

CENTRO UNIVERSITÁRIO REDENTOR
GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO

RENAN GOMES TOLEDO

CENTRO DE PARTO HUMANIZADO E CLÍNICA OBSTÉTRICA EM ITAPERUNA/RJ

ITAPERUNA – RJ
2020

RENAN GOMES TOLEDO

CENTRO DE PARTO HUMANIZADO E CLÍNICA OBSTÉTRICA EM ITAPERUNA/RJ

Trabalho apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso 2, do curso de graduação em Arquitetura e Urbanismo, como avaliação (V1) exigida para aprovação na mesma.

Orientador: Prof. Msc. Alcimar Silveira

ITAPERUNA – RJ

2020

RESUMO

A história do nascimento é a própria história da humanidade, que nas últimas décadas vem abdicando da maneira natural de se nascer. Isso é notado pelo altíssimo índice de cesáreas percebido em diversos países da América Latina e sul da Ásia, sobrepujando os percentuais máximos sinalizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), de $\leq 15\%$. Em Itaperuna/RJ essa realidade não é diferente, onde se percebe índices em torno de 90% nos partos cirúrgicos nos últimos 5 anos, o que ultrapassa em muito até a média estadual de 57%, que já é excessiva segundo os parâmetros da OMS. Os bastidores desses índices são sustentados por circunstâncias sérias como manipulação/controle sobre as decisões da parturiente e violência obstétrica pelo modelo da cultura médica hegemônica, afetando ou anulando a autonomia da mulher, conselhos profissionais coibindo e perseguindo os profissionais médicos que levantam-se contra o sistema da “indústria do parto cesáreo”, pouca oferta de maternidades e centros de parto que efetivamente defendam o parto vaginal, que ofereçam suporte de informação confiável desde o pré-natal, enfim, que respeitem as gestantes, seus bebês e seus familiares. Partindo desse último aspecto, Itaperuna/RJ torna-se um potencial cenário para implantação de um centro humanizado para partos, visto que o município tem reconhecida tradição na oferta de serviços médico hospitalares, inclusive para municípios e localidades circunvizinhas.

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

SUMÁRIO

RESUMO	2
SUMÁRIO	3
ÍNDICE DE IMAGENS E TABELAS	5
1. INTRODUÇÃO	7
2. PROBLEMÁTICA	10
3. JUSTIFICATIVA	12
4. PÚBLICO ALVO	15
5. OBJETIVOS	19
5.1. OBJETIVO GERAL	19
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
6. LEGISLAÇÃO	20
6.1. LEGISLAÇÃO DE SAÚDE	20
6.2. LEGISLAÇÃO MUNICIPAL	20
7. LOCAL PROPOSTO E SEU ENTORNO	21
7.1. ANÁLISE DO ENTORNO	21
7.2. ANÁLISE DO LOTE	22
8. VISITA TÉCNICA	23
8.1. HOSPITAL PLANTADORES DE CANA – HPC	24
8.2. CLÍNICA CIRÚRGICA E MATERNIDADE LILIA NEVES	27
9. REFERÊNCIAS PROJETUAIS	29
9.1. MATERNITY WAITING VILLAGE	29

9.2. WOLDYIA MATERNITY CENTER	31
9.3. CASA Nº1, EM AVARÉ/SP - BRASIL	34
10. PROGRAMA DE NECESSIDADES	35
11. EVOLUÇÃO CONCEITUAL/FORMAL	39
11.1. FLUXOGRAMA	40
12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
13. GLOSSÁRIO	44
14. ANEXOS OU APÊNDICES	46
14.1. CASSAÇÃO SR. RICARDO HERBERT JONES	46
14.2. DECLARAÇÃO WHO: CESÁREAS - CONCLUSÕES	47
14.3. DECLARAÇÃO WHO: CESÁREAS – CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON	48

