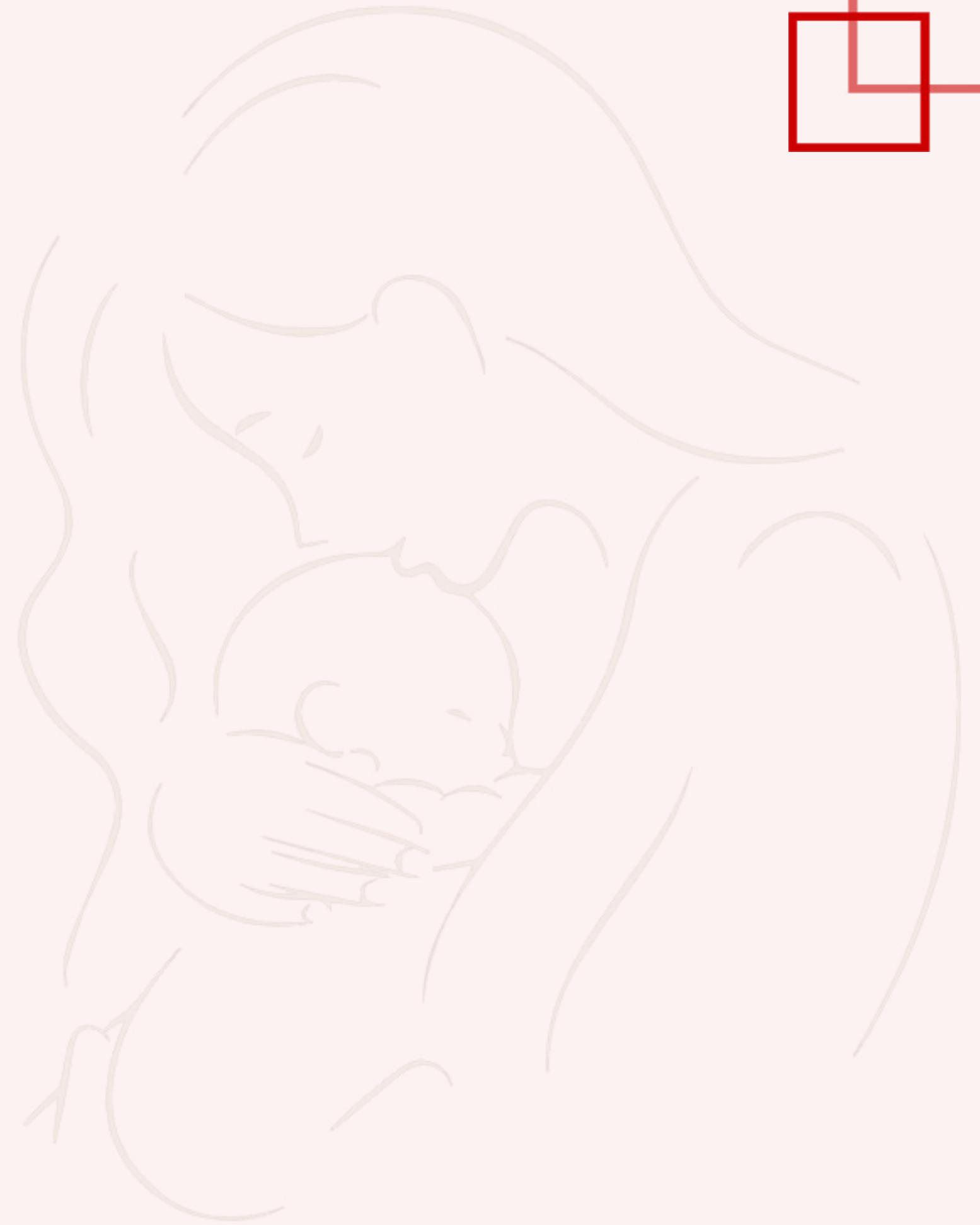
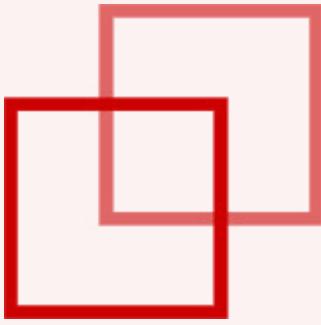


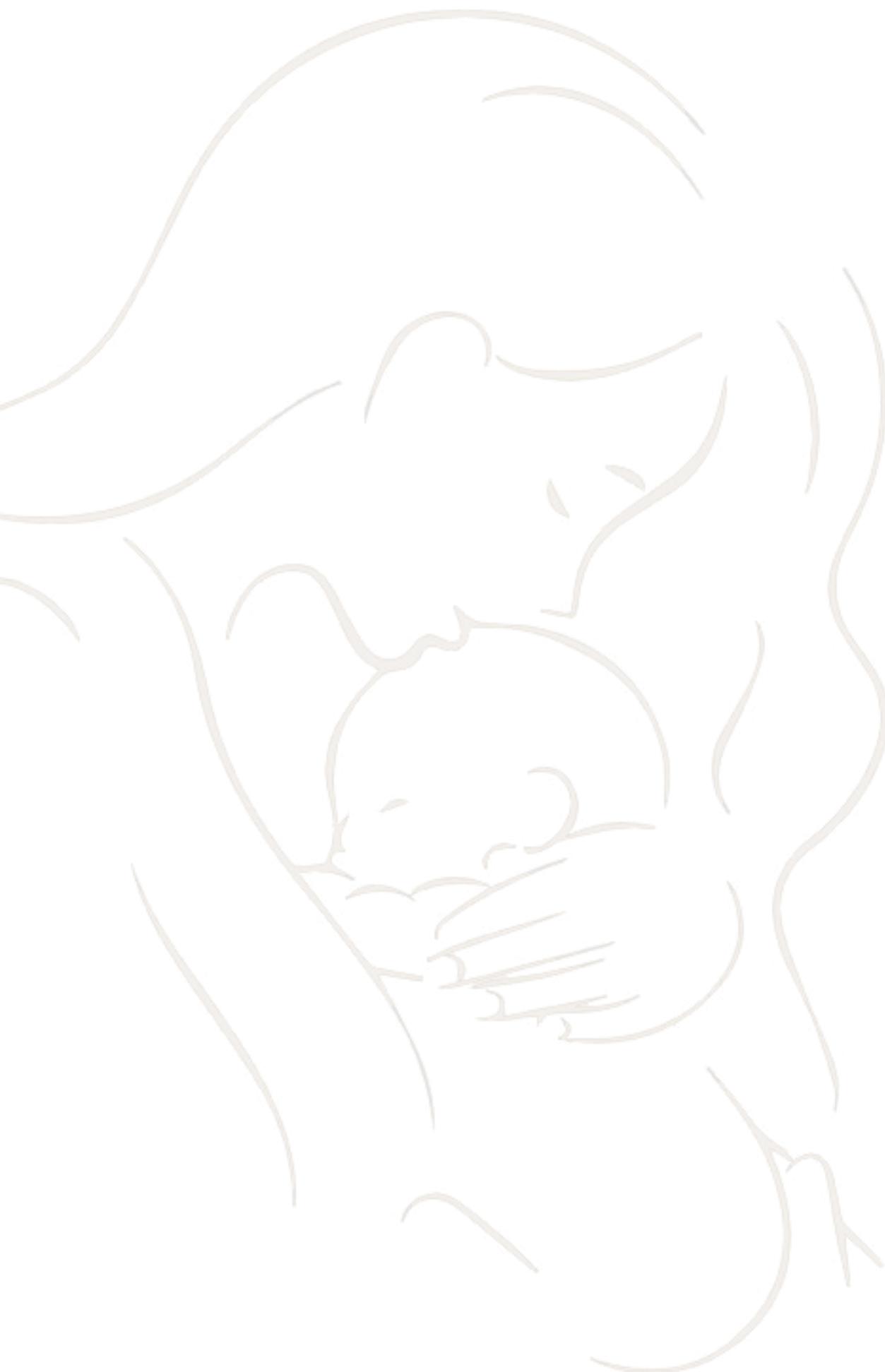
Casa Luz

Centro de Amparo ao Parto Humanizado



POR KAROL LOUREIRO SCARDIN





UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
FACULDADE DE ENGENHARIAS, ARQUITETURA E URBANISMO E GEOGRAFIA
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO

KAROL LOUREIRO SCARDIN

CASA LUZ: Centro de Amparo ao Parto Humanizado

CAMPO GRANDE, MS
2025

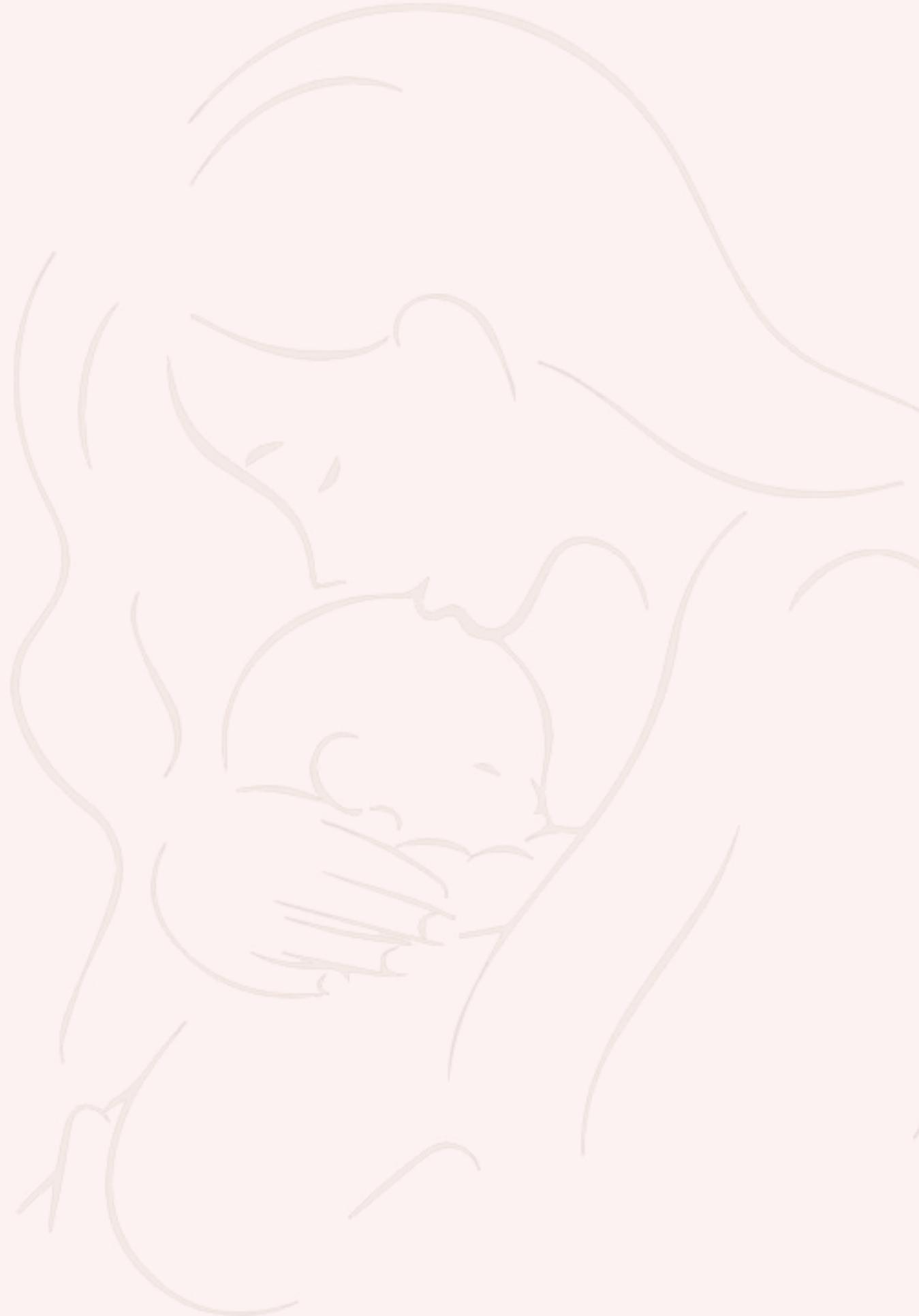
KAROL LOUREIRO SCARDIN

CASA LUZ: Centro de Amparo ao Parto Humanizado

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito para obtenção de grau de Bacharel em Arquitetura e Urbanismo, pela Faculdade de Engenharias, Arquitetura e Urbanismo e Geografia (FAENG) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Mayara Silva Dias.

CAMPO GRANDE, MS
2025





ATA DA SESSÃO DE DEFESA E AVALIAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)
DO CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO DA
FACULDADE DE ENGENHARIAS, ARQUITETURA E URBANISMO E GEOGRAFIA - 2025/2

No mês de **Novembro** do ano de **dois mil e vinte e cinco**, reuniu-se de forma **presencial** a Banca Examinadora, sob Presidência da Professora Orientadora, para avaliação do **Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)** do Curso de Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Faculdade de Engenharias, Arquitetura e Urbanismo e Geografia da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul em acordo aos dados descritos na tabela abaixo:

DATA, horário e local da apresentação	Nome do(a) Aluno(a), RGA e Título do Trabalho	Professor(a) Orientador(a)	Professor(a) Avaliador(a) da UFMS	Professor(a) Convidado(a) e IES
28 de Novembro de 2025 Ateliê 1 09 horas CAU-FAENG-UFMS Campo Grande, MS	Karol Loureiro Scardin RGA: 2020.2101.010-1 Casa Luz: Centro de Amparo ao Parto Humanizado	Profa. Dra. Mayara Dias	Prof. Dra. Helena Rodi	Profa. Me. Karine Machado

Após a apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso pela acadêmica, os membros da banca examinadora teceram suas ponderações a respeito da estrutura, do desenvolvimento e produto acadêmico apresentado, indicando os elementos de relevância e os elementos que couberam revisões de adequação.

Ao final a banca emitiu o **CONCEITO A** para o trabalho, sendo **APROVADO**.

Ata assinada pela Professora Orientadora e homologada pela Coordenação de Curso e pelo Presidente da Comissão do TCC.

NOTA MÁXIMA NO MEC
UFMS É 10!!!



Documento assinado eletronicamente por **Mayara Silva Dias, Professora do Magistério Superior**, em 01/12/2025, às 08:48, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

NOTA MÁXIMA NO MEC
UFMS É 10!!!



Documento assinado eletronicamente por **Juliana Couto Trujillo, Professora do Magistério Superior**, em 01/12/2025, às 08:57, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

NOTA MÁXIMA NO MEC
UFMS É 10!!!



Documento assinado eletronicamente por **Helena Rodi Neumann, Professora do Magistério Superior**, em 01/12/2025, às 09:28, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufms.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **6074874** e o código CRC **ABBB0C2D**.

Campo Grande, 28 de Novembro de 2025.

Profa. Dra. Mayara Dias
Professora Orientadora

Profa. Dra. Helena Rodi Neumann
Coordenadora do Curso de Graduação em Arquitetura e Urbanismo (FAENG/UFMS)

Profa. Dra. Juliana Couto Trujillo
Presidente da Comissão do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)

FACULDADE DE ENGENHARIAS, ARQUITETURA E URBANISMO E GEOGRAFIA

AvCostaeSilva, s/nº - Cidade Universitária

Fone:

CEP 79070-900 - Campo Grande - MS

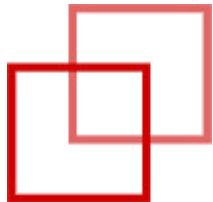
Referência: Processo nº 23104.033813/2021-56

SEI nº 6074874

Dedico aos meus pais,

Tadeu e Sandra,

por toda uma vida.



Agradecimentos

Agradeço, primeiramente, a todos aqueles que, de alguma forma, me fizeram ser quem eu sou.

Agradeço imensamente aos meus pais, Tadeu e Sandra, por me proporcionarem a vida e não medirem esforços para que eu pudesse alçar voo e seguir o meu próprio caminho.

Um agradecimento especial a todos os professores, não somente os da academia, mas de toda uma vida, desde a pré-escola até aqueles que porventura ainda virão. Além de ser grata aos funcionários da UFMS, que, sem eles, nada seria possível.

Agradeço especialmente a duas professoras que foram fundamentais na minha formação e me fizeram ver a arquitetura com outros olhos, obrigada por serem inspiração: Karina Trevisan Latosinski e Andrea Naguissa Yuba.

Sou grata ao Lucas, meu esposo, por sempre estar de mãos dadas comigo, desde o início da graduação até essa fase final cheia de desafios. Obrigada por segurar as pontas comigo. Todo o seu amor e paciência foram valiosos nessa jornada.

Agradeço à minha orientadora, Mayara Silva Dias, por toda dedicação e escuta, por saber me ouvir e se fazer ser ouvida. Obrigada pela troca e pelo enriquecimento, sem você esse trabalho não teria tido a força e o impacto que tem.

Agradeço à Lívia, minha psicóloga, por ser amparo. Obrigada por me ouvir e auxiliar para que o TCC saísse do campo das ideias e brotasse ao longo do papel, você é fundamental.

Agradeço a todos os meus amigos, que sempre me deram apoio e foram essenciais. Em específico, aqueles que trilharam a vida acadêmica comigo, tornando o curso mais leve e por proporcionarem momentos de alegria em meio aos dias difíceis: Letícia Miyazato, Isabella Sarat, Giovanna Silva, Laura Trivellato e Letícia Santos.

Agradeço aos meus avós e a todos os meus familiares, que sempre foram suporte e base para que eu alcançasse meus objetivos. Amo todos vocês.

Um último agradecimento a mim, por ter sido resiliente e enfrentado todas as dificuldades de 2025.

*“Para mudar o mundo, é preciso primeiro
mudar a forma de nascer.”*

- Michel Odent

Resumo

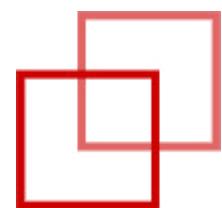
O trabalho apresenta a concepção arquitetônica da Casa Luz, uma Casa Pública de Parto Humanizado de caráter peri-hospitalar, alinhada às normativas vigentes do Ministério da Saúde e da ANVISA. A pesquisa discute a evolução histórica dos espaços de parto, a transição das práticas domiciliares para o ambiente hospitalar e os movimentos contemporâneos de humanização. A metodologia adotada inclui pesquisa bibliográfica, análise normativa, estudos de caso nacionais e internacionais e desenvolvimento do projeto arquitetônico. Como resultado, propõe-se um equipamento de saúde que organiza fluxos, ambientes e relações espaciais de modo a favorecer a autonomia da parturiente, garantindo segurança, acolhimento e dignidade no processo de parto.

Palavras-chave: parto humanizado; casa de parto; centro de parto normal.

Abstract

This work presents the architectural conception of *Casa Luz*, a Public Humanized Birth Center located in a peri-hospital context, aligned with current regulations issued by the Brazilian Ministry of Health and ANVISA. The research examines the historical evolution of birth settings, the transition from home-based practices to hospital environments, and contemporary movements toward human-centered care. The adopted methodology includes bibliographic research, regulatory analysis, national and international case studies, and the development of the architectural design concept. As a result, the study proposes a healthcare facility that organizes flows, environments, and spatial relationships in a manner that supports the autonomy of birthing women, ensuring safety, comfort, and dignity throughout the childbirth process.

Keywords: humanized childbirth; birth center; normal birth center.



Lista de figuras

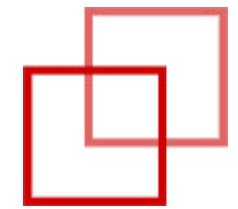
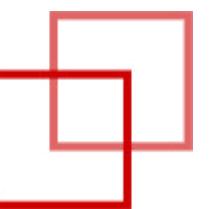


Figura 1 - Linha do tempo sobre os nascimentos e espaços de parir.....	20
Figura 2 - Ilustração de parto em cócoras com presença paterna.....	24
Figura 3 - Ilustração de movimentação para alívio da dor durante o trabalho de parto.....	24
Figura 4 - Ilustração de parto na banheira com presença de outro filho.....	26
Figura 5 - Gráfico Adequação às diretrizes da Rede Cegonha nas Maternidades do SUS.....	26
Figura 6 - (a) Recepção Casa Angela (b) Sala de espera Casa Angela.....	27
Figura 7 - (a) e (b) Recepção e sala de espera Maternidade Cândido Mariano.....	27
Figura 8 - Organograma da organização físico-funcional em áreas de saúde.....	31
Figura 9 - (a) e (b) Plantas de Zoneamento em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.....	39
Figura 10 - (a) Sala de Atendimento Individualizado (b) Consultório Diferenciado (Ginecologia).....	39
Figura 11 - (a) Posto de Enfermagem (b) Sala de serviços.....	39
Figura 12 - (a) Sala de Relatório (b) Sala de Armazenagem e Distribuição de Alimentos.....	39
Figura 13 - (a) e (b) Identificação gráfica de Resíduos.....	40
Figura 14 - Fluxograma ideal de pacientes em atendimento gestacional pelo SUS.....	41
Figura 15 - Planta demonstrativa de CPNp.....	43
Figura 16 - Referenciais de deslocamento de pessoas em pé.....	43
Figura 17 - Deslocamento de Pessoas em Cadeira de Rodas (PCR).....	44
Figura 18 - Vistas de rampa acessível.....	45
Figura 19 - Mapa de localização Casa Angela.....	54
Figura 20 - Fachada Casa Angela com níveis de piso.....	54
Figura 21 - Via estreita de acesso à Casa Angela.....	54
Figura 22 - Calçada utilizada de forma inadequada.....	54
Figura 23 - Plantas da Casa Angela.....	55
Figura 24 - Mapa de localização Florescer.....	55
Figura 25 - Fachada Florescer com nível de piso.....	55
Figura 26 - Planta térrea Florescer.....	56
Figura 27 - Sala de reunião e o seu uso na Florescer.....	56
Figura 28 - Mapa dos EUA com estabelecimentos de parto.....	56
Figura 29 - Mapa de localização Minnesota Birth Center.....	57
Figura 30 - Fachada Minnesota com nível de piso.....	57
Figura 31 - Plantas de Minnesota Birth Center.....	58
Figura 32 - Mapa de localização Dar a Luz Birth & Health Center.....	58
Figura 33 - Fachada Dar a Luz com nível de piso.....	59
Figura 34 - Planta térrea Dar a Luz Birth & Health Center.....	59
Figura 35 - Mapa de localização Vanderbilt Birth Center.....	59
Figura 36 - Fachada Vanderbilt Birth Center.....	60
Figura 37 - Planta Vanderbilt Birth Center.....	60
Figura 38 - Recepção Florescer com fluxos.....	61
Figura 39 - Planta Florescer setorizada.....	61
Figura 40 - Corredor de acesso às suítes PPP.....	61
Figura 41 - Planta térreo com fluxo pré-estabelecido.....	62
Figura 42 - Suíte PPP 1 (Ipê rosa).....	62
Figura 43 - Suíte PPP 2 (Ipê amarelo).....	62
Figura 44 - Equipamento de reanimação neonatal.....	63
Figura 45 - Plantas setorizadas Casa Angela.....	63
Figura 46 - Fluxo da recepção e sala de espera Casa Angela.....	64
Figura 47 - Plantas setorizadas Minnesota Birth Center.....	64
Figura 48 - Fluxo da recepção e sala de espera Minnesota.....	65
Figura 49 - Planta setorizada Dar a Luz.....	65
Figura 50 - Sala de espera do parto Dar a Luz.....	65

Figura 51 - Planta setorizada Vanderbilt Birth Center.....	65	Figura 78 - Mapa do bairro Caiobá com localização da área de estudo.....	84
Figura 52 - Recepção Vanderbilt com fluxo demarcado.....	66	Figura 79 - Perfis topográficos do terreno de estudo (transversal e longitudinal).....	85
Figura 53 - Composição paisagística da Florescer.....	66	Figura 80 - Mapa planialtimétrico da área de estudo.....	85
Figura 54 - Composição paisagística da Casa Angela.....	66	Figura 81 - Mapa hidrográfico da área de estudo.....	85
Figura 55 - Composição paisagística da Dar a Luz.....	67	Figura 82 - Carta de Drenagem de Campo Grande (MS) com zoom na área de estudo.....	86
Figura 56 - Composição de aberturas Florescer.....	67	Figura 83 - Carta Geotécnica de Campo Grande (MS) com zoom na área de estudo.....	86
Figura 57 - Composição de aberturas Casa Angela.....	68	Figura 84 - Mapa de Uso e Ocupação do solo da área de estudo.....	87
Figura 58 - Composição de aberturas Dar a Luz.....	68	Figura 85 - Mapa de pavimentação da área de estudo.....	87
Figura 59 - Aberturas PPP Minnesota.....	69	Figura 86 - Mapa de abastecimento de água da área de estudo.....	88
Figura 60 - Aberturas PPP Vanderbilth.....	69	Figura 87 - Mapa de abastecimento de esgoto da área de estudo.....	88
Figura 61 - Elementos de ambiência Florescer.....	70	Figura 88 - Macrozoneamento Urbano de Campo Grande (MS) com zoom para área de estudo.....	89
Figura 62 - Elementos de ambiência Casa Angela.....	70	Figura 89 - Zoneamento Urbano de Campo Grande (MS) com zoom para área de estudo.....	89
Figura 63 - Elementos de ambiência Dar a Luz.....	70	Figura 90 - Zoneamento Ambiental de Campo Grande (MS) com zoom para área de estudo.....	90
Figura 64 - Elementos de ambiência Minnesota.....	70	Figura 91 - Mapa de localização e distância ao hospital de referência.....	90
Figura 65 - Elementos de ambiência Vanderbilth.....	71	Figura 92 - Diagrama conceitual da Casa Luz.....	91
Figura 66 - Planta térreo MizMedi Dear'One.....	73	Figura 93 - Organograma de setorização funcional da Casa Luz.....	91
Figura 67 - Corte MizMedi Dear'One.....	73	Figura 94 - Fluxograma da Casa Luz.....	92
Figura 68 - Detalhes tijolos da fachada MizMedi Dear'One.....	74	Figura 95 - Plano de massas funcional da Casa Luz.....	93
Figura 69 - Elementos vegetados e soluções estratégicas Dear'One.....	74	Figura 96 - Implantação.....	95
Figura 70 - Suíte de pós-parto Dear'One.....	74	Figura 97 - Implantação com fluxos.....	96
Figura 71 - Iluminação natural e os tijolos vazados.....	74	Figura 98 - Planta térreo layout.....	97
Figura 72 - Imagem aérea em vista de pássaro Cerratenses.....	75	Figura 99 - Planta térreo técnica.....	98
Figura 73 - Planta térrea Cerratenses com destaque para o pátio central.....	75	Figura 100 - Planta pavimento superior layout.....	99
Figura 74 - Estrutura em madeira Cerratenses.....	75	Figura 101 - Planta pavimento superior técnica.....	100
Figura 75 - Pátio central Cerratenses.....	76	Figura 102 - Cortes.....	101
Figura 76 - Mapa de regiões urbanas com assistência pública ao parto em Campo Grande/MS.....	82	Figura 103 - Elevações.....	102
Figura 77 - Mapa de localização dos terrenos analisados.....	83	Figura 104 - Planta de cobertura.....	103

Figura 105 - Estrutura esquemática.....	104
Figura 106 - Planta de 1º fiada - BTC.....	105
Figura 107 - Perspectiva externa - Vista de pássaro frontal.....	106
Figura 108 - Perspectiva externa - Vista de pássaro ao fundo.....	107
Figura 109 - Perspectiva externa - Fachada frontal.....	108
Figura 110 - Perspectiva externa - Fachada ao fundo.....	109
Figura 111 - Perspectiva externa - Fachada ao fundo 2.....;;;	110
Figura 112 - Perspectiva externa - Fachada frontal 2.....	111
Figura 113 - Perspectiva externa - Fachada frontal 3.....	112
Figura 114 - Perspectivas internas gerais - Térreo e Superior.....	113
Figura 115 - Perspectiva interna - Sala de espera.....	114
Figura 116 - Perspectiva interna - Recepção.....	115
Figura 117 - Perspectiva interna - Lounge superior.....	116
Figura 118 - Perspectiva interna - Sala de reuniões e palestras.....	117
Figura 119 - Perspectiva externa - Jardim PPPs.....	118
Figura 120 - Perspectiva externa - Jardim PPPs 2	119
Figura 121 - Perspectiva externa - Jardim PPPs 3.....	120
Figura 122 - Perspectiva interna - Suíte PPP.....	121

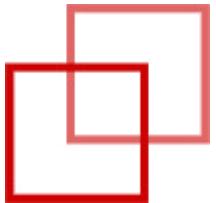


Lista de tabelas

Tabela 1 - Taxa de partos por tipo no Mato Grosso do Sul (2020-2024).....	16
Tabela 2 - Taxa de partos por tipo em Campo Grande/MS (2020-2024).....	17
Tabela 3 - Taxa de partos por tipo nos hospitais com atendimento SUS, Campo Grande/MS (2024*)....	17
Tabela 4 - Ambientes necessários para Unidade de Apoio ao Diagnóstico e Terapia: CPN.....	31
Tabela 5 - Ambientes necessários para Unidade de Apoio Técnico.....	32
Tabela 6 - Ambientes necessários para Unidade de Apoio Administrativo.....	34
Tabela 7 - Ambientes necessários para Unidade de Apoio Logístico.....	34
Tabela 8 - Ambientes fins e de apoio ao CPN.....	41
Tabela 9 - Inclinações de rampas acessíveis.....	45
Tabela 10 - Ambientes fins e de apoio ao CPNp.....	49
Tabela 11 - Resumo das legislações analisadas.....	50
Tabela 12 - Programa de necessidades e pré-dimensionamento Casa Luz.....	79
Tabela 13 - Razão Crianças/Mulheres nos locais de análise em Campo Grande/MS (2010).....	82
Tabela 14 - Rendimento nominal médio mensal dos domicílios particulares permanentes e da população - Caiobá, Mata do Segredo e Nova Lima (2010).....	83
Tabela 15 - Espécies arbóreas, arbustivas, herbáceas e forrações.....	94

Lista de quadros

Quadro 1 - Comparativo entre maternidades e casas de parto.....	28
Quadro 2 - Síntese dos estudos analisados.....	71
Quadro 3 - Síntese das análises projetuais.....	76
Quadro 4 - Síntese comparativa dos terrenos analisados.....	84
Quadro 5 - Índices Urbanísticos exigidos.....	94



Lista de abreviaturas e siglas

AAMI - ASSOCIAÇÃO DE AMPARO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA (MATERNIDADE CÂNDIDO MARIANO)

ABCG - ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA CASA DE CAMPO GRANDE

ABNT - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS

ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

CAME - CENTRAL DE ADMINISTRAÇÃO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

CME - CENTRAL DE MATERIAL ESTERELIZADO

CPN - CENTRO DE PARTO NORMAL

CPNi - CENTRO DE PARTO NORMAL Intra-hospitalar

CPNp - CENTRO DE PARTO NORMAL Peri-hospitalar

DOU - DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

EAS - ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE

FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

GM/MS - GABINETE DO MINISTRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

GRSS - GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

HRMS - HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL

HUMAP - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN

MS - MATO GROSSO DO SUL

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE

NBR - NORMAS BRASILEIRAS

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

PCR - PESSOAS EM CADEIRAS DE RODAS

PGRSS - PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

PPP - PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO (OU PUERPÉRIO)

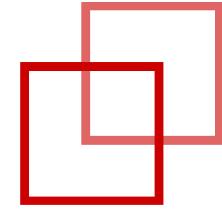
RDC - RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA (ANVISA)

RSS - RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

SOMASUS - SISTEMA DE APOIO À ELABORAÇÃO DE PROJETOS DE INVESTIMENTO EM SAÚDE

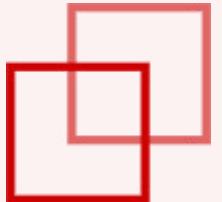
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SVS - SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE



Sumário

i.	INTRODUÇÃO.....	15
A.	JUSTIFICATIVA.....	16
B.	OBJETIVOS.....	18
1.	OBJETIVO GERAL.....	18
2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
C.	METODOLOGIA.....	18
1.	PARTOS NO TEMPO, ESPAÇOS EM TRANSFORMAÇÃO.....	19
1.1.	A HISTÓRIA DOS NASCIMENTOS.....	21
1.2.	A HUMANIZAÇÃO DO PARTO.....	22
1.3.	CASA DE PARTO: DEFINIÇÕES E MOVIMENTOS.....	23
1.4.	MATERNIDADE E SUAS DIFERENÇAS.....	26
2.	ONDE NASCE O CUIDADO.....	29
2.1.	RDC N° 50 DE 2002.....	30
2.2.	SOMASUS (2011).....	38
2.3.	RDC N° 222 DE 2018.....	40
2.4.	REDE CEGONHA (2018).....	41
2.5.	ABNT NBR 9050 DE 2020.....	43
2.6.	PORTARIA GM/MS N° 5.350 DE 2024.....	45
2.7.	RDC N° 920 DE 2024.....	46
2.8.	PRINCIPAIS ALTERAÇÕES E COMPLEMENTAÇÕES.....	49
2.9.	TABELA RESUMO DAS LEGISLAÇÕES CPNp.....	50
3.	ESPAÇOS PARA O NASCIMENTO.....	52
3.1.	ESTUDOS DE CASO.....	53
3.1.1.	IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO.....	53
3.1.1.1.	CASA ANGELA: CENTRO DE PARTO HUMANIZADO.....	53
3.1.1.2.	FLORESCER: CENTRO DE PARTO HUMANIZADO.....	55
3.1.1.3.	CASAS DE PARTO: EUA.....	56
3.1.1.3.1.	MINNESOTA BIRTH CENTER.....	57
3.1.1.3.2.	DAR A LUZ BIRTH & HEALTH CENTER.....	58
3.1.1.3.3.	VANDERBILTH BIRTH CENTER.....	59
3.1.2.	CATEGORIAS DE ANÁLISE.....	60
3.1.3.	ANÁLISES.....	61
3.1.3.1.	ESPACIALIDADE.....	61
3.1.3.2.	ESPAÇO EXTERNO.....	66
3.1.3.3.	ABERTURAS.....	67
3.1.3.4.	MATERIAIS E AMBIÊNCIA.....	69
3.1.4.	CONTRIBUIÇÕES DOS ESTUDOS DE CASO.....	71
3.2.	REFERÊNCIAS PROJETUAIS.....	73
3.2.1.	MIZMEDI DEAR'ONE.....	73
3.2.2.	CERRATENSES.....	75
3.2.3.	CONTRIBUIÇÕES DAS REFERÊNCIAS PROJETUAIS.....	76
4.	CASA LUZ.....	78
4.1.	PROGRAMA DE NECESSIDADES.....	79
4.2.	ESCOLHA DO TERRENO.....	81
4.2.1.	TERRENOS ANALISADOS.....	83
4.2.2.	ESTUDO DO LUGAR.....	84
4.3.	CONCEITO DO PROJETO.....	91
4.4.	PARTIDO ARQUITETÔNICO.....	91
4.5.	O PROJETO.....	93
5.	CONCLUSÕES.....	122
6.	REFERÊNCIAS.....	124
A	PÊNDICE.....	127
A.	ENTREVISTA 1: ENFERMEIRAS OBSTETRAS - TRANSCRIÇÃO.....	128
B.	ENTREVISTA 2: MÃE 1 - TRANSCRIÇÃO.....	129
C.	ENTREVISTA 3: PSICÓLOGA PERINATAL - TRANSCRIÇÃO.....	133
D.	ENTREVISTA 4: MÃE 2 - TRANSCRIÇÃO.....	135



i. *Introdução*

i. Introdução

O parto humanizado, termo cunhado no século XX e introduzido no Brasil por Fernando Magalhães, considerado o pai da obstetrícia brasileira (DINIZ, 2005), reflete um ato ímpeto do ser humano, enquanto mulher, que prioriza o protagonismo feminino no momento do nascimento e assegura que ela não seja apenas uma espectadora, mas agente ativa do processo. Segundo o obstetra Michel Odent, em entrevista à GHZ (2017), é fundamental que a mulher em trabalho de parto esteja protegida e tranquila, a fim de evitar a produção excessiva de adrenalina, hormônio que dificulta o nascimento. Para isso, o ambiente físico deve ser acolhedor e com estímulos sensoriais reduzidos, envolvendo aspectos como iluminação, ruído, temperatura e privacidade.

Segundo Medina *et al.* (2023a), que realizou um estudo comparativo entre casas de parto e hospitais obstétricos, evidenciam diferenças significativas entre esses ambientes de saúde, concluindo que as casas de parto são uma alternativa mais eficiente para partos fisiológicos, respeitando o tempo da mulher e do bebê.

As mulheres demonstraram satisfação com a experiência do nascimento em CPN, apontando como motivos o apoio contínuo das enfermeiras obstétricas, uso de tecnologias não invasivas para alívio da dor, estímulo à autonomia da mulher, a presença do acompanhante, o uso de cuidado baseado em evidência, além do ambiente privativo, seguro e calmo. (MEDINA *et al.*, 2023b, p. 2071, grifo nosso)

Assim, fica evidente que a ambientação do parto é primordial. Com base nisso, a estrutura deste trabalho organiza-se da seguinte forma: no Capítulo 1, analisa-se a história dos nascimentos, o surgimento do movimento pelo parto humanizado, além da definição de casas de parto e as diferenças para as maternidades. O Capítulo 2 destaca as normas que regem e auxiliam na organização e funcionalidade de casas de parto, com a perspectiva legal para a concepção desses ambientes. No Capítulo 3, apresentam-se os locais existentes voltados ao nascimento, por meio da análise de estudos de caso e referências projetuais. Por fim, o Capítulo 4 dedica-se ao estudo do lugar para implementação do projeto e à concepção do projeto arquitetônico.

A. Justificativa

Desde 1985¹, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a taxa de cesarianas sejam de 10% a 15%, enquanto os demais 85% deveriam ser vaginais. Essa recomendação se perpetua e

implica em uma margem percentual amplamente divulgada, com o princípio da redução de partos cirúrgicos em uma escala global, os quais estão diretamente ligados às questões de saúde e políticas públicas. Em consonância com a OMS, os partos oriundos de cesarianas deveriam ser efetivados apenas em casos de necessidade, onde além de proteger a parturiente, também houvesse proteção para os bebês.

Contudo, no Brasil, os índices de partos cesarianas têm crescido a cada ano. Conforme o jornal O Globo (2024), o qual apurou dados obtidos por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2022, cerca de 58,1% dos partos foram por cesariana. E, no ano seguinte, em 2023, esse percentual cresceu para 59,7%, um aumento de 1,6%.

Consecutivo a isso, no Mato Grosso do Sul, as taxas de partos por cesariana continuam elevadas, seguindo a mesma lógica nacional. De acordo com dados do Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos (SVS/MS, 2025), entre os anos de 2020 e 2024, a porcentagem de cesariana no estado se manteve acima de 61%, atingindo o maior valor em 2024, com 67,05%. Esse crescimento constante pode ser observado também nos anos anteriores, conforme a Tabela 1. Isso evidencia um padrão consolidado de preferência por partos não naturais, mesmo entre gestantes de risco habitual.

Tabela 1 - Taxa de partos por tipo no Mato Grosso do Sul (2020-2024)

ANO	TAXA DE PARTOS POR TIPO - MATO GROSSO DO SUL (2020-2024)				TOTAL
	PARTOS VAGINAIS	CESARIANAS	Nº	%	
2024*	10.983	32,92	22.368	67,05	33.359
2023	13.487	33,76	26.447	66,22	39.938
2022	14.746	36,69	25.437	63,29	40.188
2021	15.544	37,18	26.253	62,80	41.800
2020	15.535	38,01	25.318	61,94	40.870

*Dados de 2024 são preliminares.

Fonte: Elaboração própria com dados do Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos – SVS/MS (2025).

Da mesma forma, no município de Campo Grande, observa-se um crescimento expressivo na taxa de partos por cesariana, evidenciando um preocupante retrocesso para a saúde materna e neonatal. Conforme demonstrado na Tabela 2, entre os anos de 2020 e 2024, a proporção de partos cesarianas no município aumentou em 8,32%, segundo dados do Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos (SVS/MS, 2025).

¹ Declaração feita por um grupo de especialistas em saúde reprodutiva da OMS, em reunião realizada em Fortaleza, no Brasil. (Organização Mundial da Saúde. Disponível em: https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.fiocruz.br/files/WHO_RHR_15.02_por.pdf)

Tabela 2 - Taxa de partos por tipo em Campo Grande/MS (2020-2024)

ANO	PARTOS VAGINAIS		CESARIANAS		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
2024*	4.439	32,89	9.053	67,09	13.493
2023	4.842	33,21	9.735	66,78	14.577
2022	5.302	35,94	9.447	64,05	14.749
2021	5.892	38,58	9.379	61,41	15.271
2020	6.301	41,22	8.982	58,77	15.283

*Dados de 2024 são preliminares.

Fonte: Elaboração própria com dados do Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos – SVS/MS (2025).

Esse padrão se reflete também nos estabelecimentos de saúde que prestam atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Como ilustrado na Tabela 3, entre os quatro hospitais e maternidades que realizam partos pelo SUS em Campo Grande, três apresentaram taxas de cesariana superiores a 60%, sendo que uma das instituições alcançou 70,82% de partos cesarianas. Ressalta-se que duas dessas unidades possuem gestão contratualizada, o que significa que, além do atendimento pelo SUS, também oferecem serviços por meio de convênios e atendimento particular, o que pode influenciar nos índices de cesarianas registrados.

Tabela 3 - Taxa de partos por tipo nos hospitais com atendimento SUS, Campo Grande/MS (2024*)

HOSPITAL	PARTOS VAGINAIS		CESARIANAS		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
AAMI	1.997	29,17	4.847	70,82	6.844
HRMS	468	32,52	971	67,47	1.439
HUMAP	769	41,19	1.064	58,01	1.834
ABCG	980	31,98	2.084	68,01	3.064

*Dados de 2024 são preliminares.

Fonte: Elaboração própria com dados do Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos – SVS/MS (2025).

Esse panorama revela a persistência de um modelo intervencionista de assistência ao parto, em que as cesarianas são amplamente utilizadas, muitas vezes em contextos que poderiam ser conduzidos por vias naturais, caso houvesse estrutura adequada e incentivo à humanização. Diante desse cenário, justifica-se a necessidade de propor alternativas arquitetônicas que possibilitem o acesso público e equitativo a ambientes de parto humanizado.

Em relação aos demais estados, alguns já apresentam alternativas nesse sentido, com locais adequados para o nascimento, com tentativas de redução nos números de partos por cesarianas. Nesse contexto, apresentam-se as Casas de Parto, oficialmente denominadas Centro de Parto Normal (CPN), pela Portaria Ministerial nº 985/1999. Ainda, segundo Medina *et al.* (2023a, p. 9):

A casa de parto é um estabelecimento seguro para o atendimento de gestantes de risco habitual no trabalho de parto, parto e nascimento. Isto se dá devido a maior oferta de boas práticas e menos intervenções na assistência ao parto, que não apresentam qualquer impacto negativo nos resultados perinatais.

Esses locais são adequados para o acompanhamento pré-natal e para o atendimento específico de cada gestante, garantindo o parto natural assistido. Exemplos como a Casa Angela e a Casa de parto de Sapopemba, em São Paulo, atendem pelo SUS.

As casas de parto diferem das maternidades devido às exigências normativas para seu funcionamento e forma de trabalho, operam com equipes formadas basicamente por enfermeiras obstetras, técnicas de enfermagem e doulas, dispensando a presença obrigatória de médicos. Além disso, o cuidado oferecido é desmedicalizado, fundamentado na fisiologia feminina, respeitando as escolhas e incentivando a autonomia da mulher (MEDINA et al., 2023b, p. 2071).

Ainda, do ponto de vista arquitetônico, a casa de parto permite maior maleabilidade para escolhas de layout e concepção de espaços de saúde que possuam ambiência, termo definido pelo Ministério da Saúde (2010a, p. 5) como “[...] tratamento dado ao espaço físico, entendendo-o como um espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.” Isso corrobora para a decisão do projeto, no qual será concebido integralmente do zero, então, torna-se possível e justificável a implementação funcional de todas as normativas relacionadas ao assunto. Como Campo Grande não dispõe de Casa de Parto pública, o projeto de uma unidade dessa natureza torna-se essencial para garantir às mulheres de menor poder aquisitivo o direito a um parto humanizado em ambiente adequado.

B. Objetivos

1. Objetivo Geral

Desenvolver o projeto arquitetônico de uma Casa de Parto Pública para a cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, promovendo um ambiente adequado para a assistência humanizada ao parto.

2. Objetivos Específicos

- I. Compreender como locais adequados para as parturientes contribuem para um parto natural e humanizado;
- II. Definir diretrizes arquitetônicas para um ambiente que favoreça o acolhimento, a disseminação de informações e o acesso equitativo ao parto humanizado.
- III. Propor soluções espaciais que respeitem aspectos culturais, ambientais e sustentáveis na concepção do projeto.

C. Metodologia

Este trabalho adota uma abordagem qualitativa, estruturada em etapas articuladas entre si. A primeira etapa consistiu na revisão bibliográfica e normativa, por meio da consulta a livros fundamentais sobre parto humanizado, artigos científicos indexados em bases acadêmicas e às principais normativas oficiais aplicáveis ao tema. Entre elas, destacam-se a RDC nº 920/2024, a Portaria GM/MS nº 5350/2024, a RDC nº 222/2018, além das normas técnicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e os cadernos instrutivos da Rede Cegonha e da SomaSUS.

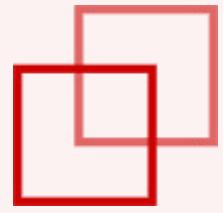
A seguir, desenvolveu-se a análise de estudos de caso, contemplando cinco experiências arquitetônicas distintas: a Casa Angela (São Paulo - SP), a Florescer: Centro de Parto Humanizado (Campo Grande - MS) e outras três casas de parto internacionais, selecionadas a partir de critérios como relevância arquitetônica, alinhamento com os princípios do parto humanizado e disponibilidade de dados técnicos e gráficos. A análise comparativa entre os estudos de caso baseou-se em visitas presenciais e remotas, consulta aos sites das casas, levantamento fotográfico e aplicação de fichas padronizadas contendo categorias como organização espacial, ambiência, fluxos internos, materialidade e uso de áreas externas.

Com o intuito de aprofundar a compreensão sobre as vivências nos ambientes de nascimento, foram realizadas quatro entrevistas semiestruturadas com autorização das participantes para uso de nome

e fala. As entrevistas incluem duas enfermeiras obstetras (Eloína de Matos e Ana Flávia), que foi conduzida simultaneamente, dentro da casa de parto Florescer, oferecendo uma visão técnica sobre os fluxos assistenciais e a organização funcional do espaço. A segunda foi com uma usuária de Casa de Parto (Sarah Teves, mãe que pariu em Campo Grande/MS), por meio do Google Meet. A terceira com uma psicóloga perinatal (Nádia Saconato), trazendo contribuições importantes sobre os aspectos subjetivos e emocionais do parto em relação ao ambiente, também conduzida de forma online pelo Google Meet. E, por último, com outra usuária de Casa de Parto (Midiã Cristina, mãe que pariu na Casa Angela/SP), realizada pelo Google Meet. As duas entrevistas realizadas com as mães permitiram compreender, sob a ótica da usuária, as qualidades espaciais, o acolhimento recebido e o impacto ambiental na experiência do nascimento.

Na etapa seguinte, procedeu-se à análise de sítio, com visita *in loco* ao terreno, que foi selecionado conforme instruções normativas e aspectos como topografia, infraestrutura urbana, acessibilidade, orientações solares e contexto imediato, essenciais para a inserção adequada do equipamento público de saúde proposto.

Por fim, realizou-se a sistematização e interpretação dos dados coletados em todas as etapas, culminando na elaboração de uma matriz comparativa dos estudos de caso e na definição do partido arquitetônico da Casa Luz. Esse processo guiou a concepção espacial do projeto, alinhando diretrizes funcionais e sensoriais aos princípios de humanização, segurança, eficiência e dignidade, que norteiam o conceito de nascimento respeitoso e assistido.



1



Partos no tempo, espaços em transformação

1. Partos no tempo, espaços em transformação

Os partos além de serem instintivos e inatos às mulheres enquanto gestantes, são uma especulação a parte para quem não pare. Ao longo dos vários séculos em que o mundo é como conhecemos hodiernamente - com seres humanos habitando - que se pensa sobre o ato de parir. Ao decorrer dos anos, as percepções e mudanças sociais, políticas, religiosas e culturais influenciaram e muito na dinâmica do parto e em como a mulher é vista e tratada no ato de dar à luz. Segundo Meira (2012, p.16) o parto é fundamental e “De certa maneira, o nascimento sela a relação que vai existir entre a mãe e a criança para o resto da vida, dá o matiz do eixo de transferência e contratransferência, influenciando a postura que o novo ser terá em relação à vida.” Assim, medidas para que as mulheres sejam vistas e entendidas nesse momento surgiram e culminaram em aplicações físicas, como espaços destinados especificamente para o ato de parir de forma natural, com uma arquitetura pessoal e acolhedora, buscando um local calmo e reconfortante para a mulher. E, são essas mudanças e vastas alterações que serão vistas a seguir.

Figura 1 - Linha do tempo sobre os nascimentos e espaços de parir.



1.1. A história dos nascimentos

O momento do parto, popularmente conhecido como “dar à luz”, tem uma intrigante especulação, e isso vem desde que a humanidade existe. Nitidamente, parir é um ato instintivo que permeia boa parte dos animais, e, essencialmente, quase todos os mamíferos; os seres humanos enquadram-se nessa categoria. A mulher, enquanto gestante e preceptora da vida em formação, teve muitos séculos de protagonismo no momento de parir, no qual era o fator principal e atuava de maneira ativa em seu próprio parto, tendo a liberdade de decisão sobre como lidaria com esse momento íntimo e tão complexo.

Dessa forma, os partos aconteciam em suas próprias casas e tinham o auxílio de parteiras e curandeiras, que detinham o saber empírico e oral, passado de geração em geração. O parto era um momento substancialmente feminino e comunitário, o qual as pessoas que apoiavam e porventura ajudavam as parturientes, eram mulheres. Por vezes, as parturientes também tinham a figura paterna ao seu lado, em estímulos e posições verticais que facilitam esse momento, com a tentativa de redução das dores do parto e afago para os pensamentos difíceis. Assim, anteriormente ao século XV, essa era a conformação dos partos.

Qualquer que seja a raça ou tribo analisada (africana, americana, asiática ou outra), as mesmas posições verticais sempre predominaram com grande variedade dos meios de apoio. Calcula-se que a grande maioria das mulheres de todo o mundo ainda hoje, durante o parto e o trabalho de parto, assume posições verticais ou agachadas e geralmente com algum apoio. (BALASKAS, 2012, p. 32)

A partir do século XV, até meados do século XVII, período no qual ocorreram diversas mudanças políticas, sociais, culturais e, principalmente, religiosas, os partos também passaram a sofrer alterações e mudanças significativas. Vale ressaltar que era a época das mudanças de toda uma sociedade, uma fase de transição da Idade Média para a era Moderna. Essas mudanças implicavam em disputas religiosas, com a Igreja Católica, a criação da Reforma Protestante e a Contrarreforma, assim, foi instaurada a conhecida “caça às bruxas” em praticamente toda a Europa - foi uma perseguição sistêmica que puniu e extinguiu toda e qualquer forma de ato visto como “feitiçaria”. Saber lidar com uma situação tensa e tão dolorosa, acalmando a gestante e usando meios não farmacológicos, certamente eram vistos por olhos inquisidores. Assim, conforme as autoras Ehrenreich e English (1976, *apud* BRASIL, 2010b, p. 25) “[...] a história da caça às bruxas e a extinção das curandeiras devem ser vistas como parte da história da exclusão das mulheres da prática curativa, já que na Europa Ocidental havia uma antiga tradição de mulheres sábias - as curandeiras, as parteiras e as herboristas.”

Ainda, por meio dessa perseguição, iniciou-se um processo contínuo de desvalorização do saber tradicional feminino. Isso marcou profundamente a forma como os partos seriam feitos pelos próximos séculos, com a inserção masculina nos partos, com o uso indiscriminado de instrumentos recém criados,

a exemplo do fórceps. Dessa forma, surgiu a obstetrícia, saber médico, fundamentalmente masculino, mas que ainda não tinha caráter acadêmico e formal.

[...] em meados do século XVII, na França, dois irmãos chamados Chamberlain inventaram o fórceps. A melhor posição para se aplicar um fórceps é com a mulher deitada. Essa invenção foi guardada a sete chaves pelos Chamberlain, que faziam seus partos cobertos por um lençol escuro; a moda para as mulheres distintas de dar à luz deitadas tornou-se firmemente enraizada e o médico tomou o lugar da parteira nas salas de parto. (BALASKAS, 2012, p. 31)

Consoante a isso, com o avanço dos estudos científicos e criação de novas vertentes médicas, a obstetrícia ganhou notoriedade no cenário mundial, tornando-se uma especialização médica, primeiramente na França (Escola de Paris), no século XVIII, conforme o Ministério da Saúde (2010b, p. 26). Após essas mudanças no cenário acadêmico e de formação, as quais surgiram com a ideia de que o parto deveria ser controlado pela ciência, também surgiu a mudança social e cultural do ato de parir, no qual as mulheres foram cada vez mais posicionadas como espectadoras desse momento, em posições deitadas em camas, conhecida como posição de litotomia, perdendo o seu papel de protagonista e sem o auxílio do saber das parteiras. Com esse cenário estabelecido, de condicionamento e falta de sensibilidade com as vontades das parturientes, o momento que antes era difícil mas completamente normal, tornou-se quase um sinônimo de procedimento cirúrgico ou de intervenções médicas.

[...] François Mauriceau tornou-se uma figura de destaque no cenário obstétrico francês. Ele condenava o uso das cadeiras de parto e advogava o parto na cama, em decúbito dorsal. Com o crescimento da popularidade do fórceps a cadeira de parto perdeu terreno e por volta do final do século XVIII, quase já não se falava mais dela. (BALASKAS, 2012, p. 31)

A partir do século XIX, introduziu-se o uso de medicamentos para acelerar os partos (induzir) e reduzir a zero as dores desse momento, com o surgimento das anestesias, inicialmente com éter e clorofórmio². Além do aumento dos hospitais de maternidade, especialmente para mulheres das classes sociais favorecidas. Todos esses aparatos característicos das alterações da forma de parir na espécie humana, foram tão difundidos que tornaram-se a única forma de nascer dentro dos espaços institucionais, por muitos anos.

O parto sob anestesia estabeleceu ainda mais o parto na posição deitada de costas ou de lado. As posições de parto que mais facilmente prestavam-se à conveniência dos atendentes que realizavam tais procedimentos tornaram-se a única escolha, e a prática de confinar a mulher na cama a maior parte do tempo do trabalho de parto e depois sobre uma mesa obstétrica foi difundida por todo o Ocidente. (BALASKAS, 2012, p. 31)

Ainda, em meados do século XX, os partos passam a ter o caráter majoritário em um ambiente pré-estabelecido, sendo os hospitais os novos locais de nascimento, principalmente nas classes médias e altas. Dessa forma, também ocorre os novos procedimentos rotineiros como a episiotomia³, fórceps,

² Foi usado pela primeira vez em 1847, pelo obstetra escocês James Young Simpson (1811-1870) como anestésico cirúrgico, seu uso passou a ser indicado para que os partos fossem menos dolorosos para as mulheres. (FIOCRUZ, 2015)

³ Incisão cirúrgica no períneo (região entre a vagina e o ânus) durante o parto, com o objetivo de ampliar a abertura vaginal para facilitar a saída do bebê.

tricotomia⁴, enemas⁵, sedação, determinando o novo modelo padronizado de parto, completamente invasivo e que hoje é refutado. Algumas manobras concebidas nessa época, hodiernamente são consideradas violência obstétrica, como a Manobra de Kristeller, segundo Medina *et al* (2023a), na qual o bebê era empurrado para fora, por meio de uma pressão no abdômen da parturiente, forçando sua saída de forma mais rápida.

Nesse contexto, após a Segunda Guerra Mundial, os nascimentos passaram a ser tratados não apenas de forma intervencionista, como citado anteriormente, mas com caráter tecnocrático, com as cesarianas tornando-se a principal forma de nascer, além da falsa sensação de segurança devido às várias tecnologias empregadas nesse momento. A mulher foi imposta a ser passiva, estar sempre deitada e isolada no processo de parir.

As parturientes jaziam de costas, uma posição que as tornava passivas e controláveis; embora isso oferecesse uma esplêndida vista àquele que fazia o parto, estava em total desacordo com a força da gravidade e com a sensação de independência que advém natural e instintivamente do dar à luz ativamente, sobre os próprios pés. (BALASKAS, 2012, p. 31)

Contudo, é importante destacar que os avanços médicos foram importantes, no qual foi possível salvar e auxiliar diversas vidas à virem ao mundo. Nesse momento, é imprescindível diferenciar que há situações em que as intervenções médicas e porventura cirúrgicas têm um papel fundamental para que os bebês cheguem em segurança. Porém, não é uma via de regra, não há a necessidade de procedimentos invasivos e cirúrgicos em todos os partos, as mulheres devem ter autonomia para esse momento, quando o risco à vida da mãe e do bebê não é iminente.

1.2. A humanização do parto

Conforme apresentado anteriormente, todas essas mudanças sociais e culturais, que atingiram as instituições médicas e as mais vastas camadas populacionais, acabaram por instigar pesquisas e reflexões quanto ao modo de parir e a forma como a mulher começou a ser tratada no ato de dar à luz. Alguns desses estudos e análises, levaram ao entendimento do quão artificial havia se tornado o momento do parto e como isso não proporciona bons resultados nem às mães nem aos recém-nascidos.

Dessa forma, nas décadas de 1970 e 1980, em meio a contracultura, e o feminismo crescente, com o entendimento e reivindicação das mulheres pela autonomia dos seus próprios corpos, muitas mulheres começaram a questionar os métodos aos quais estavam sendo submetidas. A não aceitação ao parto medicalizado e a institucionalização dele, provocou levantes e movimentações as quais culminaram

no contexto da humanização do parto, que seria a busca pelo protagonismo feminino no ato de parir, com respeito à fisiologia do corpo da mulher e ao parto intuitivo, com a presença de acompanhantes e a busca por uma mínima intervenção, seria esse então, o parto ativo.

O parto é antes de mais nada um processo mental. Quando uma mulher está dando à luz por si mesma, a parte ativa do seu cérebro é a parte primitiva. Essa é a parte que temos em comum com todos os mamíferos, a parte que secreta os hormônios necessários. Uma mulher dá à luz ativamente quando ela é capaz de secretar seus próprios hormônios, ou, em outras palavras, quando ela não precisa da ajuda de hormônios sintéticos parenterais, ou qualquer outro tipo de intervenção médica. (ODENT, 2012, p. 14)

Ainda, autores, organizações e profissionais como Michel Odent⁶, Sheila Kitzinger⁷ e Janet Balaskas⁸ ganham visibilidade. Por meio da forma como se preocupam verdadeiramente com a saúde e o bem-estar feminino e gestacional, os movimentos em prol de práticas mais humanas, com acolhimento, entendimento das vontades da parturiente e proporcionando um ambiente mais confortável para o nascimento. Algumas das medidas tomadas no início dessa tentativa de mudança - em um ato que já estava enraizado na sociedade como um todo - foi a inserção de banheiras nos quartos de parto, com água quente, tendo o Michel Odent como precursor, no qual ele entendia que a água poderia ajudar no alívio da dor e desconforto materno no momento de parir.

