom.com/architecture/big-architects-vilhelmsro-primary-school/>. Acesso em: 1 maio 2020.

BITENCOURT, Fábio. Conforto no ambiente de nascer: reflexões e recomendações projetuais. 2003. 126 p. Dissertação (Mestrado em Arquitetura, Área de Concentração Conforto Ambiental e Eficiência Energética) – PROARQ/FAU/UFRJ, Rio de Janeiro.

BLOG DO PLANALTO. Parto normal fortalece a saúde do bebê. 2015. Disponível em: <https://www.ebc.com.br/infantil/para-pais/2015/01/parto-normal-fortalece-saude-do-bebe>. Acesso em: 18 mar. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde DO. Gabinete do Ministro. Portaria nº 11 de 07 de janeiro de 2015. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. BLOG MINISTÉRIO DA SAÚDE. Parto normal fortalece a saúde do bebê e tem melhor recuperação, 2015. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/geral/35088-parto-normal-fortalece-a-saude-do-bebe-e-tem-melhor-recuperacao>. Acesso em: 18 abr. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília: Conitec, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2001.

COELHO, Guilherme. “A arquitetura e a assistência ao parto e nascimento: humanizando o espaço.” Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, 2003.

COSTI, M. - A influência da luz e da cor em salas de espera e corredores hospitalares, Editora EDIPUCRS, 1ª edição, Porto Alegre, 2002.

CRIZOSTOMO, Cilene Delgado; NERY, Inez Sampaio; LUZ, Maria Helena Barros. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 98-104, Mar. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452007000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000100014&lng=en&nrm=iso). Acesso em 16 de março de 2020.

FORTALEZA em mapas. Fortaleza em mapas, 2020. Disponível em: <https://mapas.fortaleza.ce.gov.br/#/>. Acesso em: 24 abril 2020.

FOTOS da Casa ngela. Casa ngela, 2020. Disponível em: <http://www.casaangela.org.br/fotos-da-casa-angela.html>. Acesso em: 2 maio 2020.

LEISTER, Nathalie; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 166-174, mar. 2013.. Disponível

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000100020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100020&lng=en&nrm=iso). Acesso: 12 de março de 2020.

LIRA, Giovanna. Casa Angela: Centro de Parto e Escola: Um espaço de contribuição ao empoderamento feminino. Issuu, 2019. Disponível em: [https://issuu.com/liravaioli/docs/tfg\\_02\\_caderno\\_web\\_issuu](https://issuu.com/liravaioli/docs/tfg_02_caderno_web_issuu). Acesso em: 1 maio 2020.

LUKIANCHUKI, Marieli Azoia.; CARAM, Rosana Maria. Arquitetura Hospitalar e o Conforto Ambiental: Evolução Histórica e Importância na Atualidade. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.usp.br/nutau/CD/160.pdf>. Acesso em: 27 de março de 2020

MAPAS do Plano Diretor. Canal Urbanismo e Meio Ambiente: SEUMA, 2009. Disponível em: <https://urbanismoemeioambiente.fortaleza.ce.gov.br/urbanismo-e-meio-ambiente/125-mapas-do-plano-diretor>. Acesso em: 27 abr. 2020.

MIQUELIN, L. C. - Anatomia dos edifícios hospitalares, Editora CEDAS, São Paulo, 1992, 241 p.

MONTIEL, Carolina. As Faces da Violência Obstétrica. 2018. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/jordi/172-violenciaobstetrica/violencia-obstetrica/>. Acesso em: 02 maio 2018. / AS FACES da Violência Obstétrica. 2018. Entrevista com Carolina Montiel. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/jordi/172-violenciaobstetrica/violencia-obstetrica/>. Acesso em: 13 mar. 2020.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, Sept. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300021&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 09 de março de 2020.

O RENASCIMENTO do Parto. Direção de Eduardo Chauvert. 2013. (90 min.), Documentário, son., color. Legendado. Disponível em: <https://www.netflix.com/search?q=renascimento%20do%20parto&jbv=80995575&jbp=0&jbr=0>. Acesso em: 20 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Declaração da OMS sobre taxas de cesária. Suíça: HRP, 2015.

PARTO Humanizado. São Paulo: Canal Tiago e Gabi, 2019. (30 min.), Vídeo, son., color. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=MFQFtlwAC48&t=1220s>. Acesso em: 10 de abril de 2019.

PEREIRA, Raquel da Rocha; FRANCO, Selma Cristina; BALDIN, Nelma. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. *Saude soc.*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 579-589, Sept. 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000300005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 de junho de 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. Lei Complementar nº 236, de 24 de agosto de 2017. Parcelamento Uso e Ocupação Lei Complementar. Fortaleza, CE, Disponível em: <https://urbanismoemeioambiente.fortaleza.ce.gov.br/infocidade>. Acesso em: 28 abr. 2020.

RODOLFO Teófilo. Issuu: Leila Nobre, 2016. Disponível em: [https://issuu.com/secultfor/docs/rodolfo\\_te\\_\\_filo\\_-\\_leila\\_nobre](https://issuu.com/secultfor/docs/rodolfo_te__filo_-_leila_nobre). Acesso em: 18 maio 2020.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. PARTO DOMICILIAR: COMPREENDENDO OS MOTIVOS DESSA ESCOLHA. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 875-882, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-070720150003000875&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-070720150003000875&lng=en&nrm=iso)>. access on 18 June 2020.

UCHÔA, Thayse; HAMERMÜLLER, Amanda. Dor além do parto: o olhar de quem sofreu. 2018. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/humanista/2018/01/28/violencia-obstetrica-atinge-1-em-cada-4-gestantes-no-brasil-diz-pesquisa/>. Acesso em: 20 de março de 2020.

UNICEF Brasil. Quem espera, espera. Brasil: Unicef, 2017.

VENDRÚSCULO, C.Z.; KRUEL, C.S.A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico: de sujeito a objeto. *DisciplinarumScientia, Série: Ciências Humanas*, Santa Maria, v. 16, n.1, p. 95-107, 2015.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 29, e155043, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822017000100218&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100218&lng=en&nrm=iso)>. Acesso: 18 de junho de 2020.

FORTALEZA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. . Alianças marcam a proposta do Distrito de Inovação em Saúde do Porangabuçu. 2018. Coordenadoria de Comunicação Social e Marketing Institucional da UFC. Disponível em: <http://www.ufc.br/noticias/noticias-de-2018/10778-aliancas-marcam-a-proposta-do-distrito-de-inovacao-em-saude-do-porangabucu>. Acesso em: 20 ago. 2020.

CEARÁ. Célula de Desenvolvimento dos Planos e Instrumentos Urbanísticos Cdpu Coordenadoria de Desenvolvimento Urbano Courb. Secretaria Municipal de Urbanismo e Meio Ambiente. ESTUDO PARA IDENTIFICAÇÃO DE NOVAS CENTRALIDADES (POLOS/CORREDORES) DE ATIVIDADES NÃO RESIDENCIAIS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA. Fortaleza, 2013. Disponível em: [https://urbanismoemeioambiente.fortaleza.ce.gov.br/images/urbanismo-e-meio-ambiente/infocidade/relatorio\\_de\\_identificacao\\_de\\_novas\\_centralidades\\_-\\_zedus.pdf](https://urbanismoemeioambiente.fortaleza.ce.gov.br/images/urbanismo-e-meio-ambiente/infocidade/relatorio_de_identificacao_de_novas_centralidades_-_zedus.pdf). Acesso em: 20 ago. 2020.