ÍNDICE DE IMAGENS E TABELAS

IMAGEM 1. MAPA DOS PRINCIPAIS ÍNDICES DE PARTO TIPO CESÁREA POR REGIÃO NO MUNDO, EM 2018	10
IMAGEM 2. COMPARATIVO DOS PERCENTUAIS DE CESÁREA ENTRE AMÉRICA LATINA, BRASIL, REGIÃO SUDESTE E ITAPERUNA/RJ EM 2018	11
IMAGEM 3. PERCENTUAL DE CESÁREAS COMUNICADOS EM ITAPERUNA/RJ, DE 1996 A 2018 (MENOR ÍNDICE DO PERÍODO EM 2001, EM TORNO DE 60%, CONTRA OS QUASE 92% REGISTRADOS EM 2019)	11
IMAGEM 4. REPRESENTAÇÃO DA ESTRUTURA DO CONCEITO DE ORGANIZAÇÃO CULTURAL SOBRE AS VIAS DE NASCIMENTO, ADAPTADO DA TEORIA DA ORGANIZAÇÃO CULTURAL DE ALLAIRE E FIRSIROTU (1984), E DO TRABALHO DE HALABI (2005)	12
TABELA 1. INFORMAÇÕES SOBRE AS PARTURIENTES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO NO ANO DE 2018	16
IMAGEM 5. CENTRALIDADE E ACESSO AO TERRENO PROPOSTO EM ITAPERUNA/RJ	21
IMAGEM 6. PROXIMIDADE DO TERRENO PROPOSTO COM OUTROS CENTROS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ITAPERUNA/RJ: (1) UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO; (2) POSTO DE SAÚDE RAUL TRAVASSOS; (3) HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ; (4) HOSPITAL DAS CLÍNICAS.	22
IMAGEM 7. SITUAÇÃO DO LOTE PROPOSTO	23
IMAGEM 8. LOCALIZAÇÃO DO HPC NA MALHA URBANA DE CAMPOS DOS GOYTACAZES	24
IMAGEM 9. LOCALIZAÇÃO HOSPITAL PLANTADORES DE CANA E PROXIMIDADES COM TEATROS, SHOPPINGS, HOTÉIS, PRAÇAS, PARQUES, INSTITUIÇÕES OUTRAS DE SAÚDE, INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO, INSTITUIÇÕES BANCÁRIAS, ENTRE OUTRAS	24
IMAGEM 10. IMPLANTAÇÃO DO HOSPITAL PLANTADORES DE CANA	25
IMAGEM 11. FACHADA FRONTAL DO HOSPITAL PLANTADORES DE CANA	26
IMAGEM 12. SUÍTE PARTICULAR TÍPICA DO HOSPITAL PLANTADORES DE CANA.	26

IMAGEM 13. ESPERA DA ENFERMARIA DA MATERNIDADE DO HOSPITAL PLANTADORES DE CANA _____	26
IMAGEM 14. VISÃO DA SALA DE ESPERA DA ENFERMARIA DA MATERNIDADE DO HOSPITAL PLANTADORES DE CANA _____	26
IMAGEM 15. BANHEIRA PARA PARTO NORMAL AQUÁTICO DA MATERNIDADE DO HOSPITAL PLANTADORES DE CANA (SUS) _____	27
IMAGEM 16. LOCALIZAÇÃO MATERNIDADE LILIA NEVES E PROXIMIDADES COM TEATROS, SHOPPINGS, HOTÉIS, PRAÇAS, PARQUES, INSTITUIÇÕES OUTRAS DE SAÚDE, INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO, INSTITUIÇÕES BANCÁRIAS, ENTRE OUTRAS _____	27
IMAGEM 17. LOCALIZAÇÃO DA MATERNIDADE LILIA NEVES _____	28
IMAGEM 18. FACHADA FRONTAL DA MATERNIDADE LILIA NEVES _____	28
IMAGEM 19. RECEPÇÃO E BERÇÁRIO DA UTI DA MATERNIDADE LILIA NEVES _____	29
IMAGEM 20. SALA CIRURGIA E QUARTO TÍPICO DA MATERNIDADE LILIA NEVES _____	29
IMAGEM 21. MATERNITY WAITING VILLAGE. _____	30
IMAGEM 22. MATERNITY WAITING VILLAGE. _____	30
IMAGEM 23. MATERNITY WAITING VILLAGE. _____	30
IMAGEM 24. MATERNITY WAITING VILLAGE. _____	31
IMAGEM 25. WOLDYIA MATERNITY CENTER. _____	32
IMAGEM 26. WOLDYIA MATERNITY CENTER. _____	32
IMAGEM 27. WOLDYIA MATERNITY CENTER. _____	33
IMAGEM 28. WOLDYIA MATERNITY CENTER. _____	33
IMAGEM 29. FACHADA FRONTAL DA CASA Nº1 EM AVARÉ/SP. _____	34
IMAGEM 30. IMAGENS INTERNAS DO <i>LIVING</i> DA CASA Nº1 EM AVARÉ/SP. _____	35
TABELA 2. PROGRAMA DE NECESSIDADES _____	38
IMAGEM 31. ESQUEMA DA EVOLUÇÃO CONCEITUAL/FORMAL. _____	40
IMAGEM 32. FLUXOGRAMA PRIMÁRIO. . _____	41