Por meio dessas discussões em cenários acadêmicos e institucionais como um todo, e também na camada leiga da sociedade, foram necessárias medidas realmente funcionais para que o quadro que estava estabelecido, pudesse ser mudado. Com isso, começou a institucionalização de campanhas em favor dos partos vaginais e que ele deveria ser a principal forma de parir, sendo o parto por cesariana apenas uma forma alternativa que deveria ser utilizada em casos de recomendações, para segurança da parturiente e do bebê a caminho, assim como a OMS divulgou em 1985.

A mulher moderna tem perdido contato com suas raízes, envolvida em ganhar um lugar ao sol. Pouco ou nada recebe via tradição - a velha transmissão oral de mãe para filha - substituída pela informação fornecida pelos meios de comunicação, que passam uma mensagem distorcida de mulher. Falta tempo para escutar o corpo falar. (MEIRA, 2012, p. 17)

Ainda, a humanização começou a caminhar junto, no qual os ativistas pela causa indicavam que não era o bastante apenas parir pela via vaginal, mas sim, assegurar que esse momento tivesse o mínimo de intervenção instrumentalizada, médica e procedimentos de manobras. Que a mulher - enquanto parturiente - tem o discernimento do seu corpo e do que ele precisa para parir, que o bebê instinctivamente sabe como e quando nascer. Essas afirmações e tentativas de tornar o parto um ato mais empático e acolhedor, foi caracterizado como “humanizar” esse momento, haja vista sua frieza e apatia anterior.

⁴ Remoção dos pelos pubianos antes do parto, é uma prática que não é recomendada rotineiramente pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

⁵ Consiste na introdução de um líquido no reto (parte final do intestino) para limpar ou estimular a evacuação.

⁶ Médico obstetra, francês, grande defensor da naturalização do parto e incentivo às mulheres.

⁷ Foi uma ativista pela causa feminina dos partos naturais, autora de diversos livros sobre parto e gravidez.

⁸ Autora, fundadora do Movimento Parto Ativo (Active Birth Movement) e educadora de parto.

Então, no final da década de 1970, segundo Balaskas (2012, p. 9), mulheres tentavam usar de posições verticais e ter mobilidade dentro dos hospitais, no momento de parir, por meio do que ela já ensinava, mas algumas dessas gestantes foram inibidas e desestimuladas a executarem tais práticas, culminando numa proibição do parto ativo. Por meio dessas intercorrências surgiu o levante que viria a mudar a história dos nascimentos, já na década de 1980, “[...] o Movimento pelo Parto Ativo foi fundado em abril de 1982 e o Manifesto pelo Parto Ativo foi redigido.” (BALASKAS, 2012, p. 10). Ainda, “[...] foi um protesto contra os hospitais que negavam às mulheres o direito e a liberdade de se movimentar durante o trabalho de parto e de dar à luz na posição vertical, de cócoras ou de joelhos, apesar das evidências sobre suas vantagens.” (BALASKAS, 2012, p. 10)

Após esse manifesto e todo o protesto gerado para mudanças reais na sociedade da época, os estudos e tentativas de retomada de um parto de fato natural voltou a ocorrer e ser preconizado, haja vista o caráter simultâneo dessas reivindicações pelo globo, foi um ato de certo modo internacional.

[...] auxiliar mulheres a se levantar é muito mais do que ajudá-las a encontrar uma posição confortável. É transformá-las de parturientes passivas em ativas. É desafiar o todo da visão obstétrica que a sociedade ocidental tem do parto, baseada na suposição de que o parto é um acontecimento médico e que, portanto, deveria ser conduzido dentro de um ambiente de cuidado intensivo. A gravidez como um todo é vista como uma condição patológica que somente termina com o parto. (KITZINGER, 2012, p. 12)

Paralelamente, no Brasil, segundo o Meira (2012, p. 316), alguns médicos introduziram formas de parir na vertical, e tinham a busca por um parto em respeito à fisiologia feminina. Ainda, aponta que em 1970, os médicos Moysés e Cláudio Paciornik, no Paraná, implementaram partos com a posição em cócoras. Vale salientar que essas são práticas que sempre existiram e anteriormente foram apresentadas como a forma natural de parir, desde que o mundo é mundo, no qual as parteiras já recorriam a essas técnicas e auxiliavam as parturientes de forma precisa.

Assim, segundo Meira (2012, p. 316):

Na década de 1980 começaram a acontecer alguns partos domiciliares, como opção viável para um parto mais natural e participativo, mas restritos às grandes cidades. Vale a pena observar que em muitos lugares onde não há uma atenção médica especializada, nos recônditos deste Brasil, o parto ainda acontece em ambiente domiciliar. Mas mesmo nas grandes cidades alguns casais preferem o parto não-hospitalar porque os hospitais normalmente não permitem a concretização do parto nos moldes das expectativas desses casais.

A mudança da sociedade em relação ao rumo que os partos estavam tomando nas décadas anteriores, perdurou. Assim, na década de 1990, a OMS divulgou um guia prático para auxiliar na assistência aos partos normais, sendo lançado em 1996⁹, no qual condena o excesso de intervenções médicas e propõe boas práticas para o parto. No Brasil, foi publicado e veiculado pelo Ministério da Saúde, com a intenção de provocar mudanças nas taxas de nascimentos no país, nos índices de

mortalidade materno-neonatal e proporcionar a humanização do parto. Junto a essas medidas, iniciava-se os debates acerca da violência obstétrica e formas de melhorar os nascimentos no país.

Com todos esses aspectos, houve buscas por um local mais confortável e que pudesse influenciar positivamente no ato de dar à luz, com a possibilidade de promover as boas práticas ao nascimento, haja vista essa retomada do protagonismo da parturiente e a vontade de ter acesso ao apoio de quem quer que desejasse. Assim, as casas de parto começaram a surgir, do inglês Birth Centers, e a assistência das doula passou a ser fundamental, bem como das parteiras (midwives). No contexto brasileiro, o protagonismo feminino, munido da valorização das enfermeiras obstetras e obstetizes, foi o carro chefe para o desenvolvimento dos centros de parto normal e sua regulamentação formal. E foi, em 1999¹⁰, legislada a lei que transformou esse cenário arquitetônico em torno do nascimento.

1.3. Casa de Parto: definições e movimentos

Por meio de todas as medidas e mudanças no cenário obstétrico mundial, com as vastas tentativas de indicar que a forma mais apropriada de parir seria a mais natural possível, surgiram as casas de parto, visto anteriormente - locais destinados ao nascimento e acolhimento da mulher em estado gestacional sem indícios de riscos, conhecido pelo termo formal, mulheres de risco habitual. No cenário internacional, já havia e há uma preocupação e avanço mais palpável nesse sentido, com locais específicos para partos humanizados sendo instituições reconhecidas há tempos e espalhadas por diversas localidades. No Brasil, esse reconhecimento tardou, mas após a lei que regularizou e institucionalizou os Centros de Parto Normal (CPN), foi inaugurada a primeira casa de parto pública do Brasil, a Casa de Parto de Sapopemba, em São Paulo, ainda no mesmo ano de 1999.

Após essa regulamentação, as medidas para implementações de novos locais caminharam vagarosamente. Sendo necessário a criação de campanhas e políticas públicas com tentativas de conscientização, não apenas da população, mas também dos profissionais envolvidos no momento dos nascimentos. Nesse cenário, surgiu a Rede Cegonha, criada pelo Ministério da Saúde, que foi reconhecida nacionalmente como a frente de combate aos partos cesarianas em casos sem indicação, onde o incentivo aos partos normais e com caráter humano fosse a forma principal de nascer no país, com respeito às mulheres. Foi um importante recurso para que estudos gestacionais e de maternidade fossem realizados no Brasil. Permitiu a descoberta quantitativa de casos de violências obstétricas, taxas de instrumentalização de partos vaginais, além do quantitativo de partos por cesarianas realizados em zonas mais afastadas dos grandes polos citadinos brasileiros.

⁹ Assistência ao Parto Normal: um guia prático.

¹⁰ Portaria nº 985/GM.

As Casas de Parto em sua essencialidade, têm o objetivo de promover um espaço físico com ambiência, que transpareça acolhimento, calma e instigue a mulher a se sentir confortável como estaria em sua casa, mas ainda com o auxílio de profissionais capacitados, permitindo-se um meio termo entre partos domiciliares e partos hospitalares. Para esses resultados serem efetivos, há a necessidade de pensar na funcionalidade desses locais, sem deixar de lado as questões estéticas e de conforto ambiental, sempre prezando por cores que transmitam a essência pretendida, com ventilação e iluminação adequadas para o momento de relaxar e acalmar, além de ser visualmente agradável.

Ainda, as Casas de Parto também são respaldadas por evidências científicas que atestam sua segurança para mulheres de risco habitual. Diversos estudos e também diretrizes da Organização Mundial da Saúde, bem como do Ministério da Saúde, indicam que os resultados perinatais desses espaços são semelhantes aos de partos hospitalares, com o diferencial de apresentarem taxas reduzidas de intervenções desnecessárias. Isso contribui para uma vivência fisiológica e segura do parto (figura 2).

Figura 2 - Ilustração de parto em cócoras com presença paterna.



Fonte: Elaboração própria.

Outro aspecto importante está relacionado à equipe assistencial. As Casas de Parto contam, prioritariamente, com enfermeiras obstetras ou obstetritz, profissionais que acompanham o processo desde o pré-natal, estabelecendo um vínculo direto com a gestante. Essa continuidade do cuidado cria um ambiente de maior confiança e acolhimento, favorecendo a escuta, o respeito às escolhas da mulher e o suporte emocional durante o trabalho de parto. Assim, segundo Medina *et al* (2023a, p. 9):

Investir [...] na ampliação e criação de mais casas de parto tem potencial para mudar a realidade obstétrica no Brasil, seja no SUS ou no sistema privado, pois há evidências de que onde tem enfermagem obstétrica, há uma maior oferta de boas práticas e menor uso de intervenções no processo fisiológico do nascimento.

Mais uma característica essencial desses espaços é o protagonismo feminino. As gestantes são incentivadas a tomar decisões e são sempre informadas sobre seus partos, podendo escolher posições, formas de alívio da dor (figura 3) e as pessoas que desejam ao seu lado no momento do nascimento. Com isso, o parto deixa de ser um procedimento exclusivamente técnico e se transforma em uma experiência de autonomia, dignidade e empoderamento.

Figura 3 - Ilustração de movimentação para alívio da dor durante o trabalho de parto.



Fonte: Elaboração própria.

Ademais, um cuidado característico e valorizado nesses espaços é o respeito à chamada “Hora de Ouro”, período logo após o nascimento em que o contato pele a pele entre mãe e bebê é incentivado de forma ininterrupta, junto à amamentação precoce (figura 4). Essa prática não apenas fortalece o vínculo afetivo imediato, mas também traz benefícios fisiológicos importantes: regula a temperatura corporal do recém-nascido, estabiliza a respiração e os batimentos cardíacos, além de estimular a produção de ocitocina na mãe, favorecendo a descida do leite. As Casas de Parto, por priorizarem o vínculo e o acolhimento, criam o ambiente propício para que essa primeira hora seja respeitada e vivida com plenitude, sem separações desnecessárias ou interrupções técnicas.

Figura 4 - Ilustração de parto na banheira com presença de outro filho.



Fonte: Elaboração própria.

Também vale destacar que as Casas de Parto possuem um papel social relevante. Por serem locais de acolhimento e cuidado centrado na mulher, fortalecem o vínculo comunitário, promovem educação em saúde e valorizam o conhecimento compartilhado entre mulheres. Com isso, tornam-se espaços

transformadores nas realidades onde estão inseridos, ajudando a reconstruir uma cultura de respeito ao nascimento. Além disso, apresentam maior eficiência do ponto de vista dos recursos. São espaços de menor complexidade tecnológica, com custos reduzidos para o sistema público de saúde, especialmente por contribuírem para a diminuição do número de cesarianas sem indicação. E a arquitetura dessas unidades, por sua vez, pode ser pensada de forma sustentável, respeitando o entorno e os princípios de conforto ambiental, sem perder o foco no cuidado humanizado. Reitera-se isso com as análises apresentadas por Medina *et al* (2023a, p.8):

Pesquisas que avaliaram resultados perinatais entre mulheres de maior vulnerabilidade social apontaram que partos em casas de parto, sob os cuidados de enfermeiras obstétricas/obstetras, melhoram os desfechos perinatais e apresentam cuidado de alta qualidade, respeitosos e culturalmente apropriados, favorecendo a diminuição da disparidade racial, além do menor custo para os sistemas de saúde.

Nesse sentido, é possível compreender que a arquitetura também é um instrumento de política pública. Projetar um espaço de nascimento que acolha, respeite e promova a autonomia da mulher é um ato que ultrapassa o campo técnico e se torna também uma escolha ideológica: optar por uma arquitetura do cuidado, do afeto e do vínculo. Dessa forma, o espaço deixa de ser apenas um cenário e torna-se agente ativo na experiência do parto.

Além disso, um fator que contribui para esse espaço mais humano, é a tentativa de não ter uma “cara de hospital” - um ambiente impessoal e frio, com instrumentos e equipamentos aparentes, um local monótono. Consoante a Balaskas (2012, p.9):

Em alguns hospitais, o parto se tornou uma extração vaginal ou abdominal dentro de uma linha de produção. A consequência é que muitas mulheres são colocadas totalmente à distância de sua própria capacidade inata de dar à luz, e as obstetras estão perdendo suas habilidades intuitivas à medida que passam a depender mais da tecnologia [...] A habilidade natural de dar à luz e da maternidade não são mais transmitidas de mulher para mulher, de geração para geração.

Outrossim, as críticas às maternidades também provêm da sensação de estar sempre sendo observada, colocada em uma situação de ser paciente, com aparelhos médicos, soros, além de uma presença restrita no ambiente voltado ao nascer. Balaskas (2012, p. 141) fez considerações sobre, as quais indicou que essa sensação de ser observada estava ligada ao nervosismo da parturiente e “essa é uma consideração vital em se tratando da escolha do local e das pessoas que vão fazer o seu parto”.

Em 2024, o Ministério da Saúde propôs legalmente uma revisão das diretrizes de atenção ao parto e da criação dos Centros de Parto Normal, além de regular requisitos para o funcionamento da atenção obstétrica, essas características serão vistas de forma mais aprofundada no próximo capítulo.

1.4. Maternidade e suas diferenças

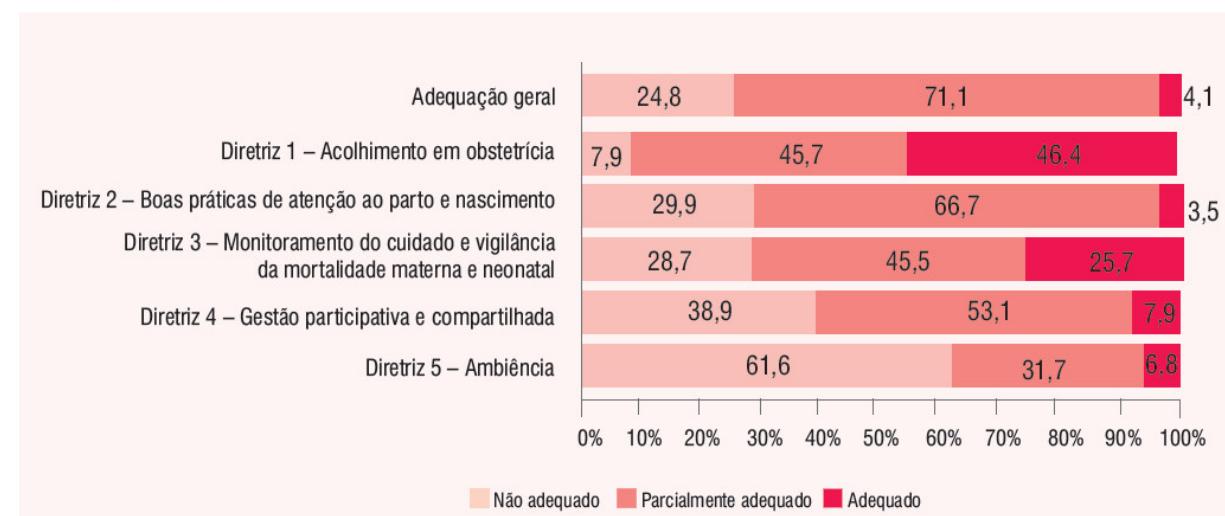
As maternidades, por sua vez, são espaços que tem a centralização de foco voltada aos funcionários e procedimentos que serão executados dentro dos ambientes ali fornecidos, contrariamente ao que se indica como um ambiente de respeito e apoio às parturientes, os quais devem ter o foco, justamente, na mulher, gestante, futura mãe, e, que no momento está dando à luz. Ainda, vale destacar que as maternidades nada mais são do que hospitais, com uma funcionalidade específica para o ato obstétrico, seja ele cirúrgico ou de atenção, como nos casos de partos normais.

Optar por uma Casa de Parto ao invés de uma maternidade implica adotar um modelo de cuidado fundamentado na compreensão de que o nascimento, quando se trata de gestantes de baixo risco, não precisa ocorrer em um ambiente medicalizado. As casas de parto representam justamente essa alternativa: um espaço que acolhe a fisiologia do parto, respeita o tempo da mulher e favorece sua autonomia. Diferente das maternidades convencionais, que concentram alto número de internações e têm um funcionamento voltado para emergências obstétricas e cirúrgicas, as casas de parto buscam criar um ambiente mais íntimo, personalizado e seguro, onde o protagonismo da mulher seja respeitado em todas as fases do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Ainda, conforme os estudos apresentados por Medina *et al* (2023a) ao qual fez um comparativo entre casa de parto e hospital do SUS, com 1515 mulheres, sendo 408 mulheres na casa de parto, 1107 nos hospitais, apontam que a estimativa do efeito causal nos desfechos maternos indica que as mulheres que pariram na casa de parto, comparadas àquelas que pariram no hospital, tiveram maior chance de ter acompanhante no trabalho de parto e parto, se alimentar ou tomar líquidos, se movimentar, usar métodos não farmacológicos para alívio da dor, parir em posição verticalizada, menor chance de utilizar ocitocina sintética no trabalho de parto e menor chance de manobra de Kristeller. Essa última, apesar de ser proibida no Brasil, ainda ocorre frequentemente. Conforme estudo realizado em 2017 pelo Ministério da Saúde em parceria com a Fiocruz e a Universidade do Maranhão, o cenário voltado à atenção obstétrica e neonatal ainda estava muito longe de ser adequado dentro das maternidades estabelecidas pelo SUS. A seguir o gráfico:

Figura 5 - Gráfico Adequação às diretrizes da Rede Cegonha nas Maternidades do SUS.

Adequação Geral e por Diretrizes, Brasil



Fonte: BRASIL; FIOCRUZ (2017).

Os centros de parto normal costumam apresentar custos operacionais menores, diferentemente dos hospitais com centros obstétricos ou maternidades, pela ausência de tecnologias de alto custo e de procedimentos médicos complexos, mas isso não compromete a segurança - ao contrário, permite que os recursos sejam investidos em ambientes com melhor ambência e maior atenção humanizada. Elementos como iluminação natural, ventilação cruzada, mobiliário flexível, presença de banheiras, tatames e cores suaves criam condições ambientais que favorecem o relaxamento e a liberação dos hormônios necessários ao parto, como a ocitocina.

O ambiente hospitalar, por sua vez, tende a ser mais frio e funcional, com corredores extensos, circulação intensa de profissionais e fluxos voltados à eficiência, muitas vezes em detrimento da privacidade e do conforto emocional. A recepção hospitalar, por exemplo, é comumente associada à espera burocrática e a um ambiente impessoal, enquanto nas casas de parto esse espaço pode ser projetado com sofás, cores quentes, brinquedos para crianças e um acolhimento mais afetivo - aproximando-se da atmosfera de uma casa, assim como é apresentado nas figuras a seguir.

Figura 6 - (a) Recepção Casa Angel



(b) Sala de espera Casa Angel



Fonte: Casa Angel, acesso em: 09 jun. 2025.

Figura 7 - (a) e (b) Recepção e sala de espera Maternidade Cândido Mariano.



Fonte: Maternidade Cândido Mariano, acesso em: 09 jun. 2025.

Essa mesma lógica se aplica ao quarto de parto, que nas maternidades tende a ser um espaço de controle médico, com cama ginecológica e equipamentos à vista. Já nas casas de parto, o quarto é desenhado para dar liberdade de escolha à mulher: com opções de posições, mobilidade, acolhimento sensorial e presença ativa dos acompanhantes. Há também um esforço para manter os instrumentos médicos ocultos ou discretos, permitindo que o ambiente permaneça mais calmo e menos ansioso. A circulação interna também revela essa diferença. Nos hospitais, os corredores e áreas comuns geralmente são padronizados, com pisos frios, paredes claras e pouca variação entre os espaços. Já nas casas de parto, a circulação pode ser pensada de forma a reforçar a orientação, o acolhimento e a sensação de abrigo, com caminhos curtos, boa sinalização e materiais mais naturais.

Além disso, outro fator essencial é a composição das equipes. Enquanto nas maternidades há uma hierarquização entre médicos, enfermeiros e técnicos, nas casas de parto predomina uma equipe composta por enfermeiras obstetras e obstetizes, com cuidado mais horizontal, vínculo contínuo e escuta ativa. A mulher é vista como agente do próprio parto, e não como paciente passiva.

A escolha por uma Casa de Parto, portanto, não é apenas uma alternativa física ao hospital. É uma decisão que envolve ética, saúde pública, arquitetura e direitos reprodutivos. Ao reconhecer que o ambiente tem papel direto na forma como o parto se desenrola, propõe-se um modelo que humaniza o nascer e valoriza as experiências individuais de cada mulher. Afinal, a arquitetura é também um ato político: ao decidir que espaços como esse devem existir, o projeto contribui ativamente para uma sociedade que respeita os corpos, os ciclos e as subjetividades das mulheres. Vale destacar, que caso a gestante não consiga realizar um parto de forma natural e precise de um parto por cesariana, isso também é válido, haja vista a busca por um respeito às mulheres e suas decisões, sendo elas o fator principal.

A seguir, apresenta-se um quadro comparativo entre maternidade e casa de parto, com base nos critérios mais relevantes ao projeto arquitetônico, à experiência da parturiente e à organização institucional:

Quadro 1 - Comparativo entre maternidades e casas de parto.

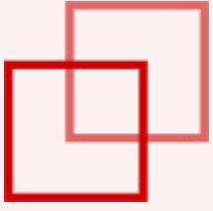
MATERNIDADE x CASA DE PARTO			
CRITÉRIO	MATERNIDADE	CASA DE PARTO (CPNp)	COMENTÁRIO
Usuários / Perfil	Atende todos os tipos de gestação, inclusive com risco.	Foco em gestantes de baixo risco, com parto fisiológico.	A separação por risco determina o tipo de estrutura necessária, influenciando diretamente no partido arquitetônico.
Custos	Mais elevado devido à infraestrutura hospitalar completa.	Reduzido, com equipe enxuta e ambientes simplificados.	O custo interfere no modelo de implantação e na justificativa de projetos de menor escala como as casas de parto.
Ambientes / Espaço físico	Espaços brancos, funcionais, pouco acolhedores; sons de equipamentos.	Ambientes pensados para conforto e bem-estar, com luz quente, cores suaves, sons agradáveis ou música.	Mostra como o ambiente influencia a experiência: arquitetura clínica x arquitetura sensível e humanizada. A ambiência influencia diretamente o estado emocional e hormonal da parturiente (ocitocina natural x adrenalina).
Recepção / Áreas de espera	Ambientes impessoais, com longa espera e pouco conforto, cadeiras fixas, iluminação branca, televisores.	Espaço acolhedor desde a entrada, com mobiliário pensado, itens decorativos, brinquedos para crianças e iluminação quente.	A recepção atua como limiar emocional entre o mundo exterior e o espaço de nascimento – deve gerar confiança e calma.
Sala de Parto / Nascimento	Sala com cama ginecológica, foco cirúrgico, monitores e presença constante de equipamentos; a mulher adapta-se à estrutura.	A estrutura adapta-se à mulher: luz baixa, cama comum, recursos não farmacológicos, banheira, bola de pilates.	Reflete diretamente a filosofia do cuidado centrado na mulher.
Circulação / Corredores	Longos, frios, com grande fluxo de pessoas.	Curtos, silenciosos, com fluxo reduzido e controlado.	A circulação expressa a organização funcional e simbólica do cuidado: hierarquia x acolhimento.
Privacidade e intimidade	Frequentemente limitada: uso de cortinas, divisórias, presença de equipe e visitantes; baixa sensação de exclusividade.	Alta privacidade, quartos individuais, controle de acesso e espaço mais pessoal. Garantia de autonomia.	A privacidade é fundamental para o parto fisiológico, segundo a OMS e Michel Odent.
Flexibilidade dos espaços	Espaços com funções rígidas: pré-parto, parto e recuperação em	Ambientes versáteis, adaptáveis à dinâmica do parto.	A flexibilidade espacial permite respeitar o tempo da mulher, fundamental para partos

	áreas separadas.		fisiológicos.
Tecnologia / Retaguarda hospitalar	Inserido no hospital, acesso imediato à emergência.	Localizado próximo ao hospital, com protocolos para transferência.	Garante segurança clínica sem abrir mão da autonomia e do ambiente humanizado.
Conexão com o exterior / natureza	Espaços internos sem aberturas significativas; pouca ventilação natural e ausência de vistas.	Janelas amplas, jardins, iluminação e ventilação naturais.	A natureza tem papel calmante e regulador do estresse – favorece o parto natural e a experiência sensorial positiva.
Atenção à cultura e diversidade	Atendimento padronizado, com menor abertura a práticas culturais.	Espaço aberto para práticas culturais, simbólicas e espirituais.	Acolher a diversidade é elemento-chave da humanização e do respeito à subjetividade da mulher.
Acompanhantes	Presença muitas vezes controlada ou limitada, especialmente em procedimentos.	Acompanhantes são incentivados e podem participar ativamente, inclusive mais de um.	A presença de acompanhantes contribui para a segurança emocional e para o protagonismo da mulher.
Intervenções	Alto índice de intervenções: ocitocina, analgesia, episiotomia, cesariana.	Intervenções mínimas, baseadas em evidências e consentimento informado.	Reflete filosofias opostas: controle médico x confiança no corpo e no processo fisiológico.
Profissionais envolvidos	Obstetras, anestesistas, residentes, enfermeiros; estrutura hierarquizada.	Enfermeiras obstetras / obstetrizes lideram os cuidados; equipe horizontal.	A organização da equipe afeta o modelo de cuidado e a forma como os espaços são organizados.
Protagonismo da mulher	Menor autonomia nas decisões; protocolos médicos prevalecem.	Mulher como centro do processo decisório; decisões compartilhadas e autonomia respeitada.	O espaço precisa permitir liberdade de movimento, escolha de posição e expressão emocional.
Pós-parto / Alojamento	Possível separação mãe-bebê.	Contato pele a pele garantido, aleitamento precoce, mãe e bebê permanecem juntos.	O vínculo imediato depende de um espaço que acolha o binômio mãe-bebê de forma integral.
Vínculo com a equipe	Atendimento rotativo e impessoal.	Acompanhamento desde o pré-natal até o pós-parto.	Favorece relações de confiança e segurança - elemento central no parto respeitoso.
Tempo de permanência	De 24h a vários dias, dependendo do caso.	12 horas após o parto, se tudo estiver bem.	Impacta no dimensionamento dos espaços de descanso e permanência, não havendo necessidade de local para visitas a nova mãe.

Fonte: Elaboração própria.

2.

Onde nasce o cuidado



2. Onde nasce o cuidado

No Brasil, as Casas de Parto são regulamentadas de forma rigorosa, assim como os demais espaços projetados para assistência à saúde. Dessa forma, elas têm a necessidade do cumprimento legal e normativo em seus ambientes pré-estabelecidos, e serão analisadas algumas normativas e relatórios que instruem a concepção e uso de locais voltados ao parto, possibilitando esse ambiente acolhedor e voltado ao cuidado e respeito parturiente-neonatal.

A priori, as Casas de Parto foram estabelecidas pela Portaria nº 985/GM em 1999, no entanto, com o passar dos anos e as demais necessidades que surgiram, foi alterada e porventura revogada. A atual portaria que estabelece o uso e a definição dos Centros de Parto Normal, é a Portaria GM/MS nº 5.350, que foi instaurada em Setembro de 2024, a qual regulamenta e altera o antigo programa denominado de Rede Cegonha, cujo nome passou a ser Rede Alyne¹¹ e define as resoluções de assistência ao parto e a gestante. Além da Resolução RDC nº 920, também de setembro de 2024, que dispõe sobre o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, nesta ficam definidos os ambientes necessários e toda a estrutura física, ambas sendo complementares.

2.1. RDC nº 50 de 2002 - atualizada

A RDC N° 50 de fevereiro de 2002, “dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde”. É instaurada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e tem por finalidade, como citado acima, regulamentar projetos de ambientes voltados para a saúde da população. Dessa forma, ela é imprescindível para a captação de informações e elaboração do objetivo principal proposto.

A Resolução discorre sobre o universo do estudo, elaboração e execução - além das vistorias - de projetos arquitetônicos voltados à área da saúde, seja ela sendo assistencialista ou emergencial. Segunda a Anvisa, o cumprimento dos artigos estabelecidos confere o caráter regulatório e sério, além de legal, das unidades. Assim, aborda de forma abrangente as vastas categorias assistenciais existentes, e uma delas é o CPN.

Todos os projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde - EAS deverão obrigatoriamente ser elaborados em conformidade com as disposições desta norma. Devem ainda atender a todas outras prescrições pertinentes ao objeto desta norma estabelecidas em códigos, leis, decretos, portarias e normas federais, estaduais e municipais, inclusive normas de concessão de

serviços públicos. Devem ser sempre consideradas as últimas edições ou substitutivas de todas as legislações ou normas utilizadas ou citadas neste documento. (ANVISA, 2002, p. 1)

Encontra-se dividida em partes (I, II e III), cujas divisões também se subdividem, a primeira parte trata sobre “Projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde”, a segunda sobre a “Programação físico-funcional dos estabelecimentos assistenciais de saúde”, já a terceira, dispõe sobre os “Critérios para projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde”. Assim, com essas repartições, será apresentado as principais regulamentações as quais regem o objetivo principal de estudo, os CPNs.

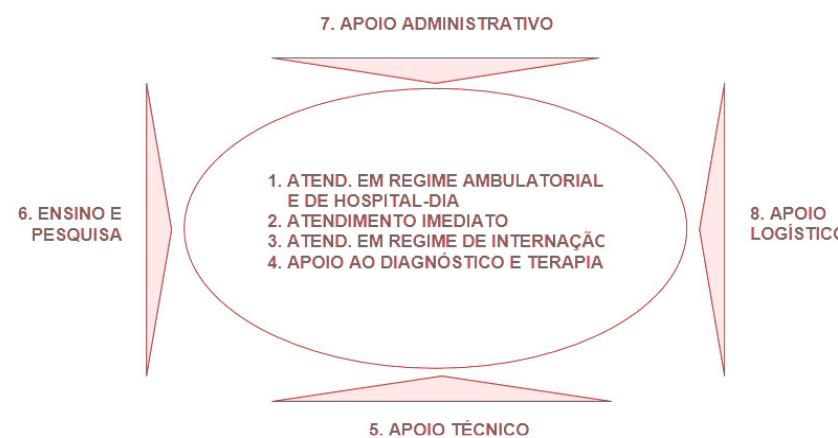
Parte I - Projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde - subdividida em 1 item (1). Dispõe sobre a “Elaboração de projetos físicos”, onde aponta as normas brasileiras (NBRs) necessárias para execução das referidas unidades. Nesse item, aborda-se os elementos gráficos e conteúdos necessários, como programa de necessidades, escopo, tipos de pranchas usuais, escalas para entrega de projeto e os projetos complementares, desde as instalações elétricas, hidrossanitárias, climatização, estruturas e sistema construtivo. Define o nível de projeto o qual deverá ser entregue para uma aprovação na Anvisa do estabelecimento, e os avanços de conteúdo até a etapa final. Essas indicações convergem diretamente para o que é estudado e aprendido ao longo dos anos de formação do arquiteto e urbanista, enquanto aluno.

Parte II - Programação físico-funcional dos estabelecimentos assistenciais de saúde - subdividida em 2 itens (2 e 3). Apresenta uma breve introdução do que será abordado nos dois itens existentes, onde esclarece o vínculo com um Plano de Atenção à Saúde já existente, e indica que o que será apresentado tem por finalidade nortear o projetista responsável pela elaboração da EAS, demonstrando as utilidades de determinados ambientes de saúde e quais as necessidades de cada tipologia, mas reforça a importância do estudo regional e local ante a execução do programa inicial estabelecido por eles, sendo possível de alterações conforme análise, mas sempre com a realização e cumprimento de todos os requisitos necessários.

Dessa forma, é empregado no item 2 a “Organização físico funcional”, no qual é determinada as atividades possíveis de serem realizadas de forma habitual nos vastos estabelecimentos de saúde. A seguir um esquema que representa essa organização:

¹¹ Homenagem a Alyne Pimentel, mãe e gestante (de 6 meses), que morreu vítima da omissão do serviço de assistência à saúde da mulher e gestante, em 2002. (Ministério da Saúde, 2024)

Figura 8 - Organograma da organização físico-funcional em áreas de saúde.



Fonte: adaptado de ANVISA (2002).

Dentre esses tópicos apresentados, são imprescindíveis para a elaboração e entendimento do CPN, o tópico 4 - Apoio ao Diagnóstico e Terapia; e os demais tópicos 5, 7 e 8, os quais determinam, segundo a própria resolução da Anvisa (2002, p. 11, grifo nosso) “As quatro primeiras são atribuições fim, isto é, constituem funções diretamente ligadas à atenção e assistência à saúde. **As quatro últimas são atribuições meio para o desenvolvimento das primeiras e de si próprias.**” Então, o objeto de estudo infere-se ao tópico 4 e necessita dos tópicos 5, 7 e 8 para seu funcionamento, os quais são: 5 - Apoio Técnico; 7 - Apoio Administrativo; 8 - Apoio Logístico.

Posteriormente, ainda no item 2 da resolução, é descrita as atividades as quais se atribuem cada um dos tópicos listados anteriormente. Assim, em relação ao tópico 4, suas atividades ligadas ao CPN são as descritas em 4.7 - Realização de partos normais, cirúrgicos e intercorrências obstétricas. Do tópico 5, as atividades que se interrelacionam são: 5.1 - Proporcionar condições de assistência alimentar a indivíduos enfermos e sadios; 5.3 - Proporcionar condições de esterilização de material médico, de enfermagem, laboratorial, cirúrgico e roupas. A seguir, do tópico 7: 7.1 - Realizar os serviços administrativos do estabelecimento; 7.2 - Realizar os serviços de planejamento clínico, de enfermagem e técnico; 7.3 - Realizar serviços de documentação e informação em saúde. E, por fim, das atribuições do tópico 8: 8.2 - Executar serviços de armazenagem de materiais e equipamentos; 8.4 - Executar a manutenção do estabelecimento; 8.6 - Proporcionar condições de conforto e higiene aos: pacientes, funcionários e ao público; 8.7 - Zelar pela limpeza e higiene do edifício, instalações e áreas externas e materiais e instrumentais e equipamentos assistenciais, bem como pelo gerenciamento de resíduos sólidos; 8.9 - Proporcionar condições de infraestrutura predial.

Ainda assim, em relação ao item 3 da RDC, é onde o dimensionamento, quantificação e instalações prediais dos ambientes se encontram, afirmam que é necessário a análise do item 2, selecionando quais atividades serão exercidas no EAS proposto, e *a posteriori*, recorrer ao item 3, verificando de forma individual ambiente por função, conforme feito a seguir. Assim, “Ambiente é entendido nesta norma como o espaço fisicamente determinado e especializado para o desenvolvimento de determinada(s) atividade(s), caracterizado por dimensões e instalações diferenciadas.” (ANVISA, 2002, p. 19).

Tabela 4 - Ambientes necessários para Unidade de Apoio ao Diagnóstico e Terapia: CPN.

UNIDADE FUNCIONAL: 4 - APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA				
Nº Atividade	Unidade / Ambiente	Dimensionamento		Instalações
		Quantificação (mínimo)	Dimensão (mínimo)	
4.7	Centro de Parto Normal - CPN	Pode ser adotado unicamente para partos normais "sem risco", quando se fizer uso da técnica PPP (préparto/parto/pós-parto natural). Não exclui o uso do centro obstétrico para os demais partos no próprio EAS ou no de referência. A distância até esse EAS de referência deve ser vencida em no máximo 1 hora.	-	
4.7.1	Área de recepção de parturiente	1	Suficiente para o recebimento de uma maca	
4.7.2	Sala de exame e admissão de parturientes	1	8,0 m ²	HF; HQ
4.7.11 / 4.7.12	Área de (degermação cirúrgica dos braços)	1 lavabo a cada 2 PPP	1,10 m ² por torneira com dim. mínima = 1,0 m	HF
	Área de prescrição	-	2,0 m ²	-
	Posto de enfermagem e serviços	-	6,0 m ²	-
	Quarto para pré-parto/ parto/pós-parto - PPP ⁱ	Obrigatório somente para CPN isolados. 10 a cada posto de enfermagem quando na u. de internação	12,0 m ² ou 14,0 m ² (quarto + área com bancada para assistência de RN) com dimensão mínima igual a 3,0 m. N° máximo de leitos por quarto = 1	HF; HQ; FO; FVC; FAM; EE

4.7.3	Sala de estar para parturientes em trabalho de parto e acompanhantes	1	3,5 m ² x nº total de salas de PPP	-
4.7.10	Sala/área para assistência de R.N.	1 a cada 10 salas ou quartos de PPP sem área de assistência de RN	6,0 m ² para até 2 salas de parto. Acrecer 0,8 m ² para cada sala adicional	HQ; FAM; FO; FVC; EE; ED

Fonte: Adaptado de ANVISA (2002).

Conforme a Anvisa (2002, p. 37), esta etapa de dimensionamento foi elaborada em concordância com “[...] a Portaria MS nº 985 de 5/8/99, publicada no DOU de 6/8/99 sobre Centro de parto normal no âmbito do SUS.” Como citado anteriormente, essa não é mais a portaria responsável pela regulação e definição de Centros de Parto Normal, mas ainda assim, possui informações valiosas para entendimento do uso e funcionalidades estabelecidas nesse tipo de ambiente de saúde. Além dos ambientes listados e quantificados, eles listam os apoios necessários para tal, sendo então:

- Centro de parto normal:
 - Sala de utilidades;
 - Copa;
 - Sanitários para funcionários e acompanhantes;
 - Rouparia;
 - Banheiro para parturientes (1 lavatório, 1 bacia sanitária. e 1 chuveiro);
 - Sala de ultrassonografia;
 - Depósito de material de limpeza;
 - Área para guarda de macas e cadeira de rodas;
 - Depósitos de equipamentos e materiais;
 - Sala administrativa;

Deixam como observação que alguns ambientes podem ser conjuntos a outras finalidades, como: a sala de admissão e higienização, podendo ser compartilhadas com os ambientes externos à área restrita. E a higienização da parturiente deve ser executada no próprio PPP. E estabelecem que “os quartos para "PPP" podem se localizar em unidades de internação de um EAS, desde que possuam uma área para assistência de RN no interior do quarto ou uma sala exclusiva para essa atividade. CPN isolados não poderão ter mais do que cinco quartos.” (ANVISA, 2002, p. 37)

Tabela 5 - Ambientes necessários para Unidade de Apoio Técnico.

UNIDADE FUNCIONAL: 5 - APOIO TÉCNICO				
Nº Atividade	Unidade / Ambiente	Dimensionamento		Instalações
		Quantificação (mínimo)	Dimensão (mínimo)	
5.1	Nutrição Dietética	Tem de existir quando houver internação de pacientes. A unidade pode estar dentro ou fora do EAS	-	-
-	Cozinha (tradicional)	-	-	-
5.1.1	Área para recepção e inspeção de alimentos e utensílios	1	Área total menos refeitório > - até 200 refeições por turno > 0,45 m por refeição - de 201 a 400 refeições por turno > 0,30 m por refeição - de 401 a 800 refeições por turno > 0,18 m por refeição - acima de 800 refeições por turno > 0,16 m por refeição.	HF
5.1.2 / 5.1.3	Despensa de alimentos e utensílios - área para alimentos em temperatura ambiente - área para utensílios - área e/ou câmara para alimentos resfriados - área e/ou câmara para alimentos congelados	1	-	EE
5.1.2 / 5.1.3	Área para guarda de utensílios	1	-	-
5.1.3	Área de distribuição de alimentos e utensílios	-	-	HF; ADE
5.1.4	Área para preparo de alimentos - área para verduras, legumes e cereais - área para carnes - área para massas e sobremesas	1	-	-
5.1.5 / 5.1.7	Área para cocção de dietas normais	1	-	HF; ADE; E
5.1.5 / 5.1.7	Área para cocção de desjejum e lanches	1	-	-
5.1.6 / 5.1.7	Área para cocção de dietas especiais	1	-	-

5.1.9	Área para porcionamento de dietas normais	-	-	-
5.1.10	Área para porcionamento de dietas especiais	-	-	-
5.1.13 / 5.1.9 / 5.1.10 / 5.1.17	Área para distribuição de dietas normais e especiais - Copa de distribuição - Balcão de distribuição	Balcão: 1. Copa: 1 a cada 30 leitos (quando o sistema de distribuição for descentralizada)	-	-
5.1.16	Refeitórios - Refeitório para paciente - Refeitório para funcionário - Refeitório para público	Lanchonete: 1 quando existir doação de sangue no estabelecimento Demais: optativo	Refeitório > 1,0 m por comensal	HF
5.1.18 / 5.1.20	Área para recepção, lavagem e guarda de louças, bandejas e talheres	1	A depender da tecnologia utilizada	HF; HQ; ADE; CD
5.1.18	Área para lavagem e guarda de panelas	-	3,0 m	-
5.1.21	Área para recepção lavagem e guarda de carrinhos	1, quando utilizado carro de transporte de alimentos	3,0 m	HF; HQ; FAI; CD
5.1.14 / 5.1.15 / 5.1.19 / 5.1.20	Copa	1 em cada unidade requerente. EAS que não possuem internação podem fazer uso somente de copa(s)	2,6 m com dimensão mínima igual a 1,15 m	HF
-	Lactário	Deve existir em EAS que possuam atendimento pediátrico e/ou obstétrico	Em EAS com até 15 leitos pediátricos, pode ter área mínima de 15,0 m com distinção entre área "suja e limpa", com acesso independente à área "limpa" feito através de vestiário de barreira	-
5.1.22 / 5.1.3	Sala composta de: - Área para recepção, lavagem e descontaminação de mamadeiras e outros utensílios	1	8,0 m ² ; 4,0 m ² ; 1,0 m ²	HF; HQ; ADE; CD; CD; ADE
-	Área para esterilização de mamadeiras	1	4,0 m	ADE
5.1.7 / 5.1.11	Sala composta de: - Área para preparo e envase de	1	7,0 m	HF; HQ; ADE;

	fórmulas lácteas e não lácteas - Área para estocagem e distribuição de fórmulas lácteas e não lácteas			AC
5.3	Central de Material Esterilizado	Deve existir quando houver centros cirúrgico, obstétrico e/ou ambulatorial, hemodinâmica, emergência de alta complexidade e urgência. A unidade pode se localizar fora do EAS.	-	-
5.3	Central de Material Esterilizado - Simplificada²	Só pode existir como apoio técnico a procedimentos que não exijam ambiente cirúrgico para sua realização. Neste caso pode-se dispensar toda a CME, inclusive os ambientes de apoio, em favor dessa. ²	-	-

Fonte: Adaptado de ANVISA (2002).

Ainda, conforme feito anteriormente na ambientação de Centro de Parto Normal, além dos ambientes listados e quantificados, eles listam os apoios necessários para tal, sendo então:

- Cozinha:
 - Sanitários para funcionários;
 - Depósito de material de limpeza;
 - Sala administrativa;
 - Sanitários para o refeitório ("in loco ou não").
- Lactário:
 - Depósito de material de limpeza;
 - Vestiários (barreira para a sala de preparo, envase e estocagem);
 - Sala administrativa.

Entretanto, não há a necessidade de incluir lactário em um CPN. O projeto deve estimular o aleitamento materno, com suporte às puérperas e, no máximo, prever uma copa de apoio para profissionais e acompanhantes. Em casos pontuais de dificuldade de pega ou sucção pelo recém-nascido, o CPN deve oferecer suporte profissional à lactação, com técnicas como ordenha manual e alimentação alternativa (copinho ou colher), sem a necessidade de estrutura física de lactário. Isso mantém a

coerência com os princípios do parto humanizado e do aleitamento exclusivo, conforme preconizado pelas diretrizes do Ministério da Saúde e OMS.

Conforme a Anvisa (2002, p. 47) “² Consultórios isolados podem possuir somente equipamentos de esterilização dentro do mesmo, desde que estabelecidas rotinas de assepsia e manuseio de materiais a serem esterilizados.”

Tabela 6 - Ambientes necessários para Unidade de Apoio Administrativo.

UNIDADE FUNCIONAL: 7 - APOIO ADMINISTRATIVO				
Nº Atividade	Unidade / Ambiente	Dimensionamento		Instalações
		Quantificação (mínimo)	Dimensão (mínimo)	
7.1 / 7.2	Serviços Administrativos / Serviços Clínicos, de Enfermagem e Técnico	-	-	
7.1.1 / 7.2.1	Sala de direção	A depender das atividades organização administrativa do EAS	12,0 m ²	ADE
1.3 / 1.4 / 7.1.1 / 7.1.2 / 7.2.1 / 7.2.2	Sala de reuniões	-	2,0 m ² por pessoa	-
7.1	Sala administrativa	-	5,5 m ² por pessoa	-
7.1.2 a 7.1.6 / 7.2.2 / 7.2.3 / 7.3.5	Área para execução dos serviços administrativos, clínicos, de enfermagem e técnico	1	5,5 m ² por pessoa	-
7.1.6	Arquivo administrativo	1	A depender da tecnologia	-
7.1.3	Área para controle de funcionário (ponto)	-	4,0 m ²	-
7.1.7 / 7.2.3	Área para atendimento ao público - Protocolo - Tesouraria - Posto de informações (administrativas e/ou clínicas)	A depender das atividades organização administrativa do estabelecimento	Protocolo > 3,0 m ² por funcionário Tesouraria > 2,5 m ² por funcionário Posto de informações > 3,0 m ²	-
7.3	Documentação e Informação	-	-	-
7.3.1	Área para registro de pacientes / marcação	1	5,0 m ²	ADE

7.3.4	Arquivo médico - Arquivo ativo - Arquivo passivo	1	A depender da tecnologia	-
-------	--	---	--------------------------	---

Fonte: Adaptado de ANVISA (2002).

Conforme as demais tabelas apresentadas, essa também possui os ambientes de apoio não listados, segue a seguir:

- Serviços administrativos:
 - Sanitários para funcionários e público;
 - Copa;
 - Depósito de material de limpeza.
- Documentação e Informação:
 - Salas administrativas;
 - Sanitários para funcionários;
 - Sala de espera.

Tabela 7 - Ambientes necessários para Unidade de Apoio Logístico.

UNIDADE FUNCIONAL: 8 - APOIO LOGÍSTICO				
Nº Atividade	Unidade / Ambiente	Dimensionamento		Instalações
		Quantificação (mínimo)	Dimensão (mínimo)	
8.2	Central de Administração de Materiais e Equipamentos	-	-	-
8.2.1	Área para recebimento, inspeção e registro	1	10 % da área de armazenagem	-
8.2.2	Área para armazenagem - Equipamento - Mobiliário - Peças de reposição - Utensílios - Material de expediente - Roupa nova - Inflamáveis	1 subdividido em grupos afins	A depender da política de compras do estabelecimento (maior ou menor estoque)	-
8.2.3	Área de distribuição	1	10% da área de armazenagem	-
8.2.2 / 3.3.4 / 3.4.7	Depósito de equipamentos / materiais	1 em cada unidade requerente	A depender da política de compras do estabelecimento (maior ou menor estoque)	-
8.2.2	Área para guarda de macas, cadeira de rodas e carro para transporte de recém-	-	3,0 m ²	-

	nascidos			
8.4	Manutenção	A unidade pode estar dentro ou fora do EAS, ou através de terceiros	-	-
8.6	Conforto e Higiene	-	-	
8.6.1 / 8.6.2 / 8.6.4	Área de recepção e espera para paciente, doador, acompanhante de paciente	1 em cada unidade requerente	1,2 m ² por pessoa	-
8.6.1 / 8.6.4	Área de estar para paciente interno, acompanhante de paciente e visitante de paciente	-	1,3 m ² por pessoa	-
8.6.1 / 8.6.2 / 8.6.4	Sanitário para paciente, doador e público (1)	1 para cada sexo por unidade requerente	Individual: 1,6 m ² com dimensão mínima > 1,2 m Individual p/ deficientes: 3,2 m ² com dimensão mínima > 1,7 m Coletivo: 1 bacia sanitária e 1 lavatório para cada grupo de 6 pessoas. Dimensão mínima > 1,7 m	HF
8.6.1 / 8.6.2 / 8.6.4	Área para guarda de pertences de paciente, doador e público	1 em cada unidade requerente	0,3 m ² por pessoa	-
8.6.3	Sala de estar para funcionários e alunos	-	1,3 m ² por pessoa	-
8.6.3	Quarto de plantão para funcionários e alunos	-	5,0 m ² com dim. mínima > 2,0 m	-
8.6.3	Vestiário central para funcionários e alunos (1)	1 para cada sexo	0,5 m ² por funcionário/turno, sendo 25% para homens e 75% para mulheres. 1 bacia sanitária, 1 lavatório e 1 chuveiro a cada 10 funcionários	HF; HQ
8.6.3	Sanitário para funcionários e alunos (1)	1 para cada sexo por unid. requerente	1 bacia sanitária e 1 lavatório cada 10 funcionários	HF
8.6.3	Banheiro para funcionários e alunos (1)	-	1 bacia sanitária, 1 lavatório e 1 chuveiro a cada 10 funcionários.	HF; HQ; ADE
8.6.3	Área para guarda de pertences de funcionários e	1 em cada unidade requerente	0,3 m ² por pessoa	-

	alunos			
8.6.4	Sala de espera para público	-	1,3 m ² por pessoa	-
8.7	Limpeza e Zeladoria	-		
8.7	Depósito de material de limpeza com tanque (DML)	1 em cada unidade requerente	2,0 m ² com dimensão mínima > 1,0 m	HF
5.3.1 / 5.3.2 / 8.7 / 8.1.1	Sala de utilidades com pia de despejo ²	-	4,0 m ² com dimensão mínima > 1,5 m. Quando houver guarda temporária de resíduos sólidos acrescer 2 m ²	HHF; ADE
8.7	Sala de preparo de equipamentos / material	-	4,0 m ² com dimensão mínima > 1,5 m	HF
8.7	Abrigo de recipientes de resíduos (lixo) ² - Depósito (com no mín. 2 boxes - resíduos biológicos e comuns) - Depósito de resíduos químicos - Higienização de recipientes coletores	1 servindo a toda edificação onde estiver localizado o EAS	Depósito: Cada box deve ser suficiente para a guarda de dois recipientes coletores; Depósito químicos: a depender do PGRSS ² do EAS Higienização: box para 1 carro coletor	HF
8.7	Sala para equipamento de tratamento de resíduos	De acordo com o PGRSS ² do EAS	-	ADE
8.7	Sala de armazenamento temporário de resíduos	1 em cada unidade requerente de acordo com o PGRSS ² do EAS	Suficiente para a guarda de dois recipientes coletores	HF
8.9	Infraestrutura Predial	-		
8.9.1	Sala para grupo gerador	1	De acordo com as normas da concessionária local e com o equipamento utilizado	EE; ED
8.9.1	Sala para subestação elétrica	1 - A depender da demanda de carga elétrica do estabelecimento	-	-
8.9.1	Sala para equipamento de geração de energia elétrica alternativa	1	De acordo com as normas da concessionária local e com o equipamento utilizado	EE; ED
8.9.1 / 8.9.3	Área para caldeiras	1 - a depender das atividades do EAS	A depender dos equipamentos utilizados	EE (ar condicionado e
8.9.1 / 8.9.3	Casa de caldeiras	1 - (de cada) a depender das		

		atividades do EAS		bombas); ADE
8.9.1	Sala para equipamentos de ar-condicionado	-	-	-
8.9.1	Casa de bombas/máquinas	-	-	-
8.9.3	Área para tanques de gases medicinais	1 - a depender das atividades desenvolvidas no EAS	A depender dos equipamentos utilizados	EE
8.9.3	Área para centrais de gases (cilindros)	-	-	EE
8.9.4	Garagem	-	No mínimo 2 vagas para ambulâncias. Conforme código de obras	-
8.9.4	Estacionamento	1	Local. Vide capítulo - Circulações Externas e Internas	-

Fonte: Adaptado de ANVISA (2002).

Ainda, conforme a tabela anterior, que demonstra a Central de Administração de Materiais e Equipamentos (CAME), pode ser atendida em Centros de Parto Normal por meio de ambientes simplificados de depósito e controle de materiais e equipamentos, dentro da setorização de apoio logístico. A complexidade desse setor deve ser proporcional ao porte e à autonomia da unidade, sendo possível integrá-lo a espaços administrativos em serviços de menor porte e não tão rígidos quanto o exposto pela RDC 50/2002.

Conforme a Anvisa (2002, p. 51), aspectos relevantes “(1) - Os sanitários e banheiros p/ deficientes têm de dar condições de uso à portadores de deficiência ambulatorial conforme norma da ABNT NBR 9050.” Ainda:

Unidades que só possuam funcionários de um único sexo, ou cujo número de funcionários masculinos ou de funcionários femininos seja inferior à 3 (três), podem possuir um único sanitário ou banheiro para uso do sexo majoritário, desde que o deslocamento até outros sanitários de uso do sexo minoritário não sejam maior do que 80,00 m. Esta questão deve estar devidamente justificada no projeto.

Consoante a Anvisa (2002, p. 52) a disposição de resíduos sólidos foi analisada por meio “² Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos. Vide Regulamento técnico da ANVISA/MS sobre gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.”

Assim, estabelece também algumas observações quanto às unidades funcionais “Conforto e Higiene”, “Limpeza e Zeladoria” e a “Infraestrutura Predial”, elencando que não se configuram como unidades físicas. Haja vista que os ambientes listados sob a categoria “Conforto e Higiene” não são exclusivos e frequentemente se sobrepõem às áreas de assistência, apoio técnico e administração. Essa sobreposição se dá porque tais espaços atendem a diferentes usuários e funções, sendo, portanto, fundamentais à funcionalidade e segurança da unidade como um todo. Ainda, a casa de caldeiras não se aplica a Centros de Parto Normal peri-hospitalares, uma vez que tais unidades não realizam processamento interno de roupas, não utilizam vapor para esterilização e operam com sistemas simples de aquecimento. O atendimento à infraestrutura térmica e de higienização pode ser feito por meio de chuveiros elétricos ou aquecedores pontuais, com uma Área Técnica de Infraestrutura Predial ou Casa de Máquinas.

Parte III - Critérios para projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde - subdividida em 4 itens (4 ao 8).

- Circulações externas e internas **(4)**;
- Condições ambientais de conforto **(5)**;
- Condições ambientais de controle de infecção hospitalar **(6)**;
- Instalações prediais ordinárias e especiais **(7)**;
- Condições de segurança contra incêndio **(8)**.

Em relação ao primeiro item abordado **(4)**, suas especificidades são relacionadas a Norma de Acessibilidade NBR 9050, onde os pontos são os acessos; estacionamentos; circulações horizontais e verticais.

Em relação aos acessos, deixa explícito que o objetivo é o entendimento da separação de acessos por funções e não um quantitativo deles, exprimem algumas categorias de acesso, cujo interesse reflete em apenas 3, sendo elas: paciente externo ambulante e acompanhante; funcionário, vendedor, fornecedor e prestador de serviço, outros; e, por fim, suprimentos e resíduos. Dessa forma, pode-se entender que a CPN a ser proposta, deve minimamente apresentar 3 tipos de acessos diferenciados conforme os usos.

Quanto aos estacionamentos, deixa por conta do Código de Obras ou outra lei regulamentadora do Município, que especifique o quantitativo de vagas por uso e qual a metragem adequada. Mas estabelecem a necessidade do estacionamento atender determinados públicos, como por exemplo: pacientes; funcionários; prestadores de serviços; visitantes; entregas de suprimentos; remoção de resíduos sólidos.

Sobre as circulações horizontais, estabelece as medidas mínimas dos corredores de circulação de pacientes (1,20 m), pacientes em macas ou cadeiras de rodas (2,00 m) e delimita os tamanhos das portas e seu sistema de abertura, sendo elas todas com aberturas externas ou com a possibilidade de remoção de folhas pelo lado externo. Além de indicar o uso de corrimões ($H = 80$ ou 92 cm) em todos os corredores, em pelo menos uma parede lateral, de circulação de pacientes, além da área de giro de maca. Ainda, sobre corredores de centros obstétricos, devem ter dimensões mínimas de 2,00 metros.

A respeito das circulações verticais, estabelece algumas medidas, sendo as de interesse para o trabalho: EAS de até 2 pavimentos (contando com o térreo), sejam inferiores ou superiores, não necessitam de elevadores e rampas, apenas escadas com plataformas mecânicas adaptadas; EAS com mais de 2 pavimentos necessita de elevador ou rampa; Conforme a resolução da Anvisa (2002, p. 54) “Em todos os casos citados [...], exceto em EAS com mais de três pavimentos (incluindo térreo), as rampas podem substituir os elevadores.” Quanto às dimensões de escadas e rampas, fica a critério da NBR 9050 a determinação adequada, que será citada posteriormente.

A respeito do segundo item relacionado (5), reflete sobre os 3 tipos de confortos estudados ao longo da formação acadêmica: higrotérmico e qualidade do ar; acústico; lumínico. Assim, aponta que o conforto ambiental das EAS devem ser analisados sobre a ótica dos pacientes, funcionários e funções que serão estabelecidas em cada ambiente. Em relação ao conforto térmico, não há uma listagem dos ambientes que necessitam de qualidade do ar e temperaturas especiais, apenas indica a consulta ao Código de Obras local e estabelece que existem ambientes com distinções de necessidades nesse sentido, além de indicar o uso de climatização mecânica (ar-condicionado), onde seja necessário.

Quanto ao conforto acústico, aponta algumas normas as quais devem ser consultadas, além de elucidar a necessidade do entendimento de função, equipamentos e usuários de cada ambiente, para assim determinar a necessidade de uma acústica especial. Não cita os CPNs nem os ambientes desse como casos de acústicas especiais, mas sim as áreas de apoio técnico e logístico que se relacionam, devido aos equipamentos utilizados.

A respeito do conforto lumínico, assim como os demais, elenca ser essencial o entendimento dos locais quanto à função, usuários e equipamentos para determinar se é necessário ou não uma iluminação natural e/ou artificial especializada. Quanto aos CPNs, nessa categoria de análise, são listados alguns ambientes que primam por uma iluminação artificial diferenciada, tais como “Todos os ambientes onde os pacientes são manipulados, em especial os consultórios, salas de exames e terapias, salas de comando

dessas, salas de cirurgias e de **partos, quartos** e enfermarias e salas de observação.” (ANVISA, 2002, p. 58, grifo nosso)

Entrando no item (6), que dispõe sobre as infecções em ambientes de saúde, sua organização é disposta em 2 partes, sendo a primeira relacionada aos procedimentos, pessoas, utensílios, roupas e resíduos; já a segunda, diz respeito à arquitetura, conforme a Anvisa (2002, p. 58):

O componente arquitetônico dos EAS, referente a uma série de elementos construtivos, como: padrões de circulação, sistemas de transportes de materiais, equipamentos e resíduos sólidos; sistemas de renovação e controle das correntes de ar, facilidades de limpeza das superfícies e materiais; e instalações para a implementação do controle de infecções.

Ao discorrer sobre as questões arquitetônicas, são abordadas soluções até o projeto executivo, cuja função é a etapa final e com mais detalhes, para a obra e execução de fato do projeto, como o objetivo do estudo será até a etapa de anteprojeto, não serão abordadas as questões vinculadas ao projeto executivo.

Assim, temos a “conceituação básica”, os “critérios de projeto”, o segundo sendo dividido em 2 partes que serão analisadas, sendo elas: Estudo Preliminar e Projeto Básico.

Dentro da conceituação básica, apontam a importância arquitetônica:

O papel da arquitetura dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde na prevenção das infecções de serviços de saúde pode ser entendido em seus aspectos de barreiras, proteções, meios e recursos físicos, funcionais e operacionais, relacionados a pessoas, ambientes, circulações, práticas, equipamentos, instalações, materiais, RSS e fluidos. (ANVISA, 2002, p. 58)

Quanto aos critérios de projeto, segundo a Anvisa (2002, p. 59):

Sendo o controle da infecção hospitalar fortemente dependente de condutas, as soluções arquitetônicas passam a admitir possibilidades tradicionalmente a elas vedadas, por contribuírem apenas parcialmente ao combate dessa moléstia. Contudo, há características ambientais dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde que auxiliam nas estratégias contra a transmissão de infecções adquiridas em seu recinto.

Apresentam as características ligadas ao Estudo Preliminar, sendo subdivididas em 3 partes, responsáveis primeiro por indicar locais aos quais uma EAS não deve ser estabelecida, como por exemplo: zonas próximas a depósitos de lixo, indústrias ruidosas e/ou poluentes; posteriormente quanto ao Zoneamento das Unidades e Ambientes Funcionais, que são separados em áreas críticas, áreas semicríticas e áreas não-críticas.

- Áreas críticas - são os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos.
- Áreas semicríticas - são todos os compartimentos ocupados por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas.

- Áreas não-críticas - são todos os demais compartimentos dos EAS não ocupados por pacientes, onde não se realizam procedimentos de risco.

A terceira parte, discorre sobre a circulação de Elementos Sujos e Limpos, onde indica que esses materiais devem sempre ter uma circulação distinta e não conjunta nos EAS.

Por fim, adentram no Projeto Básico, cuja separação possui 7 tópicos. Serão listados apenas os tópicos e suas subdivisões que se interrelacionam com os ambientes e funções já destacadas como primordiais para CPNs e tenham ligação de fato arquitetônica. Indicam a necessidade de sanitários separados para a parte de preparo e cocção de alimentos, onde o uso deve ser exclusivo dos funcionários desse setor.

Em relação a distribuição de água potável, a EAS deve ter reservatórios duplos, para que haja uso ininterrupto em caso de manutenção/reparos e limpeza.

Quanto à higienização das mãos, deve haver lavatórios/pias, sendo eles separados em dois tipos: lavatório - exclusivo para a lavagem das mãos e tem pouca profundidade, dimensões variadas; pode ser inserido em um balcão ou não. E, a pia de lavagem - destinada preferencialmente à lavagem de utensílios podendo ser também usada para a lavagem das mãos; profundidade variada, formato retangular ou quadrado e dimensões variadas; deve estar inserida em bancadas. Além disso, segundo a Anvisa (2002, p. 61):

Sempre que houver paciente (acamado ou não), examinado, manipulado, tocado, medicado ou tratado, é obrigatória a provisão de recursos para a lavagem de mãos através de lavatórios ou piás para uso da equipe de assistência. Nos locais de manuseio de insumos, amostras, medicamentos, alimentos, também é obrigatória a instalação de piás / lavatórios.

Em relação a ralos/esgotos, estabelecem que em **todas** as áreas molhadas, deve ter fechos hídricos (sifões) e tampa de fechamento escamoteável. Além de proibirem ralos em ambientes onde os pacientes são tratados e examinados.

Por último, em relação às Salas de Utilidades, elas devem ter circulações distintas para recebimento e escoamento do material contaminado, além de abrigar roupa suja e opcionalmente resíduo sólido (caso não exista sala específica para esse fim), a serem encaminhados a lavanderia e ao abrigo de resíduos sólidos. A sala deve possuir sempre, no mínimo, uma pia de despejo e uma pia de lavagem comum.

A respeito do próximo item **(7)**, que dispõe das instalações prediais, prevê a apresentação das siglas utilizadas ao longo das tabelas de ambientes apresentadas anteriormente. Além de conceituar as

instalações previstas e o consumo/dia delas, abrangendo a possibilidade do cálculo para determinadas instalações, como as de Água Quente (HQ) e Água Fria (HF). Sobre os gases medicinais: área de assistência de recém nascidos, deve ter 1 para cada berço e caso não haja ar comprimido disponível no EAS, deve haver 2 pontos de O₂ por berço. Nos quartos de PPP, deve haver 1 para cada leito e caso não haja ar comprimido disponível no EAS, deve haver 2 pontos de O₂ por leito.

Finalizando a norma, no item **(8)**, cuja função é estabelecer as regras contra incêndio, iniciam delimitando que as EAS não devem estar em ruas com dimensões inferiores a 3,5 m, cuja capacidade de circulação de um veículo de emergência (Corpo de Bombeiros) não possa passar. Em seguida, define que os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde devem ser separados por setores, por exemplo: apoio administrativo, apoio ao diagnóstico e terapia, abrigo de resíduos sólidos, e que com o zoneamento possa subsidiar as medidas contra incêndio.

Quanto ao projeto, elucidam a necessidade de escolha de materiais construtivos que tenham sua resistência à temperatura da ordem de 850° C. As portas localizadas em áreas de grande circulação sejam resistentes ao fogo. E caso a edificação necessite de escadas (tenha mais de 1 pavimento), que haja escada para incêndio/emergência, sendo ela do tipo: protegida, enclausurada ou à prova de fumaça. Incluem a necessidade de elevador de emergência adaptável em EAS com cota superior a 15 metros, de circulação vertical.

2.2. SomaSUS (2011)

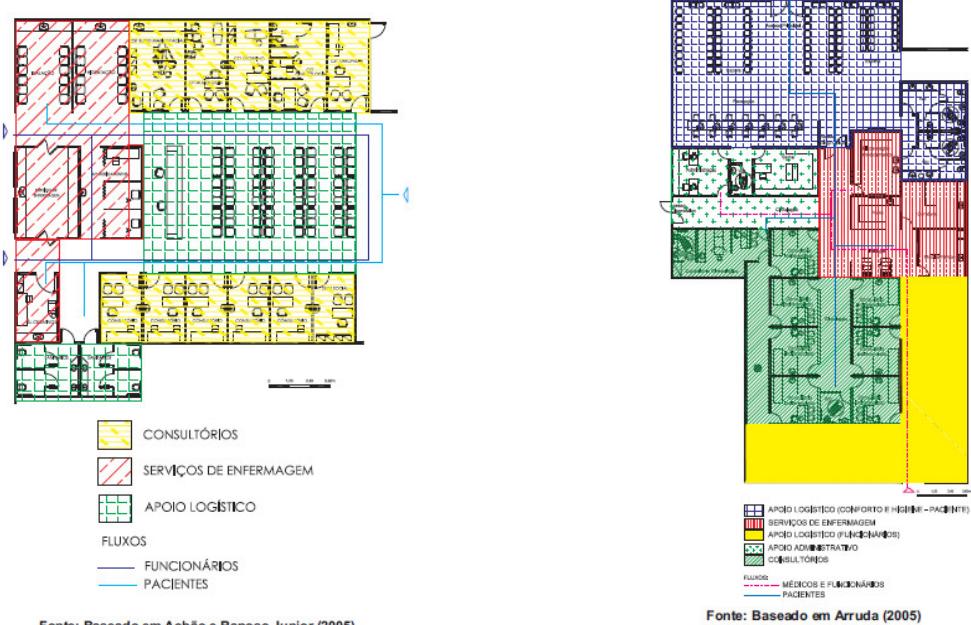
A respeito da SomaSUS (Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimento em Saúde), estabelecida por meio do Ministério da Saúde. Foram responsáveis pela Programação Arquitetônica de Unidades Funcionais de Saúde, em específico para essa análise, o volume 1, lançado em 2011, o qual está englobado Atendimento Ambulatorial e Atendimento Imediato, no qual especificam alguns dos ambientes relacionados à enfermagem.

Assim, o interesse resulta do Atendimento Ambulatorial, no qual se insere os CPNs, dessa forma, o SomaSUS possibilita a visualização de ambientes voltados aos atendimentos da enfermagem e clínicos, com as medidas e disposições dos equipamentos médicos necessários.

Dessa forma, quanto ao zoneamento e fluxos, o Ministério da Saúde infere: “Nos projetos arquitetônicos de unidades de saúde, o agrupamento de atividades relacionadas deve ser buscado a todo custo, pois a não observância deste aspecto poderá ocasionar sérios problemas de funcionamento e o

aumento permanente de custos de operação.”(BRASIL, 2011, p. 10). Assim, eles definem 2 plantas exemplos, de ambientes ambulatoriais com zoneamento:

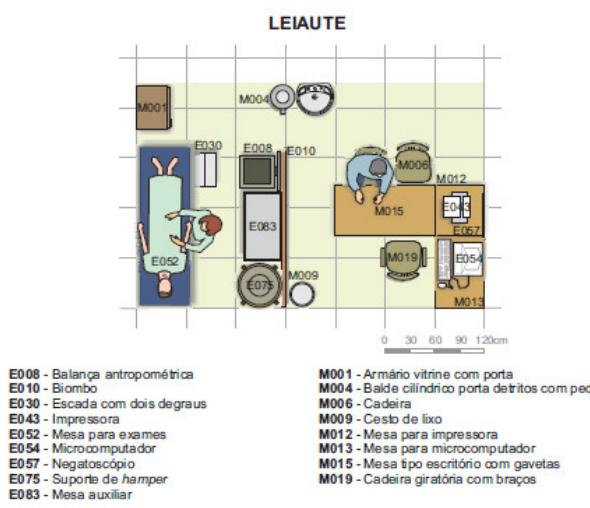
Figura 9 - (a) e (b) Plantas de Zoneamento em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.



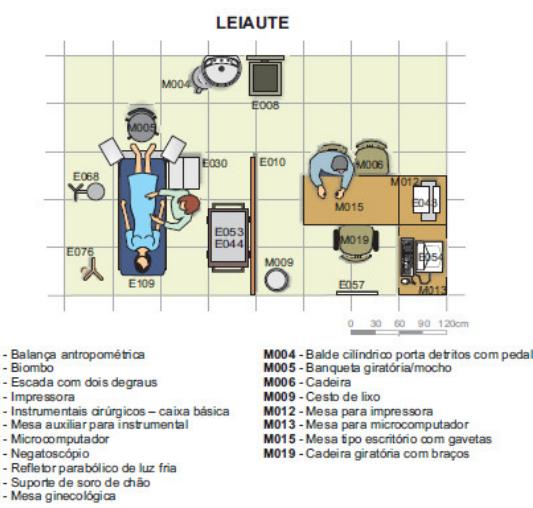
Fonte: BRASIL (2011).

Na setorização apresentada, é possível ver a separação dos ambientes por categorias de uso, aproximando locais com as mesmas características e mantendo uma relação de circulação interessante ao EAS. Logo em seguida, ilustram os ambientes ambulatoriais, os quais serão apresentados em relação ao objetivo de estudo:

Figura 10 - (a) Sala de Atendimento Individualizado

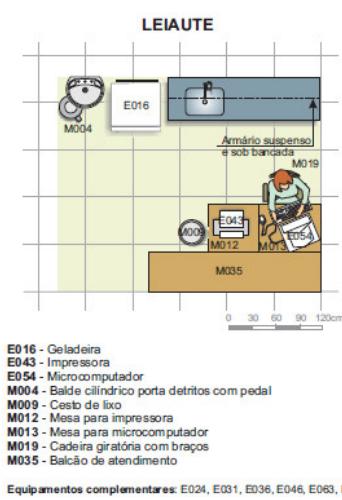


(b) Consultório Diferenciado (Ginecologia)

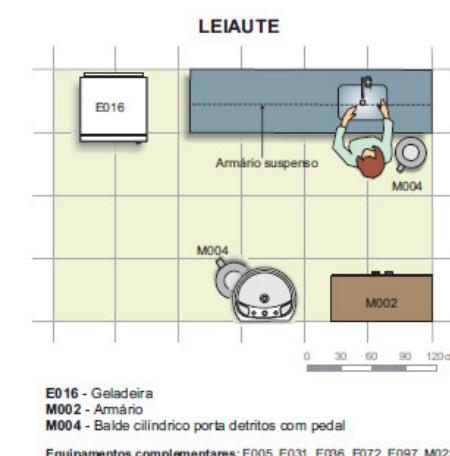


39

Figura 11 - (a) Posto de Enfermagem

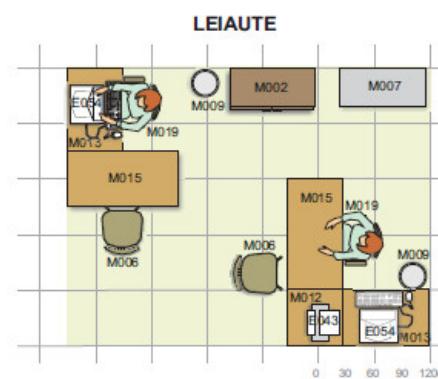


(b) Sala de serviços

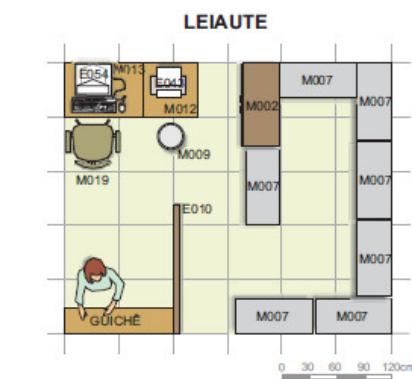


Fonte: BRASIL (2011).

Figura 12 - (a) Sala de Relatório



(b) Sala de Armazenagem e Distribuição de Alimentos



**E010 - Biombo
E043 - Impressora
E054 - Micro computador
M002 - Armário
M007 - Estante
M009 - Cesto de lixo
M012 - Mesa para impressora
M013 - Mesa para microcomputador
M015 - Mesa tipo escritório com gavetas
M019 - Cadeira giratória com braços**

Com esses ambientes delimitados, torna-se mais prático e possível a concepção de espaços que atendam as funcionalidades e usos de forma adequada para cada ambiente e equipamentos necessários.

2.3. RDC n° 222 de 2018 - comentada

A Resolução RDC nº. 222, de 28 de Março de 2018, “Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências”, foi instaurada pela Anvisa e tem um importante papel para execução do estudo proposto, haja vista seu caráter regulatório e instrutivo quanto o GRSS.

A norma aborda inicialmente os conceitos relacionados ao corpo do texto e explica suas terminações, além de indicar quais os setores que necessitam de Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS). Já no **Capítulo II**, instrui os locais quanto a criação de um PGRSS, etapas essas que não apresentam relação direta com o projeto arquitetônico, mas sim com as dinâmicas e profissionais envolvidos no trabalho dentro da Unidade de Saúde. Assim, vale destacar, que só serão apresentadas as exigências que têm relação direta com a elaboração do projeto a ser proposto.

No **Capítulo III**, destaca as etapas de manejo dos RSS. Conforme comentário da RDC (2018, p. 15) “Os recipientes de acondicionamento existentes nas salas de cirurgia e nas salas de parto não necessitam de tampa para vedação, devendo os resíduos serem recolhidos imediatamente após o término dos procedimentos.”. Ainda na mesma página, o Art. 11 determina que “Os RSS devem ser segregados no momento de sua geração, conforme classificação por Grupos constante no Anexo I desta Resolução, em função do risco presente.”. Assim, consoante a análise do **Anexo I** da RDC, identifica-se que os grupos os quais o CPN será gerador, são: Grupo A, subgrupo A4, onde encontra-se peças anatômicas (órgãos e tecidos), cujas placenta estão incluídas; Grupo D, no qual se caracteriza pelos lixos equiparados aos resíduos comuns, domiciliares (ex. restos de alimentos dos refeitórios, papel de uso sanitário, fraldas, absorventes e outros); e, o Grupo E, responsável pelos materiais perfurocortantes (ex. agulhas, ampolas de vidro e outros).

Ainda, segundo a norma, os recipientes de lixos, lixeiras, chamados por eles de coletores, devem ser de tampa com abertura sem contato manual (exceto as de centro obstétrico e outros, que não necessitam de tampa) e com cantos arredondados, as áreas administrativas devem seguir essa regra. Ainda, conforme a Anvisa (2018, p. 18) “Art. 21 Os RSS do Grupo D devem ser acondicionados de acordo com as orientações dos órgãos locais responsáveis pelo serviço de limpeza urbana.”, dito isso, os ambientes do CPN que tiverem apenas geração de lixos equiparados aos domiciliares, deve conter coletores comuns e uso de sacos pretos/azuis, sem necessidade de identificação nas lixeiras.

Além disso, da **Seção III**, sobre o armazenamento interno, temporário e externo, a Anvisa (2018, p. 21) destaca em seu comentário que os locais para armazenamento temporário respeitem a quantidade

de resíduos produzidos no local, podendo ser efetivado mais de um abrigo temporário. Vale destacar que apontam a questão de resíduo de fácil putrefação, sendo necessário prever a instalação de refrigerados, sendo de escolha do local o tipo, mas que torne o material imperceptível ao apodrecimento, ao menos momentaneamente.

Ainda, comenta do armazenamento externo, no qual deve ser o abrigo dos coletores para posterior retirada, ou da coleta urbana, para lixos de origem comum, ou, da coleta especializada, contratada para retirada dos resíduos de saúde. Informam algumas medidas mínimas e quais materiais são necessários em sua concepção, a fim de evitar contaminações e dificuldade de manutenção do local, para isso, devem ser ventilados, mas protegidos com telas contra roedores e outros possíveis animais. Estabelecem também, a necessidade da construção de um local destinado única e exclusivamente para a lavagem dos coletores de lixo, sendo capaz de suprir a demanda de limpeza e também o conforto do funcionário. (ANVISA, 2018, p.22)

O **Capítulo IV** trata do gerenciamento dos grupos de resíduos de serviços de saúde. Em relação ao Grupo A, mais especificamente ao Subgrupo A4, o qual o CPN será gerador, a Anvisa (2018, p. 35) destaca que “Art. 53 - Os RSS do Subgrupo A4 não necessitam de tratamento prévio.” e, ainda “Parágrafo único. Os RSS do Subgrupo A4 devem ser acondicionados em saco branco leitoso e encaminhados para a disposição final ambientalmente adequada.”. A respeito do Grupo D, a Anvisa (2018, p. 44) “Art. 80 - Os RSS do Grupo D, quando não encaminhados para reutilização, recuperação, reciclagem, compostagem, logística reversa ou aproveitamento energético, devem ser classificados como rejeitos.”, isto é, o material deve ser encaminhado para aterro sanitário. E destacam que quanto ao rejeito líquido, pode ser lançado na rede de esgoto.

Anexo II da Resolução, deixam itens de identificação quanto aos RSS, respectivamente, Grupo A e Grupo E:

Figura 13 - (a) e (b) Identificação gráfica de Resíduos.



RESÍDUO INFECTANTE



RESÍDUO PERFUROCORTANTE

Fonte: ANVISA (2018).

2.4. Rede Cegonha (2018)

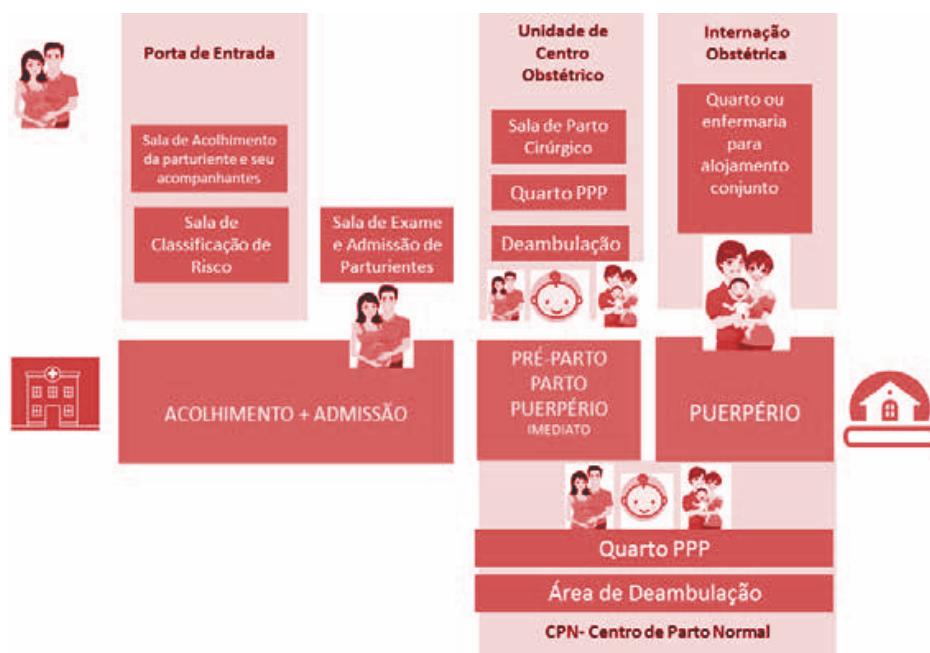
O Ministério da Saúde (MS) criou, em 2018, um caderno denominado “Orientações para Elaboração de Projetos Arquitetônicos Rede Cegonha: Ambientes de Atenção ao Parto e Nascimento”, onde buscou definir e sistematizar vários ambientes de saúde voltados à assistência ao parto, por meio de um programa de necessidades prévio. Vale lembrar que a Rede Cegonha foi criada pelo Governo Federal, por meio do MS, em 2011, com a Portaria nº 1.459, de 24 de junho, e tinha por objetivo, conforme o Ministério da Saúde:

I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. (BRASIL, 2018, p. 5)

Entretanto, como foi levantado anteriormente, a Rede Cegonha foi alterada e, hodiernamente, chama-se Rede Alyne. Contudo, o caderno elaborado em 2018 ainda é fundamental para entender as dinâmicas dos espaços de saúde voltados ao nascimento e à mulher. Assim, será analisado o que foi proposto para os CPNs nessas orientações.

Logo no início, é apontado como fundamental a lógica de fluxos tanto das gestantes (pacientes), dos profissionais quanto dos visitantes nos espaços voltados para as parturientes. Esse fluxo é decisivo na hora de entender e fazer funcionar a dinâmica dos EAS, assim, eles apontam uma ilustração de como seria um fluxo ideal, a seguir:

Figura 14 - Fluxograma ideal de pacientes em atendimento gestacional pelo SUS.



Fonte: Adaptado de BRASIL (2018).

Por meio dessa ilustração, é possível analisar não somente o fluxo dessa parturiente, mas também uma dinâmica do SUS enquanto atendimento às gestantes, onde fica evidente, que anteriormente a chegada de uma gestante à Casa de Parto (quando esse é o ambiente que se faz uso), ela passa por uma análise de risco, essa feita em outro EAS que não o CPN. Essa percepção é fundamental, haja vista que os CPNs somente atendem mulheres de riscos habituais, ou seja, sem contraindicações para um parto normal, distante de um atendimento emergencial. Assim, definem “[conceito de CPN] Unidade destinada à assistência ao parto de risco habitual, pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizada nas suas dependências internas ou externas.”(BRASIL, 2018, p. 8), quando citado a questão de pertencimento a outro ambiente, que no caso seja hospitalar, isso está diretamente ligado à questão de hospital de referência, seja ele uma maternidade ou não. É o local por onde essas pacientes serão encaminhadas ao CPN ou para onde elas serão levadas, em caso de necessidade de atendimento emergencial não esperado.

Conforme o exposto, discorrem sobre os tipos de CPNs existentes, sendo eles dentro de um hospital, ou, no caso do objeto de estudo, fora desse, chamado por eles de Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar com 5 Quartos PPP. Assim, conforme o Ministério da Saúde:

Deverá possuir todos os ambientes fins e de apoio nas dependências internas do CPN. Este CPN possui entrada externa independente do hospital/maternidade de referência. Os centros de parto normal devem estar localizados fora da área crítica do estabelecimento assistencial de saúde (EAS), dispensando paramentação e utilização de vestiários de barreiras. (BRASIL, 2018, p. 9)

O Ministério da Saúde destaca um fator importante ao estudo: “Referente ao CPN – 5 PPPs; o somatório da metragem específica de todos os ambientes deve ser acrescido em 30% referente às áreas de circulação e elementos construtivos (paredes).”(BRASIL, 2018, p. 9). A seguir, será apresentada a tabela de dimensionamento mínimo proposta pelo caderno:

Tabela 8 - Ambientes fins e de apoio ao CPN.

AMBIENTES	QUANTIFICAÇÃO	ÁREA UNITÁRIA (m ²)
AMBIENTES FINS		
Sala de registro e recepção para acolhimento da parturiente e seu acompanhante	1	12
Sala de exames e admissão de parturientes	1	9
Sanitário anexo à sala de exames	1	2,4
Quartos para pré-parto/parto/pós-parto – PPP (sem banheira)	2	14,5

Quartos para pré-parto/parto/pós-parto – PPP (com banheira)	1	18
Banheiro anexo ao quarto PPP	3	4,8
Área para deambulação (varanda/solário) – interna e/ou externa	1	20
Posto de enfermagem	1	2,5
Sala de serviço	1	5,7
AMBIENTES DE APOIO		
Sala de utilidades	1	6
Quarto de plantão para funcionários	1	5
Banheiro anexo ao quarto de plantão	2	2,3
Rouparia	-	-
Depósito de material de limpeza	1	2
Depósito de equipamentos e materiais	1	3,5
Copa	1	4
Refeitório	1	12
Área para guarda de macas e cadeiras de rodas (ambiente opcional)	-	-

Fonte: Adaptado de BRASIL (2018).

Ainda, consoante ao Ministério da Saúde “O ambiente deve ser projetado a fim de proporcionar à parturiente bem-estar e segurança, criando ambiente familiar, diferindo-o de uma sala cirúrgica, permitindo também a presença e a participação de acompanhante em todo o processo.” (BRASIL, 2018, p. 12)

Assim, em relação aos ambientes e dimensionamento propostos, elencam algumas questões particulares, levando em consideração que essas ambientações foram definidas embasadas na RDC nº 50/2002 anteriormente apresentada e, em demais normativas que atualmente não tem validade. Quanto a essas particularidades, definem:

Quarto PPP sem banheira: o ambiente deve apresentar área mínima de 14,50 m², sendo 10,5 m² para o leito e área de 4 m² para cuidados de RN, com dimensão mínima de 3,2 m, previsão de poltrona para acompanhante, berço e área para cuidados de RN com bancada (com profundidade mínima de 0,45 m x comprimento 1,40 m x altura 0,85 m) e pia, provido ponto de água fria e quente. A cama executada em alvenaria de 50 cm de altura e dimensão de 1,48 x 2,48 ou pode-se utilizar cama PPP. O quarto PPP é individual com banheiro exclusivo, a fim de garantir privacidade da parturiente e seu acompanhante.

Quarto PPP com banheira: o ambiente deve apresentar área mínima de 18 m², sendo 10,5 m² para o leito, área de 4 m² para cuidados de RN, com largura mínima de 0,90 m e com altura máxima de 0,43 m, a dimensão mínima do ambiente deve ser com dimensão mínima de 3,2 m. No

caso de utilização de banheira de hidromassagem, deve ser garantida a higienização da tubulação de recirculação da água. Quando isso não for possível o modo de hidromassagem não deve ser ativado, sendo para um leito, com previsão de poltrona para acompanhante, berço e área para cuidados de RN com bancada (com profundidade mínima de 0,45 m x comprimento 1,40 m x altura 0,85 m) e pia, provido ponto de água fria e quente. A cama poderá ser executada em alvenaria de 50 cm de altura e dimensão de 1,48 x 2,48 ou pode-se utilizar cama PPP. O quarto PPP é individual com banheiro exclusivo, a fim de garantir privacidade da parturiente e seu acompanhante.

Área para deambulação (interna e/ou externa): área destinada à deambulação e estar das parturientes. Sugere-se que esta área seja interna ligada a uma área externa provida de área verde, preferencialmente coberta a fim de ser utilizada independente das condições climáticas. Prever a instalação de barra fixa e/ou escada de Ling nesse ambiente. Esse ambiente deve apresentar área mínima de 30 m², calculados com base no número de gestantes e acompanhantes.

Sala de utilidades: este ambiente é destinado à recepção, à lavagem, à descontaminação e ao abrigo temporário de materiais e à roupa suja. Deve ser provido de bancada com pia e uma pia de despejo, com acionamento por válvula de descarga e tubulação de 75 mm. Deve possuir área mínima de 6 m², com dimensão mínima de 2 m.

Quarto de plantão para funcionários: este ambiente é destinado ao repouso dos funcionários presentes na unidade em regime de plantão. Deve apresentar área mínima de 5 m². Deve ser previsto banheiros (masculino e feminino) com área mínima de 2,3 m² para cada unidade.

Rouparia: essa área será destinada ao armazenamento de roupas limpas (fornecidas pela unidade vinculada), para esta pode ser previsto um armário com duas portas.

Copa: este ambiente é destinado à recepção e à distribuição da dieta das parturientes e acompanhantes. Deve-se apresentar área mínima de 4 m² e dimensão mínima de 1,15 m².

Refeitório: esta área poderá estar contígua à copa, destinada à realização de refeições/lanches fora do quarto, pode constituir-se de um espaço aberto, não necessariamente um ambiente fechado. Deve-se apresentar área mínima de 12 m².

Área para guarda de macas e cadeira de rodas: armazenar os materiais e equipamentos por categoria e tipo. (BRASIL, 2018, p. 12-14)

Além disso, apresentam um layout base (figura 15), como será visto a seguir, de um projeto de referência para CPNs Peri-Hospitalares, onde é possível visualizar questões como: jardins para deambulação das parturientes, que se localizam em solários (jardins de inverno), mas com pouca área verde e, criam uma área de deambulação interna ao CPN, a qual está inserida entre ambientes e não apresenta uma funcionalidade muito prática e atrativa. Entretanto, por meio dessa planta é possível ter uma prévia de como os CPNs são pensados e dispostos, pelo menos em teoria.

Figura 15 - Planta demonstrativa de CPNp.



Fonte: BRASIL (2018).

2.5. ABNT NBR 9050 de 2020

A NBR 9050, que foi atualizada em 2020, visa atender as demandas populacionais hodiernas, busca por meio dos conceitos de Desenho Universal¹² estabelecer parâmetros para que todos tenham acesso equitativo a ambientes e espaços projetados, sejam eles de caráter externo ou interno. Vale ressaltar que o Desenho Universal não parte da premissa de atender pessoas com deficiências, mas sim de criar uma conscientização de que todos podem ter benefícios e grandes contribuições se um projeto puder focar e humanizar os espaços, levando-se em consideração as medidas do ser humano, com suas várias distinções e porventura, com algumas limitações, sem que haja a necessidade de adaptações.

Grande parte da Normativa é representada por desenhos ilustrativos de dimensões e ambientes, inclinações e sinalizações de diversas categorias. Para o objetivo principal do estudo, é imprescindível compreender sobre as rampas¹³ e suas inclinações permitidas, tanto para usos internos, caso seja preciso, quanto externos, haja vista que o terreno de estudo pode ser um lote com declividade a ser levada em consideração, mesmo que não seja acentuada.

Em relação aos ambientes internos, a norma foca muito em questões de limitações e deficiências, sendo necessário observar que a depender do tipo de deficiência/limitação, há o uso de equipamentos

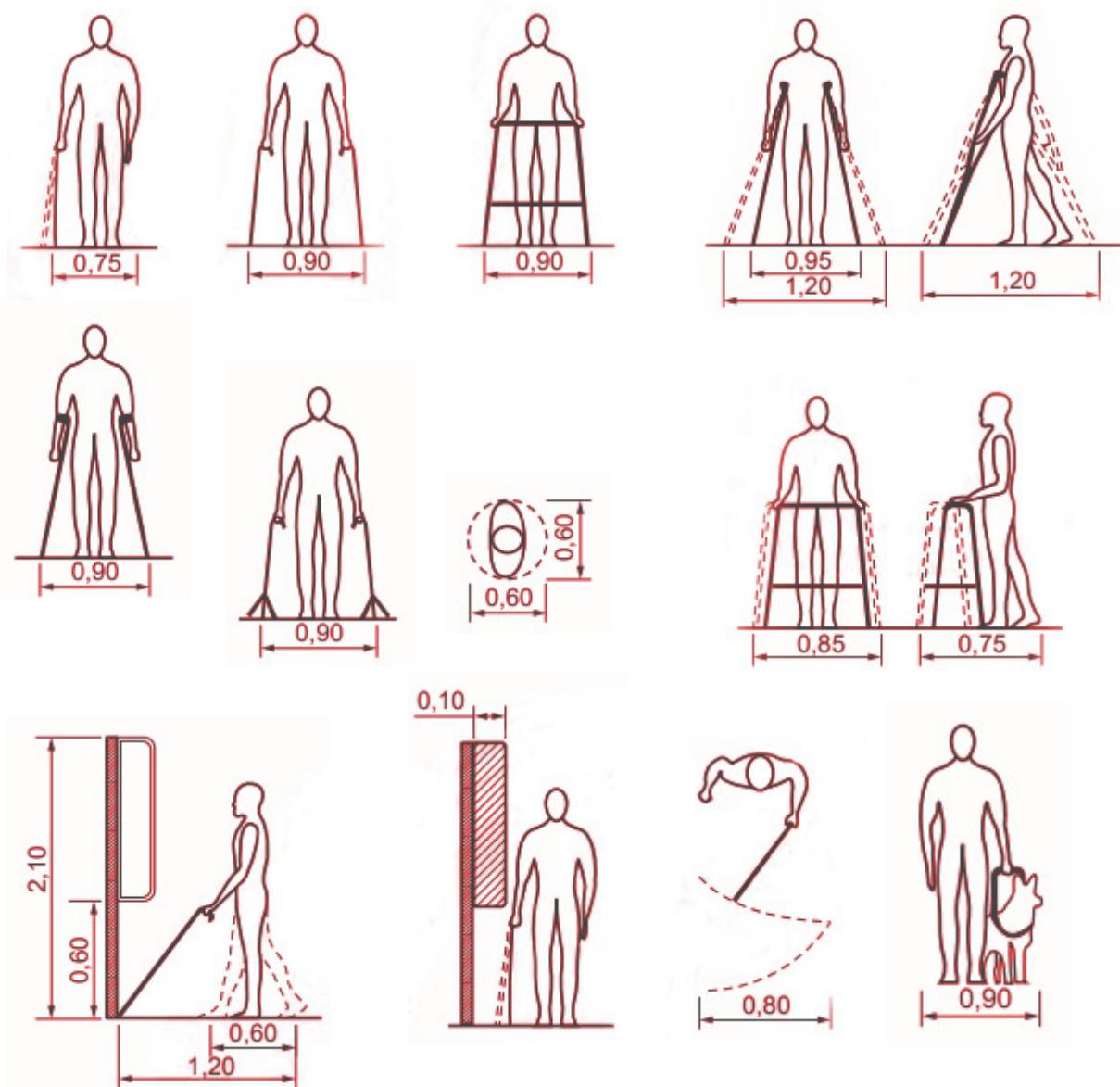
auxiliares, que usualmente ocupam um espaço maior nos ambientes, do que o corpo humano por si só. Em relação ao CPN, esse auxílio é normativo como visto nas Resoluções já apresentadas, onde a parturiente pode precisar ou querer o uso de cadeira de rodas para locomoção, seja na chegada ou saída pós-parto.

A seguir, algumas ilustrações da NBR que serão fundamentais para estabelecer ambientes equitativos e acessíveis as mais vastas pessoas que se tornarão usuárias do CPN, sejam elas idosas (como acompanhantes), com deficiência (tanto acompanhantes quanto a própria parturiente, caso a deficiência não a caracterize como risco habitual, além dos próprios profissionais), com alguma limitação permanente ou temporária. Para esses parâmetros, “a determinação das dimensões referenciais, foram consideradas as medidas entre 5 % a 95 % da população brasileira, ou seja, os extremos correspondentes a mulheres de baixa estatura e homens de estatura elevada.”(ABNT, 2020, p. 21)

Figura 16 - Referenciais de deslocamento de pessoas em pé.

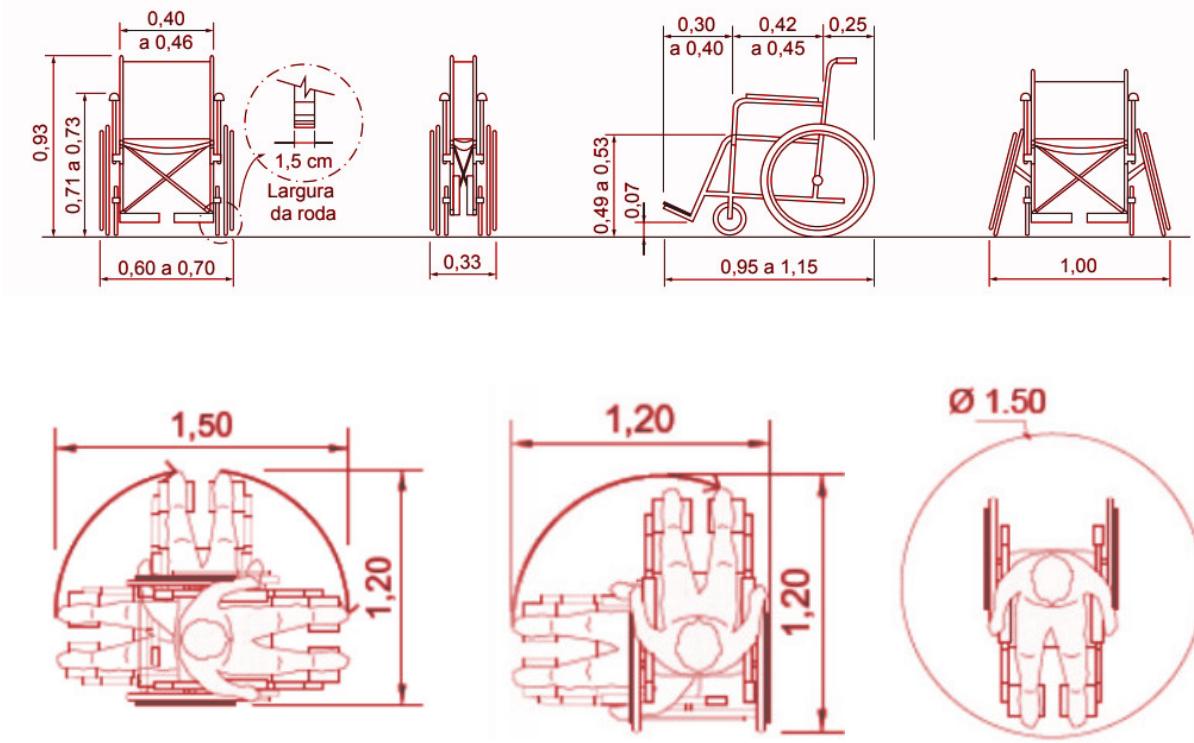
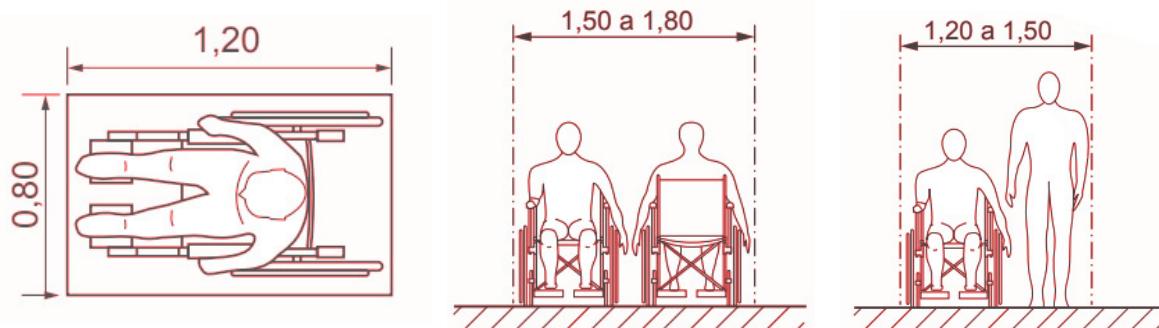
¹² Conceito criado pelo arquiteto estadunidense Ron Mace, na década de 1980. (MARTINO, 2022)

¹³ inclinação da superfície do piso, longitudinal ao sentido de caminhamento, com declividade igual ou superior a 5 %



Fonte: Adaptado de ABNT (2020).

Figura 17 - Deslocamento de Pessoas em Cadeira de Rodas (PCR)



Fonte: Adaptado de ABNT (2020).

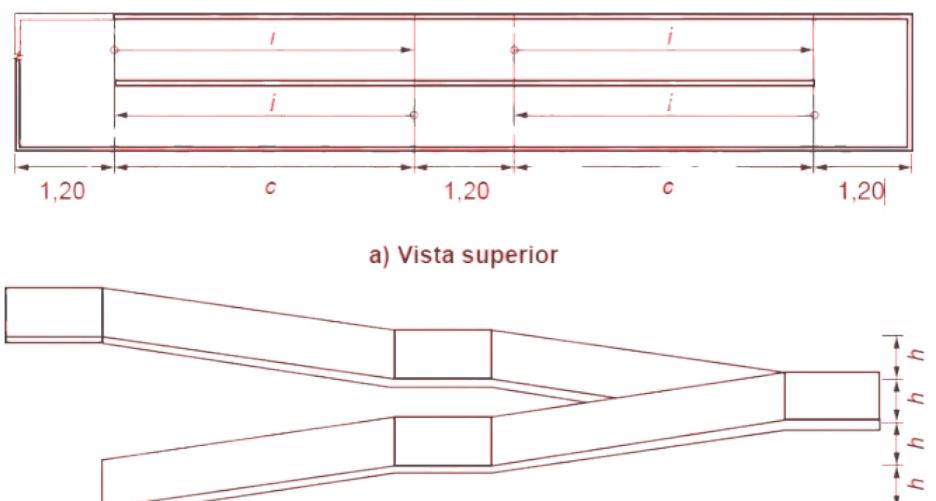
Os maiores vãos encontrados, são os que determinam a área de giro da pessoa em cadeira de rodas (1,50 m) e a passagem mútua (até 1,80 m), de duas pessoas em cadeiras de rodas em uma mesma área de circulação, sendo, então, necessário o mínimo de 1,80 metros para corredores e espaços de circulação em geral. Com isso, atende-se um dos princípios¹⁴ do Desenho Universal em relação ao projeto que será proposto.

O Desenho Universal pauta a inclusão, não somente enquanto um apêndice do uso padrão, mas transformando o próprio padrão, garantindo o aproveitamento amplo por todos os grupos, perfis e corpos existentes, trazendo a acessibilidade como uma ferramenta conjunta, irrevogável. (MARTINO, 2022)

Quanto às rampas, a NBR determina que a inclinação deve seguir a tabela a seguir, cujas medidas são estabelecidas para um uso mais abrangente:

¹⁴ Princípios do Desenho Universal: uso igualitário; uso flexível; uso simples e intuitivo; informação perceptível; tolerância ao erro; baixo esforço físico; abrangência de acesso e de uso e manipulação dos espaços e objetos. (MARTINO, 2022)

Figura 18 - Vistas de rampa acessível.



Fonte: Adaptado de ABNT (2020).

Tabela 9 - Inclinações de rampas acessíveis.

Desniveis máximos de cada segmento de rampa h (m)	Inclinação admissível em cada segmento de rampa i (%)	Número máximo de segmentos de rampa
1,50	5,00 (1:20)	Sem limite
1,00	5,00 (1:20) < $i \leq$ 6,25 (1:16)	Sem limite
0,80	6,25 (1:16) < $i \leq$ 8,33 (1:12)	15

Fonte: Adaptado de ABNT (2020).

A NBR 9050 apresenta inúmeras formas de alcançar espaços mais acessíveis e que corroboram para dimensionar e preparar os ambientes do CPN com a intenção de atingir igualitariamente os usuários a serem estabelecidos.

2.6. Portaria GM/MS nº 5.350 de 2024

A Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de Setembro de 2024, “Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017¹⁵, para dispor sobre a Rede Alyne”. Dessa forma, apresenta inúmeros artigos e incisos relacionados à portaria anterior, em específico ao Anexo II, apenas indicando as alterações. Quanto ao conteúdo, tem a intenção de legislar e assegurar um atendimento igualitário e seguro às mulheres-gestantes, de forma bastante abrangente. Para melhor entendimento da Rede Alyne, será em conjunto analisado o Anexo II da portaria anterior, o qual regulava a Rede Cegonha.

¹⁵ Dispõe sobre a Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.

Em relação ao que é a Rede Alyne, bem como a Rede Cegonha, seu Art. 1º não sofreu alterações, sendo ele:

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.(BRASIL, 2017, Art. 1º)

Conforme o Art. 6º, presente no **Título I**, a Rede Alyne tem como composição os seguintes temas: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; sistema logístico; sistema de apoio e sistema de governança. Quanto à proposta estudada, boa parte desses componentes estão intrínsecos. Já em relação ao 7º artigo da resolução, aponta em seu 1º inciso as ações de atenção ao pré-natal, cujo interesse se sobressai em “vinculação da gestante, desde o pré-natal, **ao local em que será realizado o parto e o atendimento das eventuais intercorrências na gestação**; e o estímulo, no último trimestre gestacional, às ações de vínculo entre a gestante e a maternidade de referência do território” (BRASIL, 2024, Art. 7º, § 1º, V, grifo nosso)

Em relação ao Art. 7ºA, que corresponde ao parto e nascimento, fica entendido como pontos de atenção 5 unidades, sendo elas: Centro de Parto intra-hospitalar - CPNi e Centro de Parto Normal peri-hospitalar - CPNp; maternidade ou hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos; maternidade ou hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos com habilitação em gestação de alto risco; unidades de cuidado neonatal; e a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera - CGBP. Sendo interesse de estudo somente a primeira categoria, e em destaque, o CPNp, sendo unidades isoladas e sem conexão direta com o Hospital de Referência, mas com vínculo. Assim, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2024, Art. 7ºA, § 1º) define: “O CPNi e o CPNp são unidades de saúde destinadas à assistência ao parto de risco habitual, pertencentes ou vinculadas, respectivamente, a um estabelecimento hospitalar, localizadas em suas dependências internas ou imediações.”

Definem que a Rede Alyne deve ser respaldada e integrada as unidades federativas quanto seu âmbito municipal, estadual e à união, tendo cada ator, sua responsabilidade e função, para que o programa seja implementado e sofra as devidas manutenções, sempre com o objetivo de reduzir a mortalidade parturiente-neonatal e buscar um atendimento mais equitativo e humano à assistência à saúde da mulher e gestante. Com isso, a Rede Alyne é estabelecida em fases, as quais devem ser, aos poucos, executadas em cada andamento do programa.

Em seu 12º artigo, **do Título II, Capítulo I**, o qual dispunha das definições gerais quanto a Habilitação e Implantação de CPN, integra as mudanças quanto a fatores importante para o estudo, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2024, Art. 12, grifo nosso), sendo eles:

III - gestação de risco habitual: gestação na qual os fatores de risco indicam que a morbimortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral, sem necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica;

IV - parto de risco habitual: parturiente com gestação atual considerada de baixo risco e história reprodutiva sem fatores de risco materno e fetal, com avaliação obstétrica no momento da admissão que evidencie um trabalho de parto eutóxico;

VI - quarto pré-parto, parto e puerpério - PPP: espaço destinado ao pré-parto, parto e puerpério, privativo à parturiente e acompanhante de livre escolha, em que a atenção aos períodos clínicos do trabalho de parto, parto e nascimento ocorre no mesmo ambiente, da internação à alta, com ambiência adequada à Resolução da Diretoria Colegiada - RDC da ANVISA, que disponha sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal ou a que a substituir.

No **Capítulo II**, o qual dispõe sobre a Constituição e Habilitação como CPN, em sua Seção I, que define os requisitos para tal, determina em seu Art. 15 “A estrutura física do CPN deverá atender o disposto na Resolução ANVISA nº 36, de 3 de junho de 2008, **ou a que a substituir**, no que se refere às finalidades e dimensões mínimas necessárias para cada ambiente, e quanto aos equipamentos mínimos necessários para seu funcionamento adequado.”(BRASIL, 2024, Art. 15, grifo nosso).

Já em seu Art. 16, estabelece os requisitos específicos para cada tipologia de CPN, sendo apontada aqui, somente a do CPNp, objeto de estudo. Assim, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2024) determina que: o CPNp deve estar localizado a no máximo 30 minutos do Hospital de Referência; deve garantir transporte durante 24h, 7 dias da semana, para deslocamento eventual de parturiente e bebê, por meio do transporte adequado; garantir que o recém-nascido permaneça junto a mãe desde o nascimento até a alta, no quarto PPP; garantir que o acompanhante permaneça com a gestante/parturiente/mãe até a alta.

Em seu Art. 17, determina a equipe mínima necessária para funcionamento do CPNp, sendo ela composta por: 1 enfermeiro obstetra ou obstetriz como coordenador e responsável técnico (40h semanais / 8h/dia); 2 enfermeiros obstetas ou obstetizes 24h/dia por 7 dias; 2 téc. de enfermagem 24h/dia por 7 dias; 1 auxiliar de serviços gerais 24h/dia por 7 dias.

Ainda, em seu § 4º “A parteira tradicional¹⁶ poderá ser incluída no cuidado à mulher no CPN, em regime de colaboração com o enfermeiro obstétrico ou obstetriz, quando for considerado adequado, de acordo com as especificidades regionais e culturais e o desejo da mulher.”(BRASIL, 2017, Art. 17, § 4º). Em relação ao Art. 19, que define os CPNs que poderão ser habilitados, apresenta uma mudança significativa da portaria anterior, onde estabelece que os CPNp não poderão ser implementados com

menos de 5 quartos PPP, já no regimento ultrapassado, era possível ter 2 tipologias de CPNp, sendo eles com 3 quartos PPP e com 5 quartos PPP.

Dessa forma, com o fim do Título II, a normativa passa a tratar de ambientes para gestações de alto risco, não sendo interessantes para o estudo proposto.

2.7. RDC n° 920 de 2024

A Resolução RDC n° 920, de 19 de setembro de 2024, “Dispõe sobre o Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal”. Dessa forma, a resolução substitui a anterior¹⁷ e propõe-se a atingir todos os ambientes de saúde voltados para atenção obstétrica e neonatal, independente do caráter particular ou público da unidade. Assim, a Anvisa (2024, p. 1) determina:

Art. 2º Esta Resolução se aplica aos serviços de saúde no país que exercem atividades de atenção obstétrica e neonatal, sejam públicos, privados, civis ou militares, funcionando como serviço de saúde independente ou inserido em hospital geral, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

Além disso, caracterizam que o objetivo principal da resolução é “estabelecer padrões para o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal fundamentados **na qualificação, na humanização** da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente.” (ANVISA, 2024, p.1, grifo nosso). Dessa forma, na **Seção II**, estabelece definições que serão abordadas ao longo da norma, sendo algumas importantes para o estudo, como:

- acolhimento: modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários;
- ambiência: ambientes físico, social, profissional e de relações interpessoais que devem estar relacionados a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana;
- higienização das mãos: medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência. O termo engloba a higienização simples, a higienização antisséptica, a fricção antisséptica e a antisepsia cirúrgica das mãos;
- humanização da atenção e gestão da saúde: valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas, garantindo o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha), e a valorização do trabalho e dos trabalhadores;
- método canguru: modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial. Inclui o contato pele-a-pele precoce e crescente, pelo tempo que a mãe e o bebê entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo uma maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais.;

¹⁶ "Parteira tradicional é a mulher que, por experiência própria ou por transmissão oral de saberes e práticas, presta cuidados à gestante, parturiente e puérpera em sua comunidade, sendo reconhecida por esta como tal, mesmo que não tenha formação escolar formal."(BRASIL, 2012, p. 13)

¹⁷ Resolução ANVISA nº 36, de 3 de junho de 2008.

- quarto PPP: ambiente com capacidade para 01 (hum) leito e banheiro anexo, destinado à assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (primeira hora após a dequitação).
- quarto de alojamento conjunto: ambiente destinado a assistência a puérpera e seu recém-nascido, após a primeira hora de dequitação, com capacidade para 01(hum) ou 02 (dois) leitos e berços, com banheiro anexo;

O **Capítulo II** apresenta os requisitos gerais que definem a norma e, serão apontados apenas os que interferem de forma categórica na concepção do CPN. Assim, conforme a Anvisa (2024, p.2) em sua primeira seção, “Art. 6º O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve contar com infraestrutura física, recursos humanos, equipamentos e materiais necessários à operacionalização do serviço, de acordo com a demanda e modalidade de assistência prestada.” Já a **Seção II**, responsável pela infraestrutura, determina:

Art. 13. O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve dispor de infraestrutura física baseada na proposta assistencial, atribuições, atividades, complexidade, porte, grau de risco, com ambientes e instalações necessários à assistência e à realização dos procedimentos com segurança e qualidade.

Art. 14. A infraestrutura física do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve atender aos requisitos constantes no Anexo I desta Resolução, que alteram os itens referentes à atenção obstétrica e neonatal da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, ou a que venha a substituí-la. (ANVISA, 2024, p. 3)

Ainda, em relação a **Seção IV**, dos materiais e equipamentos, aponta em seu Art. 24 que os serviços de assistência ao parto normal devem possuir, entre outros:

- mesa auxiliar;
- material necessário para alívio não farmacológico da dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto, como:
 - barra fixa ou escada de Ling;
 - bola de Bobat ou cavalinho;
- mesa para refeição;
- camas hospitalares reguláveis ou cama para pré-parto, parto e pós-parto, 01 (uma) por parturiente;
- poltrona removível destinada ao acompanhante, 01 (uma) para cada leito;
- relógio de parede com marcador de segundos, 01 (um) por ambiente de parto.

Além disso, no Art. 25, aponta os equipamentos opcionais que os serviços assistenciais de saúde possam ter, entre eles:

- mesa para exame ginecológico;

- escada com dois lances;
- mesa de cabeceira.

Segundo a Anvisa (2024, p. 6), “Parágrafo único. Os serviços que prestam assistência exclusiva ao parto normal sem distocia devem ter disponíveis os equipamentos e materiais descritos nos incisos I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX e XIV do caput deste artigo [28].” Sendo eles, respectivamente:

- clampeador de cordão;
- material para identificação da mãe e do recém-nascido;
- balança para recém-nascido;
- estetoscópio clínico;
- oxímetro de pulso;
- mesa de três faces para reanimação com fonte de calor radiante;
- material para aspiração;
- máscaras faciais para recém-nascidos a termo e pré-termo;
- plástico protetor para evitar perda de calor.

Ainda, em seu Art. 30 “Os serviços que prestam assistência exclusiva ao parto normal sem distocia devem ter disponíveis os equipamentos e materiais descritos nos incisos I, II, III, IV, V, IX e X do caput do art. 29.”(ANVISA, 2024, p. 7). Apresenta-se a seguir, excluindo os itens III e IV, já apontados no trecho anterior:

- berço de material de fácil limpeza, desinfecção e que permita a visualização lateral;
- bandeja individualizada com termômetro, material de higiene e curativo umbilical;
- régua antropométrica e fita métrica de plástico;
- aspirador com manômetro e oxigênio; e
- glicosímetro.

Conforme a Resolução, o EAS deve dispor ou, minimamente garantir, acesso integral aos seguintes serviços:

- Laboratório clínico;
- Laboratório de anatomia patológica;
- Serviço de ultrassonografia, incluindo Dopplerfluxometria;
- Serviço de ecocardiografia;
- Assistência hemoterápica.

- Assistência clínica cardiológica;
- Assistência clínica nefrológica;
- Assistência clínica neurológica;
- Assistência clínica geral;
- Assistência clínica endocrinológica;
- Assistência cirúrgica geral; e
- Unidades de Terapia Intensiva adulto e neonatal.

No caso do CPN proposto, a maioria desses serviços serão garantidos por meio do Hospital de Referência e não dispostos diretamente no EAS.

A Anvisa estabelece em sua resolução, por meio da **Seção VI**, que dispõe sobre os processos operacionais e assistenciais, que o serviço deve permitir a presença de acompanhantes desde o acolhimento até o PPP. Além de “promover ambiência acolhedora e ações de humanização da atenção à saúde.” (ANVISA, 2024, p. 7). Ainda, em seu Art. 36, define a garantia de alojamento conjunto para o bebê e a mãe, desde o nascimento.

Por meio do Art. 37, destaca que na recepção da gestante/parturiente ou demais usuários, o ambiente deve ser confortável para espera; na mesma premissa, em seu Art. 38, sobre a assistência ao trabalho de parto, diz ser dever do EAS a promoção de privacidade para a parturiente e acompanhante; permitir a deambulação e movimentação ativa da parturiente por meio de espaços e condições favoráveis; ainda, destaca que os períodos clínicos do parto sejam efetivados no mesmo ambiente, ou seja, que a parturiente possa ter o nascimento e acompanhar os exames pós-parto do recém-nascido, sem que ele seja levado para outro local. Com isso, entende-se a necessidade de projetar um espaço acolhedor e que permita essa movimentação e procedimentos distintos, sem tornar o ambiente em uma área esteticamente hospitalar.

Assim, no Art. 39, que diz respeito a assistência ao parto e pós-parto imediato, o serviço deve oferecer, entre outras:

- garantir à mulher condições de escolha de diversas posições durante o parto, desde que não existam impedimentos clínicos;
- estimular que os procedimentos adotados sejam baseados na avaliação individualizada e nos protocolos institucionais;
- estimular o contato imediato, pele-a-pele, da mãe com o recém-nascido, favorecendo vínculo e evitando perda de calor;

- possibilitar o controle de luminosidade, de temperatura e de ruídos no ambiente;
- estimular o aleitamento materno ainda no ambiente do parto;
- garantir que a transferência da mulher ou do recém-nascido, em caso de necessidade, seja realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas.

Já no Art. 40, sobre a assistência no puerpério, define que uma das orientações é o serviço “promover orientação e participação da mulher e família nos cuidados com o recém-nascido”, além de apoio psicológico às mães com dificuldade de aleitamento materno. Com essas indicações, pode-se pensar em oferecimento de salas para esse serviço no próprio CPN.