1. INTRODUÇÃO

Historicamente, até um século atrás, a humanidade só dispunha de uma via de parto para trazer ao mundo seus bebês: o parto normal ou vaginal. Com o grande avanço tecnológico e científico ocorrido principalmente nos últimos 60 anos, a medicina passou a dispor de muitas ferramentas e soluções que permitiam a preservação da vida em casos antes nunca previstos (SASS & HWANG, 2009). A possibilidade do parto cirúrgico trouxe uma alternativa de preservação da saúde da mãe e seu feto em muitos casos onde não seria possível o nascimento pela via vaginal. A OMS (2015), com o passar dos anos balizou as comunidades de saúde pelo mundo com parâmetros de referência para indicar as situações de clara indicação ao parto tipo cesárea. Hoje, além das premissas já reconhecidas para essa indicação, há um painel chamado de “Classificação de Robson” (Anexo 5.3) que resume e uniformiza esse procedimento ao redor do mundo.

Entretanto, a realidade percebida nos hospitais e nos próprios dados informados às secretarias de saúde em diversos países é que o número de cesáreas tem aumentado consideravelmente nos últimos 30 anos, ultrapassando em muito todos índices máximos indicados pela própria OMS (ANS, 2014). De um lado tem-se os profissionais de saúde (com maior poder de voz e decisão: os médicos), que levantam a bandeira de que precisam ter autonomia sobre as escolhas da parturiente, principalmente quando há o envolvimento de riscos à saúde da mãe e do bebê (BEHRUZI, *et al.*, 2013). O discurso cientificista é sempre utilizado para amparar o posicionamento da inquestionabilidade das decisões do sistema de saúde vigente, e ainda desvia a atenção para os muitos relatos de abusos médicos que cunham o termo tão combatido pelo próprio conselho profissional, de “violência obstétrica”. Tais posturas de violência e desrespeito podem ser apuradas tanto no âmbito das vias de parto em si, em destaque para o parto dito “normal”, quanto na violência psicológica que é feita durante o acompanhamento da gestante (DINIZ & CHACHAM, 2006).

Os próprios conselhos, regionais ou federal, tem se encarregado de coibir e restringir a atuação de profissionais que desafiem o sistema vigente, como pode ser percebido em casos de impedimento do profissional médico de assinar um plano de parto no Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ, 2019), ou de casos de suspensão parcial ou cassação do registro médico, como acontecido com o Dr. Ricardo Jones (Anexo 5.1). Quando o assunto “autonomia da mulher gestante” é colocado em pauta, declarações como a Conselho Federal de Medicina transcrita a seguir tem

gerado polêmicas e acirrado ainda mais as discussões sobre o tema nas últimas duas décadas:

“Os médicos entendem que a autonomia da mulher deve ter limites, principalmente quando existem fatores que possam colocar tanto a mãe quanto a criança em risco se o parto vaginal for escolhido, e em local que não seja o hospital.” (CFM, 2018).

O trabalho de Velho *et al.* (2014) traz relatos de parturientes como este a seguir, indicando manipulação, excessos e abusos também pela instituição hospitalar, que havia impedido a presença do acompanhante, contrariando a Lei Federal 11.108 de 2005 que assegura esse direito:

“Porque eu fiquei sozinha numa sala sentindo a maior dor, fiquei mais de uma hora lá naquela contração e não tinha ninguém ali para segurar a mão, para falar: “calma, já estamos indo, calma”. [...]eu fiquei sozinha lá e meu marido não pôde entrar.” (VELHO *et al.*, 2014)

“Os meus três filhos foram sem opção de escolha. Eu acho que eles avaliam se tu podes ter um parto normal ou se tu vais ter que fazer cesárea. Eu acho que é eles quem decidem, na realidade. Porque se tu podes ter um parto normal, tranquilo. Os meus três partos foram sem opção de escolha mesmo.” (VELHO *et al.*, 2014)

Do outro lado, percebe-se uma multidão de mulheres e familiares desinformados, que dia após dia alimentam o fenômeno da epidemia do parto tipo cesárea. Fenômeno este muito lucrativo para as engrenagens do sistema de saúde particular. Apesar do parto normal ter custo menor por evento que o parto cirúrgico, este último permite um número muito maior de eventos/dia utilizando as estruturas hospitalares. Sem contar o controle sobre todos os processos da envolvidos, em especial o tempo: 2h em média para o processo cirúrgico, contra 20h em média para o processo de parto vaginal. O mesmo sistema ocasiona muitos prejuízos no âmbito da saúde pública, visto que os custos com o processo cirúrgico e pós-cirúrgico das parturientes é muito maior (BEHRUZI, *et al.*, 2013; ESTRINGER, *et al.*, 2019).

Vários artigos têm apresentado um cenário que desmistifica o “consenso sociocultural contemporâneo brasileiro” que prediz que o alto índice de cesáreas seria fruto principalmente das escolhas das gestantes, o que é parcialmente verdade. Mas se avaliado ao longo do processo, tais pesquisas estão demonstrando que a maioria das mulheres, independentemente de sua condição econômica e cultural, inicialmente entendem ser o parto normal a melhor escolha para o processo de nascimento (POTTER *et al.*, 2001; SASS & HWANG, 2009; VELHO *et al.*, 2014; PALHARINI, 2017; SURITA & SANDLER, 2019). Alguns pareceres explicitados pelas gestantes entrevistadas no trabalho de Velho, *et al.* (2014):

“A gente sofre um pouquinho mais [risos], mas o parto normal é bem melhor.” (VELHO *et al.*, 2014)

Aí eu falei: - Mãe, como é que a senhora falava para mim, ah... que morre de dor! Que dor? Que dor é esta? Eu já estava a ponto de ganhar e não tinha sentido dor! Porque eu só fui sentir dor mesmo, praticamente quando ela já estava saindo.” (_____, 2014)

“[...] daí começou a doer, doer, mas a dor é assim, ela é momentânea, passa e tudo certo, uma dor bem suportável, dá para aguentar. A gente fala depois que passa: - Não dói tanto assim [...].”(_____, 2014)

“Assim, muito rápida a recuperação, tu consegues estar bem depois de um parto normal [...].”(_____, 2014)

“Parto normal é a forma natural, eu acho que é a forma mais natural possível de ter filho.” (_____, 2014)

“Eu posso dizer que dela, eu senti mais as coisas, de poder participar da força, de fazer a força pra ter ela, pegar no colo, aquela coisa, de ver. Então, por isso que eu acho que o parto normal é melhor, porque a gente está ali, participando do parto.” (_____, 2014)

“Assim, muito rápida a recuperação, tu consegues estar bem depois de um parto normal [...].”(_____, 2014)

“O parto normal é melhor!” (_____, 2014)

“Que eu tenho convicção que o melhor para o bebê e a gestante é o parto normal. É melhor!” (_____, 2014)