Em relação ao transporte da parturiente/gestante/mãe e recém-nascido, deve haver, conforme o Art. 44: “I - maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio, exceto para o transporte de recém-nascidos; II - incubadora para transporte de recém-nascidos; e III - cilindro transportável de oxigênio.” (ANVISA, 2024, p. 9)

Além disso, no Art. 46, em seus 3 primeiros incisos, estabelece medidas importantes para execução do projeto do CPN, sendo elas:

§1º O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve possuir um lavatório/pia por quarto;

§2º Os lavatórios para higienização das mãos podem ter formatos e dimensões variadas, porém a profundidade deve ser suficiente para que se lavem as mãos sem encostá-las nas paredes laterais ou bordas da peça e tampouco na torneira;

§3º Os lavatórios para higienização das mãos devem possuir provisão de sabonete líquido, além de papel toalha que possua boa propriedade de secagem; (ANVISA, 2024, p. 10)

Na **Seção XI**, responsável pelo descarte de resíduos, aponta em seu artigo único (57) que “O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve implantar as ações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), atendendo aos requisitos da [...] RDC nº 222, de 28 de março de 2018, e Resolução Conama n. 358, de 29 de abril de 2005, ou as que venham a substituí-las.” Sendo aquela, a normativa já analisada sobre o assunto.

Um adendo importante, em seu Art. 61 “Os itens da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, **referentes à atenção obstétrica e neonatal** passam a vigorar conforme o ANEXO desta Resolução.” (ANVISA, 2024, p. 11, grifo nosso). Dessa forma, as análises apresentadas anteriormente sobre a RDC nº 50/02, apenas servem de estudo e entendimento sobre os CPNs, já em relação aos ambientes de apoio e demais artigos condicionantes, como um todo, em EAS, permanecem úteis para parâmetros técnicos gerais (ex: ventilação mínima, sanitários, áreas de apoio como as de instalações prediais).

Por fim, no **Anexo** da resolução, o qual apresenta os ambientes necessários e suas especificações, será apresentado apenas aqueles ligados ao CPN. O Anexo encontra-se descritivo e sem um quadro para melhor visualização, sendo então elaborado um para esse fim, a seguir:

Tabela 10 - Ambientes fins e de apoio ao CPNp

UNIDADE DE CENTRO DE PARTO NORMAL			
Ambiente	Equipamentos	Área mínima (m)	Observações
1.1 AMBIENTES FINS			
1.1.1 Sala de acolhimento da parturiente e seu acompanhante	-	2,00 m ² por pessoa	-
1.1.2 Sala de exames e admissão de parturientes	-	9,00 m ² por leito de exame	Instalação de água fria e quente.
1.1.3 Quarto PPP	poltrona de acompanhante, berço, bancada com pia	10,50 m ² e dimensão mínima de 3,20 m, com 4,00 m ² para cuidados de higienização do recém-nascido	1.1.3.1 Prever a instalação de barra fixa e/ou escada de Ling; Instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem
1.1.4 Banheiro para parturiente	Barras de apoio	4,80 m ² , com dimensão mínima de 1,70 m; box para chuveiro deve ter dimensão mínima de 0,90 x 1,10 m	Instalação opcional de banheira com largura mínima de 0,90 m e com altura máxima de 0,43 m.
1.1.5 Quarto/enfermaria de alojamento conjunto	berço e poltrona de acompanhante, para cada leito de puérpera; banheiro	quarto de 01 leito, 10,50 m ² ; quarto de 02 leitos, 14,00 m ² ; enfermaria de 03 a 06 leitos, 6,00 m ² por leito	1.3 Opcional, caso a puérpera e o recém-nascido, permaneçam no quarto PPP, durante todo período de internação puerperal; instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem.
1.1.6 Área para deambulação (interna ou externa)	-	-	4.1.7 Preferencialmente coberta
1.1.7 Posto de enfermagem	-	um a cada 30 leitos; área mínima de 2,50 m ²	instalações de água e elétrica de emergência.
1.1.8 Sala de serviço	-	uma sala de serviços a cada posto de enfermagem.; área mínima de 5,70m ²	instalações de água e elétrica de emergência.
1.1.9 Área para	-	um lavatório a cada dois	instalações de água fria e

higienização das mãos	leitos. Área mínima de 0,90 m ²	quente
1.2 AMBIENTES DE APOIO		
1.2.1 Sala de utilidades	-	-
1.2.2 Sanitário para funcionários (masculino e feminino)	-	-
1.2.3 Rouparia	-	-
1.2.4 Sala de estar e/ou reunião para acompanhantes, visitantes e familiares	-	-
1.2.5 Depósito de material de limpeza	-	-
1.2.6 Depósito de equipamentos e materiais	-	-
1.2.7 Sala administrativa	-	-
1.2.8 Copa	-	-
1.2.9 Sanitário para acompanhantes, visitantes e familiares (masculino e feminino)	-	-
1.2.10 Área para guarda de macas e cadeiras de rodas	-	-
1.2.11 Sala de ultrassonografia	-	-

Fonte: Elaboração própria com dados da ANVISA (2024).

2.8. Principais alterações e complementações

Uma das alterações mais significativas elencadas pelas duas normativas que - atualmente - regem os Centros de Parto Normal peri-hospitalar, é em relação ao hospital de referência, cuja distância deve ser vencida em um tempo máximo de até 30 minutos, sendo imprescindível para escolha do terreno a ser proposto. Além disso, quanto ao total de quartos de pré-parto, parto e puerpério, estipula a existência de CPNp a serem habilitados, sendo somente com 5 quartos PPP, não sendo possível diferentes conformações, nem para mais nem para menos, devido a não previsibilidade disso nas diretrizes.

Deixam definidos os ambientes de apoio fundamentais, mas sem a metragem pré-estabelecida, há a necessidade de consulta das demais normativas e/ou cadernos instrutivos quanto aos projetos arquitetônicos nesse sentido. Já em relação aos ambientes fins, há alterações quanto ao pré-dimensionamento, com mudanças essenciais nas metragens mínimas e maior desritividade de subáreas em um mesmo ambiente. Além disso, essas complementações e alterações refletem um avanço nas práticas de humanização do parto e uma melhora na segurança e infraestrutura das Casas de Parto, conforme o aumento do conhecimento técnico e as demandas sociais por mais qualidade de atendimento.

2.9. Tabela resumo das legislações CPNp

Após a análise das normativas a respeito das Casas de Parto, propõe-se uma tabela resumo com as medidas que, hodiernamente, são vigentes para esse tipo de edificação de assistência à saúde da mulher e do bebê, para que se possa desenvolver, posteriormente, um programa de necessidades preciso e coeso.

Tabela 11 - Resumo das legislações analisadas.

NORMA	AMBIENTE	NORMA COMPLEMENTAR	QUANT.	ÁREA MÍNIMA	OBSERVAÇÕES
ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO INICIAL					
RDC 920/2024	Sala de registro e acolhimento da parturiente e seu acompanhante	Rede Cegonha (2018)	1	$\geq 12 \text{ m}^2$	-
	Sala de exames e admissão de parturientes	Rede Cegonha (2018)	1	$\geq 9 \text{ m}^2$	Instalação de água quente e água fria.
	Sala de estar e/ou reunião para acompanhantes, visitantes e familiares	RDC 50/2002	1	1,3 m^2 por pessoa	-
	Sanitário para acompanhantes, visitantes e familiares (masculino e feminino)	-	2	$\geq 2,4 \text{ m}^2$ (cada)	Separação por gênero
	Sala de ultrassonografia	-	1	-	Opcional
SomaSUS (2011)	Hall de entrada	-	1	-	Acesso dos pacientes e acompanhantes à sala de espera.
	Sanitário anexo à sala de exames	-	1	$\geq 2,4 \text{ m}^2$	-
ASSISTÊNCIA AO PARTO					

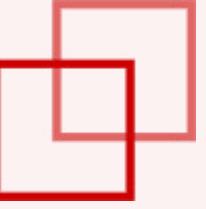
RDC 920/2024	Quarto PPP	-	5	$\geq 14,50 \text{ m}^2$	Banheiro anexo obrigatório; prever a instalação de barra fixa e/ou escada de Ling; instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem
	Banheiro para parturiente (Quarto PPP)	-	5	$\geq 4,80 \text{ m}^2$	Com vaso sanitário, chuveiro e lavatório. Barras de apoio
	Área para deambulação (interna ou externa)	Rede Cegonha (2018)	-	$\geq 30 \text{ m}^2$	Preferencialmente coberta
	Quarto/enfermaria de alojamento conjunto	-	-	$1 \geq 10,50 \text{ m}^2; 2 \geq 14,00 \text{ m}^2; 3 a 6 \geq 6,00 \text{ m}^2$ por leito	Opcional; banheiro anexo; Instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem
	Posto de enfermagem	-	1	$\geq 2,50 \text{ m}^2$	Instalações de água e elétrica de emergência.
	Sala de serviço	-	1	$\geq 5,70 \text{ m}^2$	Instalações de água e elétrica de emergência.
RDC 920/2024	Área para higienização das mãos	-	1 a cada 2 leitos	$\geq 0,90 \text{ m}^2$	-
	APOIO TÉCNICO				
	Sala de utilidades	Rede Cegonha (2018)	1	$\geq 6 \text{ m}^2$	-
RDC 50/2002	Central de Material e Esterilização - Simplificada	-	1	$\geq 12 \text{ m}^2$	Separação de fluxo de área limpa e suja
	APOIO ADMINISTRATIVO				
RDC 920/2024	Sala administrativa	RDC 50/2002	1	$5,5 \text{ m}^2$ por pessoa	-
	Sala de direção	-	1	$\geq 12 \text{ m}^2$	-
	Sala de reuniões	-	1	2 m^2 por pessoa	-
RDC 50/2002					

	Área para controle de funcionário (ponto)	-	1	$\geq 4 \text{ m}^2$	-
APOIO LOGÍSTICO E INFRAESTRUTURA					
RDC 920/2024	Rouparia	-	1	-	Armazenamento de roupas limpas, pode ser um armário.
	Copa	SomaSUS (2011)	1	$\geq 6 \text{ m}^2$	Para refeições da equipe
	Vestiário e sanitários de funcionários	SomaSUS (2011)	2	$\geq 4 \text{ m}^2$ (cada)	Separação por gênero
	Área para guarda de macas e cadeiras de rodas	RDC 50/2002	1	$\geq 3,0 \text{ m}^2$	-
	DML (Depósito de Material de Limpeza)	Rede Cegonha (2018)	1 por pav.	$\geq 2 \text{ m}^2$	Com tanque, prateleiras e ponto de água
Rede Cegonha (2018)	Depósito de equipamentos e materiais	SomaSUS (2011)	1	$\geq 4 \text{ m}^2$	Armazenamento seco e seguro
	Quarto de plantão para funcionários	-	2	$\geq 5 \text{ m}^2$	Separação por gênero
	Banheiro anexo ao quarto de plantão	-	2	$\geq 2,3 \text{ m}^2$ (cada)	Separação por gênero
	Refeitório	-	1	$\geq 12 \text{ m}^2$	-
RDC 222/2018	Abrigo temporário de resíduos	-	1	$\geq 2 \text{ m}^2$	Pisos e paredes laváveis; ponto de água e ralo sifonado
	Depósito de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS)	-	1	$\geq 6 \text{ m}^2$	Segregação de resíduos; pisos e paredes laváveis; ponto de água e ralo sifonado; ter ventilação mínima de duas aberturas de 10 cm x 20 cm cada (localizadas uma a 20 cm do piso e outra a 20 cm do teto)
	Área de limpeza de recipientes	-	1	-	-
	Área para coleta seletiva	-	1	-	-

RDC 50/2002	Área Técnica Infraestrutura Predial	Cozinha tradicional	Sanitários para funcionários DML	1	-	Para preparo e cocção de alimentos no local; deve ser segregada conforme funções.
			Sala adm			
		Área para gases medicinais	-	1	-	-
		Casa de bombas/ máquinas	-	1	-	-
		Garagem	-	-	-	No mínimo 2 vagas para ambulâncias
		Estacionamento	-	-	-	Verificar a lei municipal

* Quando a RDC 920/2024 não define metragem mínima ou quantificação, foi adotada referência técnica da Rede Cegonha (2018), Caderno SomaSUS (2011), RDC 50/2002, para embasamento projetual, sendo indicado na tabela como “norma complementar”.

Fonte: Elaboração própria.



3. *Espaços para o nascimento*

3. Espaços para o nascimento

A concepção de ambientes destinados ao nascimento ultrapassa a simples resolução funcional de um edifício assistencial. Projetar uma casa de parto é compreender que o lugar influencia diretamente a forma como a mulher vivencia esse momento, desde aspectos fisiológicos até emocionais. Dessa forma, o presente capítulo busca compreender como a arquitetura pode gerar acolhimento e facilitar experiências positivas no parto, a partir da análise de espaços reais voltados à assistência humanizada no ato de parir, além de referências projetuais para embasamento e concepção inicial do projeto.

Para isso, o capítulo está dividido em duas partes. A primeira trata da análise de estudos de caso de centros de parto normal existentes, selecionados por sua relevância para a proposta da Casa Luz, tanto do ponto de vista funcional quanto conceitual. Já a segunda parte é dedicada às referências projetuais, que embora não sejam necessariamente voltadas à saúde, oferecem soluções espaciais e sensoriais alinhadas aos princípios de ambiência, acolhimento e bem-estar, fundamentais ao processo de parto humanizado.

3.1. Estudos de caso

A escolha dos estudos de caso visa aprofundar o entendimento técnico e sensível sobre espaços já consolidados de assistência ao parto humanizado. Foram selecionadas cinco experiências com diferentes características de gestão, escala e localização: a Casa Angela, referência nacional de Centro de Parto Normal conveniado ao SUS; a Florescer: Centro de Parto Humanizado, uma iniciativa privada, em Campo Grande; e 3 casas de parto localizadas em diferentes regiões dos Estados Unidos da América (EUA), todas de caráter independente.

Ambas foram escolhidas por apresentarem soluções espaciais significativas e por estarem em funcionamento, possibilitando o acesso a dados reais, desenhos técnicos, registros fotográficos e observações sobre o uso dos espaços. Dessa forma, é importante destacar que locais alinhados às boas práticas maternas e neonatais devem servir de exemplo, corroborando com a OMS, conforme visto a seguir:

Centros obstétricos que assumem uma posição crítica em relação à tecnologia e que tomam uma atitude de respeito pelos aspectos emocionais, psicológicos e sociais do parto, devem ser identificados. Tais serviços devem ser encorajados, e o processo que os levou a tal posição deve ser estudado para que possam ser usados como modelos para posteriores atitudes similares em outros centros e para influenciar a postura obstétrica por toda a nação. (OMS, 1996, 15º recomendação da Organização Mundial de Saúde para Humanização do Parto e do Nascimento *apud* BITENCOURT FILHO, 2007)

3.1.1. Identificação e descrição

Os projetos apresentados a seguir foram selecionados conforme os aspectos que poderiam ser relevantes para entender e ampliar a visão arquitetônica quanto às casas de parto. Os cinco projetos diferem-se, sendo o primeiro com atendimento 100% pelo SUS, apontando como é a dinâmica do espaço voltado ao nascimento em esfera pública. O segundo, por se caracterizar em um local privado, aponta a relação normativa nesses ambientes, tendo a necessidade de cumprimento legal assim como os demais e por possibilitar a visita técnica presencial, experienciando a casa. Já os 3 casos internacionais demonstram diferentes formas com as quais o espaço para o nascimento pode ser abordado, com conformações espaciais distintas.

A Casa Angela foi analisada por meio de fotos e desenhos arquitetônicos fornecidos por sua própria administração, além de dados obtidos no site da Casa. Ainda, foi realizada uma visita técnica on-line, onde foi possível observar com maior cautela os espaços e funcionalidades. Já à Florescer, realizou-se visita técnica presencial, onde foi possível entender e sentir como é estar em um local para nascimento, sem centros cirúrgicos e ambientes hospitalares característicos. Foram realizadas fotos locais, desenhos técnicos fornecidos pela administração do local, além de entrevista com duas das 5 enfermeiras obstetras atuantes na Casa. Em relação aos centros de parto normal estadunidenses, ambos foram analisados por meio de material gráfico apresentado no relatório técnico desenvolvido pelo centro de inovação de saúde da Universidade de Harvard, a Ariadne Labs, em parceria com o MASS Design Group, escritório de arquitetura premiado internacionalmente por seu trabalho com impacto social, e, as fotos retiradas de sites das instituições e similares.

3.1.1.1. Casa Angela: Centro de Parto Humanizado

A Casa Angela é um exemplo emblemático de arquitetura voltada à humanização do parto no Brasil. Os dados mostram eficiência e impacto social (4.000+ nascimentos, funcionamento 24h, equipe multidisciplinar ampla), conforme o município de São Paulo (2025), enquanto as imagens traduzem essa filosofia arquitetônica nos elementos espaciais e sensoriais. A Casa existe desde 2009, mas passou a funcionar como local para partos a partir de 2012. Ainda, em 2015 iniciou o contrato com a Prefeitura de São Paulo, e desde 2020 atendem somente partos pelo SUS, sendo 100% dedicado à assistência pública.

A Casa Angela é fundada e administrada pela Organização Social (OS) Monte Azul, que atua nas comunidades da zona sul da capital.

Fica localizada na cidade de São Paulo, na rua Mahamed Aguil, 34, na zona sul paulistana, está inserida numa rua residencial e ocupa uma quadra de uso misto, sendo residencial e institucional/público, com divisa de fundo de lote sendo uma escola estadual (figura 19). Fica a cerca de 3,5 km do Hospital do Campo Limpo, que é o hospital de referência. Além disso, localiza-se próxima a áreas vegetadas.

Figura 19 - Mapa de localização Casa Angela.



Fonte: Adaptado do Google Earth (2025).

Figura 20 - Fachada Casa Angela com níveis de piso.



Fonte: Casa Angela (2025). Imagem cedida à autora.

Sua via de acesso é bastante íngreme e estreita (figura 21), proporcionando alguns limitadores à quem faz uso, tanto em circulação automotora quanto pedonal, tendo uma acessibilidade mínima. No projeto eram previstas 6 vagas de estacionamento, mas na realidade o que ocorre é o uso da calçada como parte do estacionamento, inviabilizando a locomoção pedonal (figura 22).

Figura 21 - Via estreita de acesso à Casa Angela.



Fonte: Adaptado do Google Earth (2025).

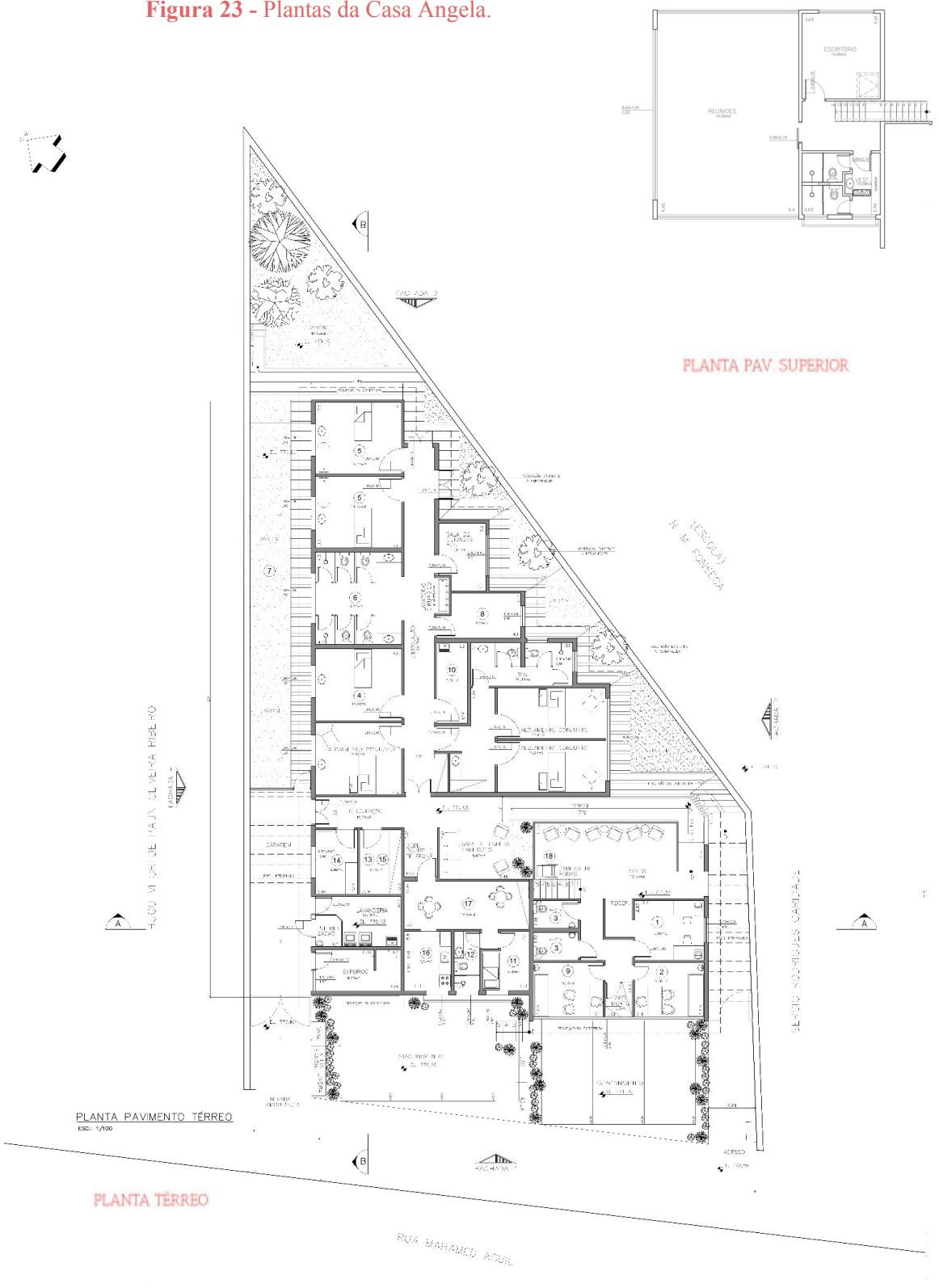
Figura 22 - Calçada utilizada de forma inadequada.



O projeto conta com um pavimento térreo e um superior, sendo contabilizado pela planta arquitetônica 498,30 m² de área construída, dentro dessa metragem, encontra-se ambientes como: 3 salas de parto (uma c/ banheira e duas s/ banheira); 3 alojamentos conjuntos (mãe + bebê + acompanhante); 5 banheiros; 1 posto de enfermagem; 1 sala de reanimação neonatal; 1 sala de utilidades; 1 posto de coleta de leite materno; 2 consultórios; 2 banheiros; 1 recepção e sala de espera; almoxarifado; expurgo; 1 cozinha própria; refeitório; quarto de plantão e banheiro; já no seu pavimento superior, encontram-se: 1 sala administrativa; 2 banheiros; 1 salão multifuncional para atividades em grupo, reuniões, oficinas e capacitações; na área externa, conta com: abrigos para gases medicinais; gerador de emergência; aquecedor a gás; estacionamento; jardim de descanso e/ou deambulação.

Além disso, fica localizado em um terreno de 751,57 m², com uma disposição em quadrilátero, com dois dos quatro lados formando um ângulo agudo, conforme a figura a seguir:

Figura 23 - Plantas da Casa Angela.



Fonte: Casa Angela (2025). Arquivo cedido à autora.

3.1.1.2. Florescer: Centro de Parto Humanizado

A Casa de Parto fica localizada na região central da cidade de Campo Grande (MS), entre usos comerciais e de serviços e pertence a Macrozona 1 e Zona Urbana 1. Estabelece-se na Rua Padre João Crippa, 1119, no meio de quadra, próximo a esquina da Av. Afonso Pena, principal avenida da cidade, sendo ambas as vias de caráter arterial e de bastante movimento ao longo dos horários de pico e maior movimentação da cidade. Ela divide a quadra e a divisa de fundo do lote com um estabelecimento comercial de fast food e fica ao lado de um restaurante. Por fim, localiza-se a menos de 100 metros da Praça do Rádio Clube, conforme a figura a seguir:

Figura 24 - Mapa de localização Florescer



Fonte: Adaptado do Google Earth (2025)

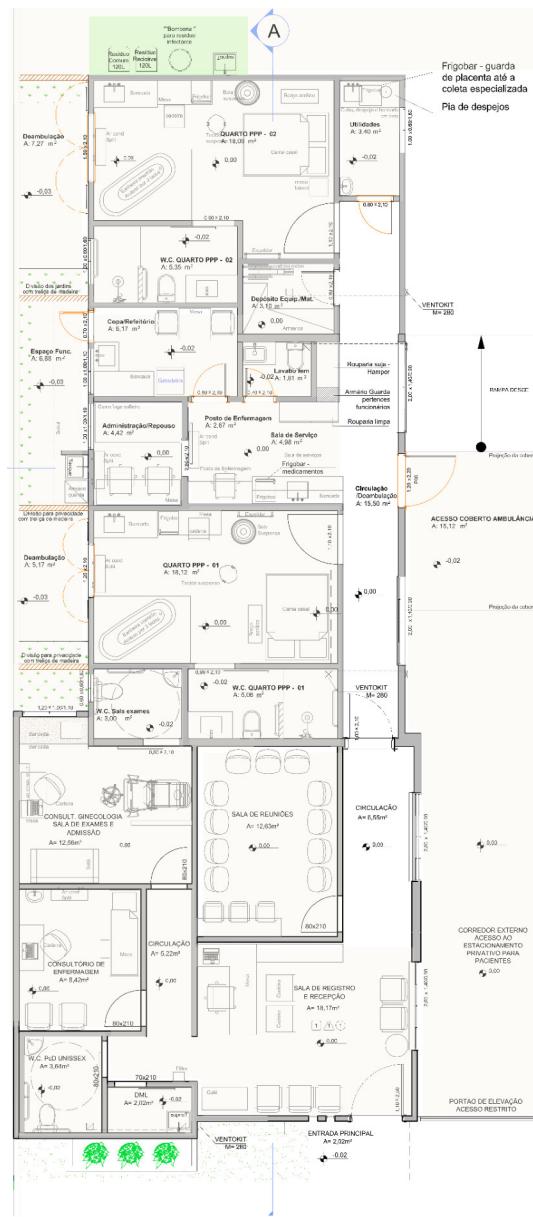
Figura 25 - Fachada Florescer com nível de piscos



Fonte: Florescer (2025). Imagem cedida à autora.

É uma edificação térrea em um terreno de 468 m². Foi projetada e construída para ser um CPNp, não sendo uma reforma e foi inaugurada em 2023, conforme Eloína de Matos, enfermeira-obstetra e sócia-proprietária da Florescer (Apêndice). A edificação estabelece-se pelos seguintes ambientes: duas suítes de parto, recepção, depósito de materiais de limpeza (DML), 2 consultórios, um geral e outro ginecológico com 1 banheiro anexo, copa, sala de serviços e posto de enfermagem conjuntos, sala administrativa/reposo, sala de reuniões, sala de utilidades, rouparia, 1 banheiro PCD unisex, 1 banheiro de funcionários e ambiente externo para deambulação, totalizando 199,77 m² de área construída, conforme planta do projeto a seguir:

Figura 26 - Planta térrea Florescer.



Possui conectividade com outros equipamentos de saúde, como o hospital de referência, sendo a Maternidade Cândido Mariano, a qual está a menos de 1 km de distância. Também fica localizada cerca de 1,3 km da Santa Casa de Campo Grande. Possui calçada com pisos táteis e material regular antiderrapante e oferece 2 vagas de estacionamento, sendo uma destinada para idosos e outra para deficientes físicos. Ainda, localiza-se numa via com estacionamentos. Além do acesso lateral para entrada e estacionamento de ambulância.

Vale destacar que a Florescer não tem funcionamento 24h. Segundo a enfermeira-obstetra entrevistada (Apêndice), funciona apenas em horário comercial. E, em relação aos partos noturnos, estão sempre em contato por meio de redes sociais com as gestantes atendidas, quando há evidências de parto nesses horários, deslocam-se para a casa de parto, apenas para o atendimento específico.

Fonte: Florescer (2025). Arquivo cedido à autora.

Ainda, a casa possui palestras e reuniões (figura 27), com o intuito de orientar e ensinar as gestantes e seus familiares quanto aos sinais de trabalho de parto, quando se é indicado o parto por via cesariana, quais são as fases do trabalho de parto, como é o processo de amamentação, e quais os cuidados que se deve ter com o recém-nascido. Atuam de forma multiprofissional, através de parcerias e aluguel do consultório da casa para outros profissionais fazerem uso, como nutricionistas, fisioterapeutas pélvicos, pediatras e educadores físicos.

Figura 27 - Sala de reunião e o seu uso na Florescer.

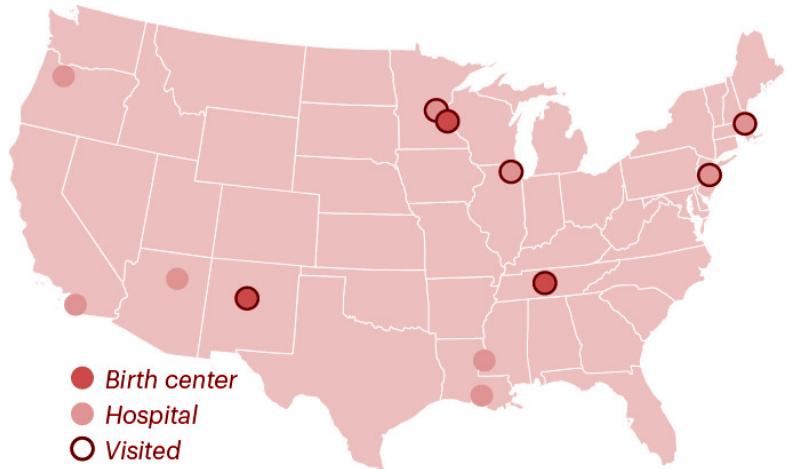


Fonte: Florescer (2025). Imagem cedida à autora.

3.1.1.3. Casas de parto: EUA

Como levantado anteriormente, as casas de parto dos EUA que serão analisadas, foram abordadas no relatório técnico da Ariadne Labs e MASS Design Group. Esse relatório tinha como metodologia a análise de locais de partos nos EUA, onde se enquadra hospitais com centro obstétricos, maternidades e casas de parto. A seguir é possível visualizar um mapa produzido por eles, onde apontam os locais estudados. Para a análise do TCC, foram levantados os dados das 3 casas de parto demarcadas (figura 28).

Figura 28 - Mapa dos EUA com estabelecimentos de parto.

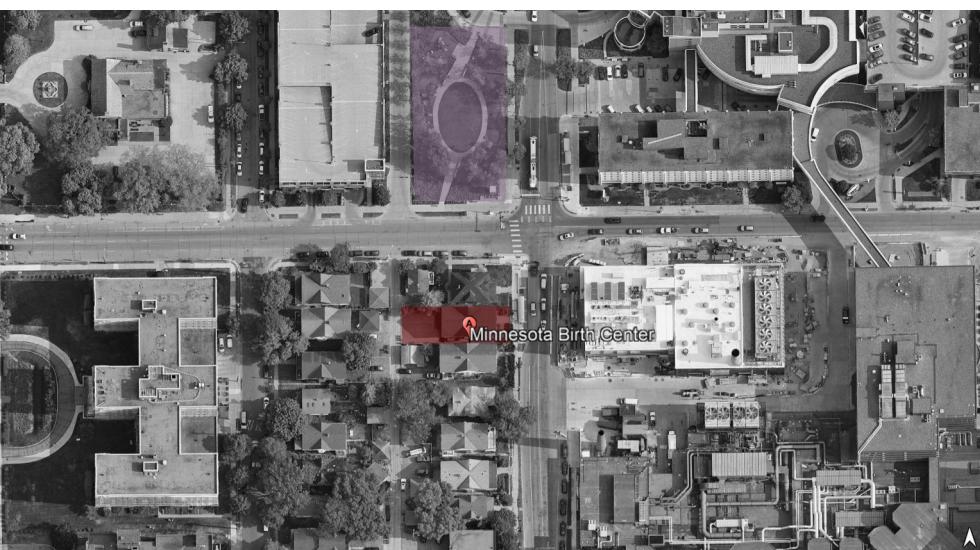


Fonte: Adaptado de ARIADNE LABS; MASS DESIGN GROUP (2017).

3.1.1.3.1. Minnesota Birth Center

O Minnesota Birth Center localiza-se na Chicago Avenue, 2606, em Mineápolis, no estado de Minnesota (EUA). Ele é um centro de parto independente (freestanding) e fica instalado em uma antiga residência que possui arquitetura vitoriana (ARIADNE LABS; MASS DESIGN GROUP, 2017). Está inserido em uma rua e quadra bastante arborizadas e localiza-se próximo a uma praça; sua quadra é estreita e permite que tenha acesso por ambos os lados, na via principal e na posterior, onde encontra-se o estacionamento. Um ponto interessante de se observar, é que fica em frente à uma fábrica e insere-se em meio a residências, uso industrial e serviços. Tem como ponto positivo um ponto de ônibus inserido em frente.

Figura 29 - Mapa de localização Minnesota Birth Center.



Fonte: Adaptado de Google Earth (2025).

A edificação preserva os traços originais (figura 30), mas adaptados por reforma para garantir ambientes funcionais, configurando um espaço que remete ao ambiente doméstico, mas alinhado às necessidades técnicas e assistenciais do parto. A proposta parte do princípio de que a ambientação influencia diretamente na experiência do nascimento, e, por isso, o projeto físico foi pensado para favorecer o conforto, a privacidade e a autonomia da parturiente.

Figura 30 - Fachada Minnesota com nível de piso.



Fonte: Minnesota Birth Center (2025).

A unidade é compacta e atende cerca de 176 partos por ano (ARIADNE LABS; MASS DESIGN GROUP, 2017), o menor quantitativo entre todas as casas internacionais analisadas; seu terreno conta com 464 m² e a edificação é dividida em porão (subsolo), térreo, pavimento superior e sótão (figura 31), possui salas de parto organizadas no térreo, com presença de mobiliário não convencional, banheiras, bolas e slings suspensos para auxílio em posições fisiológicas. Também há lounge com sofás, cozinha compartilhada e jardim acessível, características essas que reiteram a valorização da ambiência.

Figura 31 - Plantas de Minnesota Birth Center.



Fonte: Adaptado de ARIADNE LABS; MASS DESIGN GROUP (2017).

O Minnesota Birth Center tornou-se um exemplo importante de como é possível adaptar estruturas existentes para novas funções, sem abrir mão dos princípios de humanização, sensorialidade e

cuidado contínuo. Apesar disso, a escolha por preservar a linguagem arquitetônica da antiga residência, por vezes pode ser um fator limitante.

3.1.1.3.2. Dar a Luz Birth & Health Center

Localizado em Albuquerque, no estado do Novo México, o Dar a Luz Birth & Health Center é um centro de parto independente que atende exclusivamente mulheres de risco habitual, com abordagem centrada na humanização do nascimento. Fundado em 2008, o espaço consolidou-se como o único centro de parto licenciado no estado, com foco na autonomia da mulher, práticas baseadas em evidências e suporte contínuo por parteiras certificadas e enfermeiras obstetras (ARIADNE LABS; MASS DESIGN GROUP, 2017).

Figura 32 - Mapa de localização Dar a Luz Birth & Health Center.



Fonte: Adaptado de Google Earth (2025).

Fica em uma localidade ainda pouco habitada, tendo inúmeros vazios urbanos em seu entorno. Encontra-se em lote de esquina, tendo sua via lateral não pavimentada. Dentre os espaços analisados dos EUA, esse é o que conta com uma ampla área externa, tendo 4.467 m² de terreno e a edificação está recuada, quase ao fundo do lote.

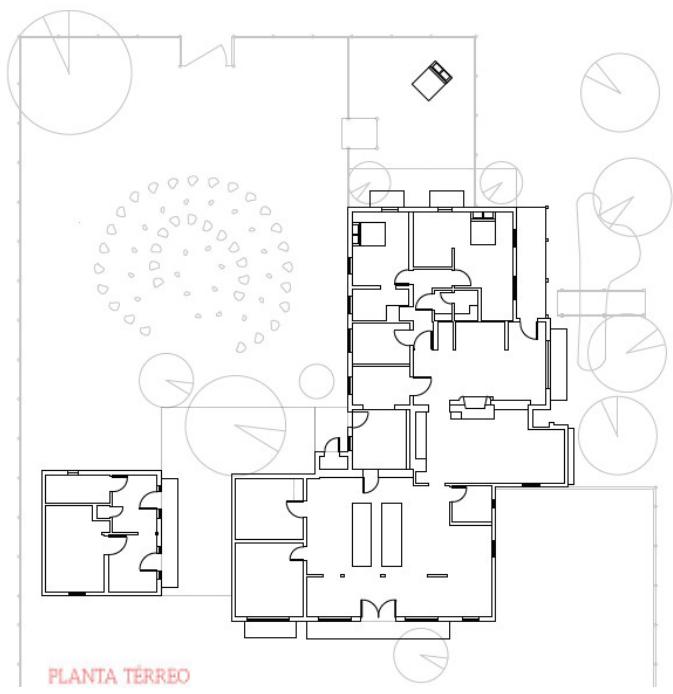
Figura 33 - Fachada Dar a Luz com nível de piso.



Fonte: Adaptado de ARIADNE LABS; MASS DESIGN GROUP (2017).

A edificação possui estrutura térrea, com consultórios para atendimento pré-natal e planejamento familiar, ambientes de apoio emocional e informativo, além de duas suítes de parto equipadas com banheiras de hidroterapia, luz natural abundante e mobiliário que favorece a movimentação livre durante o trabalho de parto. Há, ainda, uma cozinha comunitária, sala de educação perinatal e biblioteca de apoio às gestantes e acompanhantes, conforme a planta a seguir:

Figura 34 - Planta térrea Dar a Luz Birth & Health Center.



Fonte: Adaptado de ARIADNE LABS; MASS DESIGN GROUP (2017).

Em situações que exigem intervenções médicas mais complexas, a unidade possui protocolo estabelecido para transferência segura a hospitais da rede pública e privada local, mantendo o equilíbrio entre autonomia e segurança assistencial.

3.1.1.3.3. Vanderbilt Birth Center

Localizado na Avenida West End, 3212, na cidade de Nashville, no estado do Tennessee, o Vanderbilt Birth Center é um centro de parto independente vinculado à renomada rede hospitalar Vanderbilt University Medical Center, mas preserva autonomia funcional e identidade própria. Apesar de sua estrutura física ser composta por mais de um pavimento, o edifício é inteiramente voltado ao atendimento de mulheres em processo de gestação e parto, não se configurando como um hospital multidisciplinar. Vale destacar que se trata de uma reforma em um antigo prédio comercial, e não uma edificação desenvolvida desde o início para ser CPN.

Figura 35 - Mapa de localização Vanderbilt Birth Center.



Fonte: Adaptado de Google Earth (2025).

Localiza-se em um terreno de 1.945 m², onde encontram-se o estacionamento externo e a edificação. Fica em uma área residencial e de serviços, com outras unidades médicas nas proximidades. Estabelece-se em 6 pavimentos, contando com o térreo e subsolo (utilizado para estacionamento). Realiza cerca de 300 partos por ano, não perdendo sua essência de casa de parto, apesar do porte. (ARIADNE LABS; MASS DESIGN GROUP, 2017)

Figura 36 - Fachada Vanderbilt Birth Center.

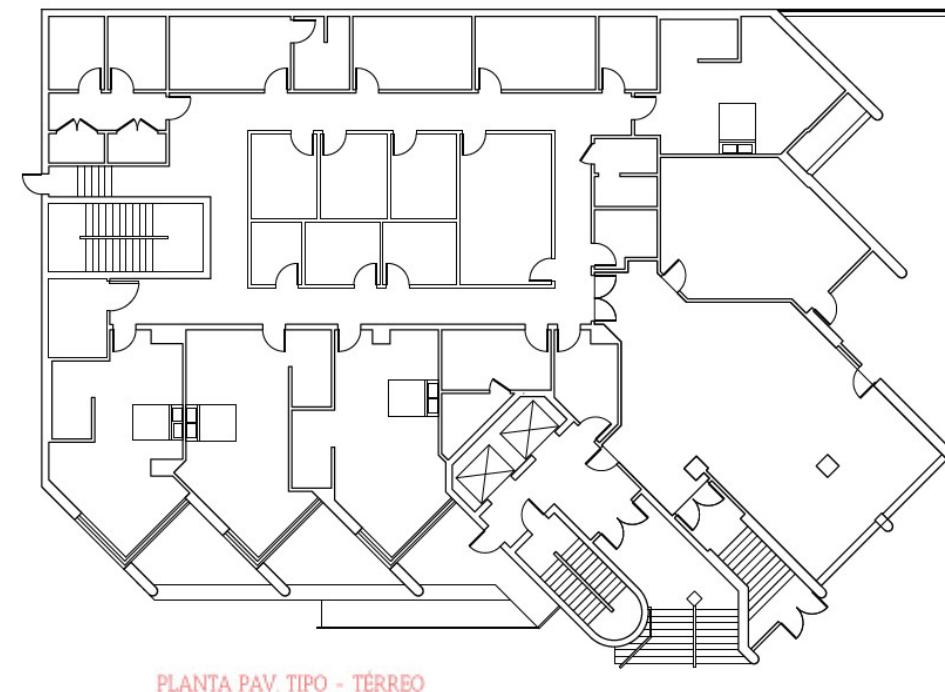


Fonte: Adaptado de Google Earth (2025).

O Vanderbilt Birth Center oferece exclusivamente cuidados para gestantes de risco habitual, com foco na experiência do parto humanizado. Conta com suítes de parto completas, espaços com banheiras para hidroterapia, salas de aconselhamento, ambientes para atendimento pré-natal e serviços de apoio ao aleitamento materno. Ainda, disponibiliza serviços de planejamento familiar e saúde reprodutiva para mulheres, evidenciando uma atuação ampliada no cuidado perinatal. Tem como hospitais de referência o Vanderbilt University Hospital e o Monroe Carell Jr. Children's Hospital - ambos integrantes da mesma rede, garantindo segurança assistencial em casos emergenciais.

No relatório técnico apresentado pelo Ariadne Labs e MASS Design Group, só foi apresentado e estudado uma planta única da edificação, sendo passível de entendimento, tanto pela forma do edifício quanto pelo relatório, que se trata de pavimento tipo, sendo replicado nos demais níveis. A planta em questão (figura 37) aparenta ser do térreo, devido a área de estar voltada para a via principal, não sendo existente nos demais pavimentos.

Figura 37 - Planta Vanderbilt Birth Center.



Fonte: Adaptado de ARIADNE LABS; MASS DESIGN GROUP (2017).

3.1.2. Categorias de análise

Foram escolhidas 4 categorias para análise das Casas de Parto estudadas, sendo diretamente relacionadas com o espaço físico e o parto fisiológico: a espacialidade, espaço externo, aberturas, materiais e ambiência. Essa escolha tem por finalidade contribuir com as intenções de projeto que serão respaldadas e porventura semelhantes às apresentadas.

- **Espacialidade:** são os ambientes e suas formas de separação e setorização, sendo elas acessíveis ou não dentro de um projeto. Relaciona-se com os fluxos e é fundamental para determinar se o projeto é coeso e harmônico quanto suas funções.
- **Espaço externo:** servirá para determinar a existência ou não de áreas passíveis de movimentação da parturiente, possibilitando contato com espaços vegetados e livres, tornando o processo na casa de parto mais suscetível ao parto fisiológico.
- **Aberturas:** essenciais ao estudo arquitônico, envolve portas, janelas, elementos vazados e possibilita a existência ou não de conforto térmico, lumínico e acústico dentro do estabelecimento de parto. Além da possibilidade de contato com o exterior.

- **Materiais e Ambiência:** a escolha dos materiais influencia diretamente em como a gestante se sentirá no local, é de suma importância entender como são usadas as cores, revestimentos, texturas, equipamentos e elementos naturais ou não, permitindo um ambiente com sensações positivas ou negativas.

3.1.3. Análises

As análises feitas têm por finalidade estabelecer um comparativo crítico entre os locais de mesma temática, com a busca por entender e direcionar o projeto proposto a ter o melhor de cada um desses locais, e entendendo quais práticas poderiam ser diferentes, com ponderação.

Conforme apontado pelo relatório técnico desenvolvido pelo Ariadne Labs em parceria com o MASS Design Group (2017) - ainda que se trate de um relatório desenvolvido em contexto internacional, os parâmetros utilizados oferecem apontamentos relevantes para a concepção de ambientes humanizados no Brasil - dois dos critérios mais relevantes na análise de um espaço voltado para assistência ao parto, é a padronização das unidades de parto (quartos ou suítes PPP, puxando para o contexto brasileiro), sendo importante garantir que a equipe entenda os locais e equipamentos de uma mesma forma, para assim evitar confusões e procedimentos em atraso; e, a distância entre a área técnica assistencial, como o posto de enfermagem e salas de serviço, até a suíte PPP, garantindo um atendimento equilibrado, humano e resolutivo a todas as gestantes/parturientes que estejam dando à luz simultaneamente.

Dessa forma, dentro das categorias de análises apresentadas, esses padrões serão vistos e entendidos na categoria espacialidade.

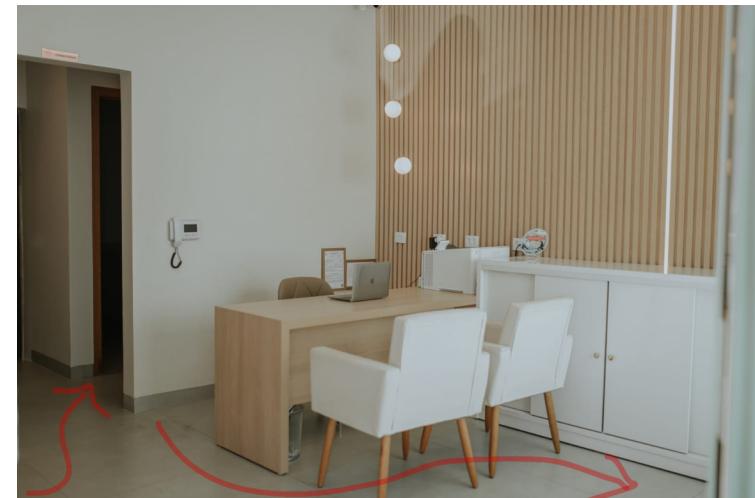
3.1.3.1. Espacialidade

Nos cinco estudos de caso analisados, percebe-se um esforço projetual consistente em definir setores com clareza e organizar os fluxos internos de modo funcional, considerando a escala da edificação, os usos assistenciais e a experiência das parturientes.

Como visto antes, a Florescer é uma edificação térrea, trata-se de uma planta retangular (figura 39), com o primeiro terço da edificação sendo ocupado por ambientes voltados ao acolhimento e atendimento inicial da gestante/parturiente (figura 38), além de áreas de apoio logístico e de infraestrutura. Segundo, encontra-se o primeiro ambiente de assistência ao parto ligado à área externa. Posterior a ele, encontra-se a área de apoio administrativo, além de outros ambientes da área de apoio logístico e infraestrutura. Por último, ao fim da edificação, encontra-se o outro ambiente de assistência

ao parto, também com ligação à área externa e a sala de utilidades, correspondente ao apoio técnico. Na planta e implantação não é possível observar, mas há um jardim externo ao fundo da edificação, com espaços para deambulação e descanso das parturientes e acompanhantes.

Figura 38 - Recepção Florescer com fluxos.



Fonte: Adaptado de Florescer (2025). Imagem cedida à autora.

Figura 39 - Planta Florescer setorizada.

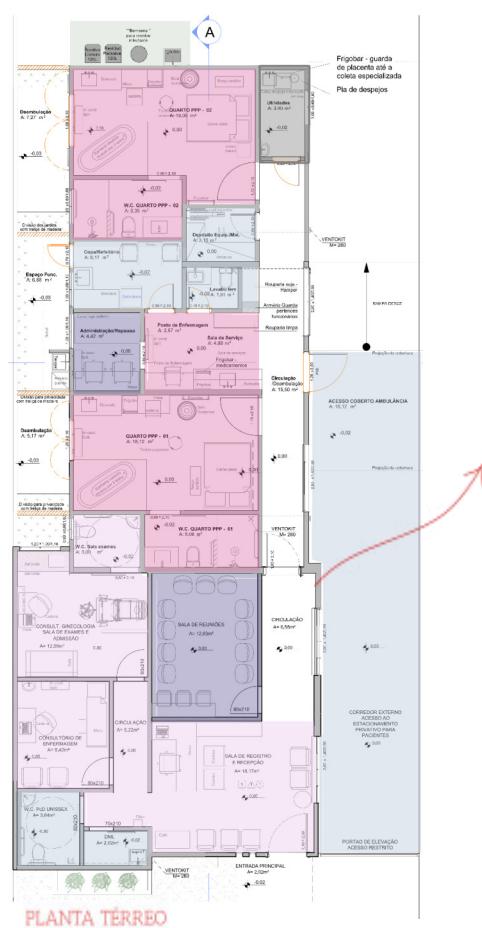
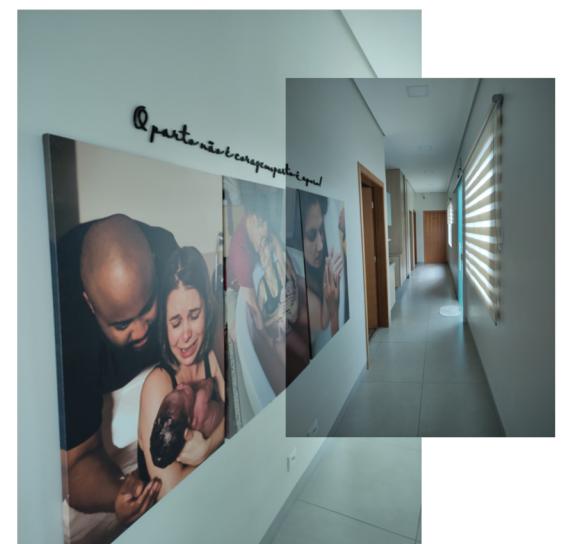


Figura 40 - Corredor de acesso às suítes PPP



LEGENDA

	Assistência ao parto
	Acolhimento inicial
	Apoio administrativo
	Apoio logístico e infraestrutura
	Apoio técnico

Fonte 39: Adaptado de Florescer (2025). Arquivo cedido à autora.

Fonte 40: Autoria própria, com intervenção.

Quanto aos ambientes de apoio logístico e infraestrutura, para adequação do projeto quanto à Anvisa, foi estabelecido um mobiliário flexível na sala administrativa permitindo que se tornasse um espaço conjunto, administração e o quarto de plantão, mas é um espaço limitado e que não traz comodidade para os funcionários, caso precisem fazer uso.

Em relação ao fluxo, o local possui 2 fluxos principais, sendo o primeiro integrado entre as gestantes/parturientes e seus acompanhantes e os próprios funcionários, e o segundo destinado aos resíduos produzidos dentro da edificação, sendo eles comuns ou de uso da saúde (figura 41). Em relação ao fluxo específico dos atendimentos, o projeto prevê 3 tipos de fluxos das gestantes/parturientes, sendo separados assim: fluxo de pacientes agendadas (verde), fluxo para parto (azul) e fluxo para caso de emergência (vermelho). Mas no geral, percorrendo o local, a distribuição funcional dos fluxos seria: recepção → consulta/enfermagem → recepção → suítes PPP (2 unidades) → apoio e deambulação.

Figura 41 - Planta térreo com fluxo pré-estabelecido.



Fonte: Florescer (2025). Arquivo cedido à autora.

Em relação às suítes de parto, que são apenas duas (figura 42 e 43), elas encontram-se praticamente a mesma distância da área de assistência ao parto, que tem como espaços a sala de serviços e o posto de enfermagem, além da própria área de cuidados e higienização dentro da suíte, demonstrando uma boa integração entre assistência técnica e o ambiente físico.

Figura 42 - Suíte PPP 1 (Ipê rosa)



Figura 43 - Suíte PPP 2 (Ipê amarelo)



Fonte: Autoria própria, com intervenção.

Sobre os espaços para acompanhantes, dentro da casa existe a sala de espera e admissão da gestante/parturiente, onde o acompanhante está o tempo todo junto, bem como dentro dos consultórios, onde também é bem-vindo e legalmente incentivado; quanto as suítes de parto, elas têm como mobiliário uma cama de casal, pensada para disposição do acompanhante junto à futura mãe. Ainda, dentro da suíte o acompanhante pode permanecer por todo o período de trabalho de parto, no parto e também no pós parto, bem como, pode fazer uso dos espaços externos.

Os espaços da casa, assim como é o recomendado pela OMS, permitem que todo o processo do parto, desde seu trabalho inicial até o pós-parto, sejam efetivados dentro de um mesmo ambiente, que nesse caso, é a suíte PPP. O bebê após nascer, tem seus primeiros cuidados realizados no PPP, não sendo

levado para outro local distante dos pais. E, segundo a Eloína, enfermeira obstetra entrevistada (Apêndice), em casos que o neném necessite de algum atendimento específico, passível de ser resolvido ainda dentro do estabelecimento, os equipamentos assistencias (figura 45) são levados à suíte PPP, não sendo o bebê retirado do local, sempre permanecendo à vista dos pais.

Figura 45 - Equipamento de reanimação neonatal.



Fonte: Autoria própria, com intervenção.

A Casa Angela, diferentemente da Florescer, apresenta uma estrutura espacial mais complexa, distribuída em dois pavimentos (figura 46), bem definida, com a separação clara entre os ambientes de acolhimento inicial, assistencial, administrativo e de apoio logístico e infraestrutura. Os fluxos são bem resolvidos, com uma circulação fluida que conecta a recepção, salas de exames e os quartos PPP (que são três), garantindo que a jornada da parturiente ocorra de forma contínua e funcional. Os quartos estão divididos em duas tipologias, com e sem banheiras, respeitando diferentes níveis de complexidade assistencial, e há espaços internos de apoio que reforçam a coesão do conjunto.

Figura 46 - Plantas setorizadas Casa Angela.



Fonte: Adaptado de Casa Angela (2025). Arquivo cedido à autora.

Figura 47 - Fluxo da recepção e sala de espera Casa Angelina.



Fonte: Adaptado de Google Maps (2025).

O acesso à Casa ocorre pela lateral direita da edificação, não tendo porta e entradas frontais, sendo o acesso da ambulância pelo lado oposto, esquerdo. A partir da porta de entrada existe o setor de acolhimento inicial, com a sala de espera e recepção, sala de exames e banheiros, que apesar da planta denominar como anexos, encontram-se separados das salas; todo esse primeiro contato interno na casa, ocorre um nível acima dos demais ambientes no térreo, sendo o acesso aos outros setores por meio de rampa, seguindo, há o setor de apoio logístico e de infraestrutura, com a cozinha, refeitório, quarto de plantão e sanitário, além dos demais ambientes. Já no pavimento superior, fica o setor administrativo, contendo a sala de reuniões, que é utilizada para palestras e encontros com as gestantes.

O Minnesota Birth Center, difere dos demais casos anteriores por se tratar de um local reformado para ser CPN, onde a adaptação interfere na disposição funcional, ela ocorre em quatro níveis (porão, térreo, pavimento superior e sótão), apresenta uma espacialidade verticalizada, mas funcional (figura 48). No térreo concentram-se os ambientes principais: acolhimento, convivência e suítes PPP. O porão, acessado por escada interna, é reservado para serviços técnicos e lavanderia, enquanto o sótão abriga salas administrativas e de reunião, permitindo separar funções com baixos riscos de interferência entre os fluxos. A escada central garante integração entre os níveis, e a disposição das suítes no térreo favorece o conforto e a privacidade, mantendo proximidade com os ambientes técnicos.

Figura 48 - Plantas setorizadas Minnesota Birth Center.



Fonte: Adaptado de ARIADNE LABS; MASS DESIGN GROUP (2017).

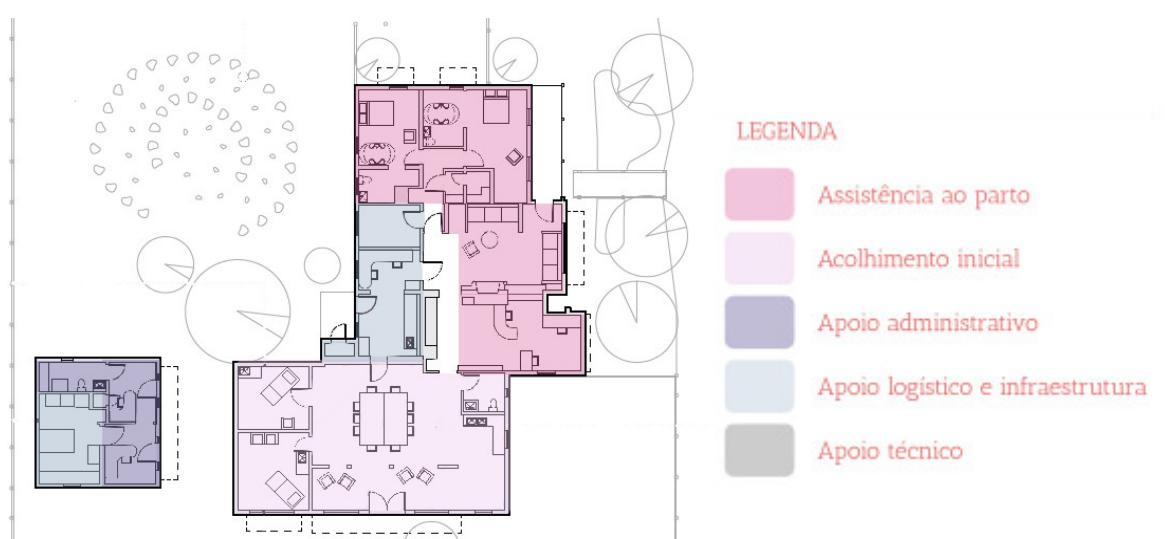
Figura 49 - Fluxo da recepção e sala de espera Minnesota.



Fonte: Adaptado de Minnesota (2025).

O Dar a Luz Birth & Health Center, é térreo, assim como a Florescer, mas distribui seu programa de forma mais funcional, devido ao espaço de terreno existente, possui uma organização simples e eficiente. Os ambientes estão dispostos em blocos funcionais: área de espera e recepção na porção frontal, suítes PPP ao fundo, com área de espera (figura 50) e áreas assistenciais imediatas; nas laterais, os ambientes técnicos e de apoio, bem como o administrativo desconexo do restante, em relação a ambiente contínuo. A centralização das suítes permite fácil acesso tanto dos profissionais quanto dos acompanhantes, e o layout proporciona fluidez entre o início do atendimento e o parto. A presença de espaços externos integrados ao projeto, reforça o acolhimento e a autonomia da parturiente, salientando-se a existência de uma cama para parto no quintal da casa de parto.

Figura 50 - Planta setorizada Dar a Luz.



Fonte: Adaptado de ARIADNE LABS; MASS DESIGN GROUP (2017).