Entretanto, ao longo da gravidez, principalmente aquelas que são atendidas no sistema particular de saúde, acabam tendo seu direcionamento pelo parto vaginal drasticamente alterado, aceitando passar pelo processo cirúrgico, mudança essa que ocorre durante a caminhada do pré-natal. Há uma clara modulação e influência ocasionada pela cultura da medicina hegemônica, que escorada em um discurso cientificista acima de quaisquer questionamentos pelos “leigos”, está perpetuando e aumentando cada vez mais os índices de partos cirúrgicos no Brasil. Potter *et al.* (2001), mostram que das 1612 mulheres entrevistadas, sendo 1093 pacientes da rede pública de saúde, e 519 da rede privada de saúde, mais de 70% das entrevistadas, independente do grupo, declararam ser o parto vaginal a sua primeira escolha para a via de nascimento. Ainda mais, o trabalho das obstetras da Unicamp, Surita & Sandler (2019), corroborante com pesquisas da Fiocruz, demonstra que dentre as pacientes da rede privada, a intenção de escolha primária pelo parto normal muda consideravelmente do início do pré-natal para o final do mesmo, indicando o poder de influência das consultas médicas sobre a decisão da mulher. Surpreendentemente, o mesmo trabalho mostra uma situação onde 1012 mulheres assistidas pela rede privada em São Paulo, e que foram assistidas explicitamente por médicos praticantes e

defensores estritos do parto vaginal como opção viável e desejável para as pacientes, mantiveram ao final do acompanhamento gestacional a postura de escolha pelo parto vaginal!

2. PROBLEMÁTICA

Apesar da orientação da OMS indicando o índice de até 15% para o número de cesáreas recomendadas, as taxas do evento ao redor do mundo têm alcançado patamares nunca antes vistos, principalmente nos países e regiões em desenvolvimento ou considerados desenvolvidos (Imagem 1).

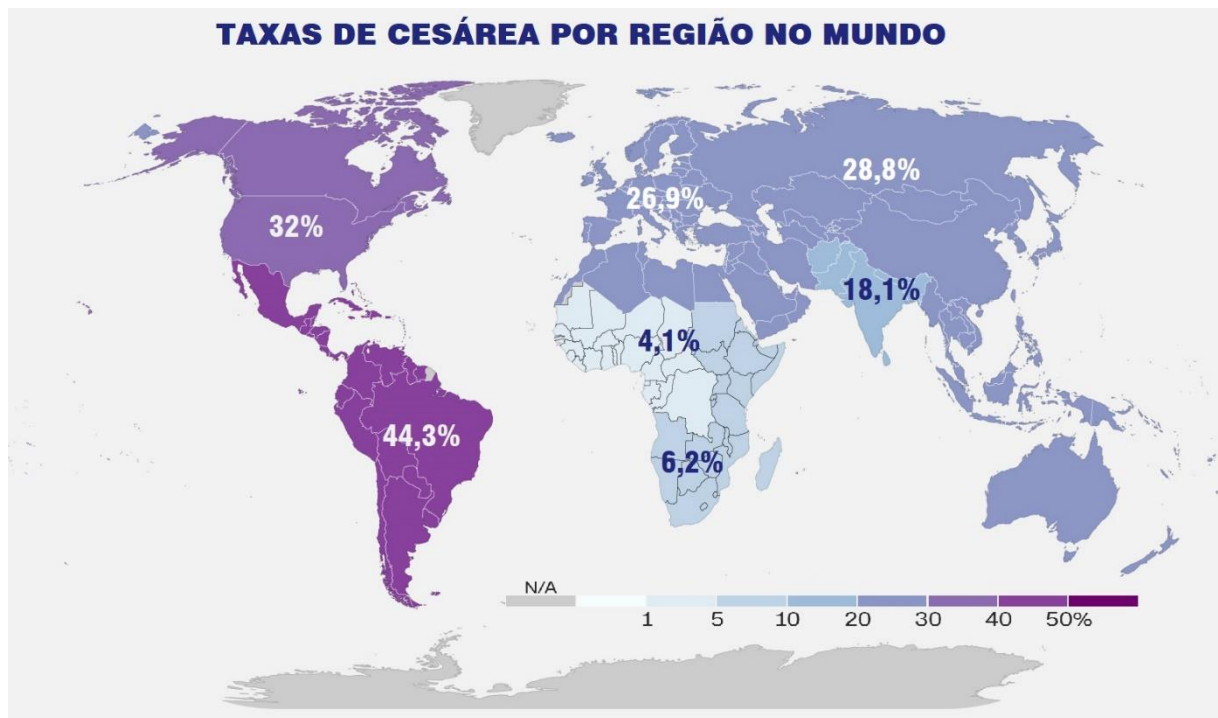


Imagem 1. Mapa dos principais índices de parto tipo cesárea por região no mundo, em 2018
 Fonte: CNN Health (Adaptado pelo autor). Acesso em novembro de 2019. Disponível em
<https://edition.cnn.com/2018/10/11/health/c-section-rates-study-parenting-without-borders-intl/index.html>

Considerando a faixa de 25 a 30% da taxa de partos cirúrgicos apontados pelo Ministério da Saúde para a realidade brasileira, os números nacionais chegaram a 55,7% de cesáreas no cenário do país em 2017 (DATASUS, 2017). Tal número é tão alarmante que o Brasil, juntamente com a China, são considerados os países com as maiores taxas de cesáreas no mundo, e juntos são responsáveis pela metade dos excessos dos números dessa cirurgia no planeta (WHO, 2015).

Avaliando a região sudeste do país, temos uma média maior que a nacional, chegando a 61% o índice de cesáreas nos nascimentos (DATASUS, 2017). Dado esse, composto por 45% de cesáreas no âmbito do SUS contra 90% do mesmo índice na esfera dos partos custeados na esfera particular, de acordo com Domingues *et al.* (2014). O município de Itaperuna/RJ, no Noroeste Fluminense, apresenta uma média de partos cirúrgicos acima dos índices estaduais e nacionais, e que vem apresentando um aumento contínuo (Imagens 2 e 3), e apresentou em 2018 o expressivo número de 90,29% dos partos na modalidade cirúrgica (SES, 2019). Campos dos Goytacazes/RJ, maior município do norte do estado e distante apenas 100km de Itaperuna/RJ, apresentou no mesmo período o índice de 64% de partos cirúrgicos, o que destaca ainda mais os dados divulgados para Itaperuna/RJ.

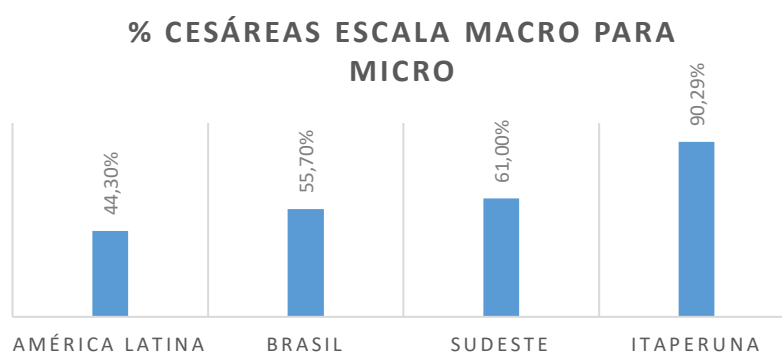


Imagem 2. Comparativo dos percentuais de cesárea entre América Latina, Brasil, Região Sudeste e Itaperuna/RJ em 2018
Fontes: SEC/SINASC; OMS (Compilado pelo autor)