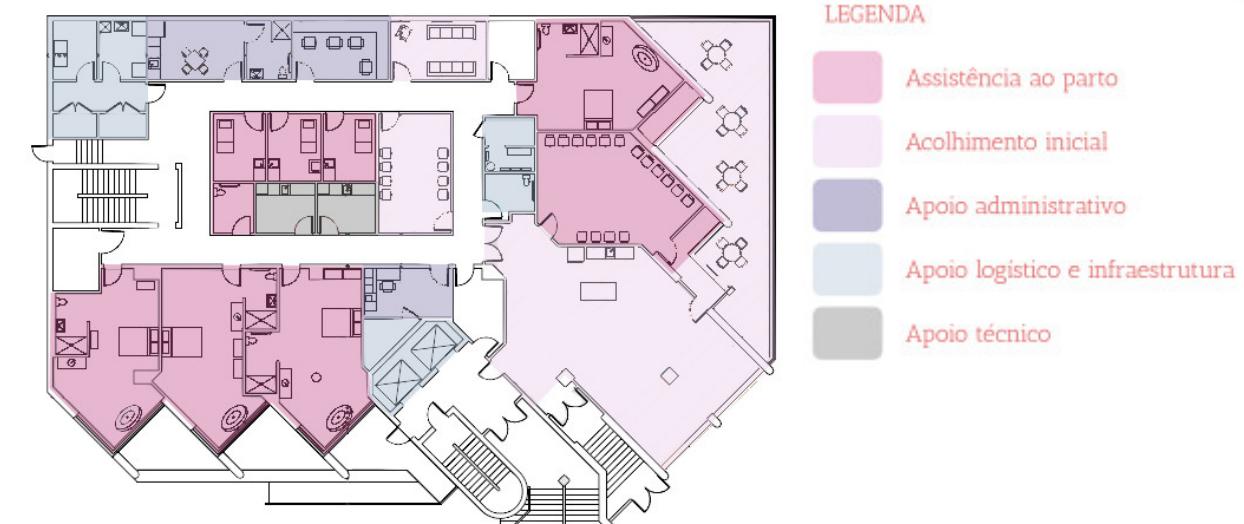
Figura 50 - Sala de espera do parto Dar a Luz.



Fonte: Adaptado de Dar a Luz (2025).

Já o Vanderbilt Birth Center, por ser um local adaptado, assim como o Minnesota, possui seis níveis, mas utiliza uma planta tipo, com distribuição replicável nos pavimentos superiores. A planta padrão, que inclui o térreo, apresenta uma sequência funcional clara: recepção e áreas comuns na entrada, seguidas pelas salas de aconselhamento e, mais ao fundo, as suítes PPP, com áreas técnicas localizadas nas extremidades (figura 51). A circulação ocorre por um eixo longitudinal principal, que organiza os fluxos de forma direta e previsível. Mesmo com a verticalização, a repetição das plantas garante padronização assistencial, favorecendo o atendimento e a orientação dos usuários.

Figura 51- Planta setorizada Vanderbilt Birth Center.



Fonte: Adaptado de ARIADNE LABS; MASS DESIGN GROUP (2017).

Figura 52 - Recepção Vanderbilt com fluxo demarcado.



Fonte: Adaptado de Vanderbilth (2025).

A análise comparativa demonstra que, embora cada projeto responda a demandas locais e operacionais distintas, todos se esforçam por garantir a fluidez dos fluxos internos e a distinção clara entre setores. O bom dimensionamento e posicionamento das suítes PPP, a proximidade dos ambientes de apoio técnico, a separação dos acessos sociais e de emergência e a existência de áreas externas acessíveis constituem elementos comuns entre os projetos analisados, elementos esses que servirão de base para a concepção do partido arquitetônico da Casa Luz.

3.1.3.2. Espaço externo

A presença de áreas externas nos ambientes de nascimento reforça o papel da ambiência na humanização do parto, oferecendo às parturientes e acompanhantes locais para deambulação, descanso e contato com a natureza. Dentre os cinco estudos de caso analisados, observa-se uma variação significativa na qualidade, proporção e função dos espaços abertos, revelando diferentes graus de integração entre interior e exterior.

A Florescer, dispõe de uma área externa localizada ao fundo da edificação (figura 53), com jardim, bancos, vegetação e um pergolado que serve como espaço de descompressão e apoio às gestantes. O local é acessível a partir das suítes PPP e funciona como extensão sensorial do espaço interno, promovendo bem-estar e ampliando a liberdade de movimentação das mulheres. O tratamento

paisagístico é simples, mas eficaz, favorecendo momentos de pausa e conexão durante o trabalho de parto.

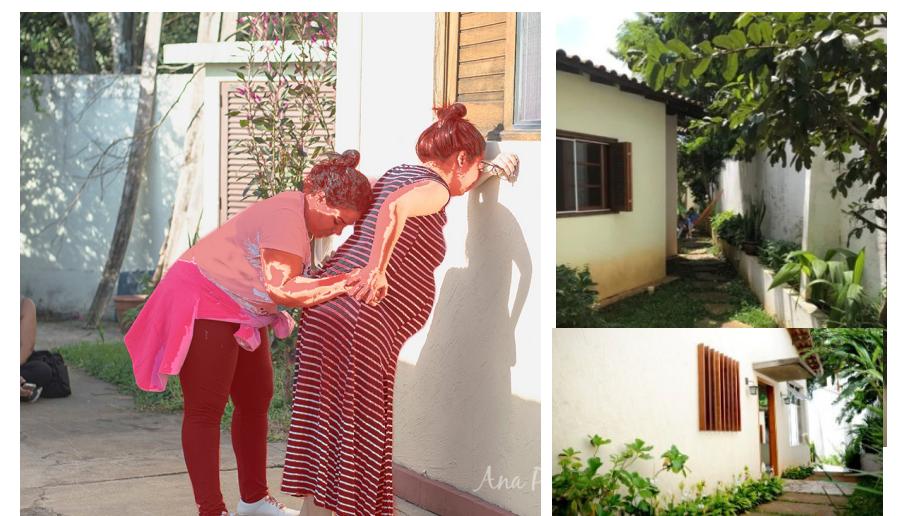
Figura 53 - Composição paisagística da Florescer.



Fonte: Autoria própria, com intervenção.

Na Casa Angela, há um jardim triangular ao fundo da edificação, voltado à deambulação das parturientes (figura 54). O espaço é arborizado e protegido visualmente, oferecendo conforto, privacidade e continuidade ao processo de parir em um ambiente acolhedor. Essa área reforça o caráter doméstico do espaço, criando uma transição suave entre os ambientes fechados e o entorno natural.

Figura 54 - Composição paisagística da Casa Angela.



Fonte: Adaptado de Google Maps (2025).

O Dar a Luz Birth & Health Center, é o exemplo mais robusto em termos de espaço externo. O centro conta com um amplo jardim arborizado, de caráter orgânico e sensorial (figura 55), diretamente conectado às suítes de parto e demais ambientes internos. O paisagismo natural e a escala do terreno foram explorados para criar uma ambiente calmante, permitindo à gestante o uso do espaço ao ar livre com liberdade e conforto, o que reforça o conceito de protagonismo e autonomia.

Figura 55 - Composição paisagística da Dar a Luz.



Fonte: Adaptado de Dar a Luz (2025).

Em contrapartida, o Vanderbilt Birth Center, situado em um edifício comercial reformado, não possui área externa privativa para uso das parturientes. Apesar de estar localizado em frente a uma praça urbana, esse espaço público não se conecta diretamente com o interior do centro e tampouco atende às necessidades específicas de quem está em trabalho de parto. Essa limitação compromete a possibilidade de deambulação ao ar livre, restringindo as movimentações das mulheres ao espaço interno da edificação.

De forma semelhante, o Minnesota Birth Center não apresenta jardins ou pátios de uso direto das gestantes. Localizado em uma construção com porão, pavimento térreo e sótão, o projeto não contempla áreas externas de permanência ou circulação voltadas ao processo de parir. As atividades acontecem integralmente nos ambientes internos, o que pode limitar os estímulos sensoriais positivos, aspectos valorizados nas diretrizes de humanização do nascimento.

Essa análise evidencia que a presença e a qualidade dos espaços externos variam de forma significativa entre os casos estudados. Projetos como o Dar a Luz, a Casa Angela e a Florescer apontam para a importância dessas áreas como estratégias de cuidado e acolhimento, enquanto casos como o Vanderbilt e o Minnesota revelam restrições espaciais que devem ser consideradas criticamente no desenvolvimento da Casa Luz.

3.1.3.3. Aberturas

A qualidade da iluminação e do conforto térmico nos centros de parto é essencial para criar ambientes acolhedores, seguros e que respeitem a fisiologia do parto. A seguir, analisa-se os cinco estudos de caso sob esse enfoque.

A iluminação na Florescer é pensada, tanto em relação a luz natural quanto artificial, a qual faz uso de luz quente e ajustável (figura 56), permitindo a penumbra ou outra conformação que a parturiente queira. Destacando os aspectos naturais, em relação às suítes PPP, como citado antes, possuem portas duplas envidraçadas (figura 56) que permitem a entrada de iluminação direta e indireta localizadas à sudoeste da edificação, além da vista para os canteiros vegetados da área externa.

Figura 56 - Composição de aberturas Florescer.



Fonte: Autoria própria, com intervenção.

Quanto aos outros ambientes, bem como o consultório 2, também possui uma integração inteligente com as áreas externas por meio de janela que permite a entrância lumínica. Porém, em relação ao consultório 1, e três dos cinco banheiros existentes na casa, eles não possuem janelas, não tendo possibilidade de iluminação natural e ventilação; no caso dos banheiros, é feito uso de ventilação mecânica, a qual provoca ruídos significativos nos ambientes, algo a se preocupar, principalmente no banheiro da suíte PPP 1.

O local possui bom controle do conforto térmico, essencial para momentos como o parto. Quanto aos ruídos, da recepção é perceptível um baixo ruído vindo da via, devido o recuo existente na edificação ele não se torna incômodo; dentro do local, o único som desagradável observado foi o dos exaustores, mas apenas geram ruído quando os banheiros são utilizados.

A Casa Angela, tem uma organização em dois pavimentos que inclui aberturas em todas as principais áreas de uso, com destaque para corredores (figura 57) e salas de parto que recebem iluminação natural abundante, seja por janelas altas ou elementos translúcidos, que amplificam a luminosidade sem gerar ofuscamento. Nos espaços mais internos, alguns poucos não contam com janelas, mas na cozinha e no posto de enfermagem, por exemplo, há presença de janelas menores apoiadas por iluminação artificial direta, garantindo conforto térmico e visual.

Figura 57 - Composição de aberturas Casa Angela



Fonte: Adaptado de Google Maps (2025).

Já o Dar a Luz, conta com estrutura térrea e jardim generoso, o projeto prioriza ventilação natural cruzada com aberturas opostas e janelas de maior amplitude nos quartos PPP e demais ambientes, seu projeto, diferentemente dos outros, é o que apresenta janelas em todos os ambientes. Esse sistema possibilita controle térmico natural e iluminação suave que varia ao longo do dia, proporcionando sensações de acolhimento e bem-estar. A iluminação artificial nesses ambientes é indireta, fundamental para momentos de parir com privacidade, conforme pode-se observar a seguir:

Figura 58 - Composição de aberturas Dar a Luz.



Fonte: Adaptado de Dar a Luz (2025).

Em relação ao Minnesota Birth Center, seus ambientes também contam com amplas janelas que possibilitam ventilação cruzada e iluminação natural positiva, praticamente todos os ambientes tem acesso às janelas, o que traduz um projeto preocupado com o bem-estar e a funcionalidade do local para as gestantes, até mesmo para os funcionários.

Figura 59 - Aberturas PPP Minnesota.



Fonte: Adaptado de Minnesota (2025).

O Vanderbilt Birth Center que é instalado em um antigo edifício comercial, conta com uma planta “tipo” com janelas largas no térreo e nos demais pavimentos, garantindo iluminação natural para os espaços de convivência e espera. Ainda, todas as suítes PPP possuem aberturas, o que provoca um ambiente mais acolhedor, já em relação aos quartos para alojamento, localizados no centro das plantas, a iluminação e a ventilação são totalmente artificiais, operando com sistemas de climatização.

Figura 60 - Aberturas PPP Vanderbilth.



Fonte: Adaptado de Vanderbilth (2025).

De modo geral, ambas as casas apresentam soluções estratégicas para iluminação e ventilação natural - mesmo aquelas que são provenientes de locais adaptados, com poucas ressalvas a ambientes

específicos sem janelas - medidas fundamentais para conforto térmico, regulação da temperatura corporal da gestante e redução de estresse. A presença de dimmers, lâmpadas quentes e luz indireta é recorrente nos casos com aberturas generosas, reforçando atmosferas de tranquilidade. Nos ambientes internos e mais técnicos, a estratégia utilizada combina janelas suplementares com LEDs de tom neutro/quente, que permitem clareza sem interferir no clima acolhedor.

O uso de luz natural está associado à regulação do ritmo circadiano (favorável ao vigor físico e psicológico) e ao relaxamento, enquanto a iluminação artificial regulável é indispensável nos momentos de partos noturnos. Essas análises constroem parâmetros que podem orientar a Casa Luz para investir em aberturas bem posicionadas, ventilação natural cruzada, iluminação natural filtrada, complementada por sistemas artificiais, tudo pensado para favorecer conforto e protagonismo da mulher durante o nascimento.

3.1.3.4. Materiais e ambiência

A atmosfera dos espaços de nascimento é fortemente influenciada pelos materiais empregados e pela forma como eles se relacionam com a luz, o som, o toque e a percepção emocional. Nos cinco estudos de caso analisados, é evidente a intenção projetual de criar ambientes que traduzem acolhimento, segurança, privacidade e conexão com o ciclo fisiológico e afetivo do nascimento.

O interior da Casa Florescer apresenta paleta de cores suaves, predominantemente em tons pastéis e bege, além do branco, que amplia a sensação de limpeza sem parecer frio. O uso pontual de madeira clara nos mobiliários e detalhes construtivos, como nichos e suportes, reforça o caráter caseiro e íntimo do espaço. As texturas são predominantemente lisas, mas com inserções que promovem conforto visual e tátil, como cortinas, almofadas e iluminação indireta. A presença de vegetação externa visível pelas janelas complementa a ambiência com valores sensoriais de conexão com a natureza.

Figura 61 - Elementos de ambiência Florescer.



Fonte: Autoria própria, com intervenção.

Com ambientes amplos e bem iluminados, a Casa Angela utiliza materiais simples, mas bem aplicados, pisos cerâmicos de fácil limpeza, paredes claras e mobiliário em madeira natural (figura 62). A textura da madeira está presente em móveis, bancos e até em pequenos detalhes decorativos. A ambientação valoriza o afeto e a privacidade, com uso de iluminação suave e alternativas para um ambiente mais escuro, se necessário (figura 62); tecidos que abafam o som, favorecendo um ambiente mais silencioso. A presença do jardim ao fundo reforça o caráter terapêutico e simbólico do espaço. Em alguns ambientes, como o salão de atividades coletivas e os alojamentos conjuntos, a atmosfera lembra uma casa, longe da estética hospitalar tradicional.

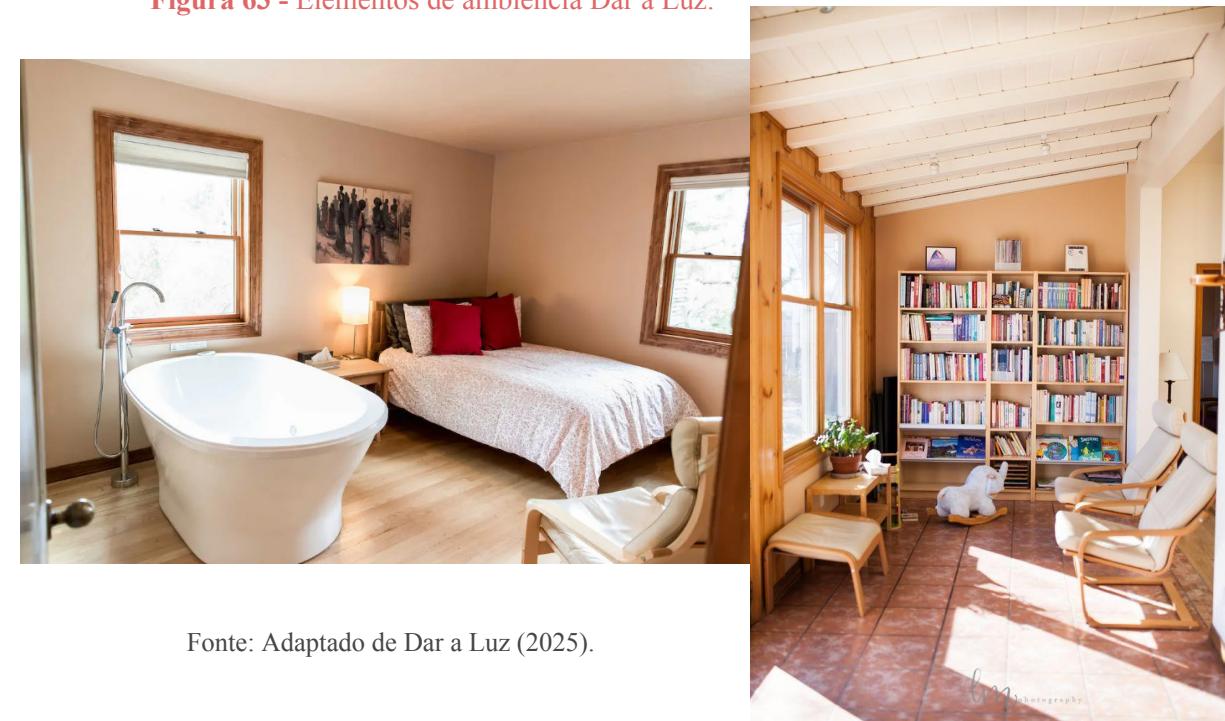
Figura 62 - Elementos de ambiência Casa Angela.



Fonte: Adaptado de Google Maps (2025).

A casa de parto Dar a Luz, localizada em meio a um terreno arborizado, apostava fortemente na integração entre materiais naturais e paisagem. Os interiores são compostos por pisos quentes, madeira nos rodapés e móveis, tapetes de fibras naturais e iluminação indireta, com luminárias de tecido e abajures ao lado das camas. As paredes possuem tons areia e creme, reforçando o clima de paz e recolhimento. O uso do verde natural, visível de todos os quartos PPP, contribui para uma sensação ampliada de refúgio e respiração, além das esquadrias em madeira (figura 63).

Figura 63 - Elementos de ambiência Dar a Luz.



Fonte: Adaptado de Dar a Luz (2025).

A ambientação do Minnesota segue uma linha contemporânea com toques rústicos. Os mobiliários são predominantemente em madeira, combinando com estofados claros e superfícies em tons de verde claro e cores mais terrosas quentes nas áreas comuns (figura 64). A iluminação é cuidadosamente pensada, com a presença de abajures, luminárias reguláveis e cortinas suaves, possibilitando o controle do ambiente conforme o momento do parto. A escolha de revestimentos antiderrapantes, texturas acolhedoras e elementos decorativos discretos, como quadros e flores secas, reforçam a intenção de criar uma experiência humanizada em um ambiente que remete à casa.

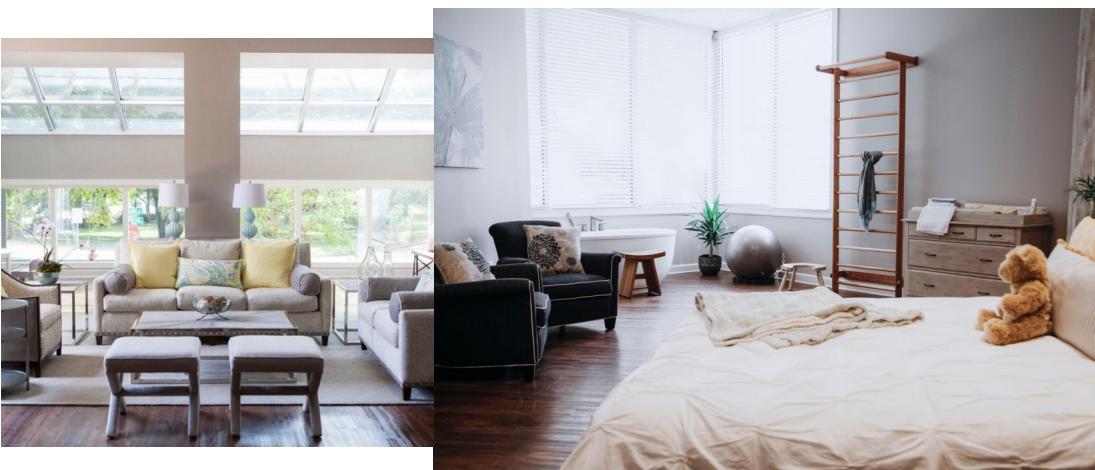
Figura 64 - Elementos de ambiência Minnesota.



Fonte: Adaptado de Minnesota(2025).

O Vanderbilt Birth Center, apresenta forte investimento em materiais acolhedores, com pisos em madeira clara, paredes em tons suaves e presença de elementos naturais em toda a ambientação. Os quartos PPP possuem iluminação quente, camas confortáveis com roupa de cama neutra e presença de elementos decorativos que humanizam o espaço clínico (figura 65). As salas de apoio também recebem cuidado estético, com mobiliário leve e funcional. Embora não possua conexão direta com áreas externas, o projeto utiliza plantas internas e texturas orgânicas para compensar essa ausência.

Figura 65 - Elementos de ambiência Vanderbilth.



Fonte: Adaptado de Vanderbilth (2025).

De maneira geral, os cinco centros analisados compartilham o cuidado com a criação de ambientes sensoriais que acolhem as mulheres, familiares e equipe. Entre os elementos recorrentes, destacam-se: uso de tons claros e neutros, que transmitem tranquilidade e amplitude; aplicação de madeira natural ou clara, como principal material de conexão com o “sentir-se em casa”; texturas visuais e táteis suaves, que favorecem o repouso sensorial; iluminação indireta ou regulável, que contribui para o conforto visual e emocional; inserção de elementos naturais, como plantas, janelas com vista para o verde ou materiais que remetem à natureza.

Essas escolhas constroem um ambiente que não apenas acolhe fisicamente, mas também valoriza o emocional, o simbólico e o sensorial, tão importantes na experiência do nascimento. São aspectos essenciais a serem considerados para o desenvolvimento da Casa Luz, com ênfase na criação de espaços terapêuticos, dignos e afetivos.

3.1.4. Contribuições dos estudos de caso

Essa diversidade de soluções permite compreender que, embora os princípios da humanização e da funcionalidade sejam comuns às cinco propostas, o modo como se traduzem espacialmente depende de fatores como escala, programa, contexto urbano e concepção arquitetônica, entretanto, vale destacar que todos os 5 casos tem parâmetros positivos na categoria de materiais e ambiência, sendo todos agradáveis e bem equilibrados. Para o desenvolvimento da Casa Luz, destaca-se como essencial a articulação de fluxos independentes (usuárias, equipe e apoio), a disposição dos ambientes em setores claros e intuitivos, e a valorização de uma ambiência sensível, que une acolhimento e eficiência no atendimento, além de espaços externos passíveis de uso e forma de tranquilizar as gestantes, prezar pelo conforto térmico e lumínico com aplicações de janelas e portas que permitam um ambiente agradável, tornando o projeto sensível e funcional para todos.

Quadro 2 - Síntese dos estudos analisados.

SÍNTESE DOS ESTUDOS DE CASO						
PROJETO	PARÂMETRO	CONTEXTO URBANO	ESPACIALIDADE	ESPAÇO EXTERNO	ABERTURAS	MATERIAIS E AMBIÊNCIA
CASA ANGELA	positivo	área residencial; proximidade com hospital de referência; próximo a áreas	setorização equilibrada e bem distribuída; principalmente a questão de logística e	jardins para deambulação;	aberturas proporcionando iluminação natural e ventilação	cores claras e tons que transparecem aconchego; mobiliários de madeira;

não replicar	-	muitos pavimentos	não possui área externa.	alguns espaços internos sem janelas.	-

Fonte: Elaboração própria

3.2. Referências projetuais

Além da análise de casas de parto, é fundamental buscar referências arquitetônicas que ampliem a visão projetual para além do programa de necessidades. A arquitetura que acolhe, que humaniza e que respeita os ritmos do corpo e da mente pode ser observada também em outras tipologias, que lidam com momentos de vulnerabilidade, cuidado ou transformação.

Assim, esta seção reúne referências projetuais que, embora não estejam diretamente vinculadas ao campo obstétrico, oferecem soluções espaciais que se aproximam dos valores propostos para a Casa Luz. A primeira delas é o Centro de cuidados pós-parto MizMedi DEAR'ONE, localizado na Coreia do Sul, cuja proposta é proporcionar acolhimento e suporte à mulher no puerpério, por meio de ambientes cuidadosamente planejados em termos de ambiência, privacidade e conforto sensorial. A segunda referência fica localizada na capital brasileira e é um espaço multiuso, Cerratenses, cujo sistema construtivo e disposição de ambientes reflete um local interessante para análise.

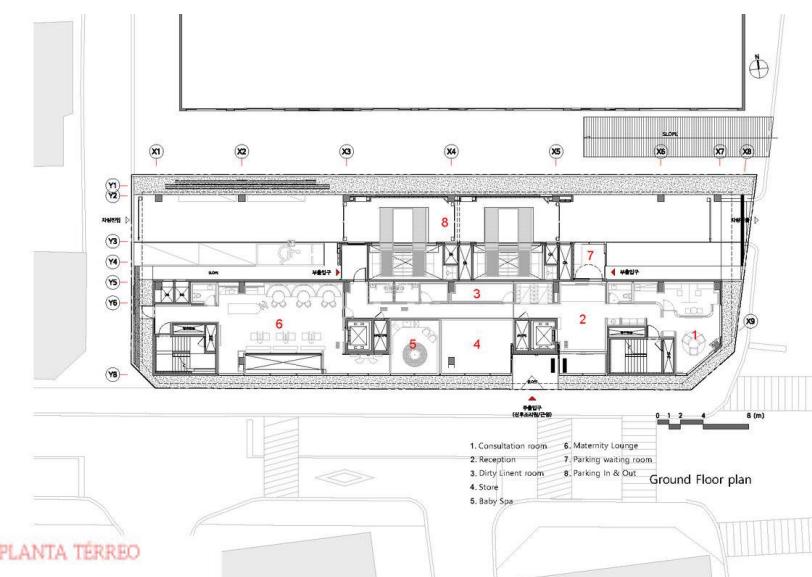
Cada uma delas fornece subsídios específicos que dialogam com a proposta arquitetônica, seja no uso sensível dos materiais e na criação de ambiência acolhedora, seja na adoção de sistemas construtivos sustentáveis e disposições espaciais adaptáveis ao contexto climático e cultural.

3.2.1. Centro de cuidados pós-parto MizMedi DEAR'ONE

É um projeto arquitetônico pioneiro, elaborado pelo escritório Yeonhan Architects e fica localizado em Gangseo-gu, Coreia do Sul, o Centro MizMedi DEAR'ONE é um projeto do Hospital MizMedi focado em oferecer cuidados especializados no pós-parto, ou seja, é voltado à recuperação e cuidado de mulheres no puerpério, oferecendo apoio físico e emocional logo após o parto. Ele conta com

807 m² e foi inaugurado em 2024, apesar de sua construção ter sido iniciada em 2020 (YEONHAN ARCHITECTS, 2024).

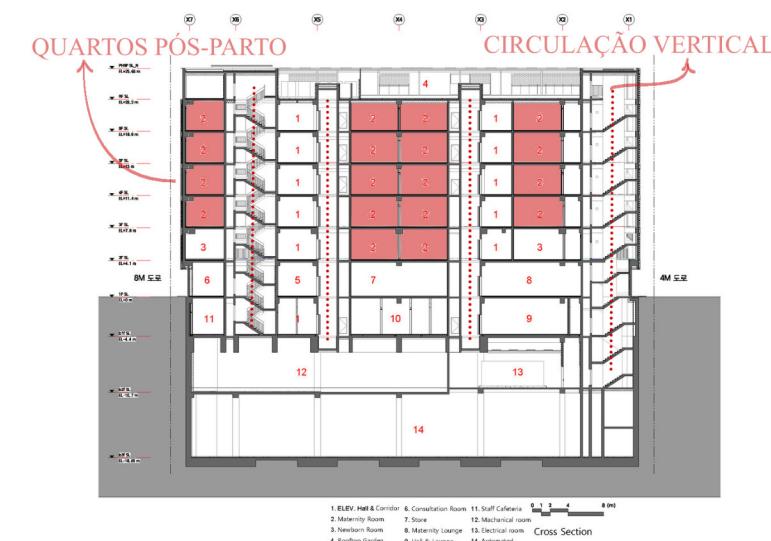
Figura 66 - Planta térreo MizMedi Dear'One.



Fonte: YEONHAN ARCHITECTS (2024)

Ainda, não se configura como uma casa de parto, mas a proposta arquitetônica apresenta diretrizes importantes para a criação de ambientes de saúde afetivos e sensíveis.

Figura 67 - Corte MizMedi Dear'One.

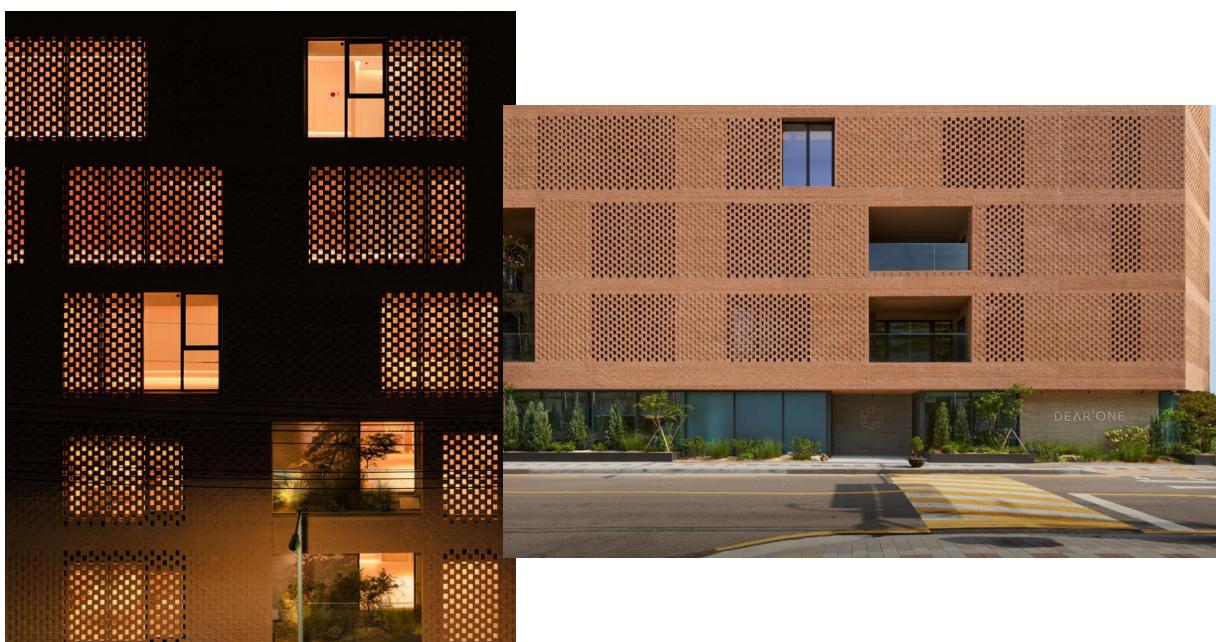


Fonte: Adaptado de YEONHAN ARCHITECTS (2024)

Entre os principais elementos arquitetônicos, destaca-se o uso dos tijolos, aplicados de forma padronizada na fachada com relevos alternados - salientes e recuados - que criam texturas e jogos de luz

e sombra (figura 68). Esse recurso evoca a ideia de calor doméstico e aproxima o edifício da escala sensorial do pedestre, promovendo permeabilidade visual sem abrir mão da privacidade. A fachada, com cerca de 52 metros de extensão, foi suavizada com esse gesto delicado, simulando a experiência de caminhar por um local menos hostil. (YEONHAN ARCHITECTS, 2024)

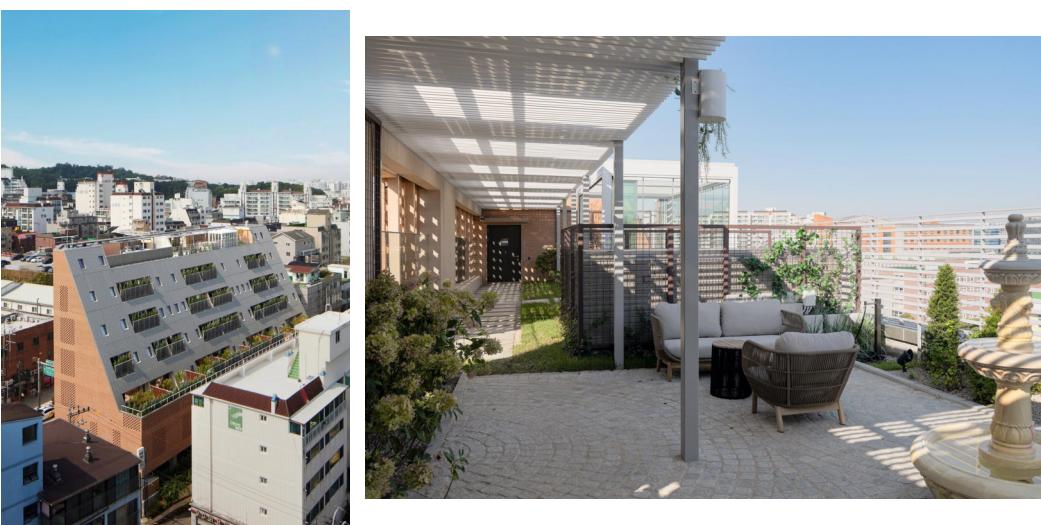
Figura 68 - Detalhes tijolos da fachada MizMedi Dear'One.



Fonte: YEONHAN ARCHITECTS (2024).

Além dos aspectos formais, o projeto também valoriza a luz natural, o silêncio e a privacidade, com os quartos orientados para o lado norte do terreno - protegidos do ruído da via movimentada ao sul - e voltados para um pátio verde, que contribui para o conforto visual e emocional das jovens mães (figura 69).

Figura 69 - Elementos vegetados e soluções estratégicas Dear'One.



Fonte: YEONHAN ARCHITECTS (2024).

Internamente, os ambientes são compostos por materiais naturais, como madeira clara, tecidos suaves e iluminação indireta, compondo uma ambiência serena e acolhedora, que convida ao descanso e à introspecção (figura 70).

Figura 70 - Suíte de pós-parto Dear'One.



Fonte: YEONHAN ARCHITECTS (2024).

A iluminação, somada à paleta de cores neutras e terrosas, contribui para redução de estímulos e oferece conforto - elementos fundamentais também no momento do nascimento (figura 71).

Figura 71 - Iluminação natural e os tijolos vazados.



Fonte: YEONHAN ARCHITECTS (2024).

3.2.2. Centro de Excelência do Cerrado - Cerratenses

O segundo projeto de referência é o Centro de Excelência do Cerrado - Cerratenses, localizado em Brasília (DF) e desenvolvido pelo escritório Spirale Arquitetura.

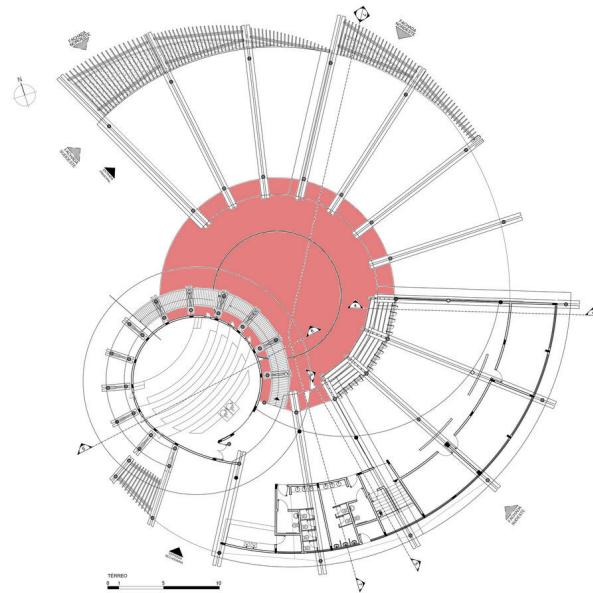
Figura 72 - Imagem aérea em vista de pássaro Cerratenses.



Fonte: SPIRALE ARQUITETURA (2023).

Trata-se de um espaço comunitário voltado a práticas culturais e oficinas, com forte ênfase na sustentabilidade e na adequação ao clima do Cerrado. Ele foi inaugurado em 2015 e passou por reforma em 2021, conta com 2500 m², segundo o escritório Spirale Arquitetura (2023). (ver figura 73)

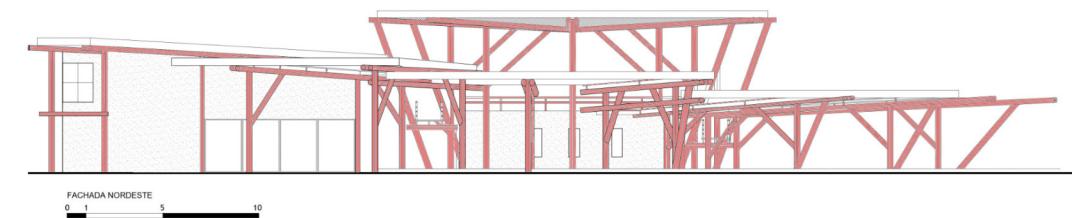
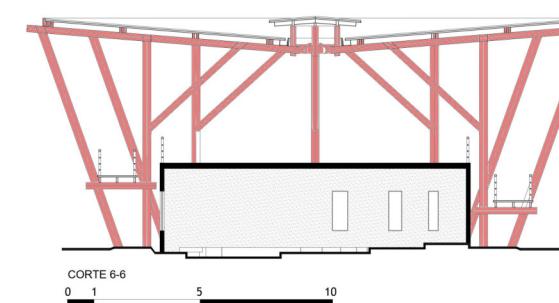
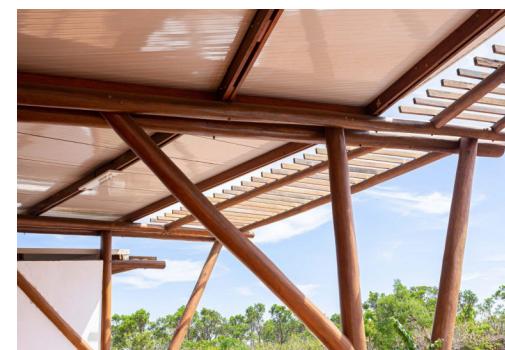
Figura 73 - Planta térrea Cerratenses com destaque para o pátio central.



Fonte: Adaptado de SPIRALE ARQUITETURA (2023).

A construção se baseia em pilares de madeira de reflorestamento (eucalipto autoclavado), combinados com estratégias bioclimáticas passivas (figura 74), como ventilação cruzada, sombreamento por beirais largos e telhado sanduíche, resultando em um sistema construtivo de baixo impacto ambiental, acessível e com desempenho térmico (SPIRALE ARQUITETURA, 2023). Essa escolha reforça uma abordagem comprometida com o contexto social e climático da região, aproximando-se da proposta do projeto Casa Luz em Campo Grande (MS), a destacar que se trata do mesmo bioma, da cidade do projeto proposto e da referência analisada.

Figura 74 - Estrutura em madeira Cerratenses.



Fonte: Adaptado de SPIRALE ARQUITETURA (2023).

Os ambientes são organizados em torno de pátios centrais (figura 75) e varandas cobertas, que conectam os blocos de maneira fluida. Essa composição espacial favorece a integração entre interior e exterior, proporcionando transições suaves entre os usos, sem comprometer a autonomia de cada setor.

Figura 75 - Pátio central Cerratenses.



Fonte: SPIRALE ARQUITETURA (2023).

CERRATENSES - CENTRO DE EXCELÊNCIA DO CERRADO	Brasília (DF)	2015	Spirale Arquitetura	estrutura em madeira; pátios vegetados.	sistema construtivo sustentável; integração com o bioma local; uso de materiais naturais
--	---------------	------	------------------------	---	--

Fonte: Elaboração própria.

3.2.3. Contribuições das referências projetuais

O layout do MizMedi DEAR'ONE prioriza a autonomia das usuárias, com ambientes amplos e visualmente contínuos, que remetem a espaços domésticos, e não hospitalares. Tais características inspiram, juntamente ao uso dos tijolos a vista, para concepção da Casa Luz no uso da ambiência como estratégia de cuidado, reforçando o vínculo entre arquitetura, corpo e afeto.

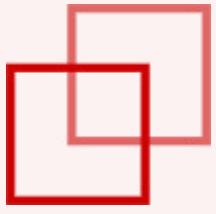
Já a referência ao projeto Cerratenses contribui com diretrizes construtivas e de composição espacial que reforçam a ideia de uma arquitetura comprometida com o clima, a cultura local e a construção de espaços que cuidam, também, por meio da forma.

Quadro 3 - Síntese das análises projetuais.

SÍNTSE DAS REFERÊNCIAS PROJETUAIS					
PROJETO	LOCALIZAÇÃO	ANO	ARQUITETOS	MATERIAIS E TÉCNICAS	ASPECTOS RELEVANTES
MIZMEDI DEAR'ONE - CENTRO DE CUIDADOS PÓS-PARTO	Gangseo-gu (KOR)	2024	Yeonhan Architects	tijolos aparentes, integração com vegetação, fachadas com cheios e vazios.	ambiente acolhedora; privacidade nos quartos; relação entre luz, materialidade e bem-estar.

“A arquitetura é sempre política.”

-Richard Rogers



A . Casa Luz

4. Casa Luz

Trata-se da proposta projetual do Centro de Parto Normal peri-hospitalar, que será desenvolvido na cidade de Campo Grande (MS), tendo como público alvo as mulheres usuárias do SUS. Para isso, faz-se necessário o estudo de regiões e bairros adequados para a implementação do programa proposto. A seguir será visto o programa de necessidades com o pré-dimensionamento, a escolha do terreno e o estudo do local, conceito que norteia o projeto, e, por fim, a proposta arquitetônica, com as intenções do projeto sendo dispostas de forma prática.

4.1. Programa de necessidades

A definição do programa de necessidades da Casa Luz foi construída a partir da leitura criteriosa das principais normativas vigentes sobre o funcionamento de Centros de Parto Normal peri-hospitalares (CPNp), como a RDC nº 920/2024 e a Portaria GM/MS nº 5350/2024, além da normativa específica RDC 222/2018, que trata sobre os resíduos, ainda, com orientações técnicas da Rede Cegonha e SomaSUS, todas vistas anteriormente; e, de estudos de caso previamente analisados. O objetivo foi garantir que a estrutura proposta estivesse alinhada com os parâmetros espaciais mínimos exigidos, ao mesmo tempo em que contemplasse a ambiência, a humanização e a funcionalidade do espaço de forma integrada.

Diferentemente de propostas projetuais baseadas em simulações populacionais ou estimativas quantitativas de atendimento, o dimensionamento adotado parte diretamente das metragens mínimas indicadas pelas normativas citadas. A escolha por seguir essas bases assegura que o espaço atenda com qualidade e segurança um fluxo médio de usuárias, considerando o perfil de gestantes de risco habitual e a necessidade de suporte técnico e emocional ampliado.

O programa foi organizado em seis grandes categorias funcionais, de acordo com as etapas da assistência e os setores técnicos que sustentam o funcionamento da casa:

- Acolhimento e atendimento inicial
- Assistência ao parto (direta e indireta)
- Apoio técnico
- Atenção integral à saúde da mulher
- Apoio administrativo

- Apoio logístico e infraestrutura

A inclusão da categoria atenção integral à saúde da mulher reflete o compromisso do projeto com a promoção contínua do cuidado ao longo do ciclo reprodutivo feminino, e, não apenas durante a gestação e parto, mas também no puerpério, na saúde ginecológica e na recuperação emocional e física. Essa ampliação responde a diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que defende a assistência integral e resolutiva em todas as fases da vida. (BRASIL, 2004)

Além das áreas assistenciais, o programa contempla espaços para repouso dos profissionais, ambientes de apoio técnico (como a sala de utilidades), áreas de deambulação, como o pátio central junto as suítes PPPs, áreas de serviço e infraestrutura, além de uma copa e um refeitório, configurando uma estrutura funcional, compatível com os princípios de humanização e segurança assistencial.

A tabela geral com a metragem por ambiente, finalidade e quantidade encontra-se a seguir, compondo também o pré-dimensionamento do edifício. A partir dele, foram elaborados os fluxos e o plano de massas do projeto, os quais dialogam com as especificidades dos espaços e os princípios arquitetônicos que norteiam a proposta da Casa Luz.

Tabela 12 - Programa de necessidades e pré-dimensionamento Casa Luz.

PROGRAMA DE NECESSIDADES E PRÉ-DIMENSIONAMENTO					
AMBIENTE	USOS	USUÁRIOS	ÁREA	QUANT.	ÁREA TOTAL
ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO INICIAL					
Hall	Acesso à edificação	público geral	8,92 m ²	1	8,92 m ²
Recepção	Coleta de dados, informações, destinação.	público geral	23,21 m ²	1	23,21 m ²
Sala de espera	Aguardar as gestantes e/ou parturientes após nascimento.	público geral	28,65 m ²	1	28,65 m ²
Sala de exames e admissão c/ banheiro anexo	Realizar exames de avaliação de risco para admissão	gestantes/parturientes e acompanhantes	22,97 m ²	1	22,97 m ²
Sala de palestras/reuniões	Para realização de palestras sobre parto, amamentação; conscientização das gestantes. Apresentação da casa.	público geral	33,08 m ²	1	33,08 m ²

Sanitários gerais	Junto a recepção, com distinção de gênero e acessibilidade.	público geral	13,69 m ²	-	13,69 m ²
Sala de ultrassonografia	Avaliação materno e neonatal	funcionários e gestantes	16,61 m ²	1	16,61 m ²
Total setor:			147,13 m ²		
ASSISTÊNCIA AO PARTO					
Suite PPP	Para uso das gestantes/parturientes em trabalho de parto e seus acompanhantes, com cama, banheira, espaldar, bolas de pilates (convencional e feijão), tecido, banqueta de parto; área para cuidados e higienização do recém-nascido e poltrona para acompanhante.	parturiente e acompanhante e funcionários	33,21 m ²	5	166,69 m ²
Jardim PPPs	Para deambulação e descanso em conjunto a outras parturientes e acompanhantes	parturiente e acompanhante e funcionários	167,78 m ²	1	167,78 m ²
Suite pós-parto	Para uso da puerpera, do acompanhante e do recém-nascido, caso haja necessidade de deslocamento do PPP	puerpera, acompanhante, recém-nascido	21,50 m ²	2	43 m ²
Posto de enfermagem/ Sala de serviços	Uso exclusivo da equipe de enfermagem	funcionários	24,50 m ²	1	24,50 m ²
Total setor:			401,97 m ²		
APOIO TÉCNICO					
Sala de utilidades	Local para lavagem, preparo e descarte, com pia de lavagem, pia de despejo, bancada, armários para produtos prontos para uso	funcionários	8,00 m ²	1	8,00 m ²
Total setor:			8,00 m ²		

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER					
Consultório ginecológico c/ sanitário anexo	Consultas pré-concepcionais (planejamento familiar), no climatério e menopausa, no pós-parto, ginecologia de rotina	público feminino geral	24,42 m ²	1	24,42 m ²
Consultório rotativo psicologia/nutrição	Preparo emocional, traumas, acompanhamento no puerpério	público feminino geral	10,61 m ²	1	10,61 m ²
Sala de fisioterapia pélvica	Exercícios de preparação e recuperação pélvica	público feminino geral	16,21 m ²	1	16,21 m ²
Sala de serviço social	Espaço multifuncional, atende mulheres em situação de vulnerabilidade, oferecendo acolhimento, apoio, orientação e encaminhamento para serviços essenciais	público feminino geral	9,00 m ²	1	9,00 m ²
Sala de exercícios	Realização de exercícios em grupo, com as gestantes e acompanhantes, para ativar a mobilidade e facilitar o momento do parto.	gestantes e acompanhantes	23,52 m ²	1	23,52 m ²
					Total setor: 83,76 m ²
APOIO ADMINISTRATIVO					
Sala administrativa	Organização funcional da casa como um todo, cuidado com os relatórios e afins	funcionários	19,20 m ²	1	19,20 m ²
Sala de direção	Direção geral da casa	funcionários	10,83 m ²	1	10,83 m ²
Área para controle de funcionário (ponto) e Hall	Manter a saúde dos profissionais com hora para início e fim dos plantões	funcionários	18,82 m ²	1	18,82 m ²
					Total setor: 48,85 m ²
APOIO LOGÍSTICO E INFRAESTRUTURA					

Rouparia	Guarda de roupas limpas para as suítes e demais acomodações	funcionários	1,87 m ²	1	1,87 m ²
Copa	Área para descanso e alimentação dos funcionários	funcionários	16,33 m ²	1	16,33 m ²
Vestiário e sanitários de funcionários	Para conforto e higienização dos funcionários	funcionários	9,28 m ²	2	18,38 m ²
Área para guarda de macas e cadeiras de rodas	Local destinado à guarda de equipamentos	funcionários	8,19 m ²	1	8,19 m ²
DML (Depósito de Material de Limpeza)	Guarda de materiais de limpeza e uso para preparo de soluções de limpeza, com tanque	funcionários	3,42 m ² 3,56 m ²	2	6,98 m ²
Depósito de equipamentos e materiais	Local para guarda de materiais do estabelecimento	funcionários	10,55 m ²	1	10,55 m ²
Suite plantão	Destinado ao descanso do profissional exercendo sua função de plantão	funcionários	13,85 m ² 16,01 m ²	2	29,86 m ²
Refeitório	Local para refeições em geral, acompanhantes, gestantes, parturientes, funcionários	funcionários, parturientes e acompanhantes	21,21 m ²	1	21,21 m ²
Depósito de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS)	Local para descarte definitivo dos resíduos, para posterior coleta especializada	funcionários	4,99 m ²	1	4,99 m ²
Depósito para coleta de resíduos	Descarte dos resíduos da edificação	funcionários	6,82 m ²	1	6,82 m ²
Total setor:				125,18 m ²	
Circulação e paredes				458,24 m ²	
ÁREA TOTAL (construída): =				1273,13 m ²	
Garagem	Para ambulância 24h/7 dias		18 m ²	2	36 m ²
Estacionamento	Destinado às mulheres, acompanhantes e funcionários		-	10 (vagas)	220,35 m ²

Fonte: Elaboração própria.

4.2. Escolha do terreno

Após os dados apresentados nos capítulos anteriores, que justificam a necessidade de uma Casa de Parto dentro do âmbito campograndense, serão analisados os dados que permeiam a escolha do local para implementação do CPNp. Dentre esses dados, optou-se por uma metodologia de correspondência de fatores, sendo eles: Regiões Urbanas com ausência de locais para realização de partos em escala pública; a Razão Crianças/Mulheres, diante da ausência de dados detalhados sobre nascimento por região urbana da cidade e bairros; distância do local ao Hospital de Referência, além do levantamento de renda familiar entre os bairros.

Diante da ausência de dados detalhados sobre nascimentos por região urbana, optou-se por utilizar a Razão Crianças/Mulheres, definida como o número de crianças menores de cinco anos por mil (%) mulheres de 15 a 49 anos, conforme metodologia da Prefeitura de Campo Grande (MS). Esse indicador funciona como uma aproximação da fecundidade e permite identificar áreas com maior demanda potencial por serviços materno-infantis, como Centros de Parto Normal.

Em relação as Regiões Urbanas atendidas com equipamentos hospitalares públicos para partos, destacam-se apenas duas: Centro e Anhanduizinho, sendo as demais cinco regiões desassistidas nesse quesito, vale destacar que Campo Grande possui duas casas de parto particulares, e ambas encontram-se no Centro.

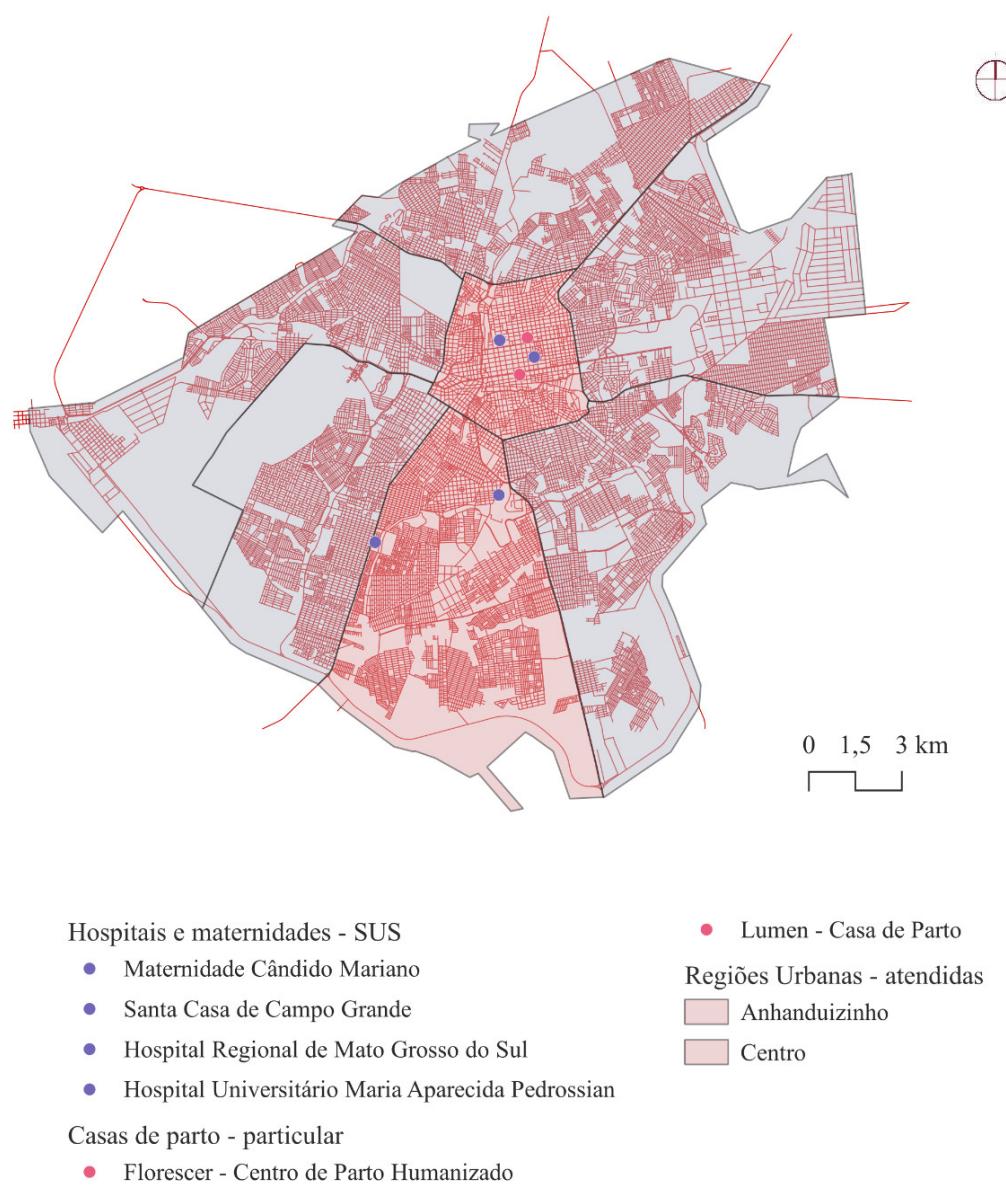
Assim, é possível identificar os quatro locais de atendimento pelo SUS, sendo eles:

- Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS) - 100% SUS
- Maternidade Cândido Mariano - filantrópica, contratualizada pelo SUS
- Santa Casa de Campo Grande - filantrópica, contratualizada pelo SUS
- Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP) - 100% SUS

Essas instituições atendem tanto gestantes da capital quanto de outros municípios do estado, sendo fundamentais para a assistência obstétrica estadual e municipal.

Dessa forma, percebe-se a concentração de atenção obstétrica e neonatal apenas nessas duas regiões e maior ainda quando se trata do Centro. A seguir, um mapa com os locais públicos para nascimento em Campo Grande e as respectivas casas de parto particulares:

Figura 76 - Mapa de regiões urbanas com assistência pública ao parto em Campo Grande/MS.



Fonte: Elaboração própria.

Ainda, conforme o último Perfil Socioeconômico fornecido pela Prefeitura de Campo Grande (2024), a Razão Crianças/Mulheres apresentou a Região Urbana do Segredo (271,81%), com o maior número indicativo proporcional de crianças pequenas por mil mulheres em idade fértil, seguida da Região Urbana Anhanduizinho (267,06%), que já é assistida por 2 unidades hospitalares públicas com centros obstétricos, sendo descartada nesse quesito; e, em terceiro, foi a região da Lagoa (255,58%). Dentro da primeira região foi levantado que o bairro com maior índice de crianças por mulheres era o Nova Lima (323,21%), sendo ele a princípio a escolha para alocação do projeto.

Entretanto, após analisar a distância do bairro, mesmo na porção mais próxima aos limites sentido Centro, foi constatado que em horários de pico no trânsito local, ele não atenderia a normativa existente, que permite as casas de parto a uma distância vencida em até 30 minutos do hospital de referência.

Dessa forma, optou-se ainda pela mesma região, partindo-se para a análise do segundo bairro com o maior índice, sendo ele o Mata do Segredo (316,51%), entretanto, enfrentou-se o mesmo problema da distância vencida em tempo maior ao estipulado por norma. Sendo assim, ao verificar os demais bairros da região, não apresentaram significativos valores, como os demais citados, optou-se então para migração de região urbana, retomando-se a análise na Lagoa. Dentro da Região Urbana da Lagoa, o bairro com a maior Razão Crianças/Mulheres foi o Caiobá, com 335,56 por mil, sendo maior do que o do Nova Lima e Mata do Segredo (Tabela 13).

Tabela 13 - Razão Crianças/Mulheres nos locais de análise em Campo Grande/MS (2010)

REGIÃO	RAZÃO CRIANÇAS/MULHERES (%)
Anhanduizinho	267,06
Lagoa	255,58
Segredo	271,81
BAIRRO	RAZÃO CRIANÇAS/MULHERES (%)
Caiobá	335,56
Mata do Segredo	316,51
Nova Lima	323,21

Fonte: Adaptado do Perfil Socioeconômico de Campo Grande (2024).

Ainda, para confirmar a decisão pelo bairro, observou-se a questão do rendimento nominal médio mensal dos domicílios particulares permanentes (Tabela 14), conforme os dados disponibilizados pelo Perfil Socioeconômico de Campo Grande (2024), sendo o do Caiobá igual a R\$ 1.055,18. Esse bairro se destaca por apresentar o menor rendimento médio quando comparado aos outros dois bairros inicialmente considerados, o Nova Lima com R\$ 1.330,4, e o bairro Mata do Segredo com R\$ 1.373,42. Evidencia-se assim uma maior fragilidade socioeconômica nessa localidade, esse indicador reforça a relevância de se implantar um equipamento público de parto humanizado em um território com acesso mais restrito aos serviços de saúde qualificados.

Tabela 14 - Rendimento nominal médio mensal dos domicílios particulares permanentes e da população - Caiobá, Mata do Segredo e Nova Lima (2010)

REGIÃO URBANA	BAIRRO	REDIMENTO (R\$)
LAGOA	Caiobá	1.055,18
SEGREDO	Mata do Segredo	1.373,42
	Nova Lima	1330,40

Fonte: Adaptado do Perfil Socioeconômico de Campo Grande (2024).