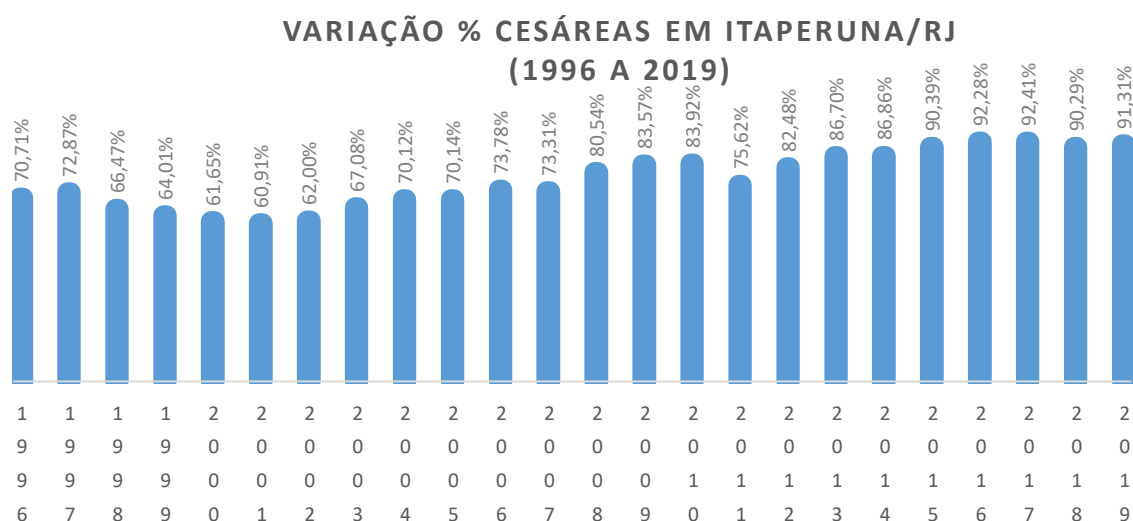


Imagem 3. Percentual de cesáreas comunicados em Itaperuna/RJ, de 1996 a 2018 (menor índice do período em 2001, em torno de 60%, contra os quase 92% registrados em 2019)

Fonte: SEC/SINASC, acesso em setembro de 2019. Disponível em
<https://sistemas.saude.rj.gov.br/scripts/tabcgi.exe?sinasc/nascido.def>

Os altos índices de parto cirúrgico em Itaperuna/RJ confirmam que o município possui infraestrutura médica e hospitalar como o conhecido Hospital São José do Avaí (HSJA) para atendimento das demandas da região nos moldes da

cultura do parto cesárea. Com os dados da Imagem 3, nota-se que esses índices só têm aumentado nos últimos 15 anos. Os dados da Secretaria Municipal de Saúde são comunicados de maneira compulsória, mas sem a separação quantos aos atendimentos serem particulares ou públicos (SUS). Sendo assim, pode-se inferir que os atendimentos públicos são incipientes no município em relação ao atendimento particular e que aqueles que ocorrem a nível público encontram-se no limiar dos 40% máximos permitidos pelo SUS, levando a essa média geral municipal acima dos 90% de partos cirúrgicos!

3. JUSTIFICATIVA

Avaliar e discutir um assunto tão complexo é uma tarefa hercúlea, mas que não pode ser deixada de lado. São muitos atores e interesses envolvidos, e o tema envolve o sistema de saúde já arraigado, o direito, o aspecto psicossocial das mães, seus filhos e familiares, a cultura onde estão todos inseridos (BEHRUZI *et al.*, 2013).

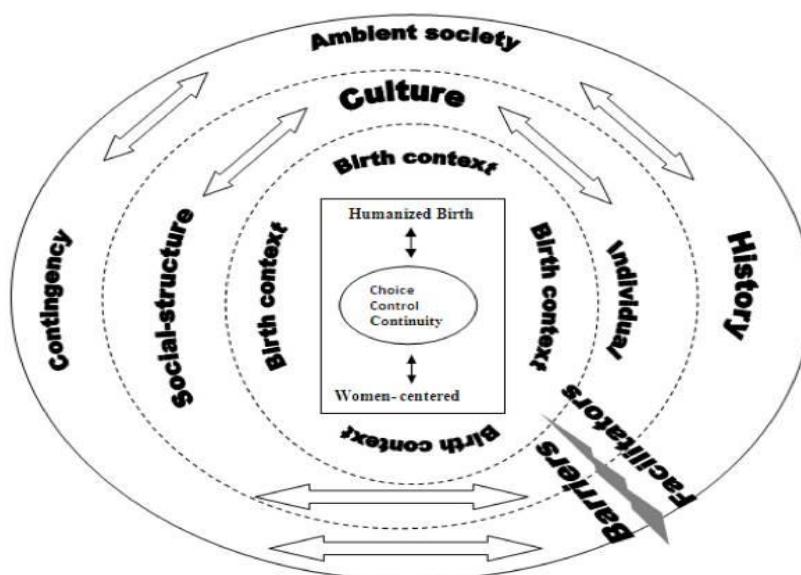


Imagem 4. Representação da estrutura do conceito de organização cultural sobre as vias de nascimento, adaptado da teoria da organização cultural de Allaire e Firsirotu (1984), e do trabalho de Halabi (2005)
Fonte: Behruzi *et al.* (2013)