Dessa forma, a escolha do terreno vem sendo guiada pelo princípio da equidade do SUS, priorizando áreas com maior vulnerabilidade para garantir que mais mulheres tenham acesso a uma experiência segura, respeitosa e humanizada no nascimento de seus filhos.

4.2.1. Terrenos analisados

Ainda, conforme o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano e Ambiental (PDDUA) de Campo Grande, o termo “vazio urbano” caracteriza-se por:

[...] conjunto de lotes ou glebas particulares localizados no perímetro urbano que não cumprem a função social, consideradas as características de localização, infraestrutura disponível, acesso, abandono, não utilização ou subutilização dos imóveis, excluindo as áreas de interesse ambiental.(CAMPO GRANDE, 2018, p. 19)

Embora o Plano Diretor de Campo Grande defina os vazios urbanos como lotes ou glebas de propriedade privada ociosos ou subutilizados, a análise crítica da paisagem urbana permite ampliar essa concepção, incluindo também áreas públicas não destinadas ou não utilizadas de forma efetiva. Esses vazios públicos, apesar de não atenderem ao conceito jurídico clássico, representam rupturas no tecido urbano e potenciais espaços para requalificação e uso coletivo. Nesse sentido, os locais analisados para a proposta projetual incluem terrenos particulares sem uso e um terreno público, também desconexo de uma função; com a intenção de torná-lo um local útil à população com a implementação de um equipamento público.

Para a escolha do terreno, delimitou-se categorias de análise, sendo elas: local com acesso a infraestrutura básica, como rede de abastecimento de água e esgotamento sanitário, além de pelo menos uma via de acesso sendo pavimentada, vale destacar, que essa tem influência direta na escolha do local, por se tratar de um bairro com baixo índice de pavimentação, no qual a metade das vias não possuem esse tipo de infraestrutura; além de possuir ponto de ônibus em pelo menos uma das vias de acesso, a menos de uma quadra do lote, e, por fim, a metragem quadrada do terreno, permitindo que o programa

seja inserido naquele local. Dessa forma, os três terrenos analisados estão próximos, por conta da pavimentação, que foi um tópico levado em consideração para a visita *in loco*, a seguir um mapa contendo ambos:

Figura 77 - Mapa de localização dos terrenos analisados.



Fonte: Adaptado do Google Earth (2025).

O Terreno 1 (vermelho) localiza-se no parcelamento Rancho Alegre II e possui duas vias de acesso, a rua Gravateiro e Abobreira; já o Terreno 2 (lilás), localiza-se no cruzamento das vias Av. Afluente e Rua Poente, pertencente ao parcelamento Vila Fernanda, e, por fim, o Terreno 3 (rosa) encontra-se na esquina das vias Av. Afluente e Rua Jenipava, pertencentes ao parcelamento Rancho Alegre II, mesmo do Terreno 1. A seguir o quadro comparativo entre os locais:

Quadro 4 - Síntese comparativa dos terrenos analisados.

COMPARATIVO DOS TERRENOS - 1, 2 E 3				
CATEGORIA	TERRENO 1	TERRENO 2	TERRENO 3	
Pavimentação	sim	Via Gravateiro	Via Afluente	Via Afluente e Jenipava
	não	Via Abobreira	Via Poente	-
Rede de água	sim	X	X	X
	não	-	-	-
Rede de esgoto	sim	X	X	-
	não	-	-	X
Ponto de ônibus (menos de uma quadra do lote)	sim	X	-	X
	não	-	X	-
Área (m ²) em relação ao programa	atende	2.000 m ²	-	-
	não atende	-	548 m ²	503 m ²

Fonte: Elaboração própria.

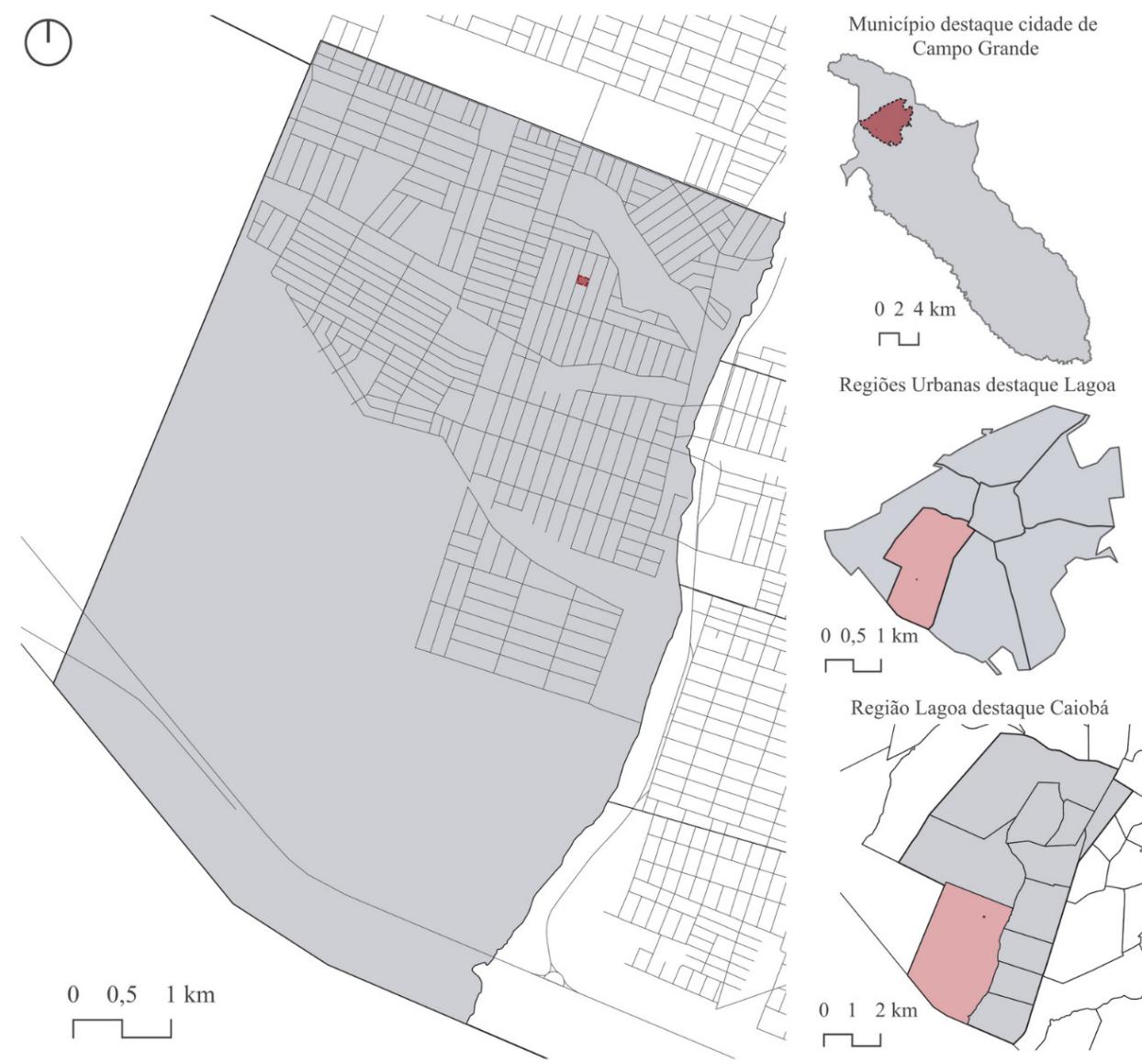
Conforme observado anteriormente, o quadro demonstra duas situações principais, sendo a primeira a exclusão do Terreno 2 e 3, por cumprirem apenas três requisitos dos cinco impostos, ficando obsoleto comparado ao Terreno 1. Já a segunda observação, é em relação ao Terreno 1, em questão quantitativa de requisitos atendidos, apresenta 5. Entretanto, há ponderação entre a terceira categoria, sobre a rede de esgoto, cujo abastecimento só ocorre em uma das vias; ainda, vale ressaltar, que a escolha pelo Terreno 1, deixa de ser inapropriada, com a alternativa que supre de forma prática o seu déficit, com a proposição de continuação da rede de esgoto mais próxima, que está há uma quadra do terreno e a pavimentação da via Abobreira.

Destaca-se que o quesito quinto, torna inviável os Terrenos 2 e 3. Sendo assim, o terreno escolhido para a concepção da Casa Luz, é o Terreno 1, com 2.000 m².

4.2.2. Estudo do lugar

Conforme apresentado, o local de escolha encontra-se no bairro Caiobá, pertencente a região urbana da Lagoa, conforme o mapa a seguir:

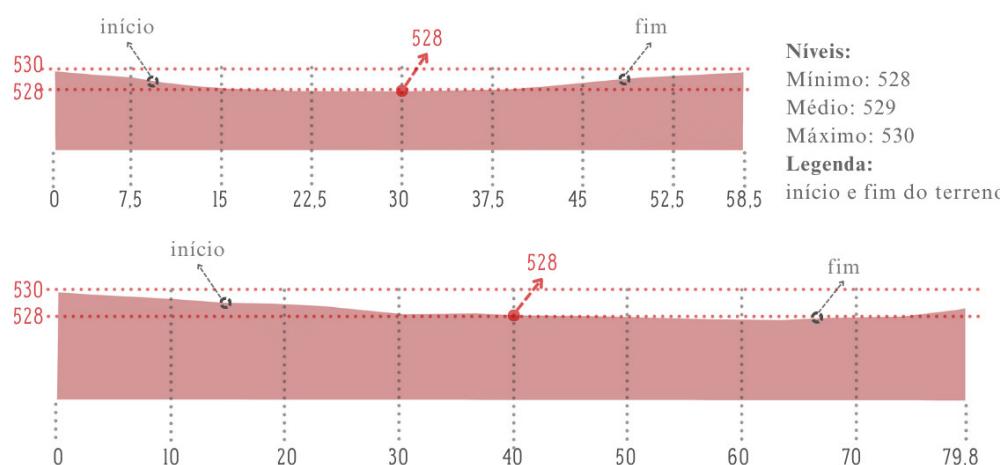
Figura 78 - Mapa do bairro Caiobá com localização da área de estudo.



Fonte: Elaboração própria. Dados espaciais fornecidos pela PMCG (acervo de camadas shapefile).

O terreno em análise está situado em área de relevo plano, conforme indicam a Carta Geotécnica e os perfis topográficos elaborados com base nos dados do Google Earth (Figura 79). Os níveis altimétricos variam entre 528 e 530 metros, com média de 529 metros, revelando uma topografia estável e de baixa declividade (Figura 80), que favorece a implantação de equipamentos de saúde de pequeno porte, como uma Casa de Parto.

Figura 79 - Perfis topográficos do terreno de estudo (transversal e longitudinal).



Fonte: Adaptado do Google Earth (2025).

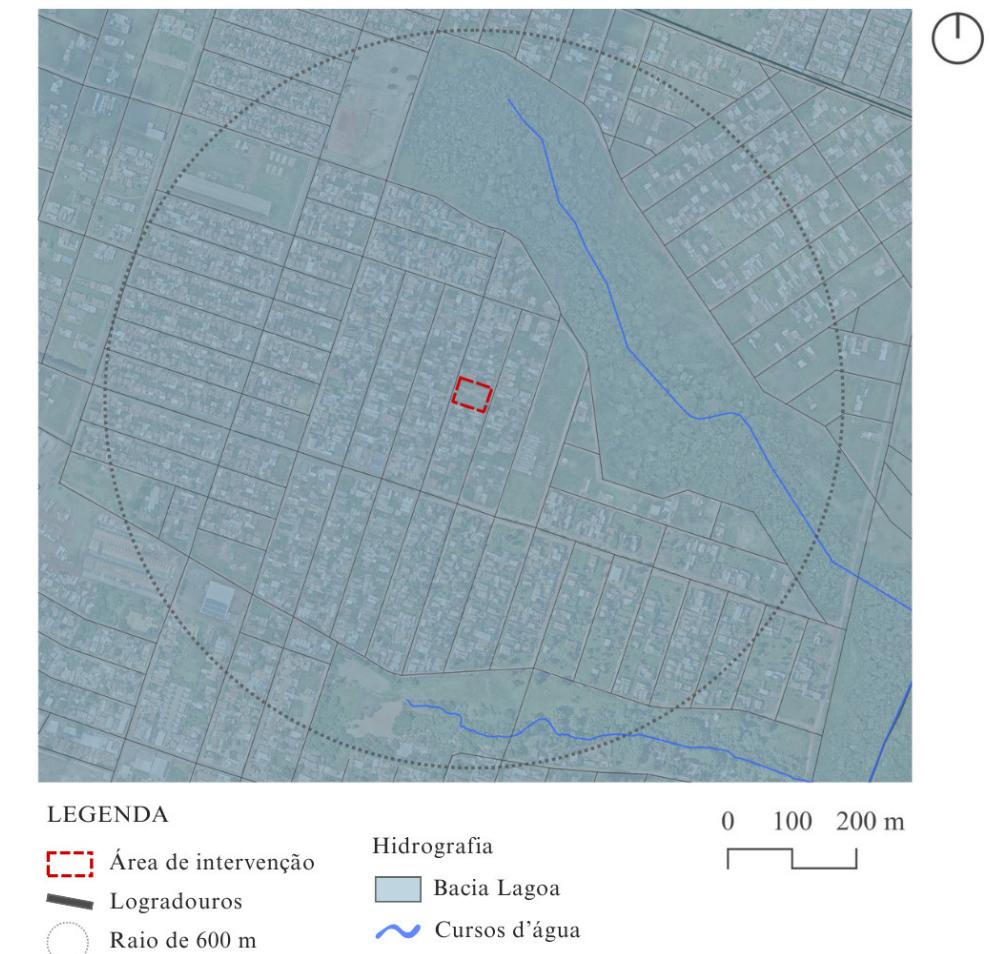
Figura 80 - Mapa planaltimétrico da área de estudo.



Fonte: Elaboração própria. Dados espaciais fornecidos pela PMCG (acervo de camadas shapefile).

Está inserido entre dois cursos hídricos pertencentes à bacia Lagoa (Figura 81) e localiza-se nas imediações do Parque Linear do Lagoa, elemento de grande valor ambiental e paisagístico que qualifica a ambiência local. Essa presença de áreas verdes e vegetação consolidada no entorno reforça o potencial do local para oferecer um ambiente acolhedor e conectado à natureza, característica coerente com a proposta arquitetônica do projeto Casa Luz.

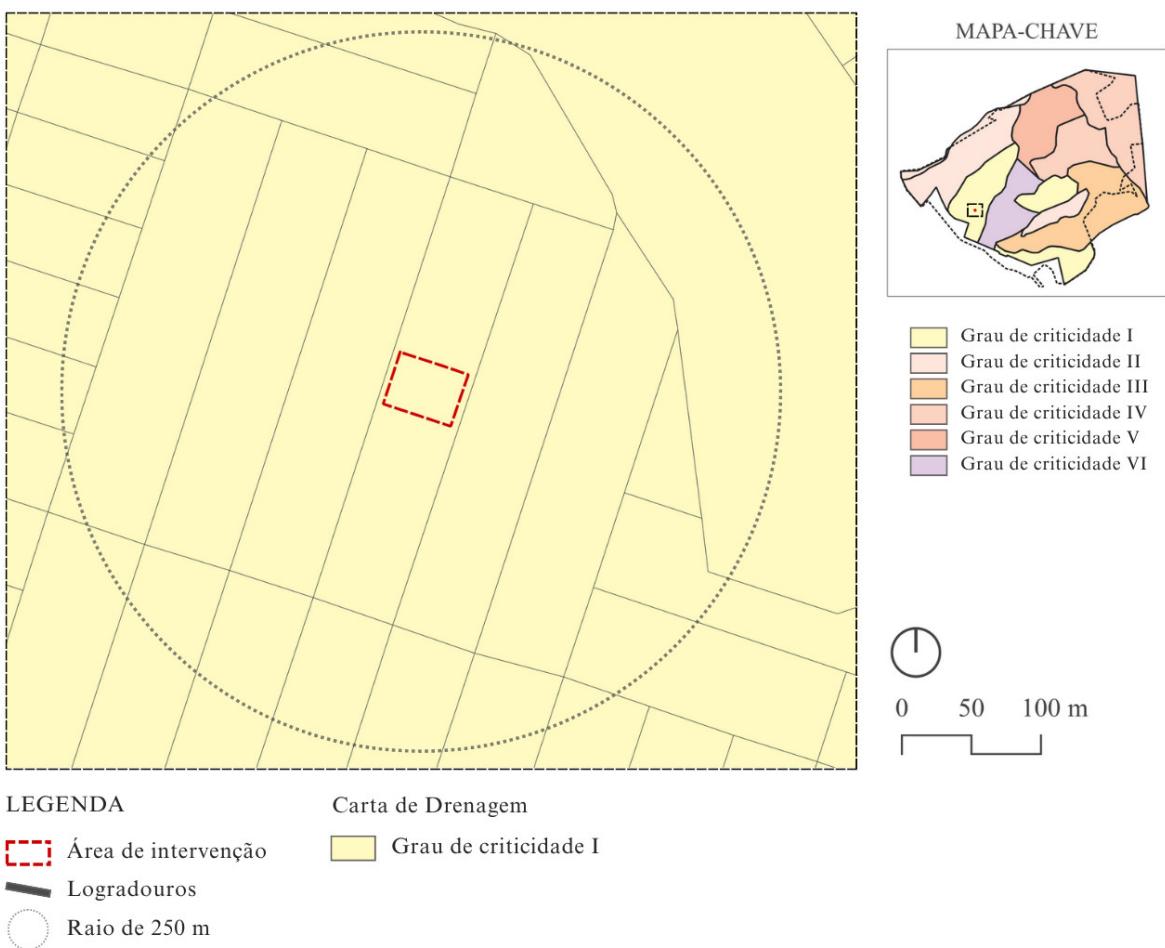
Figura 81 - Mapa hidrográfico da área de estudo.



Fonte: Elaboração própria. Dados espaciais fornecidos pela PMCG (acervo de camadas shapefile).

No entanto, do ponto de vista da drenagem urbana, a área apresenta grau de criticidade 1, segundo a Carta de Drenagem (figura 82). Entre as condições observadas estão alagamentos pontuais, sistema de microdrenagem insuficiente e bocas-de-lobo assoreadas ou mal distribuídas. A recomendação técnica é a implantação de nova microdrenagem, adaptada ao comportamento hídrico da região, de modo a mitigar os riscos de acúmulo superficial de água.

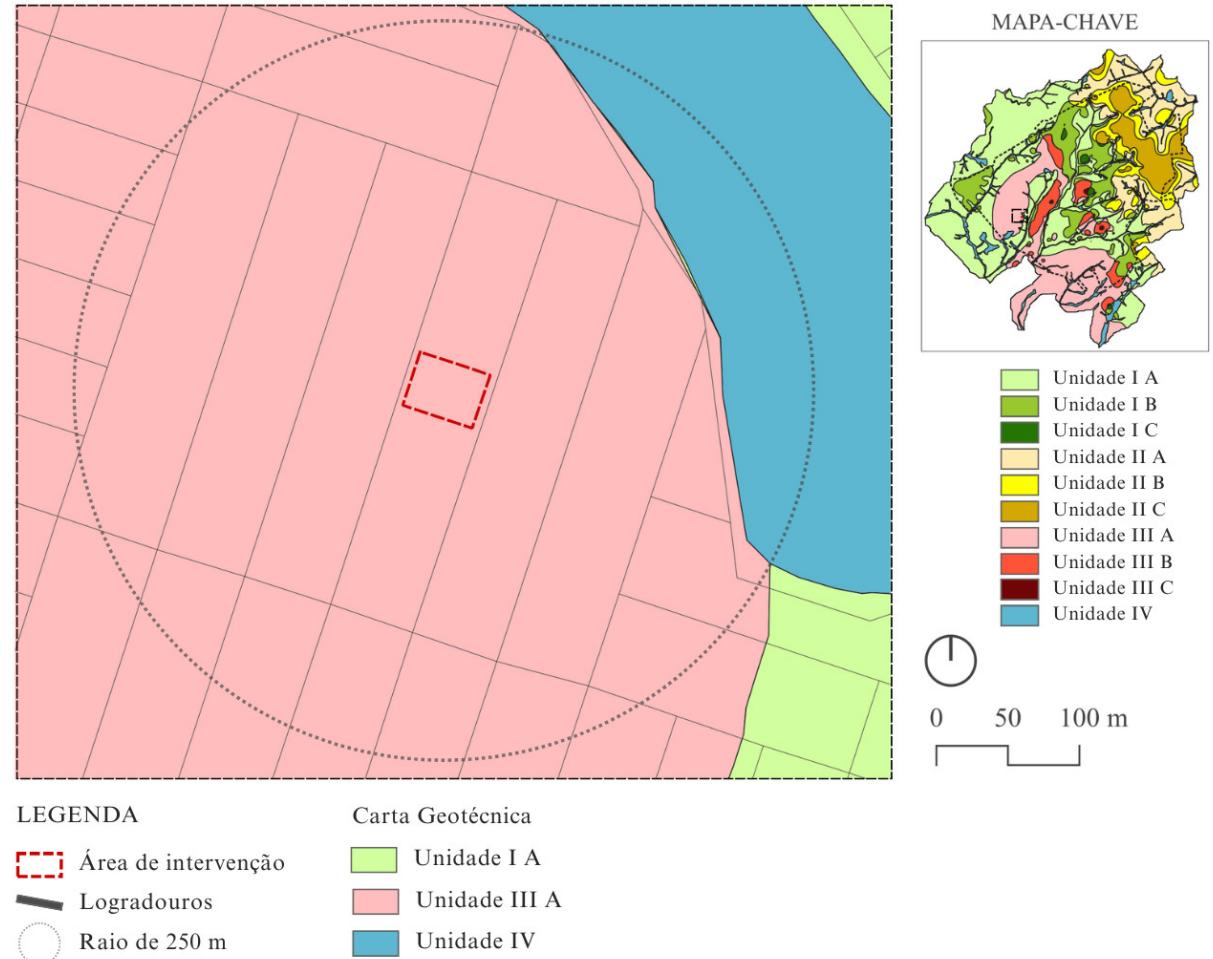
Figura 82 - Carta de Drenagem de Campo Grande (MS) com zoom na área de estudo.



Fonte: Elaboração própria. Dados espaciais fornecidos pela PMCG (acervo de camadas shapefile).

Geotecnicamente (figura 83), o solo pertence à Unidade Homogênea IIIA, o que demanda atenção ao lençol freático e à capacidade de suporte. As recomendações incluem: prever sistema de drenagem de águas pluviais compatível com o escoamento superficial; adotar impermeabilização de estruturas subterrâneas quando necessário; conter recalques em função da presença de solos moles; realizar sondagens de subsolo conforme a NBR 8036:1983 para subsidiar as decisões de fundação; e considerar a taxa de infiltração nos dispositivos de retenção.

Figura 83 - Carta Geotécnica de Campo Grande (MS) com zoom na área de estudo.



Fonte: Elaboração própria. Dados espaciais fornecidos pela PMCG (acervo de camadas shapefile).

O terreno é de uso público e encontra-se atualmente sem função exercida, o que se alinha à diretriz de reaproveitamento de áreas ociosas urbanas. Está localizado em área predominantemente residencial (figura 84), cercado por vazios urbanos, o que favorece sua transformação em equipamento público de saúde. Seu entorno conta com duas paradas de ônibus próximas, ampliando a acessibilidade e o vínculo com a mobilidade urbana coletiva.

Figura 84 - Mapa de Uso e Ocupação do solo da área de estudo.



Fonte: Elaboração própria. Dados espaciais fornecidos pela PMCG (acervo de camadas shapefile).

Em relação ao sistema viário, é atendido por duas vias locais: a Rua Gravateiro, pavimentada, e a Rua Abobreiro, não pavimentada (figura 85). Ambas fornecem acesso direto ao lote.

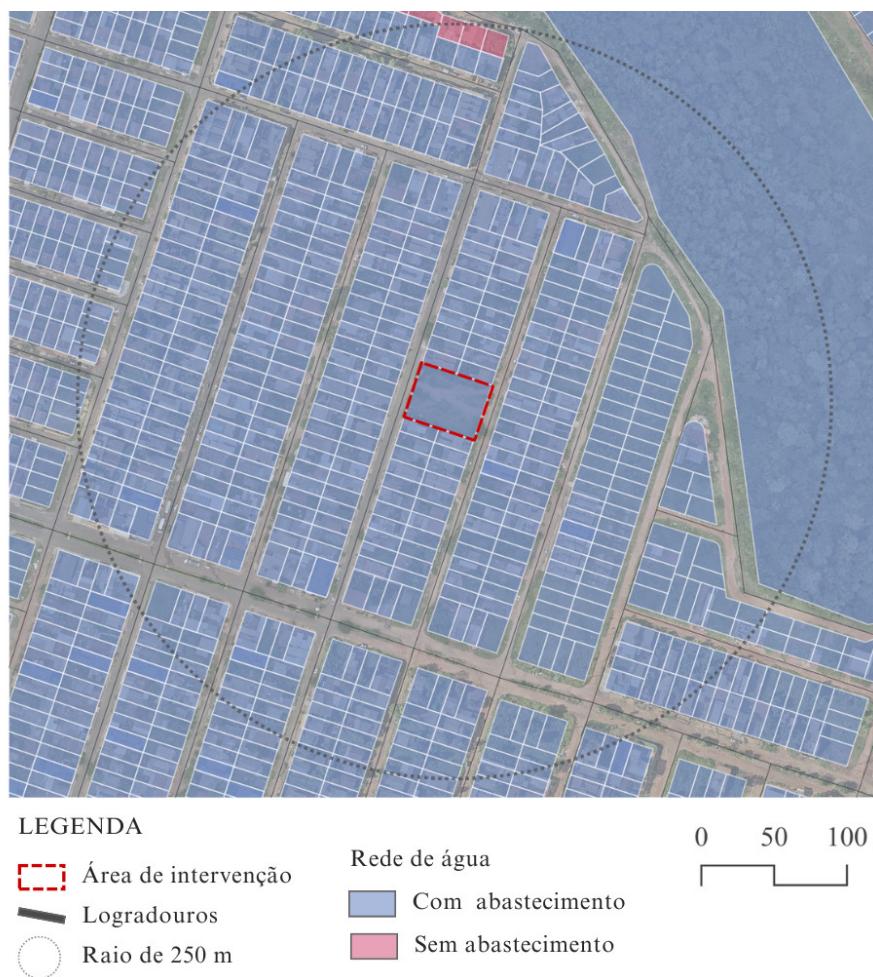
Figura 85 - Mapa de pavimentação da área de estudo.



Fonte: Elaboração própria. Dados espaciais fornecidos pela PMCG (acervo de camadas shapefile).

O terreno é servido por rede de água (figura 86), e possui rede de esgoto instalada em somente uma das vias de acesso (figura 87). No entanto, como já apontado anteriormente, propõe-se a extensão da rede de esgotamento sanitário a partir da quadra abaixo pela Rua Gravateiro, bem como a pavimentação e infraestrutura da via Abobreiro, garantindo a plena funcionalidade da proposta.

Figura 86 - Mapa de abastecimento de água da área de estudo.



Fonte: Elaboração própria. Dados espaciais fornecidos pela PMCG (acervo de camadas shapefile).

Figura 87 - Mapa de abastecimento de esgoto da área de estudo.



Fonte: Elaboração própria. Dados espaciais fornecidos pela PMCG (acervo de camadas shapefile).

Urbanisticamente (conforme os três mapas a seguir), o terreno está inserido na Macrozona Urbana III, na Zona Urbana 5 (Z5) e na Zona Ambiental 5 (ZA5), que estabelece uma taxa de permeabilidade mínima de 30%.

Figura 88 - Macrozoneamento Urbano de Campo Grande (MS) com zoom para área de estudo.

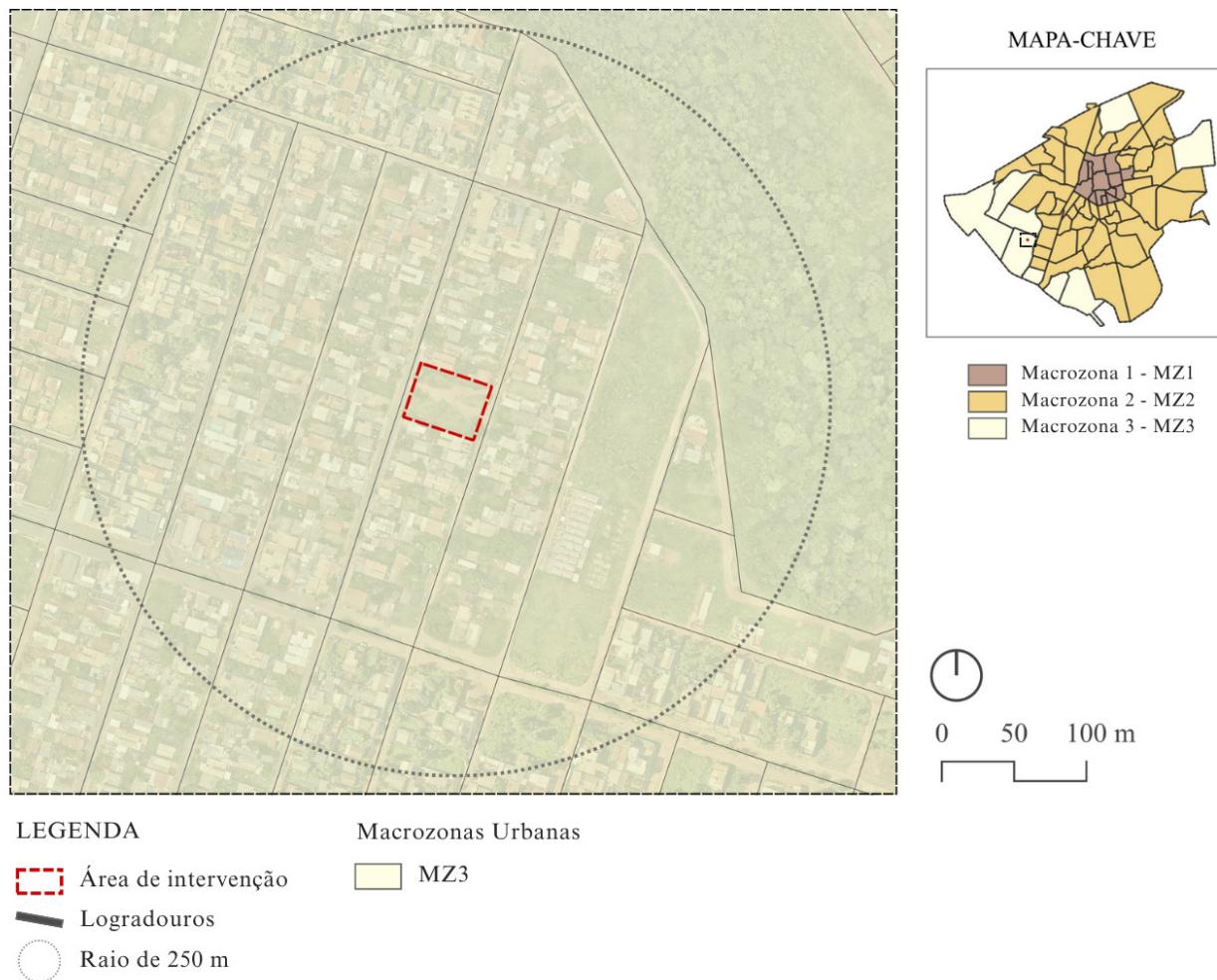


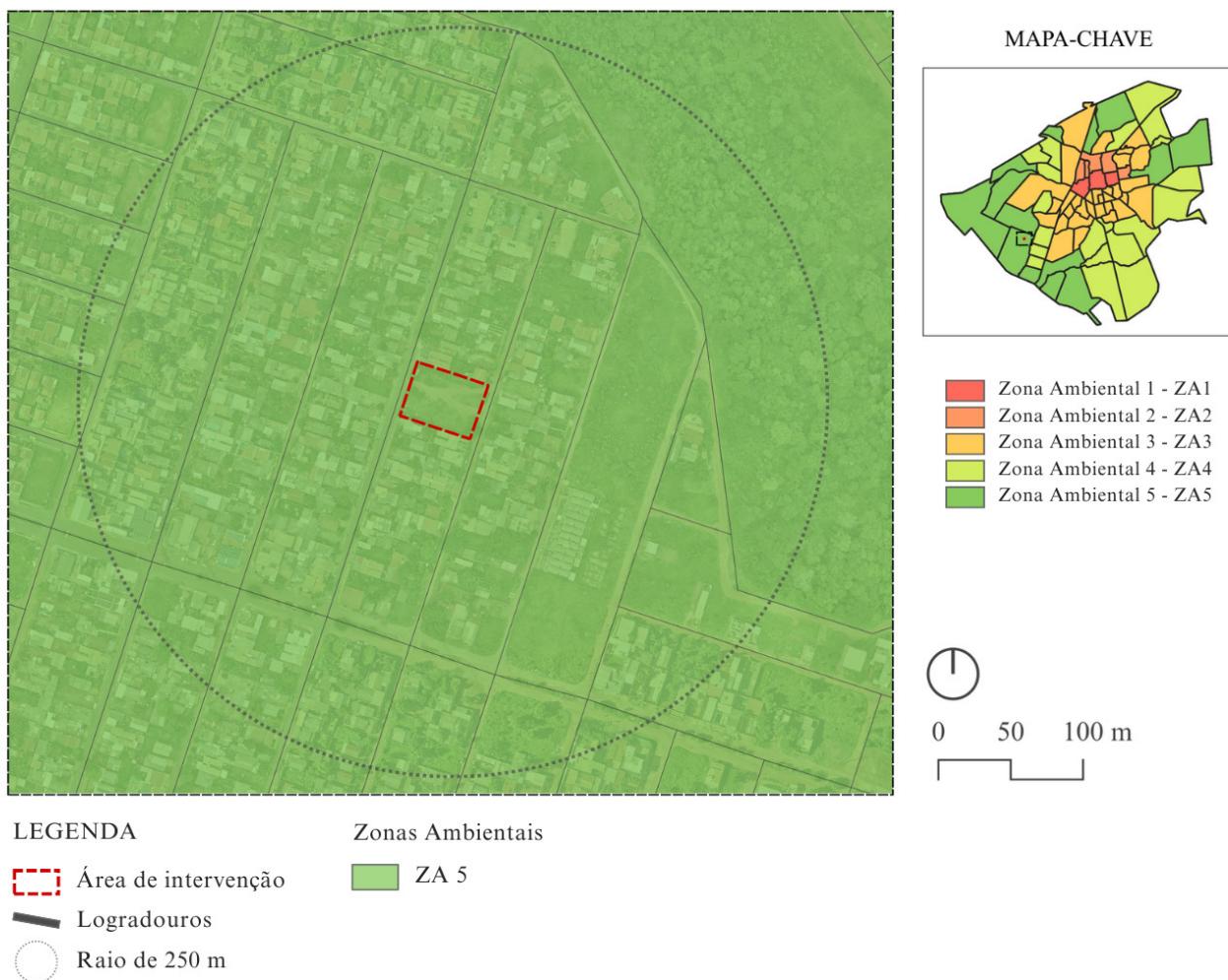
Figura 89 - Zoneamento Urbano de Campo Grande (MS) com zoom para área de estudo.



Fonte: Elaboração própria. Dados espaciais fornecidos pela PMCG (acervo de camadas shapefile).

Fonte: Elaboração própria. Dados espaciais fornecidos pela PMCG (acervo de camadas shapefile).

Figura 90 - Zoneamento Ambiental de Campo Grande (MS) com zoom para área de estudo.

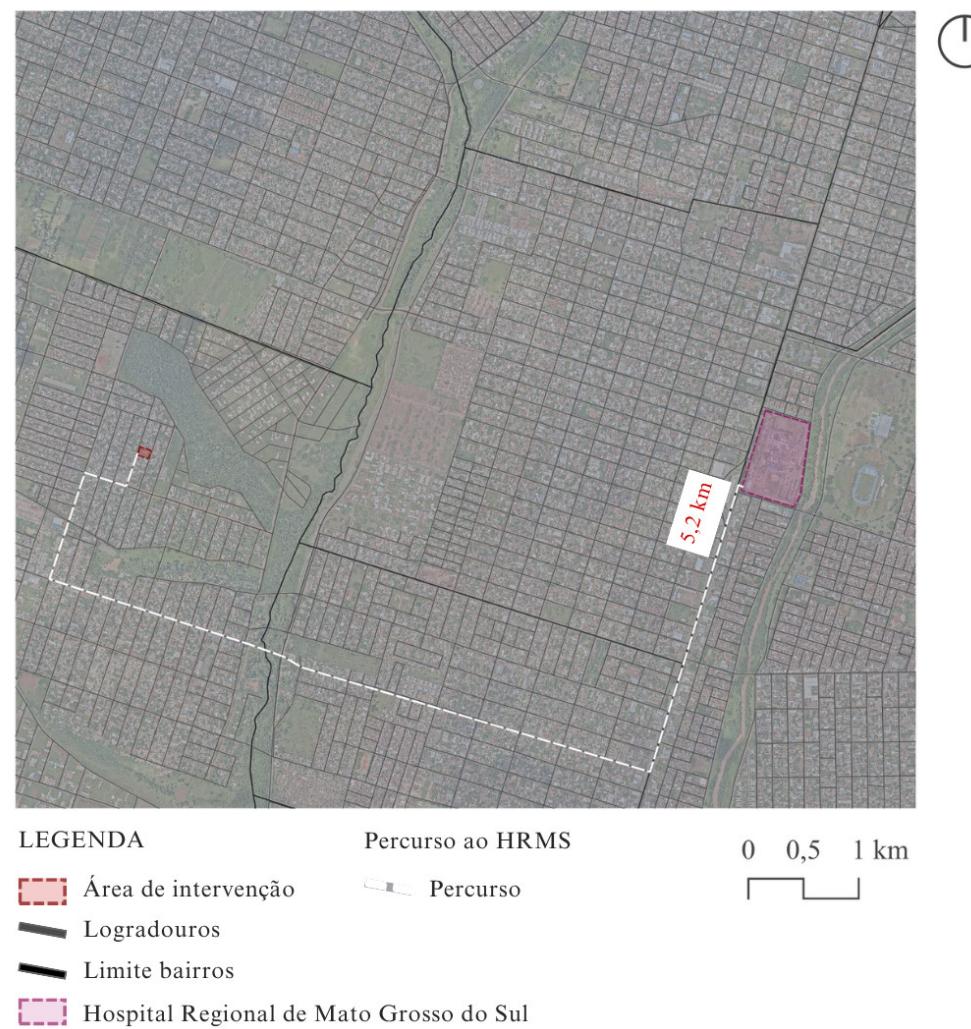


Fonte: Elaboração própria. Dados espaciais fornecidos pela PMCG (acervo de camadas shapefile).

Também está incluído à proposta de Agricultura Urbana prevista no Plano Diretor Municipal para às áreas relativas a Macrozona Urbana III. Ainda, o zoneamento permite a implantação de hospitais e clínicas médicas com internação de qualquer porte (S17). Os parâmetros urbanísticos associados incluem: taxa de ocupação de 0,5, coeficiente de aproveitamento de 1, índice de elevação de 2 e recuos livres em todas as direções, oferecendo liberdade projetual para a setorização arquitetônica e volumétrica da edificação.

A localização é considerada estratégica, podendo ser vencida dentro do prazo estipulado em norma, com distância de apenas 5,2 km do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (figura 91), facilitando a articulação com a rede de saúde em casos de remoção e apoio especializado, como exigido pela regulamentação de Centros de Parto Normal peri-hospitalares.

Figura 91 - Mapa de localização e distância ao hospital de referência.



Fonte: Elaboração própria. Dados espaciais fornecidos pela PMCG (acervo de camadas shapefile).

4.3. Conceito do projeto

O nome Casa Luz foi escolhido por carregar, de forma simbólica e arquitetônica, a essência da proposta: “dar à luz”, enquanto expressão do nascimento, e “luz” como elemento que aquece, transforma e acolhe. A luz natural, nesse contexto, não é apenas um recurso físico, ela marca o tempo, percorre os espaços, cria atmosferas e sustenta a experiência de quem habita. É presença, e não apenas iluminação. Simbolicamente, representa vida, cuidado, proteção e afeto, valores que orientam o projeto e reforçam a centralidade da mulher e do nascimento quanto ato humano e potente.

A Casa Luz, portanto, não se define apenas por um nome, mas como um conceito estruturante de projeto. No centro, a luz guia as decisões espaciais e materiais, irradiando valores que sustentam a proposta arquitetônica: acolhimento, apoio, presença e natureza. Esses princípios estão representados graficamente no diagrama conceitual (figura 92), onde duas formas se entrelaçam, como a união entre espaço e corpo, para transmitir a ideia de vínculo, proteção e pertencimento.

Figura 92 - Diagrama conceitual da Casa Luz.



Fonte: Elaboração própria.

Na materialidade, o projeto valoriza elementos naturais, como a madeira na estrutura e nos acabamentos, o uso de tijolos de solo-cimento (BTC) nas vedações e a presença constante do verde, por meio de patios e jardins integrados ao percurso da parturiente e de seus acompanhantes. Essas escolhas compõem uma ambência sensível, onde o espaço serve como suporte, afeto e cuidado.

Mais do que apenas atender às normas técnicas, a Casa Luz propõe uma arquitetura que considera o ritmo do corpo, o tempo do nascimento e a escuta ativa de quem ocupa o lugar. A organização dos ambientes busca fluidez, privacidade e conexão com a natureza, construindo um espaço que comprehende o nascer como ato de presença: humano, sensível e transformador.

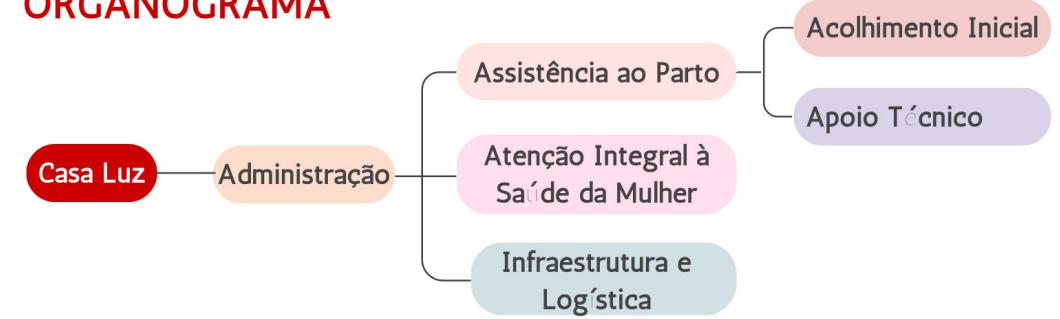
4.4. Partido arquitetônico

O partido arquitetônico da Casa Luz tem como proposta garantir uma experiência de nascimento acolhedora, segura e centrada na mulher. As decisões projetuais foram guiadas por princípios como fluidez, organização funcional dos setores, integração com a natureza e valorização da ambência sensorial.

O organograma funcional (figura 93) foi estruturado com base na categorização dos ambientes adotada ao longo de todo o trabalho, distribuindo os setores em torno de seis eixos principais: acolhimento e atendimento inicial, assistência ao parto, apoio técnico, atenção integral à saúde da mulher, apoio administrativo e apoio logístico e infraestrutura. Essa organização auxilia na compreensão da hierarquia funcional dos ambientes e norteou as demais decisões de projeto.

Figura 93 - Organograma de setorização funcional da Casa Luz.

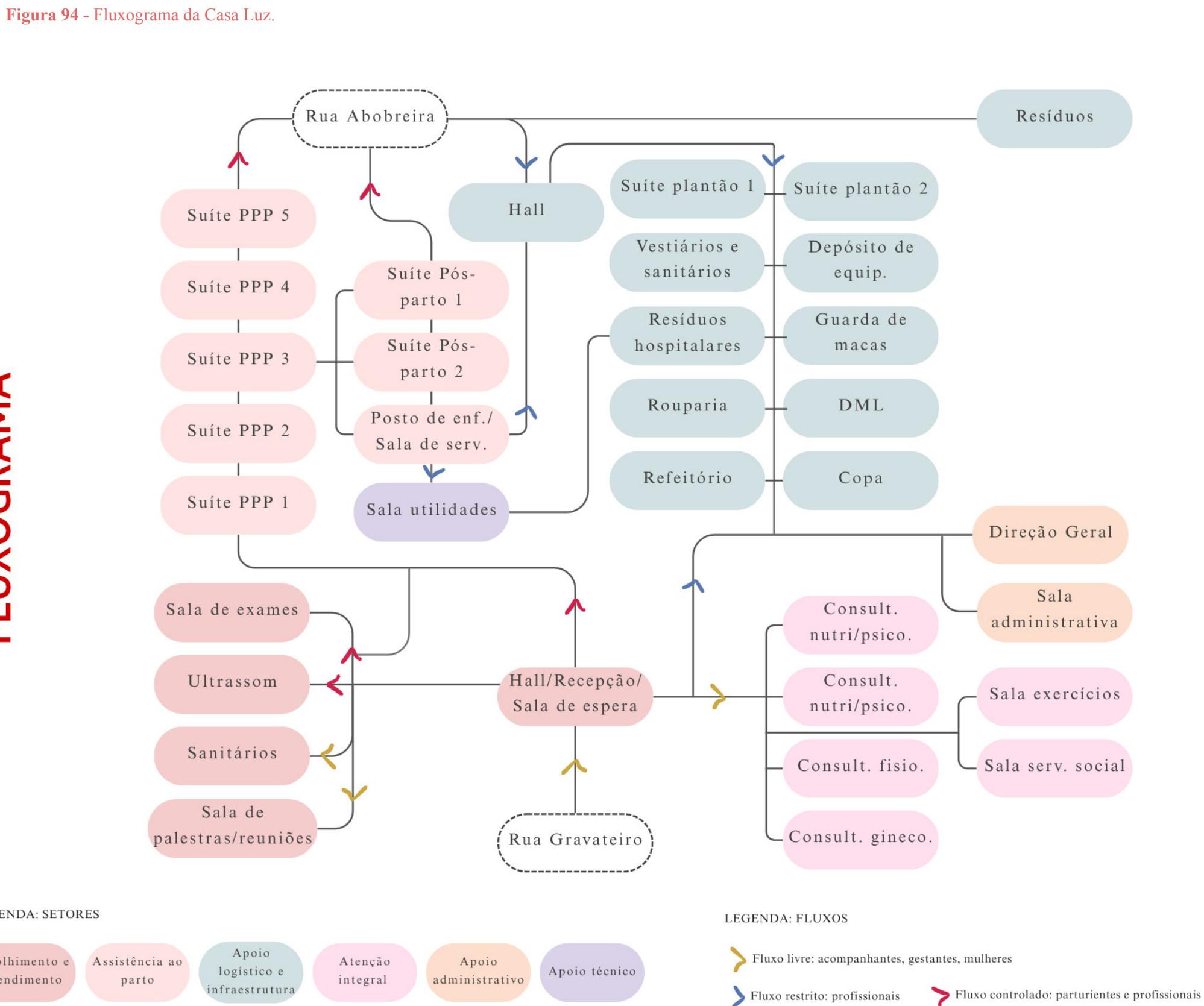
ORGANOGRAMA



Fonte: Elaboração própria.

A lógica de fluxos (figura 94), foi elaborada conforme o programa de necessidades e levou em conta o organograma anterior. Ainda, considerou tanto o deslocamento das gestantes e acompanhantes quanto os fluxos técnicos e de resíduos, de forma a minimizar cruzamentos e promover acessos claros, intuitivos e setorizados. O fluxograma foi uma ferramenta essencial para garantir o funcionamento integrado da casa de parto, favorecendo a privacidade, o acolhimento e a eficiência técnica.

FLUXOGRAMA



Fonte: Elaboração própria.

O plano de massas (figura 95) foi elaborado respeitando as características topográficas do terreno, que indicam declives de pouca relevância e sua inserção urbana. Setores com maior demanda de privacidade e silêncio, como os quartos PPP, foram posicionados em áreas mais internas, voltadas para o pátio central. Ambientes de acesso público, como recepção e sala de espera, localizam-se na porção frontal do lote, facilitando o acesso e o controle. Ambientes técnicos e logísticos ocupam posições estratégicas para evitar interferências nos fluxos sensíveis.

Figura 95 - Plano de massas funcional da Casa Luz.



Fonte: Elaboração própria.

Foi proposto parte de uma configuração predominantemente térrea, respeitando a escala do entorno residencial e o caráter acolhedor da edificação. No entanto, foi prevista uma elevação pontual para dois setores, onde se localiza o setor administrativo e a atenção integral à saúde da mulher, criando dinamicidade na composição volumétrica e liberando área térrea para a qualificação do espaço livre. A solução volumétrica também considera a orientação solar e a ventilação cruzada, aproveitando o terreno e a presença de áreas verdes no entorno para reforçar o conforto ambiental.

Por meio dessas estratégias o partido se confirma com coerência com os princípios da humanização do parto, com um ambiente funcional e acolhedor.

4.5. O Projeto

A edificação da Casa Luz possui como materiais principais o uso de Blocos de Terra Comprimida (BTC), como vedação total da edificação, madeiramento nas vigas (seção) e pilares (rolícos) os quais constituem a estrutura do projeto. A fundação foi desenvolvida em radier, levando-se em conta o tipo de solo e apontamentos presentes na Carta Geotécnica de Campo Grande. As esquadrias dividem-se em dois materiais, sendo em metal alumínio e, para as suítes do setor de Assistência ao Parto, em madeira, buscando a garantia da ambiência, com espaços proporcionando acolhimento.

Nas suítes PPPs e nas suítes pós-parto, foram empregados pisos vinílicos para melhor conforto térmico e acústico desses ambientes, o uso de madeira nos mobiliários internos, com a inserção de cama de casal, berço do tipo moisés, poltrona de amamentação, além da banheira circular em louça nos ambientes de parto. O uso do forro para que o pé-direito não acompanhasse a altura da edificação, possibilitando um espaço mais aconchegante.

Em relação aos espaços de circulação e aberturas, foram consideradas sempre as medidas mínimas de 1,8 metros para corredores principais e aberturas de no mínimo 90 centímetros, atendendo a alguns dos princípios de desenho universal. Bem como a inserção de rampas de acesso nas áreas de desnível e elevador para circulação vertical. Outro ponto importante da edificação, foi a delimitação dos tipos de fluxos, respeitando as distinções de acesso, sendo a dos usuários e funcionários, além da previsibilidade do escoamento dos resíduos.

O projeto delimitou-se a ter 2 pavimentos, para garantir uma maior conversa com o entorno mediato e imediato ao empreendimento. A edificação foi alinhada ao nível frontal do lote, advindo da via Gravateiro, sendo o restante da edificação aterrado onde necessário. Sem movimentações de solo significativas nas demais áreas livres do lote. A fachada principal foi desenvolvida com mistura de texturas e elementos, tendo a madeira maciça nos brises e elementos estruturais, o tijolo aparente e o revestimento em madeira paginada chevron. O uso das logos do SUS e da Casa Luz, além da janela central representando o conceito do projeto.

Nos espaços externos foram empregadas espécies paisagísticas, desde forrações, herbáceas, até arbustivas e arbóreas (Tabela 15), criando espaços de valorização sensoriais para os visitantes e as gestantes. No Jardim dos PPPs, foi utilizado o Jacarandá de Minas como figura central, para sombreamento, respeito as espécies do cerrado e também para contribuir com a estética do local. Vale

ressaltar a pequena amplitude do projeto em relação ao terreno, devido ao cumprimento do programa de necessidades proposto para um CPNp, não sendo possível uma maior empregabilidade de gentilezas urbanas.

Tabela 15 - Espécies arbóreas, arbustivas, herbáceas e forrações

Tabela de espécies sugeridas													
Relação de espécies - Arbóreas, Palmáceas e Arbustivas													
CÓD.	TIPOLOGIA	NOME CIENTÍFICO	NOME POPULAR	FAMÍLIA	ORIGEM	DIÂMETRO DE COPA (cm)	FORMATO DA COPA	ALTURA DE PLANTIO (cm)	PER-SISTÊNCIA FOLIAR	DENSIDADE FOLIAR	COR DE FLORAÇÃO	ÉPOCA DE FLORAÇÃO	AMBIENTE LUMÍNICO
JACU	Arbórea	<i>Jacaranda cuspidifolia</i>	Jacarandá de Minas	Big-noniaceae	Nativa do Brasil	1000	Arredondada	180	Decídua	Média	Roxa	Primavera	Sol pleno
ATOL	Palmácea	<i>Attalea oleifera</i>	Palmeira Pindo-ba	Areca-ceae	Nativa do Brasil	500	Leque	180	Pereene	-	Crema	-	Sol pleno
MAEM	Arbustiva	<i>Malpighia emarginata</i>	Acero-la	Malpighiaceae	Américas	300	Arredondada	100	Pereene	Densa	Branco/Rosa	Primavera/Verão	Sol pleno

Relação de espécies - Forrações, Pisos vegetais, Herbáceas e Atípicas

CÓD	TIPOLOGIA	NOME CIENTÍFICO	NOME POPULAR	FAMÍLIA	ORIGEM	COR DE FLORAÇÃO	AMBIENTE LUMÍNICO
AGAT	Atípica	<i>Agave attenuata</i>	Agave	Agavaceae	México	-	Sol pleno
ALIM	Atípica	<i>Alcantarea imperialis</i>	Bromélia imperial	Bromeliaceae	Nativa do Brasil	Branco/Amarelo	Meia sombra
ZOJA	Piso vegetal	<i>Zoysia japonica</i>	Grama esmeralda	Poaceae	Cultivada	-	Sol pleno
ASFO	Forração	<i>Aspilia foliacea</i>	Margarida do campo	Asteraceae	Nativa do Brasil	Amarelo	Sol pleno
CHIN	Herbácea	<i>Chaptalia integriflora</i>	Dente-de-leão	Asteraceae	Nativa do Brasil	-	Sol pleno
BACR	Herbácea	<i>Baccharis crispa</i>	Carqueja	Asteraceae	Nativa do Brasil	Amarelo	Sol pleno
DIIR	Herbácea	<i>Dietes iridioides</i>	Moreia branca	Iridaceae	África do Sul	Branco	Sol pleno / Meia sombra

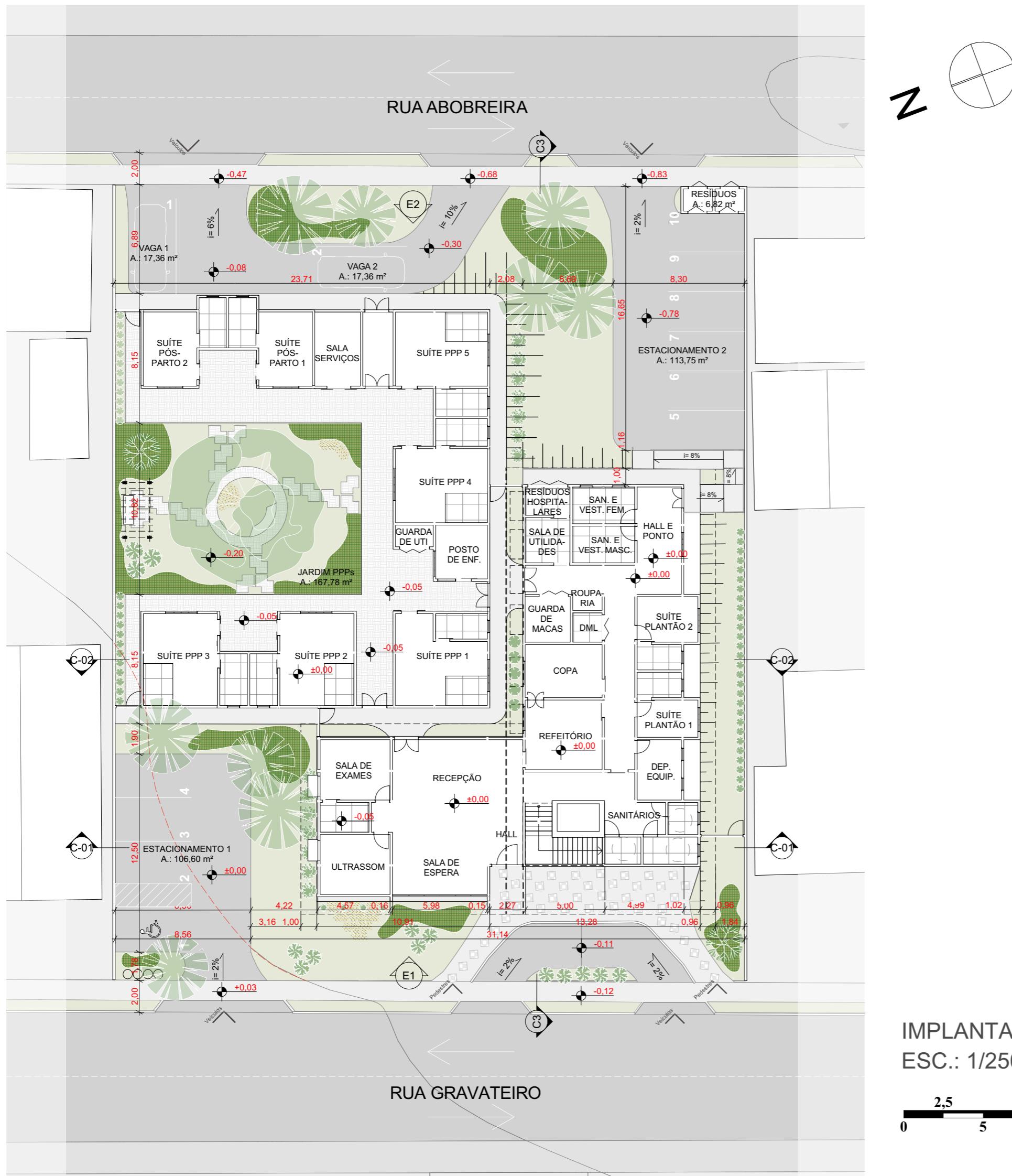
Fonte: Elaboração própria.

A edificação levou em consideração os índices urbanísticos, lembrando que o lote possui dimensões de 50 x 40 metros, totalizando 2000 m², tendo atendido a eles, conforme o quadro a seguir:

Quadro 5 - Índices Urbanísticos exigidos.

ÍNDICE	NECESSÁRIO	CORRESPONDE	CASA LUZ
Taxa de permeabilidade	30%	600 m ²	601,48 m ²
Taxa de ocupação	0,5 (50%)	1000 m ²	866,82 m ²
Coeficiente de aproveitamento	1	2000 m ²	1.273,13 m ²
Índice de elevação	2	-	-
Recuos	Livres	-	frontal, fundo, e laterais

Fonte: Elaboração própria.



IMPLANTAÇÃO
ESC.: 1/250

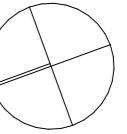
A horizontal number line representing distance in meters. The line starts at 0 and ends at 10 m. Major tick marks are labeled at 0, 5, and 10 m. A point is marked on the line between 0 and 5, specifically at the 2,5 position.



LEGENDA

- FUNCIONÁRIOS
 - RESÍDUOS
 - USUÁRIOS

IMPLANTAÇÃO
ESC.: 1/250



N

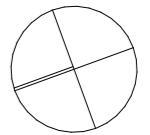
PLANTA TÉRREO
ESC.: 1/150

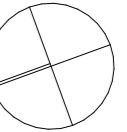


PLANTA TÉCNICA TÉRREO ESC.: 1/150



ARCHICAD VERSÃO EDUCACIONAL

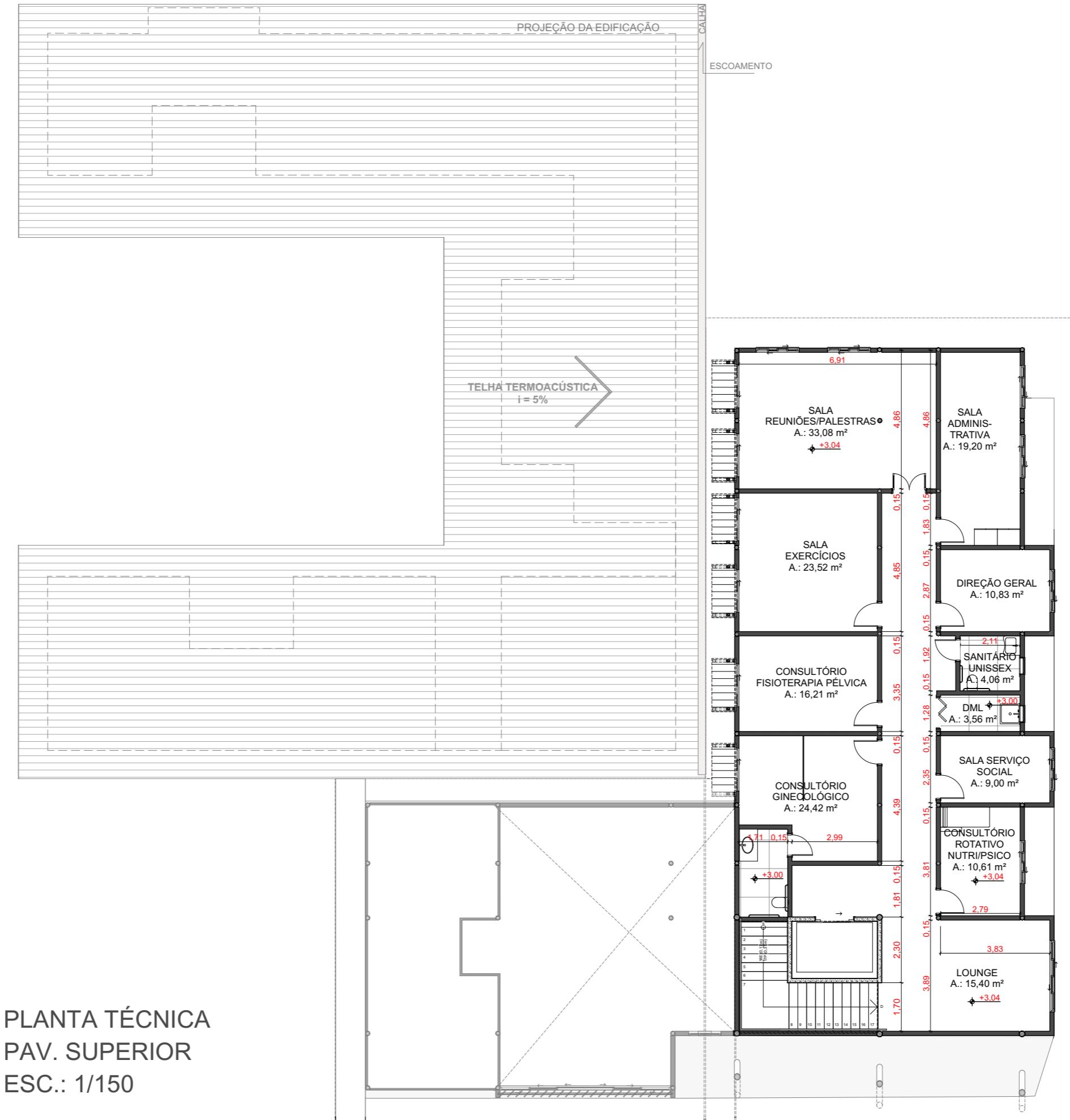
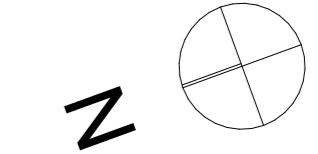


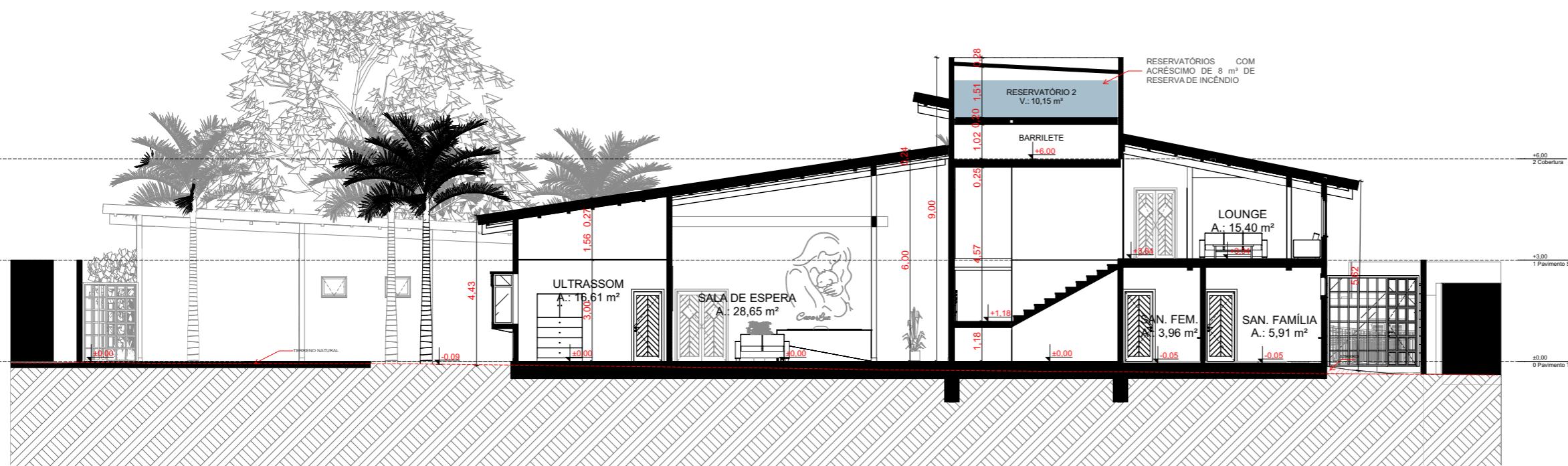


Z

PLANTA PAV. SUPERIOR
ESC.: 1/150

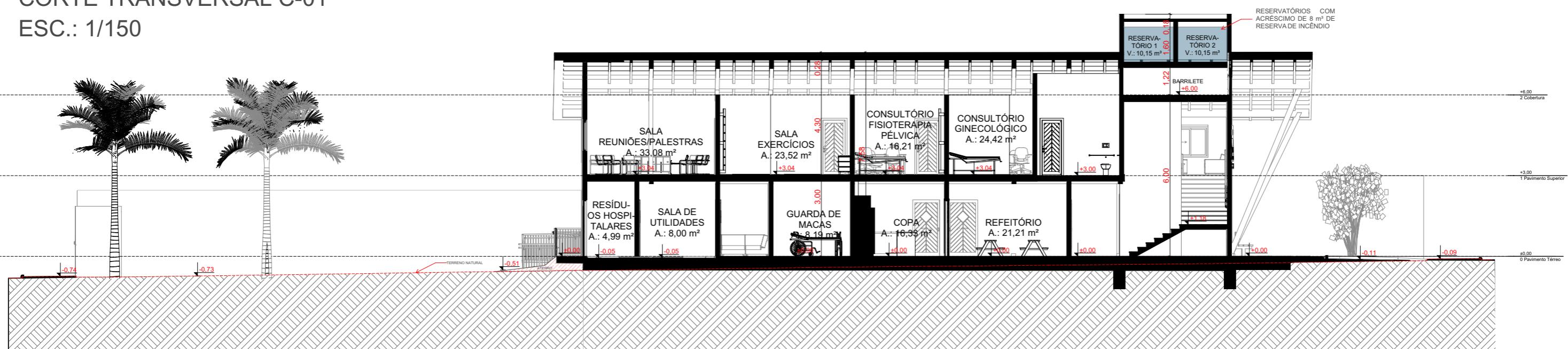






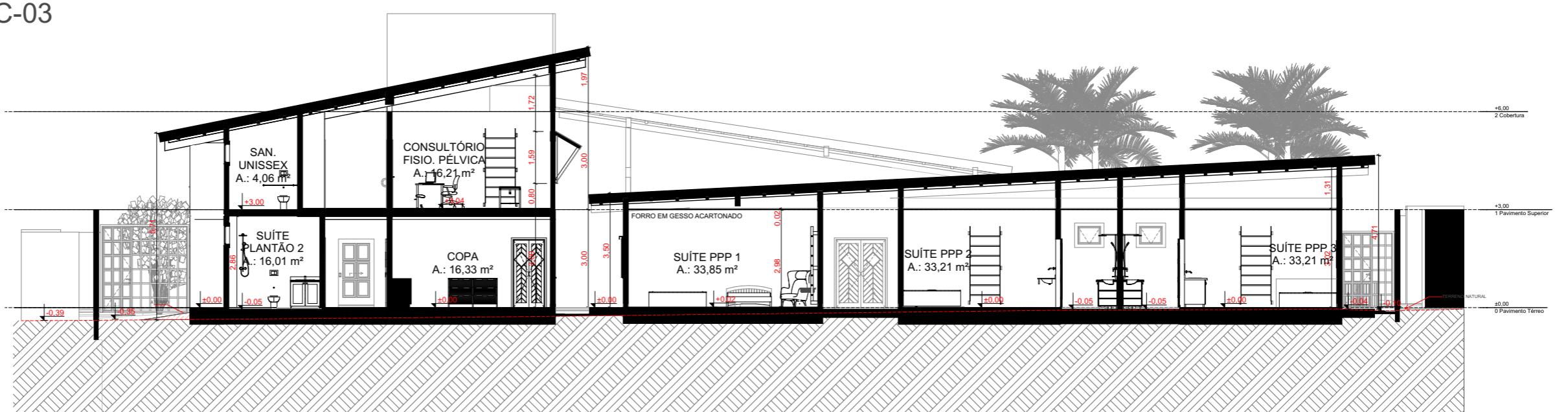
CORTE TRANSVERSAL C-01

ESC: 1/150



CORTE LONGITUDINAL C-03

ESC.: 1/150



CORTE TRANSVERSAL C-02

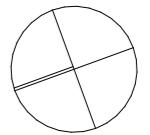
ESC.: 1/150



ELEVAÇÃO OÉS-NOROESTE
ESC.: 1/150

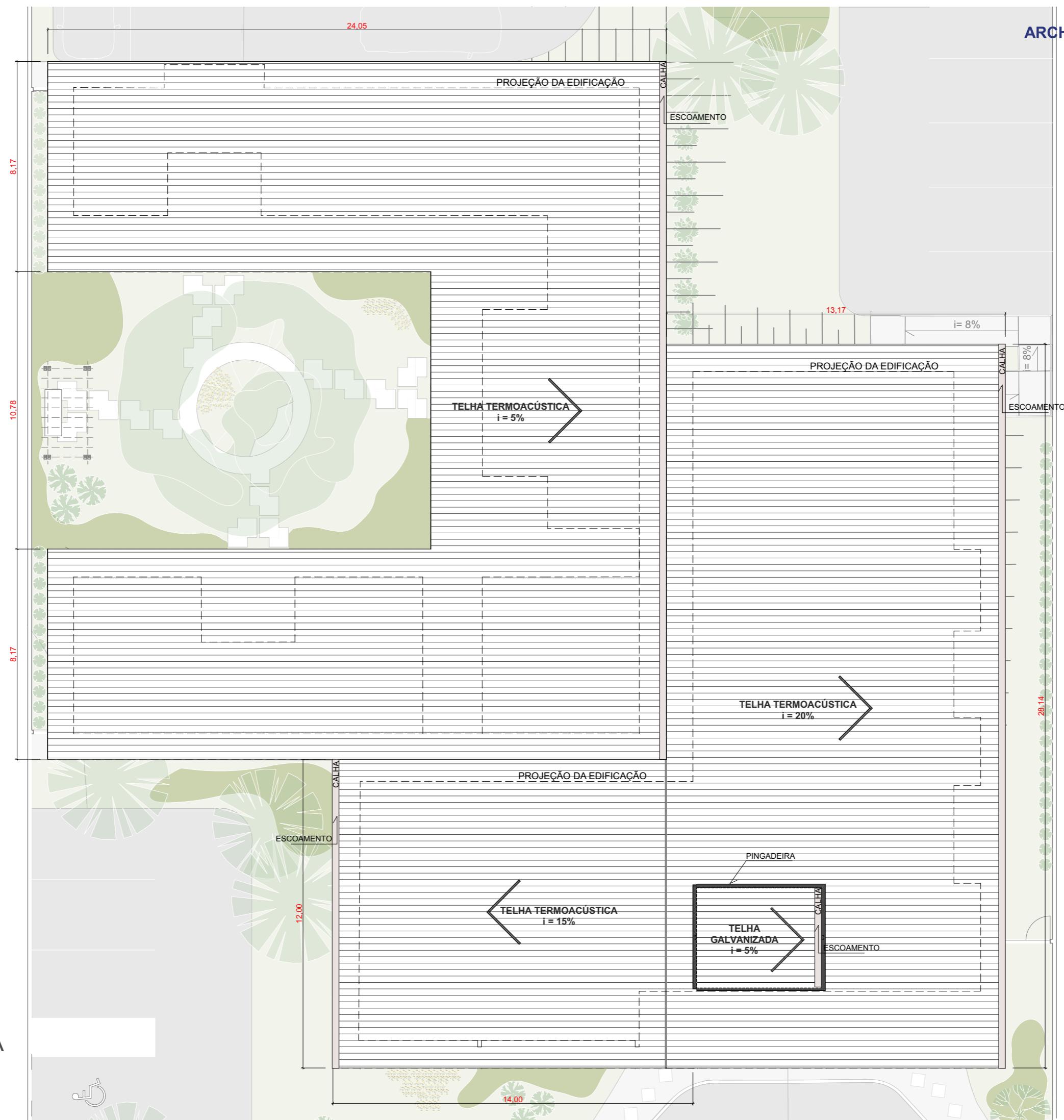


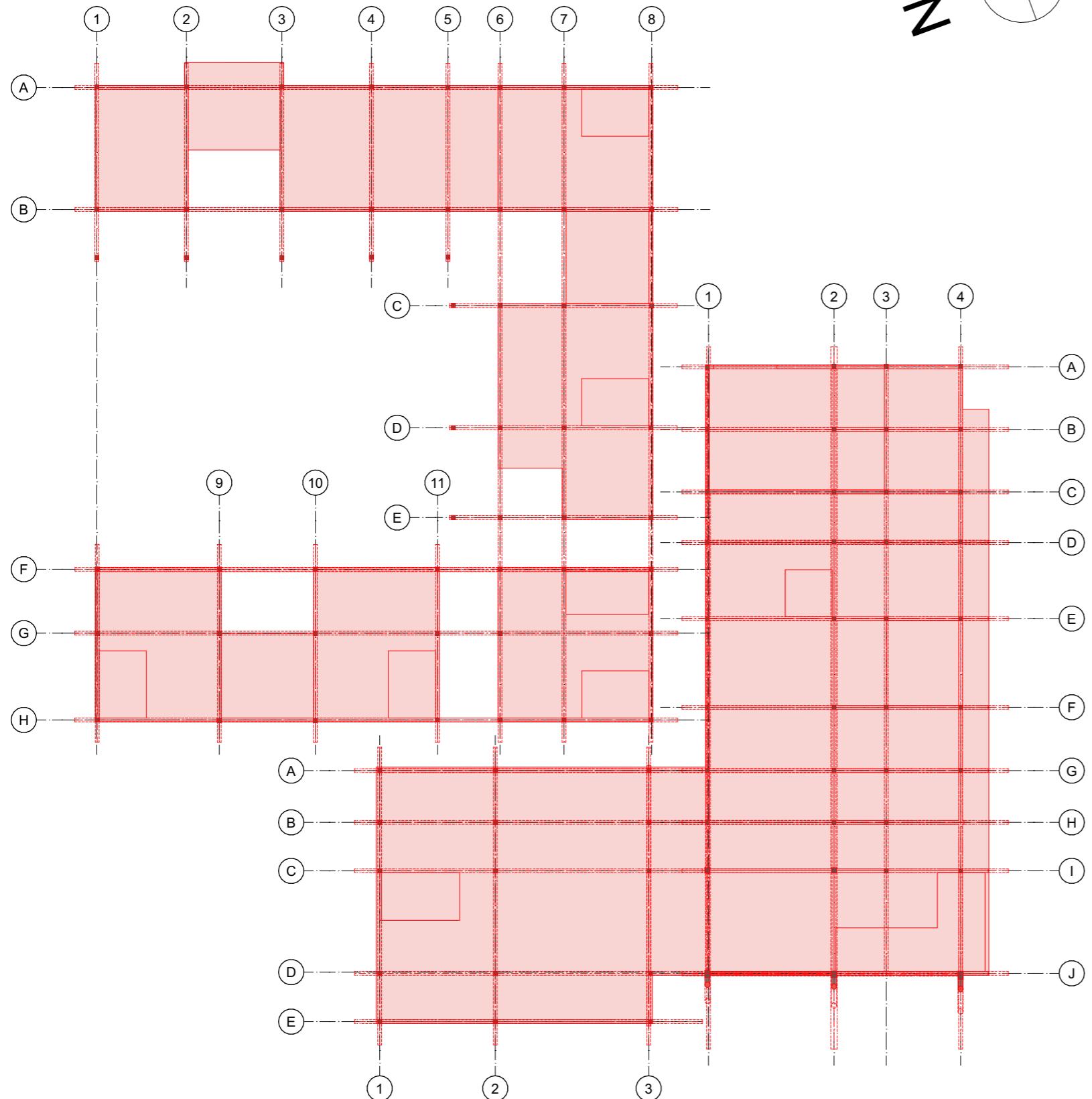
ELEVAÇÃO LÉS-SUDESTE
ESC.: 1/150



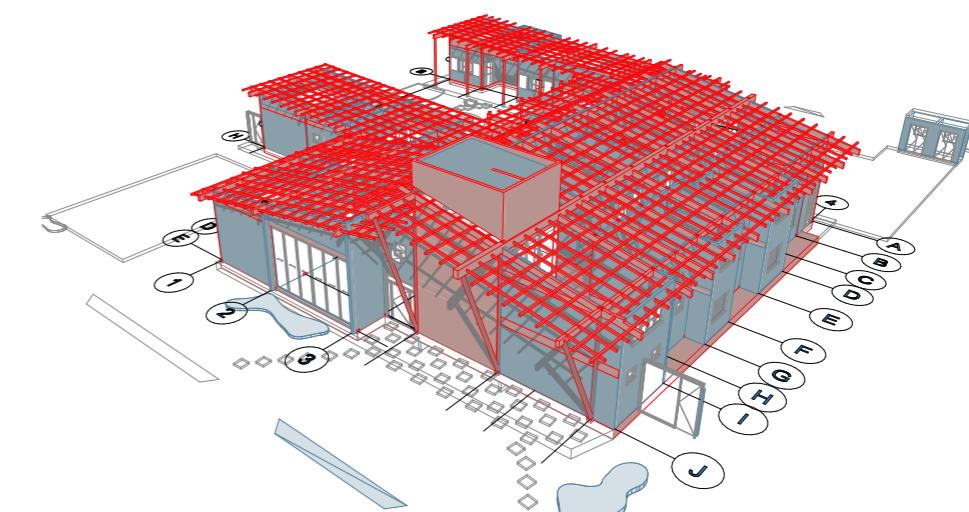
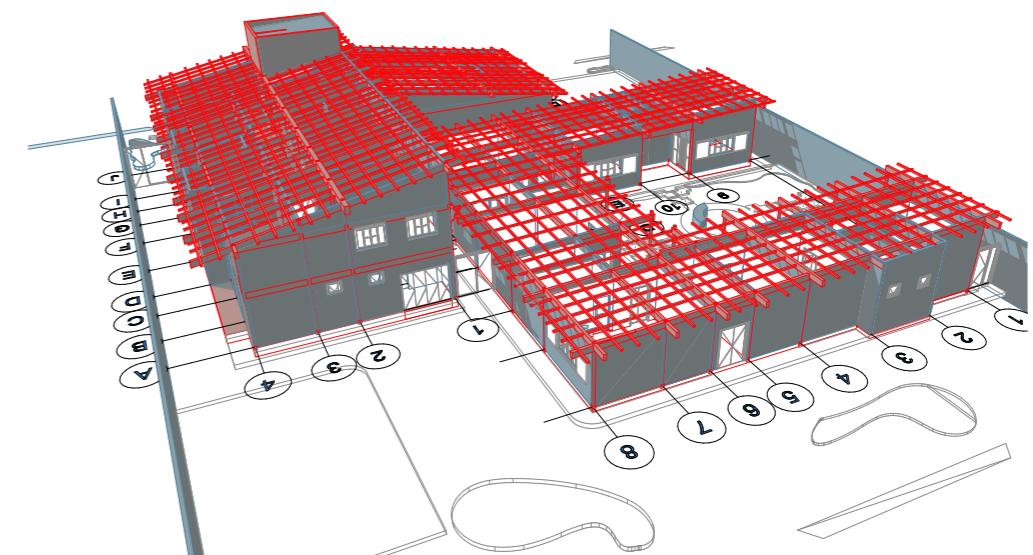
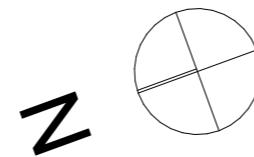
N

PLANTA COBERTURA
ESC.: 1/150

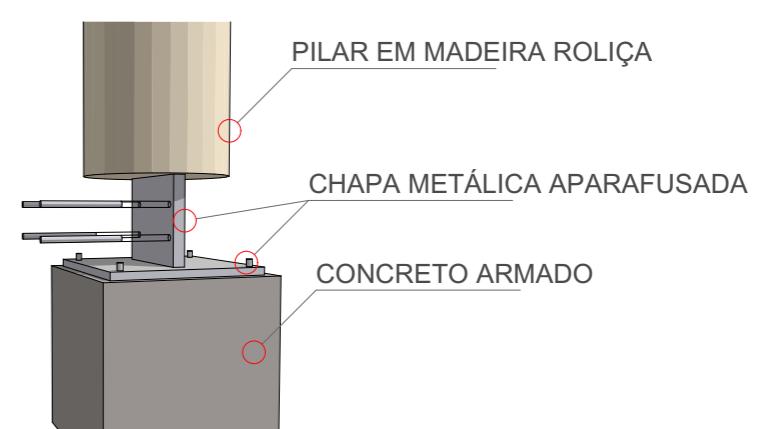




PLANTA ESQUEMÁTICA ESTRUTURAL
ESC.: 1/200



PERSPECTIVAS ESQUEMÁTICAS - ESTRUTURA
ESC.: 1/500



DETALHE PILAR E BASE
SEM ESCALA

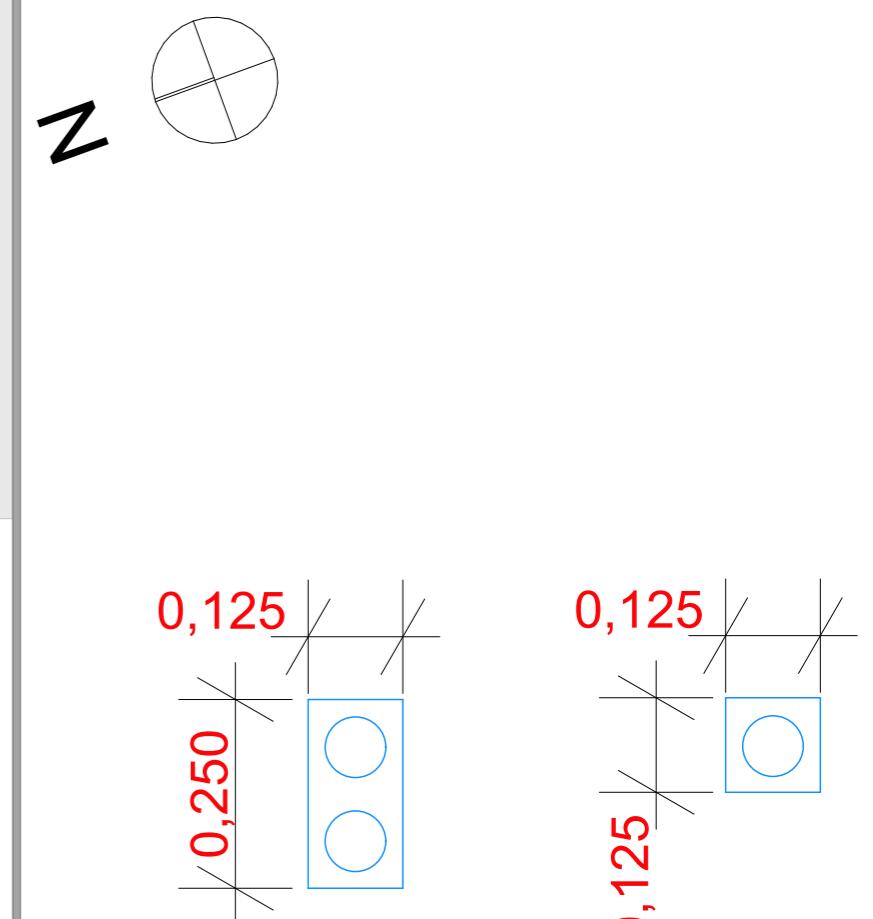


Figura 107 - Perspectiva externa - Vista de pássaro frontal



Figura 108 - Perspectiva externa - Vista de pássaro ao fundo



Figura 109 - Perspectiva externa - Fachada frontal



Figura 110 - Perspectiva externa - Fachada ao fundo



Figura 111 - Perspectiva externa - Fachada ao fundo 2



Figura 112 - Perspectiva externa - Fachada frontal 2



Figura 113 - Perspectiva externa - Fachada frontal 3



Figura 114 - Perspectivas internas gerais - Térreo e Superior



Figura 115 - Perspectiva interna - Sala de espera



Figura 116 - Perspectiva interna - Recepção



Figura 117 - Perspectiva interna - Lounge superior



Figura 118 - Perspectiva interna - Sala de reuniões e palestras



Figura 119 - Perspectiva externa - Jardim PPPs



Figura 120 - Perspectiva externa - Jardim PPPs 2

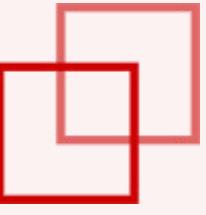


Figura 121 - Perspectiva externa - Jardim PPPs 3



Figura 122 - Perspectiva interna - Suite PPP





5

• *Conclusões*

5. Conclusões

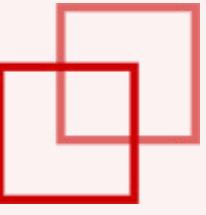
A pesquisa demonstrou que a configuração espacial exerce influência direta sobre a experiência do parto, evidenciando a necessidade de ambientes que considerem aspectos fisiológicos, emocionais e operacionais envolvidos no processo de nascer. A partir dessa premissa, o estudo integrou fundamentos teóricos, normativos, culturais e projetuais para subsidiar a concepção da Casa Luz, uma Casa Pública de Parto Humanizado localizada em Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

A investigação histórica e cultural sobre o parto, aliada à análise das normativas atualizadas do Ministério da Saúde e da ANVISA, às entrevistas com profissionais e usuárias de casas de parto e aos estudos de caso nacionais e internacionais, permitiu estabelecer uma base consistente para o desenvolvimento do projeto. As decisões projetuais foram orientadas por dados técnicos e pelas diretrizes de humanização, considerando a relação entre organização espacial, segurança assistencial e ambiência.

O estudo de casos e das referências projetuais contribuiu para a identificação de soluções arquitetônicas aplicáveis ao contexto brasileiro, bem como para o entendimento de desafios específicos relacionados à implantação, fluxos, setorização e uso dos espaços. Essas análises auxiliaram na formulação de diretrizes espaciais voltadas à autonomia da parturiente, ao controle ambiental, ao conforto físico e sensorial e à adequada articulação entre áreas técnicas e assistenciais.

O projeto final engloba plantas, cortes, fachadas, implantação, estudos esquemáticos estruturais e perspectivas, permitindo visualizar de maneira integrada o conjunto das soluções adotadas. Esses elementos demonstram a viabilidade arquitetônica da proposta e sua coerência com os princípios de acolhimento, funcionalidade e segurança previstos para Centros de Parto Normal peri-hospitalares.

Desse modo, o desenvolvimento da Casa Luz demonstra que a articulação entre diretrizes de humanização, requisitos técnicos de saúde e soluções arquitetônicas qualificadas pode resultar em um equipamento público eficiente, seguro e centrado na usuária. A proposta consolida-se como referência aplicável a futuros projetos de Centros de Parto Normal no Brasil, contribuindo para o debate sobre políticas públicas de saúde materna e para a ampliação da oferta de ambientes que favoreçam o parto fisiológico. Assim, o trabalho reafirma a importância da arquitetura como agente estruturante na melhoria da assistência obstétrica e na promoção de práticas baseadas em evidências, ampliando o campo de possibilidades para a concepção de espaços de nascimento mais adequados e equitativos.



6. *Referências*

6. Referências

A

ABNT - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050:2020 – Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos.** Rio de Janeiro: ABNT, 2020. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/NBR9050_20.pdf. Acesso em: 24 abr. 2025.

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC nº 222, de 11 de Junho de 2018 - comentada. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/rdc-222-de-marco-de-2018-comentada.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2025

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 - atualizada. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2002. Disponível em: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&tipo=RDC&numeroAto=00000050&seqAto=002&valorAno=2002&orgao=RDC/DC/ANVISA/MS&codTipo=&desItem=&desItemFim=&cod_menu=1696&cod_modulo=134&pesquisa=true. Acesso em: 25 mar. 2025.

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC nº 920, de 19 de setembro de 2024. Dispõe sobre o Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2024. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-920-de-19-de-setembro-de-2024-*-588405878. Acesso em: 24 abr. 2025.

ARIADNE LABS; MASS DESIGN GROUP. **Designing capacity for high value healthcare: the impact of design on clinical care in childbirth - final report.** Boston: Ariadne Labs, 2017. Disponível em: https://massdesigngroup.org/sites/default/files/file/2017/170223_Ariadne%20Report_Final.pdf. Acesso em: 26 jun. 2025.

B

BALASKAS, Janet. **Parto ativo: guia prático para o parto natural [New Active Birth: A Concise Guide to Natural Childbirth].** Tradução de Adailton Salvatore Meira. 2 ed. São Paulo: Ground, 2012.

BITENCOURT FILHO, F. O. **Arquitetura do ambiente de nascer: investigação, reflexões e recomendações sobre adequação de conforto para centros obstétricos em maternidades públicas.** Tese (Doutorado em Ciências em Arquitetura, linha de pesquisa Conforto Ambiental e Eficiência Energética). Rio de Janeiro: UFRJ/FAU, 2007. Disponível em: <https://proarq.fau.ufrj.br/producao/teses-e-dissertacoes/1020/arquitetura-do-ambiente-de-nascer-investigacao-reflexoes-e-recomendacoes-sobre-adequacao-de-conforto-para-centros-obstetricos-em-maternidades-publicas>. Acesso em: 31 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ambiência.** 2º ed., Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para Elaboração de Projetos Arquitetônicos Rede Cegonha: Ambientes de Atenção ao Parto e Nascimento.** 1º ed., Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_projetos_arquitetonicos_rede_cegonha.pdf. Acesso em: 28 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto e Nascimento Domiciliar Assistidos por Parteiras Tradicionais:** o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e Experiências Exemplares. 1º ed., Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de Setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html. Acesso em: 25 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de Setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html#:~:text=19.,de%20intra%2Dhospitalar%20tipo%20I. Acesso em: 17 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programação Arquitetônica de Unidades Funcionais de Saúde.** SomaSUS - Atendimento Ambulatorial e Atendimento Imediato. Brasília, v. 1, p. 1-82, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programacao_arquitetonica_somasus_v1.pdf. Acesso em: 21 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS. **Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>. Acesso em: 22 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 28 jun. 2025.

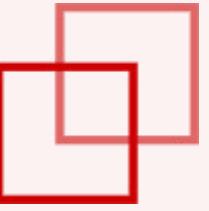
BRASIL; FIOCRUZ. Ministério da Saúde. **Atenção ao parto e nascimento em maternidades no âmbito da rede cegonha - Sumário Executivo.** 2017.

CAMPO GRANDE (Município). **Base cartográfica municipal (shapefiles).** Dados não datados. Fornecidos anteriormente à autora, sem fonte digital identificada.

C

- CAMPO GRANDE (Município). Lei Complementar n. 341, de 4 de dezembro de 2018. Institui o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano Ambiental de Campo Grande (PDDUA) e dá outras providências. Suplemento II, **DIOGRANDE**, n. 5.426, 5 dez. 2018. Disponível em: <https://cdn.campogrande.ms.gov.br/portal/prod/uploads/sites/18/2018/12/Lei-Complementar-n.-341-de-4-de-dezembro-de-2018-PDDUA.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2025.
- CAMPO GRANDE (Município). Secretaria Municipal de Planejamento e Finanças. **Perfil Socioeconômico de Campo Grande: - 2024**. Campo Grande: Prefeitura Municipal de Campo Grande, 2024. Disponível em: <https://cdn.campogrande.ms.gov.br/portal/prod/uploads/sites/18/2024/08/Perfil-Socioeconomico-de-Campo-Grande-2024-SITE-compactado.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2025.
- CASA ANGELA - CENTRO DE PARTO HUMANIZADO. **Materiais institucionais sobre a estrutura física**. São Paulo, SP, 2025. Arquivo pessoal cedido à autora.
- D** DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFfy8PdNkYgJ6ssQ/>. Acesso em: 31 mar. 2025.
- F** FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Inhalador de Tuffier**. 04 fev. de 2015. Disponível em: <https://www.museudavida.fiocruz.br/index.php/museologico/objeto-em-foco/acervo-museologico-inhalador-de-tufier>. Acesso em: 14 maio 2025.
- K** FLORESCER - CENTRO DE PARTO HUMANIZADO. **Materiais institucionais da estrutura física**. Campo Grande, MS, 2025. Arquivo pessoal cedido à autora.
- M** KITZINGER, Sheila. Prefácio. In: BALASKAS, Janet. **Parto ativo: guia prático para o parto natural**. Tradução de Adailton Salvatore Meira. 2 ed. São Paulo: Ground, 2012. p. 12-13.
- M** MARTINO, Giovana. **O que é Desenho Universal?**. ArchDaily Brasil, 31 dez. 2022. Disponível em: <https://www.archdaily.com.br/br/992875/o-que-e-desenho-universal>. Acesso em: 24 abr. 2025.
- M** MEDINA, E. T. *et al.* Boas práticas, intervenções e resultados: um estudo comparativo entre uma casa de parto e hospitais do Sistema Único de Saúde da Região Sudeste, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 1-13, 2023a. DOI: 10.1590/0102-311XPT160822. Disponível em: . Acesso em: .
- M** MEDINA, E. T. *et al.* O cuidado na casa de parto e sua conformidade com as diretrizes nacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 2065-2074, 2023b. DOI: 10.1590/1413-81232023287.15842022. Disponível em: . Acesso em: .
- M** MEIRA, A. S. Introdução à Edição Brasileira. In: BALASKAS, Janet. **Parto ativo: guia prático para o parto natural**. Tradução de Adailton Salvatore Meira. 2 ed. São Paulo: Ground, 2012. p. 16-18.
- M** MEIRA, A. S. Parto Ativo no Brasil. In: BALASKAS, Janet. **Parto ativo: guia prático para o parto natural**. Tradução de Adailton Salvatore Meira. 2 ed. São Paulo: Ground, 2012. p. 316.
- O** O GLOBO. **Parto normal: taxa de cesáreas segue em alta no Brasil, entenda os motivos**. Rio de Janeiro, 6 mai. 2024. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/noticia/2024/05/06/parto-normal-taxa-de-cesareas-segue-em-alta-no-brasil-entenda-os-motivos.ghtml>. Acesso em: 21 mar. 2025.
- S** ODENT, Michel. **Bebês precisam nascer entre uma grande diversidade de micróbios familiares**: entrevista concedida a GZH. GZH, Porto Alegre, 20 jan. 2017. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/vida/noticia/2017/01/michel-odent-bebes-precisam-nascer-entre-uma-grande-diversidade-de-micrbios-familiares-9473917.html>. Acesso em: 28 mar. 2025.
- S** ODENT, Michel. Introdução. In: BALASKAS, Janet. **Parto ativo: guia prático para o parto natural**. Tradução de Adailton Salvatore Meira. 2 ed. São Paulo: Ground, 2012. p. 14-15.
- S** SÃO PAULO (Município). **Nasce o bebê de número 4 mil da Casa Ângela, pioneira e referência do parto humanizado no Brasil**. Portal da Prefeitura de São Paulo, 29 maio 2024. Disponível em: <https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/nasce-o-bebe%C3%AA-de-n%C3%BAmero-4-mil-da-casa-angela-pioneira-e-refer%C3%A3ncia-do-parto-humanizado-no-brasil>. Acesso em: 21 mar. 2025.
- S** SPIRALE ARQUITETURA. **Espaço Multiuso Cerratenses**. ArchDaily, 15 mar. 2023. Disponível em: <https://www.archdaily.com.br/br/993423/espaco-multiuso-cerratenses-spirale-arquitetura>. Acesso em: 24 jun. 2025.
- W** WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513802/table/executivesummary.tu1/>. Acesso em: 26 jun. 2025.
- Y** YEONHAN ARCHITECTS. **Centro de Cuidados Pós-Parto MizMedi DEAR'ONE**. ArchDaily, 14 fev. 2024. Disponível em: <https://www.archdaily.com.br/br/1024675/centro-de-cuidados-pos-parto-mizmedi-dearone-yeonhan-architects>. Acesso em: 23 jun. 2025.

Ca
pêndice



Apêndice

A. Entrevista 1: Enfermeiras Obstetras - Transcrição

Entrevistada 1: Eloína de Matos (Enfermeira Obstetra e Sócia-proprietária da Florescer)

Entrevistada 2: Ana Flávia (Enfermeira Obstetra)

Local: Florescer - Centro de Parto Humanizado, Campo Grande (MS)

Data: 10 de abril de 2025

Horário de início: 13:30h (Horário local)

Duração: 13 minutos e 10 segundos, após, foi feita visita *in loco*.

Identificação: P: pergunta; e R1: resposta Eloína; R2: resposta Ana

P: A casa de parto aqui, ela foi construída ou é uma reforma?

R1: Isso, quando a gente comprou o local, tinha uma construção e inicialmente a gente ia aproveitar as paredes que existiam, mas no fim das contas a gente precisou demolir, fazer do zero, justamente por conta do projeto arquitetônico.

P: E como que é o funcionamento aqui da casa? Desde a admissão da gestante até o momento que ela encerra o processo com vocês?

R1: Nós temos várias modalidades de assistência. Mas o mais completo, vamos dizer assim, ela inicia no pré-natal. Tem gestantes que vêm, mulheres que vêm antes de gestar, então, numa consulta pré-concepcional. E tem mulheres que vêm já gestantes e aí realizam pré-natal com a gente. Todas as que realizam o pré-natal e que querem parto aqui, vão ser atendidas aqui. Então, quando ela entra em trabalho de parto, ela vem para casa de parto, permanece na sala de parto aqui. Após o nascimento, permanece mais 6 horas. E aí ela tem uma alta que a gente chama de alta oportuna, né? Então, com 6 horas do nascimento, se estiver tudo bem com ambos, eles recebem alta. E aí nós fazemos outras três consultas de pós-parto. Então, a gente acompanha pós-parto na primeira semana de vida, da mamãe e do neném.

P: Mas se depois a pessoa quiser continuar com o acompanhamento, ela consegue aqui com vocês?

R1: Sim, nós temos, nós somos uma equipe multiprofissional. Então aqui tem ginecologista obstetra, tem pediatra, tem fisioterapeuta pélvica, a nutricionista. Elas atendem tanto gestantes como famílias que não são gestantes, tentantes, nada assim. Então a pediatra mesmo tem muito bebê aqui conosco, e está fazendo o acompanhamento com a pediatra depois.

P: Acho que você já respondeu antes. Mas, vocês não tem um período limite para admitir a gestante aqui? De quantas semanas a gestante está?

R1: Não, o parto tem tempo específico, então para parto, para nascer aqui tem que ser entre 37 semanas e 41 semanas e 6 dias. Aí para ela estar em trabalho de parto e ter o bebê aqui, mas ela pode ser admitida assim como 40 semanas como a gente já teve. E aí pariu dois dias depois.

P: Em relação ao espaço, vocês tem áreas externas onde as gestantes tenham acesso?

R1: Tem. As duas suítes de parto, na verdade, elas dão acesso a um corredor. E aí nós fizemos uma parte ali, para poder ter um aspecto verde assim de dentro da suíte. E ao fundo da casa de parto tem um jardim

também. Atualmente está em reforma porque a gente tá mexendo no deck que tinha ali. A gente mudou o pergolado de lugar também, que a gente vai fazer uma sala de exercício.

P: E você acha que eles afetam esse momento do parto, esses ambientes externos?

R1: Sim, sim. Depende muito de cada mulher, mas só de ter a porta da suíte que dá para esse corredor, é uma porta totalmente de vidro, né? Então, só de ter esse acesso, a gente sempre fala para elas que se cansarem de ficar em trabalho de parto dentro de um quarto fechado. Elas têm acesso a um jardim, que elas podem de fato andar. Então, ter esse acesso é muito legal. Nem todo mundo faz uso. Tem muitas pessoas que fazem uso pós-parto, depois que nasce, aí vai lá tomar um café lá fora, fazer alguma coisa lá fora.

P: Quem são as pessoas que são atendidas aqui pela casa de parto? O perfil delas, idade, renda, escolaridade.

R1: Nossa, varia muitíssimo assim, mas mulheres em idade fértil. Varia bastante, com relação à renda. Varia muitíssimo. Então, tem mulheres que possuem uma vida financeira super estável e muito boa e tem mulheres que fazem empréstimo e parcelam em 10 cartões. É muito variável.

P: E quanto a escolaridade?

R1: A grande maioria é superior. A grande maioria. Mas tem dos dois.

P: Você já citou anteriormente, né? Mas quais são os profissionais que estão envolvidos aqui com a casa de parto? E qual é a função e responsabilidade de cada um?

R1: Parto dentro da casa de parto, eles só acontecem para gestações de risco habitual, né? Então, para as gestações de risco habitual, o enfermeiro obstetra tem inteira capacidade e respaldo jurídico para atender integralmente. Então, os partos são atendidos integralmente por enfermeiro obstetra. Ela pode, se a senhora, ela quiser, trazer o médico ginecologista obstetra dela ou o pediatra, ela pode. Tanto como ela pode não ter esses profissionais aqui. Nós temos outras parcerias, então a gente tem parceria com pediatra e dermatologista que atende aqui. A gente tem parceria com ginecologista, com três ginecologistas obstetras que podem atender aqui ou hospitalar. Mas em suma são enfermeiras obstetras. Hoje nós somos cinco enfermeiras. Obstetra que atende aqui tem uma, que ela atende consulta de fato aqui, mas aí de backup nós temos mais duas, além desta. Tem uma pediatra que atende corriqueiramente aqui também, no desenvolvimento infantil e consultas. Tem uma nutricionista e uma fisioterapeuta pélvica. Tem uma esteticista também.

P: Então, dentro da função do parto, vocês que meio que se encarregam de tudo e os outros profissionais são complementares, ou antes ou no pós?

R1: Isso. Acaba que a nutricionista atua na parte da nutrição, né, em consulta de nutrição. Mas as nossas atividades vão desde consulta de pré-natal, consulta de pós-parto, consultoria de aleitamento materno, próprio parto, rodas educativas.

P: Vocês não têm obrigatoriedade de ter uma médica obstetra, né, dentro do espaço?

R1: Não. A obrigatoriedade é de que seja um risco habitual, né? Se for uma gestão de algum tipo de risco, aí a gente não pode mais atender aqui.

P: A casa de parto possui algum uso que não seja relacionada à maternidade? consultas ginecológicas de rotina ou similares?

R1: Sim, consultas ginecológicas. Não sei se pediatra entra, né? A consulta com o bebê depois. Então faz até tipo dois anos. Coloca brinquinho no neném. Então não é um negócio assim muito relacionado ao parto.

P: As outras profissionais, por exemplo, a nutricionista, a fisioterapeuta entram na questão de quem está gestante, para ter o parto?

R1: Também. Elas atendem pacientes externos também, delas. Elas trazem pacientes externos que não estão gestantes, que não tem nada a ver com a casa.

P: A casa de parto possui um ambiente para atendimento emergencial? Como que você lida se acontecer uma situação atípica?

R1: As emergências elas são muito reduzidas em casa de parto justamente porque são de situação de risco habitual e tudo mais. Mas quando acontece normalmente são realizadas, são contidas dentro da suíte mesmo, porque normalmente ela vai estar na suíte, né? Então é intra parto, acontece alguma coisa, alguma emergência, tem protocolo específico para todas, todo e qualquer tipo de emergência que possa ter aqui, ela é resolvida dentro da suíte ainda. Em todos os partos fica uma ambulância de sobreaviso, a gente tem um convênio com a [nome da empresa ocultado]. Então, se for um caso de uma emergência que precisa transferir para o hospital, a gente aciona essa ambulância, a gente vai estabilizar a paciente na suíte e aí passa para a ambulância para poder fazer a transferência hospitalar. Existe uma sala específica para bebê, que é a sala de estabilização do neném, aí tem uma sala específica para isso, mas normalmente lá contém os materiais, a gente leva o material para dentro da suíte para poder fazer os cuidados com o bebê.

P: Parto por cesariana não ocorre aqui?

R1: Não. Se for uma indicação de cesárea a gente transfere para o hospital.

P: E como que você acha que seria uma casa de parto ideal, o que não poderia faltar de forma alguma?

R1: Tem que ser eu?

P: Não, pode ser ela também.

R2: Profissionais capacitados, com segurança no que tá sendo feito, tanto de conhecimento, quanto de estrutura, quanto de material. Acho que a segurança é o ideal.

R1: Acolhimento, querendo ou não, é uma diferença muito grande do hospital. Então, muitas pessoas procuram porque elas têm medo de sofrer violência obstétrica, medo de como serão recebidas e a gente cria vínculo mesmo com as pacientes. Então, é super corriqueiro uma paciente ter bebê aqui e voltar depois com vontade de tomar café.

R2: Porque elas de fato criam vínculo, né? Eu acho que esse acolhimento, assim de fato, de tratar a mulher de uma forma integral, é essencial também.

P: Do ponto de vista da arquitetura, tem algum ambiente assim que é primordial?

R2: Ah, faz muita diferença. A gente sempre fala da ambientação. É, toda a ambientação, as luzes indiretas, a gente precisa de água quente, então desde a banheira até um chuveiro com local que tenha uma proteção, porque às vezes no chuveiro ela precisa de adaptação, né, para poder se segurar essas coisas assim.

R1: A gente pensou em tudo assim, quando a gente foi fazer no caso aqui. Mas até de cor das paredes, dos consultórios, a coloração dos móveis, que passasse um ar de tranquilidade, de local limpo, clean. Dentro da suíte de parto, você vai ver lá, mas tem várias luzes indiretas, então em trabalho de parto a luminosidade altera a produção de oxitocina. E aí pode intervir diretamente no parto, então tem várias iluminações indiretas. Até o piso, dentro da suíte é térmico. Então a ideia dela poder estar descalço e não ficar com pé gelado. Existem algumas hipóteses sobre isso. Sobre o pé ter que estar aquecido durante o trabalho de parto.

R2: Eu acho que a ambiência é um dos pontos chaves da casa de parto, para ser sincera. Além do atendimento e de todo o resto, mas a ambiência é o que mais faz os pacientes virem para cá.

R1: Uma frase que é assim, quase unânime, todo mundo que vem visitar fala: "Nossa, mas dá uma paz aqui, é um negócio bom." E a gente sabe que isso é totalmente a ambientação.

P: Tem alguma coisa assim que vocês gostariam de falar abertamente, sobre o parto, sobre a casa de parto? Algo que vocês achem que seria interessante que eu não perguntei.

R1: Eu acho que as casas de parto ainda não são tão conhecidas, né? Principalmente aqui na cidade. Então, as pessoas têm muito, de fato, desconhecimento e preconceito com relação às casas de parto. Então, a intenção é, principalmente, as pessoas acham que, por não ser um hospital, não é seguro. E aí quando não viu a casa, às vezes fala assim, uma gestante fala: "Ah, eu vou ter bebê na casa de parto". A pessoa forma na cabeça dela uma casa abandonada, que a gente coloca a gestante e pede para Deus para dar certo, sabe? Como se não tivesse estrutura e tudo mais. O que a gente sempre faz, recomenda que venham conhecer a casa de parto. Porque quando vê que existem equipamentos, existem materiais, é uma instituição de saúde, por que as pessoas acreditam que não é uma instituição. Então, é uma instituição de saúde legislada, tá tudo certo.

R2: Sim, a vigilância vem aqui conforme vai no hospital. É a mesma coisa, né?

R1: Nesse sentido. É que o tipo de assistência é diferente. Eu sempre falo que a assistência daqui e do hospital, ela difere, porque a necessidade de uma gestante daqui e uma necessidade de uma gestante que está no hospital difere também. Então, aqui são gestantes saudáveis. Lá no hospital devem ser gestantes que podem ter algum problema de saúde. E aí essas gestantes, de fato, não é para vir para cá, é para ir pra lá, né? E por isso que lá no hospital tem centro cirúrgico, anestesista, cirurgião a postos. Porque lá chega uma mulher que não fez ultrassom nenhum ou que fez pré-natal mas não tratou uma infecção. Enfim, eles não sabem o que vai chegar. Eles não tem esse controle de demanda. Aqui a gente tem, porque a gente só vai atender parto de quem a gente já está atendendo. Então a gente diminui muito esses riscos. E é por isso que a diferença do profissional também acontece. Lá vai precisar dessas pessoas que de fato precisam saber resolver um problema e aqui ela precisa de um profissional que sabe conduzir com especialidade o parto normal.

B. Entrevista 2: Mãe 1 - Transcrição

Entrevistada: Sarah Teves (Arquiteta e Urbanista)

Local: realizada de forma virtual (Google Meet)

Data: 23 de maio de 2025

Horário de início: 10:30h (Horário local)

Duração: indeterminado, houveram pausas por motivos técnicos.

Identificação: **P:** pergunta; e **R:** resposta

P: Sara, você tem quantos filhos?

R: Tenho dois.

P: Qual é a idade deles?

R: A Sofia tem 3 anos e 2 meses e o Iago tem 1 ano e 1 mês.

P: O parto deles aconteceu aqui em Campo Grande?

R: Sim, dos dois.

P: E foi pela rede privada ou pelo SUS?

R: Foi por rede privada, né? Por plano de saúde.

P: Você quer contar um pouco sobre como foram essas experiências de parto?

R: Sim. Bom, a Sofia foi mais tradicional, né? Porque eu engravidhei. Aí eu peguei a indicação com duas amigas sobre obstetras. Porque o meu, na época, ginecologista e obstetra, e eu nunca tinha usado a parte de obstetrícia, mudou de cidade. Então, elas me indicaram uma. Aí eu fui e ela me atendeu pelo plano de saúde, fui fazendo acompanhamento. Porém, pelo o que eu sabia das gestações dessas duas amigas e porque eu engravidhei e comecei a estudar bastante, né? Sobre gravidez e parto, eu percebi que ela era uma médica que gostava de botar as mulheres para fazerem cesárea, achar desculpa para marcar o parto e fazer cesárea. E assim, eu não ligo, nada contra cesárea, mas eu não gosto de ser enganada. Eu não gosto que alguém venha e invente uma desculpa para mim para eu fazer alguma coisa, até porque eu nem pensava o que eu queria mesmo, nunca foi um sonho, parto normal. Mas estudando, pensando nos benefícios, aí eu falei: "Ah, quero então ter parto normal" e nisso eu fui atrás de saber com doulas daqui de Campo Grande, pelo conteúdo de Instagram mesmo. Eu não contratei nenhuma. Nem cheguei a orçar nada. Com essas doulas que postam informações no Instagram, eu vi que na época, em Campo Grande, o melhor hospital para ter bebê se quisesse parto normal por convênio com plantonista seria no El Kadri. Porque lá tinham salas de parto normal e estavam melhores, reformadas. Enfim, lá os médicos também eram mais favoráveis a tentar o parto normal, diferente da maternidade que também parece que, já vão te enviando pra cesária. Eu fiz todo esse processo, normal a minha gestação, tranquilo. Aí, com 38 semanas a gente começa a ir semanalmente. Eu fiz 38 semanas, e fui na consulta, eu tinha feito ultrassom um dia antes, mostrei para ela, a médica disse: "Ah, sua barriga ainda está alta, acho que vai demorar". Aí, no outro dia eu entrei em trabalho de parto. Como eu sabia que ela dava plantão às sextas-feiras na maternidade, que era geralmente quando ela marca os partos dela, porque aí essa era uma vantagem dela, para quem não quer pagar a mais e quer cesárea. Ela marca no plantão dela, então você não paga mais para ela fazer seu parto. Aí eu entrei em trabalho de parto numa sexta, só que foi sexta, de sexta para sábado. Aí eu pensei: "Ah, nem adianta eu então ir para maternidade ela vai estar lá, ela é minha médica e tal, só que ela não vai mais estar no plantão dela, então eu vou para o El Kadri mesmo. Eu não gosto de incomodar as pessoas, eu nem liguei para ela, então eu fui para o El Kadri. Eu não tinha visitado nada, eu só tinha visto por notícias os ambientes. Aí chegando lá, eu não sabia que passa pela triagem normal, eu achava que já chegava indo para a sala de parto. Aí minha bolsa estourou lá. Eu esperei para ir, porque eu aprendi que tinha que esperar as contrações estarem ritmadas de 5 em 5 minutos por mais de meia hora. Aí eu cheguei lá já com 4 cm, minha bolsa estourou no meio do corredor, filme de cinema, enfim. Aí eu subi, tava vazio, subi para sala de de parto. E é um choque assim. Você chega lá, você fala: "Tá, e agora? Que que eu faço?" Porque ninguém te explica nada, ainda mais lá que você leva só a caderneta de gestante. Os médicos estão lá de plantão. Inclusive, a médica que eu descobri depois que estava lá de plantão era referência em parto humanizado. Uau! Ela tava lá de plantão. Eu ficava meio encucada com as coisas, porque eu descubri que eles fazem sem te avisar na maternidade. Em maternidades assim, de colocar medicação, para acelerar as contrações, coisas que eu não gostaria que acontecesse. Eu imprimi meu plano de parto, mas esqueci. Eu não imaginava que ia estar em trabalho de parto. Ficou eu e meu marido largados lá numa sala. Enfim, pelo menos a enfermeira era boazinha e me ajudou a ligar a banheira, que eu fiquei praticamente o tempo todo na banheira com água e tinha um chuveiro em cima da banheira. Era uma banheira parecida com essas de hidromassagem. Que a da Lumen, ela é mais tipo individual. Aí eu fiquei com o chuveiro bem em cima que ficava caindo água nas minhas costas. Eu praticamente fiquei a maior parte do tempo lá e abandonada e não sabia que horas era, ninguém aparecia. E assim, nunca tinha tido um filho, né? Então, eu imaginava que eles teriam que ir lá me olhar mais vezes para ver como estava a evolução, mas eles não iam. Meu marido que tinha que ir lá brigar. Eu cheguei lá 4 horas da manhã, então eu não sei se o povo tava dormindo. Fiquei lá e aí eu pedi analgésico, porque eu não tenho nada contra analgésico. E aí a médica apareceu lá e falou: "Ah, eu só dou analgésico com 7 cm". Quando chegaram os 7 cm, aí eu pedi de novo. Ela: "Ai, nem vai fazer diferença te dar analgésico". Então, aí eu já tava louca, louça, com 7 cm, você já fica assim. Bom, eu pelo menos tava me mordendo, socando a parede, gritando que eu ia morrer, que eu ia sair correndo, que era para ligar para minha médica, que eu queria cesárea, já tava assim, né, em outro mundo, e lá na banheira, que acho que a maior parte eu fiquei na banheira, só saí da banheira quando ia para maca fazer exame de toque e

eu lembro daquele quarto, primeiro que ficou uma zona, eu lembro de eu saindo de lá para ir para a cesária. Mas eu sei, era um quarto que eu pensava: "Mas gente, é aqui mesmo que o bebê nasce", porque, enfim, tinha a maca, um banquinho e tal, mas não sei, era tudo tão claro, então, um quarto de hospital e era esquisito. Eu não ficava pensando nos próximos passos. Aí, nisso, eles pararam de aparecer, trocou o plantão, apareceu um médico que me viu lá descabelada, acabada. Lembro até hoje, ele pareceu um anjo lá na banheira quando ele chegou. Aí eu falei para ele que não aguentava mais que eu queria cesária, que eu ia morrer e tudo mais. Aí ele era bem bonzinho. Eles estavam enrolando, quando estava preparando o quarto, tinha chegado umas emergências. Eu fui para cesária 10:00 da manhã, então eu entrei, eu comecei a sentir contrações, eu acho que era umas 10:00 da noite um pouco antes, aí eu fui para maternidade umas 4:00, para o El Kadri. Depois ela nasceu de fato umas 10:00 da manhã e aí era um negócio de aí vamos te buscar para ir para cesária, aí me sentavam lá na maca tendo dor, ficavam secando meu cabelo, que tinha que ir no cabelo seco, umas coisas assim, enfim, bagunçado. Aí, foi isso, da Sofia eu fui para cesária e aí eu tive a recuperação super tranquila e tudo mais. Depois eu fiquei pensando, estava arrependida de não ter aguentado mais, mas é que eu não tinha ninguém, ninguém conversava comigo, ninguém aparecia, então eu não fazia ideia se ia demorar, se não ia. Claro que não tem como saber. Mas assim, você fica abandonada lá, pelo menos eu, eu fiquei abandonada. Ninguém ficava lá com a gente, nem aparecia, não tinha nada assim. Fiquei lá mais 2 dias, no apartamento, no hospital. Tive alta, vida que segue, aí continuei o acompanhamento com a minha médica mesmo. A Sofia precisou tomar ferro mais tarde, porque pelo vídeo que o Juan fez, deu para ver que eles esperaram mais de um minuto para cortar o cordão umbilical. Mas aí eles trouxeram ela para mim um pouquinho. Depois eles vão lá fazer as limpezas e tal, depois trouxeram de novo e já colocaram ela para mamar logo. Foi depois quando eu já tava na sala pós-cirúrgica. Passou uma enfermeira aleatória e veio assim: "Você já tem leite?" Eu falei: "Não sei". Ela pegou e apertou o meu peito e aí botou o soro para mamar. Então, acho que o dela teve um contato pele a pele mais rápido, mais no rosto. Ah, eu também consegui assistir a minha cirurgia porque eles esqueceram de subir o campo. Então, eu consegui ver tudo. Até que eu gostei, porque eu consegui acompanhar. Enfim, mas acho que não é normal. Então, teve um pouco, apesar de ser cesárea, ele não foi desses mais antigões que já corta o bebê, leva o bebê para longe, você nem vê o bebê. Ele deixou eu ver Sofia um pouquinho. Vou mais para frente agora, quando eu engravidhei do Iago, a Sofia tinha um ano e três meses, então assim, como tinha tido uma cesárea, era mais recomendado que fosse parto normal e assim, depois que você passa toda a humilhação, você esquece da humilhação, da dor, você fala: "Ah, vou tentar aí de novo, não é tão ruim assim". Aí lá fui eu. E eu tinha mudado o plano de saúde, não era um plano de saúde agora tão bom, então para eu seguir com essa ideia de só ter consultas pelo plano de saúde, eram assim, as consultas não é com médico específico, no consultório, você tem que ir lá no centro deles e aí marcar com quem tiver disponível. Eu acho isso muito ruim para o acompanhamento, mas minhas gestações são sempre bem tranquilas, né? Então, eu vi que a Lumén tinha inaugurado. Eu sei que elas já faziam o serviço, né, nas casas, mas elas tinham inaugurado o espaço físico. E aí eu resolvi ver lá como eram os planos. Minha mãe e meu marido estavam com um pouco de preconceito, com medo e tal, de não ser um hospital, se tivesse uma emergência. Mas a gente fez a visita guiada. Eu gostei. Aí eles também viram que era bem seguro. Eu fiz isso tudo sem nem ter feito o beta-HCG. Eu só tinha o teste de farmácia que eu estava grávida e fui seguindo a vida, não fiz nenhum exame. Então, eu fechei com elas antes de fazer qualquer consulta pré-natal. Resolvi fechar esse acompanhamento que eu ia fazer o pré-natal com elas. Então, elas me pediram os primeiros exames e tudo mais. E a elas mostraram, né, todo o ambiente, gostei bastante do acompanhamento. Foi super tranquilo o meu acompanhamento, lá é bem confortável, inclusive, de fazer as consultas, porque a Sofia ia junto, ajudava a auscultar o bebê, tem várias aulas, preparações, tinha o pilates que eu quase não ia, mas assim é um ambiente bem bonito, o jardim e tudo, então você já vai se acostumando com o lugar, então isso foi bem bom, nessa diferença do que só chegar lá na maternidade, nunca vi, e entrando pensava o que vai acontecer. Ali você tem mais noção do que vai acontecer, do que esperar. Foi praticamente do mesmo jeito que eu percebi que estava em trabalho de parto da Sofia e do Iago. E, como foi muito igual, eu acho que elas não estavam acreditando que ia

realmente evoluir tão rápido, porque de novo tava com 39 semanas só, minha barriga tava alta ainda, ele não tava tão encaixado assim, mas foi igualzinho e eu sabia que eu não tenho contração de treinamento, então eu sabia que quando começa é que vai nascer. Aí eu mandei uma mensagem avisando, brincando se é para reservarem uma suíte para mim e aí, só que aí, né, como eu lembrava das coisas da Sofia, eu para não desesperá-las, eu fui quando eu percebi que tava bem ritmada as contrações para avisar elas, né, que podiam vir me avaliar em casa. Só que aí eu acho que dessa vez eu tava talvez, mais forte, não sei, eu sei que elas vieram até minha casa, eu já estava com 7 cm de dilatação. Então, olha, se o transporte até o até a até o El Kadre com 4 cm eu sofri, com 7 cm no carro, foi pura humilhação. Aí eu fui para casa de parto, depois toda essa humilhação no trânsito de Campo Grande. Eu e o Juan, depois minha mãe tinha levado a Sofia para dormir na casa dela, depois que ela dormiu, ela foi para lá também, que isso era algo que eu queria. Que o Juan não veja isso, mas é que ele não tem, ele é um bom acompanhante, sabe, de parto. Não sei se ele estava com medo de eu bater nele, morder ele, acho que eu inclusive tentei fazer isso. Quando eu estava com contração e apertar ele, ele ficava meio longe de mim lá no hospital quando a Sofia nasceu. E na casa de parto pode levar mais acompanhante, aí minha mãe foi também. Apesar que a minha mãe, eu queria era a minha avó, na verdade, porque a minha mãe nunca teve paciência com a gente doente também. Mas enfim, ela foi ela, foi uma boa acompanhante. Ela ficava segurando a aguinha quente nas minhas costas. Então, foi bem assim, quando chega lá, parece que nossa, até relaxa de ver um lugar, né, confortável. Aí cheguei lá, fui já pra suíte, acho que só tinha eu lá, tendo bebê, que bom, se não eu ia traumatizar mais alguém. Eu lembro que eu gritava no banheiro, eu pensava: "Meu Deus, será que os vizinhos do prédio ali perto estão me escutando"? Ouvi dizer que parece que eles escutam. Aí, é, mas assim, é bem legal, porque apesar de eu conhecer durante o dia, é um outro ambiente que elas preparam quando tá de fato em parto. Assim, algumas coisas eu não percebi na hora quando eu entrei. Mas a luz tava bem mais baixinha, elas personalizam com o nome do Iago, tipo vem água. Aí tem umas frasezinhas. Fica bem bonitinho, cheiroso também, eu lembro do cheiro. E e aí, enfim, fiquei entre o chuveiro, lá o chuveiro era bem confortável de ficar, porque tinha as barras, tinha banco, era um banheiro amplo, era escurinho. E depois de ficar muito tempo no chuveiro, aí eu fui para a banheira. A banheira lá é diferente. Ela é única, vamos dizer assim, não é tipo hidromassagem. Eu acho que talvez eu prefiro a banheira da Lumén. É que eu conseguia segurar assim, sabe, nas laterais. A outra eu tinha que ficar meio que de quatro apoiada, de quatro apoios. E doía muito o joelho. Então, a da Lumén eu achei melhor para ficar sentada assim. E aí tinha um chuveirinho também que consegui colocar na frente ou atrás. Aí eu ficava olhando o relógio que tinha na porta, via as horas passar, contração de um em um minuto e falar: "Meu Deus, falta quanto? Não aguento mais". Aí elas falavam: "Calma" e elas ficam o tempo todo com a gente, né? Meu querido falou que estava cansado. Eu queria matar ele nessa hora. Aí falou: "Deita na cama para descansar" ele deitou, fizeram um café para ele. Olha a sorte dele, que eu estava na banheira assim ó, tinha catado a xícara e tacado nele. Lembro do cheiro de café também. Ai que ódio. Enfim. Eu disse: "Você está cansado meu filho, imagina eu". Aí eu assim, eu estava né, não estava feliz de não poder ter analgésico lá, essa é a desvantagem, mas eu estava aguentando até que bem assim. Aí eu tinha umas contrações, assim eu acho que eu consegui perceber mais coisas nesse, porque acho que eu me senti bem, como tinha gente em volta. Acho que eu me senti mais segura, deixar de ficar só prestando atenção no meu corpo, não se ia vir alguém, o que que ia acontecer depois. Então acho que eu me senti mais segura de não precisar me preocupar com o restante, igual eu tinha no hospital. Então eu percebia quando eram umas movimentações maiores que o Iaco tava fazendo, acho que fazer o giro, né? Porque ele tava com o dorso à direita, o bebê ele nasce quando tá com dorso a esquerda, então ele tinha que dar toda uma volta dentro de mim. Um monte de coisas que eu só descobro depois. Aí, eram essas contrações mais doloridas e tudo mais, mas estava indo. Até que uma hora, elas ficavam toda hora conferindo os batimentos dele, mas eu achei que, enfim, que era normal. Nisso elas falaram para eu levantar um pouco do chuveiro, aí eu obedeci. Fui lá e nisso não percebi também, mas parece que começou a sair muito sangue vivo, né, de mim, isso não é o esperado. Aí, elas chamaram a enfermeira, a Lu, que é a enfermeira chefe de lá, que ela tava grávida com o pé quebrado, coitada. Então, ela não tava participando ativamente dos partos, ela só ia mais quando tava para nascer ou em emergências. Aí

chamaram a Lu, eu não sabia também. Aí eu lembro quando eu saí do banheiro, aí tava a Lu lá: "Oi, vim te ver". E eu até então achando que tava normal, ou melhor, eu achei pelo tempo, que já tinha umas 3 horas que eu estava lá, que ele já ia nascer, eu falei: "Ô, Aleluia!" Aí nisso ela falou: "Deita na cama". Aí eu deitei na cama, aí para ela me examinar e aí eu lembro até hoje dela pegar e olhar assim e falar: "Sara, não evoluiu, você está com 7 cm". Nessa hora eu virei o bicho doido. Eu comecei a gritar, que ia sair correndo, que então que ia para cesárea, como assim que não tinha evoluído, estava lá há tanto tempo, estava com 7 cm centímetros ainda. Aí ela falou que elas tinham chamado ela lá porque estavam percebendo que tava tendo desaceleração dos batimentos dele entre as contrações, que na contração é normal, mas entre as contrações não. E aí elas queriam avaliar e tudo mais e tava essa parte do sangue também. Eu também não vi essa parte, mas a minha mãe disse que quando ela fez o exame de toque saiu muito sangue de mim, que aí ficou tudo lá na cama. Elas falaram que achavam melhor a gente ir para maternidade, porque aí elas já tinham falado com a médica, que era a obstetra que fica de plantão nesse meu plano. Porque é um plano que aí tem médico obstetra e pediatra para emergências. E aí elas falaram com a médica, a médica já estava indo para lá. A gente foi, é bem rapidinho o caminho, mas para quem está com contração de 1 em 1 minuto. Socorro, Deus. Eu tentei me concentrar para não fazer esse cálculo quando chegasse na maternidade, né? Porque tinha mais gente. Mas não sei o rolou ou não. Quer dizer, na recepção acho que ainda rolou. É, é que assim, elas explicaram isso, falaram: "Ó, a gente vai para lá" e aí a gente continua tentando de lá, ver se vai poder continuar, tentando e tal. Aí, para mim começar a andar fora, a gente pode ir lá te dar analgesia e tal, aí você tá muito cansada. Cheguei na maternidade, eu, nossa, eu tava tão crente que ia dar tudo certo na casa de parto que eu não levei nem meus documentos, não tinha nem roupa para eu ir para o hospital. Foi um caos, minha mãe ficou comigo e a vantagem de ter o acompanhamento delas é que vai uma enfermeira também da casa de parto para maternidade. Aí fui para Cândido Mariano, fiquei na sala de triagem esperando a médica e tem que colocar a roupinha deles lá. Peguei um pente emprestado da minha mãe que era um pente que eu esmagava com a mão quando vinha contração, eu ficava na roxa, porque era bem desconfortável essa sala de triagem, acho que foi nessa que minha amiga ficou também no trabalho de parto lá. Te deixava numa cadeira de rodas, contração numa cadeira de rodas, a gente não tinha posição para ficar lá. E tinha uma outra médica de plantão super boazinha que ficou lá comigo também enquanto a médica não chegava. Aí a médica chegou. Ah, tá, só que nisso eu já estava louca falando que eu queria cesárea, elas falaram: "Tá, a gente vai para o centro cirúrgico, então". Aí a médica vai te avaliar. E aí se você puder continuar com o parto normal, você já recebe analgésico que é no centro cirúrgico e a gente segue para o quarto de parto normal, se não faz cesárea, falei tá bom. Ela examinou e viu que estava diminuindo mesmo entre as as contrações o batimento dele, falou ah é melhor fazer mesmo a cirurgia. Aí eu já fui para cirurgia, fui pessimamente atendida. Nossa, agora eu tenho que lembrar. Para entrar na sala de cirurgia, a mulher queria que eu respondesse uns dados meus. Aí, ela queria que eu sentasse, era tipo uma técnica que ficava na porta numa mesinha. Aí eu sentei, eu tendo contração toda hora, ruim para mim. Aí no fim ela não sei se ela não anotou direito, se não tava funcionando a caneta, eu sei que nem precisou. Eu fiquei à toa sofrendo, daí eu entrei lá na sala de parto. Aí tinha uma enfermeira super bruta, para colocar meu acesso, ela errou o acesso, foi depois um outro médico que viu que meu braço tava inchando, ficando roxo. Aí na hora de tomar anestesia, eu precisava sentar, depois que a médica me disse. E gente, minha barriga, né, de 9 meses. E aí ela falou que, como eu já estava com acesso, que eu tinha que subir tipo uma estrutura fazendo abdominal. Aí nisso, com contração ainda, né? Aí nisso eu virei assim no rosto e pedi para o meu marido que já tava lá do lado me ajudar. Aí ela falou que não, que ele não podia encostar em mim. Enfim, como que eu vou, né, então? Eu sei lá, eu sei que ela acho que me empurrou e eu consegui sentar. Aí, nisso, ela pediu para abaixar a cabeça, até a perna, eu fiz isso, mas não era o suficiente, para ela. Pegou e pá, me abaixou com tudo assim na cabeça. Nossa, olha. A enfermeira da Lumén queria matar a mulher, mas não podia, né, senão depois da maior BO, eu queria matar a mulher. Enfim. O anestesista era bonzinho. Eu lembro que eu ficava olhando assim. Então, foi ele que percebeu que o processo tava errado e tudo mais, aí deu analgesia ou anestesia. Ai, delícia. Nenhuma das duas, eu nem sentia dor da agulha de tanta dor que é a contração. Aí tá, aí a médica começou, a cirurgia,

aí a enfermeira ficou sentada atrás de mim, conversando comigo, com o Juan e ela me explicou. Porque assim, até então eles me falaram que tava com essa questão dos batimentos, mas enfim, não me explicaram mais nada, não quiseram me preocupar. "Sara, talvez eles precisem tirar o Iago logo que ele nascer para ir para uma outra salinha, para fazer uns procedimentos". Mas até então tava tava calma, hum não estava desesperada, eu falei: "Tá bom". Aí quando ele nasceu, ele não chorou. Ele estava bem molinho também, porque você aprende também, eu lembro da Sofia que o bebê quando ele está bem mesmo, ele fica bem durinho quando ele nasce assim, ele fica todo duro. Tem um nome para isso, mas eu não lembro, técnico. Aí eu vi que ele estava bem assim, molinho e tal. Aí elas trouxeram ele também, ficou um pouquinho deitadinho em mim, mas aí falaram que ia ter que levar, só que nessa quando cortou o cordão umbilical, ressuscitou lá, chorou e tudo mais, a médica até brincou, falou: "Nossa, parece que eles esperam cortar o cordão umbilical". Aí como ele deu uma melhorada, ele não precisou ir para outra sala, eles fizeram todas as coisas lá mesmo. Aí ele já tava melhor, aí colocaram ele para mamar já lá mesmo, na sala. Então, o dele assim, apesar dele ter nascido um pouquinho molinho e tudo mais, ele ficou mais tempo comigo. Aí, isso terminou lá o procedimento, a gente foi para a sala de pós-cirúrgico que fica um tempo. Aí, a enfermeira da Lumen, então ela ia ajudando com as coisas. Contrabandeou biscoito e água para mim, porque o povo lá da maternidade são todos desatualizados, né? Eles falam que você não pode comer, não pode beber água, você fica lá sempre estorricada, porque tava gritando de calor e tudo mais, não pode tomar água, enfim. Aí, e também eles não deixam erguer a cabeceira, que eles falam da cefaleia pós-hack, mas na verdade isso já está comprovado que é mais genético do que de levantar a cabeça depois da anestesia. Então elas me ajudaram nisso. A enfermeira que tava junto, ela levantou um pouquinho a cabeceira, fez um travesseirinho para mim e tal. Aí ela ficou comigo até a gente subir pro quarto, ajudou a trocar a roupinha, colocar a roupinha nele e depois ela foi embora. Então, apesar de não ter tido o bebê lá na Lumen, elas acompanham tudo, inclusive, acho que se elas não tivessem acompanhado ia ser pior o jeito que o pessoal me tratou lá. Porque assim, eles levam a gente de maca, né, até o quarto. Aí chegou lá no quarto, a maca de rodinhas, né, colocaram do lado a maca que eu ia ficar, aí a mulher virou para mim: "É, você consegue fazer assim?" Aí eu testei, achei que era algum teste da anestesia, né? Eu falei: "Consigo". Falou: "Ah, tá. Então você consegue ir se arrastando pra outra maca, eu pensei: "Gente, como assim? Eu tô cortada com aquele negocinho que vai o xixi. E vou ter que eu mesma ir me arrastando para outra maca", aí o outro cara que tava junto com ela, que deve ser técnico lá, o pessoal que só transporta a maca, falou: "Não, pode deixar que eu te ajudo". Aí ele que me ajudou a ir para a maca, porque a doida da mulher lá não queria me ajudar a ir para outra maca. Porque isso não é o caso, eu lembro que fizeram, nem me perguntaram para fazer alguma coisa. Aí, gente, que povo. Olha, que ódio. Enfim, aí fiquei lá no quarto. Dessa vez eu não fiquei em apartamento, eu fiquei em enfermaria, mas era uma enfermaria só com duas macas. Aí tinha uma menina que chegou junto, que ela tinha tido quase a mesma hora de parto, só que a dela ela tomou analgesia, ela conseguiu fazer o parto normal. Aí foi isso, eu fiquei lá e como eu tive o parto com a médica da casa de parto, ela me liberou mais cedo para casa, então eu tive alta junto com a mulher que teve parto normal. É, gente, eu consegui sair mais cedo, porque senão eles seguraram mais lá. Aí foi isso. Assim, não cheguei a conhecer, a sala de parto normal lá da maternidade, que eu já fui para o centro cirúrgico. Mas, pelo que a menina relatou, acho que é meio igual a do El Kadri. Foi isso. Aí depois elas me explicaram que tinha que levar a placenta. E aí elas estudaram lá e viram que tava com descolamento de placenta. Então, por isso que o Iago realmente precisava para nascer, porque até a médica me falou que a única vez que uma mãe bateu o pé e quis prosseguir com a tentativa de parto normal nessa situação que estava eu e o Iago, ela teve que reanimar o bebê. Então, realmente, ele precisava nascer, então foi isso. Depois de uma semana eu fui lá na Lumen também para examinarem o Iago, ver se ele tinha se recuperado, peso, foi tranquilo.

P: Esse acompanhamento com elas continuou depois por mais tempo?

R: Não. Não, foi só, eu acho que eu fui só uma vez depois. Por uma semana, porque geralmente quando nasce no hospital mesmo, você tem que ir depois de uma semana. Levar o bebê, né, para ver se recuperou o peso, e para ver como está a sua recuperação. E aí geralmente a gente faz isso na pediatra. Lá eu levei para elas mesmo fazerem. Aí depois eu nunca mais voltei em obstetra. Estou confiante que

meu corpo se recuperou e o Iago seguiu com o acompanhamento da pediatra que eu conheci lá pela casa de parto.

P: Você acredita que se você tivesse tido um apoio maior de doulas, ou enfermeiros capacitados, você teria aguentado mais tempo para talvez finalizar o seu parto sendo normal na sua primeira gestação?

R: Ah, com certeza. Dá uma super diferença. Inclusive, assim, para quem me pergunta opinião, eu escolheria, tanto é que acabei indicando para várias amigas ou fazer realmente na casa de parto, se quiser parto normal. Ou o mínimo, contratar uma doula, mas eu não sei se doula teria o mesmo poder no hospital que uma enfermeira obstetra. Apesar da enfermeira obstetra não fazer algumas coisas que a doula faz, eu acho que nesse caso iria até por uma enfermeira obstetra, no mínimo. Mas assim, quem puder ter o seu obstetra que seja a favor de de parto normal e disponibilidade de pagar também seria o ideal, né? Ter uma fisioterapeuta pélvica, o médico mesmo exclusivo. Mas mesmo assim, eu acho que toda essa burocracia de hospital, tudo, sabe? Por que você não chega lá e vai direto para o quarto? Você tem que fazer muita coisa, passar pela triagem. Ah, e aí pode ir encontrar o hospital lotado igual a aconteceu com a minha amiga. Ai, é difícil. Eu acho que é a única vantagem mesmo do hospital é poder ter analgésico.

P: A minha próxima pergunta tem relação com isso. Vovê diferença entre a casa de parto e uma maternidade? Quais seriam essas diferenças?

R: Ah, total. Olha, ainda mais porque até então não tinha experiência de um hospital que fosse só maternidade. Que é o CadÚnico, era geralzão. Mas é o que até a gente sempre conversa com outras amigas que tiveram filhos, que a gente tem um grupo e em Campo Grande você não tem, parece que um lugar que é compatível com maternidade, porque gente, eu não conheço uma pessoa que tenha tido bom atendimento ali na maternidade, que tenha achado as instalações boas. Isso que as pessoas que eu mais conversei são pessoas de plano. Mas assim, tudo, tudo é esteticamente assim, vamos dizer o espaço. Não é nada acolhedor, os funcionários também não. Ah, tem muita violência obstétrica lá ainda. Mesmo com muita conscientização.

P: Você acha que o ambiente então que a parturiente ela tá, isso influencia no momento ali do parto?

R: Sim, e não é só porque eu sou arquiteta, viu? Mas é porque, ai, é difícil, porque eu não sei, a gente tá acostumado com parto de TV, né? Você acha que é um negócio linear fácil, então tem muitas coisas que podem acontecer acontecer. Tem a questão que assim, é desconfortável, e é, você está lá, às vezes está sem calcinha, sem nada, às vezes, nossa, no da Sofia eu já estava no estado que eu estava até sem top, porque elas ficavam me tirando da banheira para colocar a roupa para eu ir para o centro cirúrgico, aí depois nunca vinham, aí eu voltava para o banheiro, estava assim, vixe, lastimava, aí você estava lá num lugar maior claro, com um monte de gente passando, é, sem consideração nenhuma, então acho que assim, acho que o próprio ambiente, né? faz as pessoas se comportarem diferente. Tipo, lá na casa de parto era tudo mais silencioso, tudo mais delicado. Lá no hospital não, aquela agitação, luz. Então, eu acho que dá muita diferença. Porque aí você consegue se concentrar em você, não no restante todo. Em tá com vergonha da pessoa que tá passando se vai entrar alguém. É, o que que vai acontecer. Então, acho que tem muita diferença disso.

P: Acho que você até já comentou, né? Mas vou perguntar novamente. Você pode se alimentar durante o trabalho de parto ou você gostaria que isso tivesse acontecido?

R: Lá no no El Kadre, eles chegaram, acho que a deixar eu tomar água por um breve momento. Ou como eu tinha levado também, uma garrafa térmica. Mas depois eles me cortaram, não deixaram mais, porque eles falaram: "Ah, se você quer cesárea, você não vai mais poder comer nem tomar água". Então, aí foi bem difícil, nossa, bem difícil ficar sem água, porque eu fiquei, né, na água quente o tempo todo. Agora, ali na casa de parto, tipo, eu senti o cheirinho do café, até deu vontade de tomar, mas realmente eu tava já com tanta dor que eu não queria comer, acho que no máximo eu tomava água. Eu lembro que acho que eu só falava: "água" e aí traziam. Mas lá foi mais tranquilo e me ajudaram também no pós-operatório a

me alimentar, porque aí depois que você parou de sentir dor, aí vem a fome e a sede. Mas só porque elas ainda estavam juntas. Se dependesse do hospital, eles não me liberavam nunca tomar água.

P: Você sentiu falta de algum ambiente que poderia ter sido fundamental no seu momento do parto? Eu digo assim, dentro da casa de parto, né? Quando você estava lá no seu processo, você acha que tinha algum ambiente que poderia ter favorecido mais ou você só ficou ali no quarto mesmo, na suíte e aí isso nem interferiu?

R: Não, na casa de parto tava ótima a suíte, o espaço tava muito bom. Até queria aproveitar do restante das instalações que tinham espalhar uns tecidos, mas é que realmente eu me sinto mais confortável no chuveiro e na água quente, aí acabei ficando na água quente mesmo. A cama parecia muito confortável, né? Mas meu querido marido usou por mim, acho que ele gostou.

P: E como você acha que seria uma casa de parto ideal? O que não poderia faltar.

R: Hum, deixa eu pensar. Ai, gente, é que eu gosto tanto lá da Lumen. Então, lá é uma boa referência para mim, não que eu tivesse conhecido muitas casas de parto, né? Mas eu gostei bastante assim do ambiente no geral, né? Das cores, do mobiliário, das coisas que tinham no quarto também, para mim todas foram bem legais. Eu acho que talvez o que eu faria de diferente era ter alguma iluminação, porque eu fui à noite. E eu sei que elas acabam usando o jardim e corredor lateral, mas talvez se à noite tivesse algum contato com a área externa também, a janela, a porta acabou ficando fechada, né? Acho que isso também seria legal. Talvez até tivesse, né? Mas é que eu fiquei lá na banheira. Não deu tempo. Mas assim, de resto, tava tudo tranquilo. Não sei, não mudaria nada.

P: Certo. Perfeito. Você tem alguma coisa assim que você quer dizer a respeito do tema, algo que não perguntei.

R: Eu acho que assim eu fico triste, isso que eu tô falando da parte de parto, com o plano de saúde, parto privado, mas eu fico triste de não ter coisas assim no SUS, porque, gente, assim, eu sei que no SUS eles insistem mais no parto normal. Eles, você pode ficar lá implorando por cesárea, eles não fazem. É, mas assim, eu fico imaginando. Se na parte de convênio já é difícil, imagina para o pessoal do SUS, que são instalações mais precárias. Tem até uma super diferença, você vai na recepção da maternidade pelo SUS e a de plano de saúde, tudo, é bem diferente, os partos, tudo. Então, assim, eu acho que sala de parto acaba usando a mesma. Mas não sei. Eu acho que precisariam ter mais casas de partos e que conseguissem apoio, né, do governo para que funcionasse também junto com o SUS já que eles não investem em maternidade.

C. Entrevista 3: Psicóloga Perinatal - Transcrição

Entrevistada: Nádia Saconato (Psicóloga Perinatal)

Local: realizada de forma virtual (Google Meet)

Data: 28 de maio de 2025

Horário de início: 15h (Horário de Brasília)

Duração: 21 minutos e 08 segundos

Identificação: P: pergunta; R: resposta

P: Nádia, você trabalha com gestantes, com mães?

R: Isso. Eu sou psicóloga perinatal. Há 8 anos eu atendo em clínica particular e acompanho as mulheres que estão nesse processo de gestação e pós-parto. Mulheres que já são mães de crianças maiores, né? 1 e meio, 2 anos. Também chegam para o atendimento.

P: Essas mulheres com as quais você trabalha são pelo SUS, particular ou por ambas as formas?

R: Particular. Tudo isso de forma particular mesmo. Mas de alguma forma elas têm contato com o SUS. Algumas mulheres eu atendo, o meu serviço é particular, mas elas fazem por exemplo pré-natal no SUS. Também tem essa diversidade.

P: Você já trabalhou em hospitais, casas de parto, maternidade? Você já teve contato com esses ambientes?

R: Já, já tive como psicóloga hospitalar mesmo. Mas não ativa, nunca trabalhei ativamente em maternidade. Já passei em maternidade como psicóloga para fazer visitação, fazer palestra. Sou psicóloga hospitalar, mas hospitalar de leito, internação mesmo de adulto. Tenho experiência de 2 anos dentro do hospital. E maternidade é nesse sentido mesmo de fazer palestras e promover rodas de conversas.

P: Você já teve contato com casas de parto?

R: Presencialmente não. Nunca estive em uma. Aqui em São Carlos, de onde eu falo, não tem, mas tenho bastante referência assim de buscar, né, estudar sobre as casas de parto que tem aqui no estado. E tem o relato de pessoas que já passaram por lá, seja de forma profissional ou paciente mesmo. Então, tenho essas informações por proximidade.

P: Você consegue ver uma diferença entre a casa de parto e a maternidade em relação a esses relatos que você tem? Você consegue perceber como esses lugares diferentes influenciam nesse momento?

R: Com certeza, né? É, uma coisa que é muito comum e que eu ouço de relatos de mulheres que estão ou que viveram o parto hospitalar, é a quebra do desenvolvimento do trabalho de parto. Quando a mulher está na sua casa e vai para a maternidade. Porque, hoje, aqui em São Carlos, a principal indicação é de você ficar em casa, quando você está em trabalho de parto, ficar em casa até o máximo que você conseguir. Que ir para o hospital tem essa quebra, né? Então você entra para esse ambiente, que é aquela coisa tudo muito branca. Aquela luz branca demais, né? Aquela características mesmo de hospital. Eu ouço as mulheres que eu acompanho dizerem que o hospital lembra doença mesmo, lembra esse aspecto meio frio. Um lugar meio frio. E a casa de parto, eu tenho como referência a Casa Angela, lá em São Paulo. Já vi fotos, já vi alguns vídeos, já vi um documentário sobre ela também. É como se fosse aquele ambiente acolhedor mesmo. Sem contar os profissionais que estão lá dentro também, que estão lá para acolhimento. A mulher tem essa individualidade ali dela, nesse ambiente também sendo respeitado. Então, até as próprias estratégias assim que a casa de parte oferece, a nível de dor. A organização ambiental mesmo, da disposição das coisas, não lembra um hospital. Ela lembra uma casa mesmo. Então, posso dizer que sim. Tenho essa percepção de diferença sim entre uma maternidade e casa de parto.

P: Profissionalmente, você acredita então que o ambiente que a parturiente está acaba influenciando nesse momento de parto?

R: Uhum, total. Total, bastante.

P: Essa influência acaba sendo um fator decisivo para ela conseguir ter um parto normal ou acabar indo para uma cesariana?

R: Dependendo do ambiente, da maternidade, talvez seja decisivo sim. Porque a equipe também conta muito. Ter uma equipe que te apoia é com certeza o fator principal para o parto evoluir. Mas talvez diria que o ambiente estaria ali no segundo lugar, assim, se a gente for pensar em o que é decisivo nesse momento.

P: Qual seria o primeiro fator?

R: A equipe. Equipe mesmo, que vai acolher, que vai atender essa mulher. A gente escuta, eu tô lendo sobre o assunto, pesquisando, que o apoio é fundamental nesse momento. A mulher ali acaba estando

desamparada. Se ela não tem, se não pode entrar com acompanhante, que é alguém conhecido, essas coisas. Acaba também impactando negativamente ou positivamente.

P: Você como psicóloga realmente acha que o apoio é uma questão fundamental nesse momento?

R: Isto. Sim. Fundamental. E um apoio que ela já tenha construído ali ao longo de meses da gestação, né? Por que ela confia. Pessoas que ela sabe que tá do lado dela, junto com ela para conduzir o parto da melhor forma que ela escolher.

P: A questão da alimentação, você vê como algo positivo a gestante ela poder beber água, poder comer no trabalho gestacional? A gente sabe que normalmente em hospitais, em maternidades, como tem a possibilidade de ir para uma cesariana, acabam restringindo a alimentação. Então, a pessoa ali acaba ficando horas e horas sem ter uma comida.

R: Uhum.

P: E você, vê como positivo essa pessoa poder se alimentar?

R: Sim, sim, fundamental. É preciso de energia, né? A mulher está gastando energia ali. Precisa de energia. Um líquido. Talvez não seja ideal comer uma feijoada, por exemplo. Mas coisas leves, poder ir beliscando mesmo, para continuar com essa energia pelo corpo. Porque é um trabalho que depende bastante de energia física, emocional. Então não poder se alimentar, eu acho que talvez seja algo muito rude de se fazer com essas mulheres nesse momento tão importante.

P: Do ponto de vista psicológico, a parturiente caminhar, que eles chamam de deambular, durante esse trabalho de parto, também algo positivo? Um espaço que fosse destinado especificamente para isso, talvez fosse interessante?

R: Uhum. Sim. É interessante, sim. Acho que ela poder fazer esse movimento de andar num lugar seguro mesmo. Não no corredor da maternidade, que vai encontrar com outras pessoas. Que vai, às vezes, se sentir estranha ali, chegar uma contração no meio do corredor, ter que verbalizar, vocalizar alguma coisa, um espaço para isso, onde ela vai poder expressar o que vier ali nessa hora dessa caminhada. É positivo sim.

P: Como que você acha que seria uma casa de parto ideal? O que você acha que seria fundamental? E o que não poderia faltar nesse ambiente?

R: Acho que além da equipe, além da equipe ideal ali. Os itens que apoiam bastante durante o trabalho de parto, que é a disponibilidade de água, seja no chuveiro, seja numa banheira, para ela conseguir. A água é essa aliviadora também, uma banheira que ela consiga ficar imersa e aliviar um pouco a dor, o chuveiro que também entra aliviando. A bola de pilates que também é algo ideal assim. Tem uma coisa que eu não sei o nome, eu sempre vejo assim nas casas de parto, ele é como se fosse uma escada, são várias ripinhas assim de madeira para mulher se segurar.

P: Acho que é o espaldar, não é?

R: Nossa, eu não sei o nome. Não sei mesmo. Mas você imaginou o que eu estou falando? Ele fica sempre na parede ou até do lado da cama assim. E a mulher segura mesmo, se agarra ali para conseguir agachar, né? Para conseguir aliviar na hora que vem a dor, ela fazer o movimento que ela achar necessário durante o trabalho de parto. Então isso, eu acho interessante porque o movimento do parto pode ajudar o bebê a descer, então se agachar, apoiando em algo é bem funcional. Espaço. Acho que espaço amplo assim, não dá para a gente colocar num quartinho pequeno. Eu acho que o espaço amplo principalmente pensando que ela vai ficar ali mais de 12 horas horas. No mínimo 12 horas. Então, um espaço amplo para se sentir confortável. De saber que se tiver que receber apoio, ela vai ter ali. Acho que eu lembro aqui são esses essenciais, assim.

P: E Nádia, assim, essas eram as perguntas mais específicas que eu tinha que fazer, mas de você, tanto profissional quanto pessoal, teria algo que você gostaria de dizer que eu não perguntei? Que você acha

que possa acrescentar na minha proposta. Vou deixar aberto para você poder falar o que você quiser agora.

R: Uhum. Sim. Eu acho que eu, como eu falei no começo, sobre esse impacto da quebra do clima assim, entre você tá na sua casa, né, entrando em trabalho de parto e depois ir para um outro ambiente, que é um ambiente mais hospitalar. Já tem uma recepção ali que tá com outras pessoas. E aí você já passa na recepção, já tem que preencher um monte de coisa. Toda essa parte burocrática ainda, e entrar no hospital. Na maternidade, que tem essa característica mais fria mesmo. Isso, eu acho que essa quebra assim do trabalho de parto. Tanto que a gente vê, da maioria dos relatos que eu ouço de mulheres que vão para o hospital, elas acabam tendo cesárea. É um pouco disso assim, algumas falam que se eu tivesse ficado em casa talvez eu teria conseguido. Porque chega no hospital é um outro clima. Um outro tipo de atendimento. O ambiente mesmo. Então acho que faz muita diferença a casa de parto, com certeza traz esse conforto maior mesmo. No emocional também. E prático, né? Da mulher conseguir realizar o que ela quer.

P: E você atende mães que tiveram partos que foram difíceis? Ou que sofreram violências obstétricas? Isso é algo assim que ainda é recorrente ou já é menor essa incidência? Já não tem?

R: Uhum. Tá. É, acontece sim ainda. Acontece não tanto como antes. Mas nesse tempo que eu tô no atendimento clínico, e que eu participo de rodas de conversas com gestantes. Tenho grupos, assim, aqui na cidade. E, infelizmente, ainda é uma realidade presente, sim. Nossa cidade, inclusive, ela é premiada. Em relação ao parto normal. Então a gente tem uma equipe muito boa mesmo. Então, a gente tem na minha cidade esse diferencial, assim. Mas ainda assim, nesse ambiente ainda acontece as violências, e essa falta de humanização mesmo com a mulher nesse momento.

P: Dentre as reclamações das pacientes, tem alguma coisa que é mais recorrente, que acontece mais?

R: Ah, eu acho que o que mais vem, e é talvez o mais comum, os procedimentos que vão acontecendo sem o consentimento da gestante, da parturiente ali na hora, alguma coisa que eles já vão fazendo, sem avisar e aí ela que precisa se posicionar e perguntar, ou alguém que tá com ela. Ou já vem com o procedimento já falando algo de forma incisiva. Nessa coisa da obrigação. Então, acho que é falta de respeito mesmo ali com a parturiente. Às vezes vem fazer algum procedimento porque tá no protocolo e nem avisa para a paciente. O toque é um deles. É desnecessário. Ele não é obrigatório. E a parturiente pode não querer fazer, mas eles às vezes já chegam fazendo. Essa costuma ser uma reclamação mais comum.

P: Acho que perguntei tudo que eu tinha para eu perguntar. Também não sou expert em entrevistas, tirar tantas informações, mas eu acho que você conseguiu me ajudar. Contribuiu no que eu precisava.

R: Você me fez me lembrar dos recursos não farmacológicos mesmo nas casas de parto. É incrível, incrível assim, isso é algo que eu tenho duas colegas que pariram há 8 anos atrás na Casa Angéla e falaram que elas ficaram imersas dentro de uma de uma banheira com lavanda com óleo essencial. Recursos maravilhosos. Trazem aconchego, trazem essa potencialidade mesmo da mulher quepare. Estimulando mesmo de outras formas. Então, isso também é algo muito bom a se destacar. Espero ter contribuído mesmo.

P: Com certeza. Obrigada, Nádia! Bom trabalho para você. Viu? Agradeço muito por você ter se disposto a conversar comigo e me ajudar. Acho que foi muito importante mesmo.

R: Fico à disposição, se tiver algo a mais que queira perguntar. Bom, boa sorte, sucesso aí para a casa de parto nessa cidade.

D. Entrevista 4: Mãe 2 - Transcrição

Entrevistada: Midiã Cristina (Estudante de Administração)

Local: realizada de forma virtual (Google Meet)

Data: 04 de junho de 2025

Horário de início: 20h (Horário de Brasília)

Duração: 27 minutos e 37 segundos

Identificação: P: pergunta; e R: resposta

P: Midiã, você tem quantos filhos e quais as idades deles?

R: Eu tenho duas filhas, uma de 9 anos e uma de 2 anos e 5 meses.

P: Você tem formação? Qual é seu nível de escolaridade?

R: Atualmente eu estou cursando administração.

P: O parto delas ocorreu em São Paulo, no estado de São Paulo?

R: Sim, aqui em São Paulo.

P: E eles foram pela rede privada ou pelo SUS?

R: Pelo SUS.

P: Seus partos ocorreram por meio de cesariana ou pela via normal?

R: Foi parto normal. As duas.

P: E você teve os seus filhos em uma maternidade, hospital ou em uma casa de parto?

R: A minha primeira filha, eu queria muito parto normal, então eu foquei nisso, só que eu tive em maternidade. Então assim, o tratamento é totalmente diferente. E a segunda filha foi na Casa Angela, que é casa de parto, e a experiência foi completamente diferente do meu primeiro parto normal que foi na maternidade.

P: Isso tem relação justamente com a próxima pergunta, você gostaria de contar um pouquinho da sua experiência de parto? Das duas ou da segunda, falar sobre como foi, o tratamento das pessoas, dos funcionários, do lugar em si.

R: Então, eu conheci a Casa Angela através de um documentário na Netflix. Acho que eu não vou lembrar o nome da série. Mas é tipo alguma coisa com relato do parto. Aí a série ela falava sobre os índices de parto normal e cesárea no Brasil, como que estava crescendo e tudo mais. E no final desse documentário falava sobre a Casa Angela. E como eu sou fã do parto normal, eu queria ter um novamente. Eu não sabia que existia casa de parto natural que era vinculado com o SUS. Quando eu soube dessa informação, na hora eu já fui pesquisar. Aí eu achei o Instagram da Casa Angela, já adicionei no WhatsApp e comecei a pedir as informações. "Como que eu faço para ganhar bebê aí?" E aí elas me informaram, elas te informam de tudo, são super respeitosas. Elas me informaram que eu tinha que estar fazendo o meu pré-natal em um posto de saúde, em São Paulo, na região de São Paulo. E aí eu tinha que participar de pelo menos uma consulta na Casa Angela, presencial. E elas também tem uns exames específicos que é para você poder ganhar lá. Então, por exemplo, tem um exame que chama exame do cotonete, se ele der alterado, você não pode ganhar na Casa Angela. Então, tem umas observações para você poder ganhar lá. O bebê ele tem que estar na posição certa, então você tem que levar uma ultrassom quando estiver perto de ganhar. Fora isso, elas te passam todas as informações necessárias. Quando eu fui no acolhimento, foi muito especial, porque elas fizeram uma pintura na

barriga. Então os pais, eles tinham que pintar o formato do bebê. E depois elas fizeram uma atividade que as mães tinham que escrever cartas para os seus bebês e aí a gente trocava essas cartas, umas com as outras. É muito emocionante, é muito gostoso. Nesse encontro, elas também ensinavam como que o pai pode ajudar fazendo uma massagem na mulher para aliviar o peso da barriga. Elas ensinavam muitas coisas, sempre muito respeitosas, todas as enfermeiras, as médicas. Quando chegou para eu ganhar, elas ficam no contato com você no WhatsApp. Então a orientação foi o seguinte, quando tiver perto de você ganhar, se a sua bolsa estourar, alguma coisa assim, como eu morava longe, eu morava mais ou menos uma hora e pouquinho da Casa Angela. Então elas me indicaram que eu tinha que avaliar a minha contração. Se a minha contração tivesse ritmada, aí eu tinha que ir para Casa Angela. E foi bem de madrugada. Eu comecei a sentir umas contrações, então eu já vinha sentindo há uma semana a contração de treinamento. E eu já sentia uma dorzinha, mas não se compara a dor do parto normal. Acho que era umas 4 horas da manhã, comecei a sentir uma cólica que vem das costas e deixa a sua barriga bem dura. Fui para o chuveiro de casa, esperei um pouquinho, e fiquei contando para ver se estava ritmado. Quando começou a ritmar, que começa a ficar tipo de 8 em 8 minutos, a contração começa a ficar de 6 em 6 minutos. Aí eu falei: "Bom, eu acho que tá na hora de eu ir para casa Angela, porque como eu moro longe, é melhor eu prevenir e já ir". Minha bolsa ainda não tinha estourado, mas as contrações já estavam bem fortes. Aí eu cheguei na casa Angela era umas 6 horas da manhã. Lá a enfermeira me examinou. Na hora do exame, eu nunca tinha visto aquilo, a enfermeira te pede licença para tocar em você. Ela fala: "Mãezinha, licença, eu vou ter que fazer o exame de toque", porque ela precisava saber com quanto de dilatação eu estava. Ela pediu licença, fez o toque, eu tava com 3 cm ainda. E ela falou assim: "Olha, você ainda tá com 3 cm, então a gente vai te levar para a sala de parto, de pré-parto, porém a gente vai ver se vai evoluir, se não evoluir, aí você vai voltar para casa. Se evoluir, aí você continua aqui." A gente fica em um quarto super confortável, tem ar-condicionado. As enfermeiras vão entrando, vão vendo se você tá bem. Elas não ficam, porque assim, no hospital, elas querem fazer o exame de toque toda hora em você e lá na Casa Angela não. Eu acho que elas fizeram no máximo três vezes e sempre quando foi fazer, elas esperavam passar a contração para você estar um pouquinho melhor da dor. Aí fazia o cardiotoco, que é para ver se o coração do bebê tá tudo certo. Eu fui para essa sala de pré-parto, elas ofereciam coisas para mim comer, porque geralmente na maternidade elas não deixam você comer nada. E você fica fraca pro parto normal. E lá na Casa Angela, não. Elas ofereciam, perguntavam se eu queria comer, se eu queria tomar café da manhã, me ofereciam um chá que não lembro qual que era, mas era um chá muito bom para ajudar a dilatar. Massagem, elas ensinavam meu marido a fazer uma massagem aqui na na região das minhas costas, que aliviava dor. Eu nunca tinha visto aquilo e realmente aliviava dor. Elas me deixavam super à vontade, elas falavam se eu queria colocar alguma música no ambiente para eu sentir mais aconchegante. O acolhimento foi 100%, não tenho do que reclamar. Foi maravilhoso, o respeito e o acolhimento que elas tratam a gestante. Foram orientando o meu esposo, elas também estavam lá o tempo todo ajudando, elas ajudavam a fazer massagem, sempre perguntando se eu estava bem. Quando foi mais ou menos umas 10 e pouco, a minha bolsa estourou. Aí quando a bolsa estourou, foi um pouquinho mais rápido para dilatar. Então foi dilatando, aí ela fez o exame de toque novamente em mim. E aí a dor já estava assim muito forte. É uma dor muito forte, pelo menos para mim. E quando a minha bolsa estourou, passou mais ou menos uma hora, aí a enfermeira falou assim: "Olha, agora você tem que começar a fazer uma força que é uma força para o bebê encaixar, você vai sentir quando ele encaixar." E realmente é uma sensação muito esquisita, porque a força é como se você fosse fazer cocô. E quando o bebê encaixa, porque o bebê tá alto, então ele tem que encaixar. Quando o bebê encaixa, é como se você sentisse um tranco assim em você, uma sensação muito estranha. E aí fazendo essa força, eu senti isso. E aí ela fez o exame de toque, ela falou assim: "Olha, o bebê já tá encaixado. Então, se você quiser escolher a posição que você quer ganhar, você já pode tentar começar a fazer a força." Aí eu já tava com uns 7, 8 cm. E aí eu comecei fazendo aquela força. Elas me deixaram ganhar exatamente na posição que eu me sentia mais confortável, então foi de cócoras. Eu segurava em um ferro de costas, então não foi naquela posição tradicional, que não é uma posição favorável para você ter o parto normal. Então foi de cócoras e aí eu fazia força e aí eu mordia um lençol porque a força é muita e a dor é

muito grande. Meu marido ali do lado o tempo todo acompanhando, elas me orientando, tinha enfermeira que ficava fazendo carinho em mim e falando perto de mim para eu me acalmar e que já tava quase na hora. Acolhimento maravilhoso, eu não tenho do que reclamar. E aí quando foi chegando a hora, por que as contrações elas vão ficando muito pertinho, então às vezes a contração ela tava tipo de 5 em 5 segundos. Vinha uma contração, já vinha outra em seguida, já vinha outra e aí quando as contrações ficam muito juntas assim e você vai fazendo a força junto, aí é a hora que tá perto do bebê sair. E aí eu fui fazendo a força e aí saiu primeiro a cabeça da minha bebê. E aí a enfermeira perguntou pro meu marido se ele queria segurar o bebê na hora que tivesse saindo. E aí ele falou que queria. Então, eu fiz essa primeira força e saiu a cabeça. Aí você sente uma ardência. E aí depois ela fala para você fazer mais uma força, uma força comprida. Tipo assim, não é uma força de fazer e já soltar, é uma força que você tem que fazer e segurar. E aí quando eu fiz essa outra força, aí saiu o resto do corpinho da minha filha. E aí ele segurou bem na hora que ela saiu, foi muito emocionante para mim e para ele que tava lá assistindo o parto. Ele já segurou ela aí já colocou ela em cima de mim. E aí elas não cortaram o cordão. Então é outra coisa que elas respeitam também porque elas só falam que tem que esperar parar de pulsar para poder cortar o cordão. Então, elas deixaram a Zoe em cima de mim. A Zoe, eu acho que ficou umas 2 horas em cima de mim. Não foi aquilo de já cortar e já levar o bebê para longe da mãe. Ficou bem quietinha em cima de mim. Já veio uma enfermeira falando se eu queria colocar ela no peito, porque podia. E eu já coloquei ela no peito e ela ficou deitadinha comigo. Depois disso, que veio a a enfermeira para cortar o cordão e aí levar ela para fazer os primeiros exames, para dar as notas do bebê e tudo mais. Mas depois disso também já me entregou logo ela, não deu o primeiro banho. Então, assim, no primeiro dia eles não dão banho no bebê. Porque eles falam que tudo aquilo que o bebê tem no corpinho ajuda na imunidade, então não deu banho. Aí ela ficou comigo. Na hora de tomar banho, elas também me orientaram, porque você tá fraca, perdeu muito sangue e tudo mais. Eu não tive a episiotomia. No meu primeiro parto, eu tive e é horrível esse corte. Porque esse corte eu não conseguia nem sentar. E olha que no primeiro parto normal, eu levei acho que três pontos, foi pouco, mas eu não conseguia nem sentar de tão desconfortável que ele é. E na relação sexual também é muito desconfortável. Que você sente que tem um negócio ali. Na Casa Angela, eu não tive a episiotomia e a recuperação foi maravilhosa, porque eu não tinha nada, não sentia nada lá embaixo, não teve corte, não teve ponto. Então, eu fui tomar meu banho e depois disso uma enfermeira me orientou, ela falou que elas iriam acompanhar o sangramento, porque a gente continua sangrando. Porque tem mulheres que tem hemorragia depois do parto. Então, ela falou assim: "Ó, a gente vai acompanhar para ver se tá sangrando dentro do normal. E aí, se estiver tudo ok, beleza." Eu sangrei dentro do normal, não tive nenhuma intercorrência. Fiquei ali com a Zoe, no primeiro banhinho dela, no outro dia, a enfermeira orientou como que a gente daria o banho, ela ensinou, ela que deu o primeiro banhinho, ensinou a gente a dar. Elas também me deram um chá, que era um chá de orégano. Eu nunca tinha ouvido falar, mas era um chá que ajuda a aliviar a cólica. E realmente, porque a gente fica com uma cólica, porque o útero ele está contraindo, né? Para ele voltar ao normal. E quando eu tomei esse chá, a minha cólica passou simplesmente. Então assim, o conhecimento que elas trazem assim é maravilhoso. Eu tomei esse chá logo que eu que eu ganhei o bebê e depois no outro dia elas também me deram esse chá para aliviar nas cólicas. Me deram toda a orientação sobre amamentação. E aí no outro dia eu já fui liberada. Foi muito rápido. Então ela tava bem, eu tava bem, por isso elas fizeram a liberação, mas tudo muito bem orientado, conversado. Depois eu tive que voltar lá, depois de 15 dias ou 10 dias, você volta para fazer a primeira consulta e tem acho que uma vacina que o bebê tem que tomar. E nessa consulta elas já fazem a orientação com uma enfermeira que é especialista em amamentação. Então, ela me ensinou tudo sobre como o peito fica, quando o leite desce, como que eu coloco a posição do bebê no meu peito. Ensinou tudo, tudo, toda as dúvidas que eu tinha, ela tirou. Na hora de fazer o exame, porque ela tinha que ver se tava tudo bem lá embaixo, sempre na hora de me examinar, elas pediam licença. Na hora de trocar minha bebê, elas também pediam licença pro bebê. Eu achava isso muito lindo, porque elas falavam: "Licença, Zoe, agora a titia vai trocar você" e trocava ela. Então, assim, elas realmente respeitam o seu parto. Suas escolhas, elas são muito empáticas, eu recomendo para todo mundo. É maravilhoso.

P: Você passou todo esse processo em um único ambiente? Era em um único quarto de parto ou você foi transferida de um quarto para outro? Você lembra disso?

R: Não, foi só em um quarto, só na hora de ir para o chuveiro que elas perguntaram se eu queria ficar um pouco no chuveiro porque a água quente ajuda a dilatar mais. Aí a gente foi para o banheiro, eu fiquei um pouco no chuveiro e depois eu já voltei para o quarto. Então, nesse quarto foi o quarto que eu ganhei. O quarto que eu fiquei antes e o que eu ganhei.

P: E foi o que você também ficou depois esperando para sair da casa de parto?

R: Sim.

P: O banheiro não era dentro do quarto?

R: Não, o banheiro não era dentro do quarto.

P: Minha próxima pergunta é em relação ao que você acabou de contar. Você acha que o apoio ali, que você podia estar com acompanhante, o seu esposo, as próprias enfermeiras ali estarem junto com você. Isso foi fundamental para você conseguir realizar esse parto? Para que desse tudo certo.

R: Eu acho que o apoio é fundamental para o parto normal, porque não é um parto fácil, principalmente por causa da dor e você ter pessoas do seu lado que respeitam a sua escolha e te ajudem, te orientem, é essencial para você seguir com o parto normal. Então, é maravilhoso.

P: Você já comentou um pouco antes, mas para reforçar, você vê diferença entre uma casa de parto e uma maternidade?

R: Muita diferença, muita, muita, muita, para mim é completamente diferente. Para mim, o hospital tem muito a aprender sobre como tratar uma gestante. Porque a minha primeira experiência de parto normal não foi boa. Em todos os sentidos, desde o tratamento da médica, porque a médica ficava me incentivando a ir para uma cesárea, para você ter noção, então assim, não era respeitado. Então a diferença é gritante. Eu nunca tinha visto um cuidado e um respeito tão grande como eu vi na Casa Angela.

P: Você gostaria de comentar alguma diferença específica em relação à maternidade e à casa de parto?

R: Tem várias. A primeira foi realmente com a médica que me atendeu na maternidade, na minha primeira filha. Ela perguntou se eu ia tentar o parto normal ou se eu queria ir para uma cesárea. Aí eu falei que eu queria tentar o parto normal. Aí ela falou assim: "então tá bom, deita ali que eu vou fazer o exame de toque." E aí eu tava tendo contração. E ela não queria esperar minha contração passar. Aí ela foi fazer o exame de toque, e eu falei: "Espera que eu tô com dor". Ela: "Não, mas a gente tem que fazer o exame de toque". Então assim, já zero empática ali, aquela mulher. Aí na hora que eu fiquei lá no na sala de pré-parto, elas meio que te abandonam lá. Então você fica abandonada, sem orientação, sem nada. Quando a médica vinha para fazer o exame de toque, muito grosseira, ela queria fazer exame de toque, mesmo você estando com contração, não queria esperar. E aí ela das vezes que ela veio fazer o exame de toque em mim, ela falava assim: "tem certeza que você vai continuar querendo o parto normal? Porque é disso daí para pior." Então assim, absurdo, absurdo. E em questão da episiotomia, né? Porque assim, às vezes não tem necessidade, mas eles fazem por costume para ser mais rápido para eles. Então, a diferença gritante da Casa Angela para um para uma maternidade. Não tem comparação.

P: Você sabe dizer quanto tempo você ficou em trabalho de parto na maternidade, quanto tempo você ficou na Casa Angela?

R: Na maternidade, eu fiquei acho que umas 18 horas, 16 horas. Na Casa Angela, se eu não me engano, eu fiquei umas 10 horas. Em trabalho de parto.

P: Então você acha que esse ambiente em que a gestante/parturiente está influencia nesse momento do parto?

R: Com certeza, influencia muito. Muito mesmo.

P: Antes você já comentou sobre isso. Você pôde se alimentar durante o trabalho de parto, ou você gostaria que isso tivesse acontecido? Pode ser da primeira vez [parto], ou a segunda.

R: Então, lá no hospital, eles não deixam você comer nada, não é oferecido nada. Não sei o motivo do porquê que eles não oferecem, mas você já tá fraca ali, porque você passa muitas horas, em trabalho de parto, fazendo força, mas eles não deixam você comer nada. E na Casa Angela, elas ofereciam o tempo todo, se você queria almoçar, se você queria tomar um café da manhã, se você queria um chá, elas ficavam oferecendo, se você queria comer alguma coisa. Então, completamente diferente.

P: Em relação a ao seu primeiro parto, que foi hospitalar, você só pôde ficar deitada na maca ou eles ainda permitiam também que você se movimentasse? Você teve esse espaço para poder fazer algo assim que fosse do seu interesse ou ficou só deitada e aguardando o bebê nascer mesmo?

R: Então, no meu primeiro parto eu não tinha muita informação. E o que é que elas fizeram? Elas falaram que ia colocar um remédio para me ajudar com a dor, mas na verdade elas me colocaram na ocitocina. Então, elas colocam você na ocitocina, deitada, direto na veia e a ocitocina o seu corpo ele já produz. Só que elas usam a citocina sintética para poder acelerar a sua dilatação. Quando me colocou nesse negócio, se eu já estava com dor, eu acho que dobrou umas 100 vezes, porque é horrível, horrível. E aí eu fiquei só deitada porque ficava com aquele negócio. Eu não podia fazer nada, porque eu estava deitada aquele negócio em mim. Então não tinha muito que fazer.

P: E na Casa Angela você tinha um espaço para, não sei se você conhece o termo, mas se chama deambulação, que é você poder estar circulando, andando. Você tinha esse espaço para poder se movimentar lá?

R: Sim, todo espaço para se movimentar, à vontade lá. Se você quiser ir lá fora dar uma volta para aliviar ver a natureza, você pode. Super à vontade.

P: Você sabe dizer se lá eles tem áreas externas? Tipo, se tem jardins que vocês acessam ou se é somente áreas construídas mesmo.

R: Lá tem jardim.

P: Você sentiu falta de algum ambiente que poderia ter sido fundamental no momento do seu parto? Pode ser relacionado à casa de parto mesmo. Você acha que podia ter um ambiente ali que favorecesse mais o seu parto? Talvez o banheiro ser dentro do quarto, alguma coisa nesse sentido assim?

R: Não, eu acho que não influenciou o banheiro ser fora. Não, não senti falta disso. Foi tão bom em todos os sentidos que o banheiro não ser dentro do quarto foi o de menos. Não senti falta. Fiquei muito à vontade no ambiente, então não consegui sentir falta de nada.

P: Tinha banheira dentro do do quarto?

R: Então, o meu quarto não tinha banheira, porque os quartos que tinham banheira, eles já estavam com gestantes que também iam ganhar bebê. Então quem chega primeiro vai se acomodando nos quartos e o meu não tinha.

P: Você sabe dizer como era o quarto assim, por exemplo, se tinha uma luz mais penumbra, se eles deixavam um ambiente mais aconchegante? Ou se era muita luz, que nem no hospital?

R: Não, é uma luz mais fraca, então deixa um ambiente com ar mais tranquilo. Tem ar condicionado dentro do quarto, tem uma cama para o pai, para o acompanhante que está lá. Tem a nossa cama, tem uma pia com todos os medicamentos em cima. Tem uma cadeira também, que é uma cadeira confortável, como se fosse uma poltrona. É, acho que é isso no quarto.

P: Como você acha que seria uma casa de parto ideal, o que não poderia faltar de forma alguma?

R: Eu acho que o principal é ter profissionais qualificados, que saibam respeitar uma mulher, uma gestação, escolhas. Eu acho que é o principal.

P: As perguntas eram essas. Você gostaria de fazer alguma consideração sua, falar alguma coisa a mais?

R: Não, eu só indico a Casa Angela para todo mundo que sonha em ter um filho, porque realmente é maravilhoso o acolhimento. A comida também, quando elas iam servir a comida, gente do céu, eu nunca comi uma comida tão gostosa, parecia que eu estava comendo em restaurante. As mulheres que cozinhavam lá, você não tem noção, a comida é muito gostosa, muito bem feitinha assim com aquele gostinho de lar. Muito maravilhoso e é tudo bem certinho assim, como se você estivesse fazendo uma dieta, bem bonitinho, tudo separadinho, muito bem temperado, não é aquela comida sem gosto, de hospital, né? Como dizem. É maravilhoso. Mas eu indico a Casa Angela para todo mundo, porque eu nunca conheci um lugar tão respeitoso e maravilhoso para você ter o seu filho.

P: Você comentou uma coisa que era uma dúvida minha, mas eu não sabia se você saberia responder. Eles têm uma cozinha lá na casa de parto?

R: Tem, tem cozinha e tem as mulheres que cozinhavam lá e aquele cheiro quando elas estão começando já inunda tudo assim, é maravilhoso.

*“A mãe sabe parir, e o bebê sabe como e
quando nascer.”*

- ENSP-Fiocruz