Através da Imagem 4, Behruzi e seus colaboradores (2013) procuram adaptar e traduzir de outros dois trabalhos importantes, os muitos aspectos envolvidos nessa discussão. Segundo os autores, o cenário onde encontra-se uma mulher que entende ser o parto humanizado opção desejável, que entende que suas escolhas e controle sobre os processos devem ser respeitados, encontra-se conectado a cenários externos maiores, que influenciam a construção dessa

consciência na gestante, agindo como facilitadores ou barreiras. O contexto do nascimento, a estrutura social, a cultura, a individualidade são apenas alguns aspectos que, multifatorialmente, afetam a construção dessa percepção.

Diante do cenário local alarmante já descrito anteriormente, e partindo do princípio de que a cultura do parto cesáreo está hoje arraigada no *modus operandi* dos profissionais de saúde, sejam eles médicos, enfermeiros, auxiliares, gestores de instituições de saúde, etc., entende-se que o ajuste e mudança do mecanismo existente seria um processo de difícil sucesso, conflituoso e de longo prazo, como bem revisado por Sass & Hwang (2009).

Como revisado por Palharini (2017) o parto normal no Brasil vem assumindo nas últimas 4 décadas uma conotação de patologia, com foco central na dor do processo, na dúvida sobre a real capacidade de uma mulher conseguir passar por um processo que é fisiológico, natural, que tem ligação direta com sua sexualidade. Há ainda uma carga de “conceitos” que sustentam a cultura do privilégio do homem sobre o corpo da mulher. Isso fica claro com termos ainda utilizados como o ponto dado no períneo da mulher pós episiotomia, chamado de “ponto do marido”: ou seja, o foco no prazer do homem, e não na saúde e integridade do corpo da mulher. Com este cenário estabelecido, a opção pela cesárea é vista e como uma solução padrão “máximo” no atendimento obstetrício, e como fuga dessa experiência sombria que vem se tornando o parto (a)normal.

A mudança no sistema da medicina obstétrica hegemônica só ocorrerá com orientação e mudança de mentalidade da mulher e da sociedade onde ela se insere (o que é um processo também longo e multifatorial. Para tal, ofertar a essa mulher um espaço onde ela se sinta segura, acolhida, orientada e principalmente respeitada em sua escolha de via de parto, é um ponto de partida excelente e desejável para início desse processo de metanóia.

Sendo o ato de nascer um processo físico, precisa como tal de um local físico para acontecer. Até 50 ou 60 anos atrás, era bastante comum o evento do parto ocorrer dentro de uma residência. Hoje, com toda oferta de suporte, segurança e cuidado oferecida pelos avanços tecnológicos na medicina, o ato de nascer foi transferido praticamente em sua totalidade para o âmbito das instituições de saúde, que dispõem de locais ditos “apropriados” para o parto ocorrer (PALHARINI, 2017).

Quanto a esses locais de atendimento, recebem muitas denominações diferentes muitas vezes relacionadas ao mesmo tipo de ambiente. Qualquer conjunto de ambientes preparados e direcionados para o atendimento a gestantes e

parturientes, com condições de conduzir um evento cirúrgico, manter neonatos em situação de risco (UTI neonatal), são denominadas “maternidades”. Se a instituição oferecer atendimento exclusivo para esse público, pode ser chamado de “Maternidade”, “Casa de Parto”, “Hospital Maternidade”. Entretanto quando esse sistema de atendimento ao parto ocorrer dentro de um complexo maior e multifuncional, é chamado de “maternidade” enquanto setor de um Hospital ou Casa de Saúde.

Hoje no país todos os principais centros de referência e atendimento a gestantes do país são localizados em maioria nas capitais. Só para citar alguns exemplos, tem-se em São Paulo: Hospital São Luiz, Maternidade Pro Matre Paulista, Hospital e Maternidade Santa Joana, Hospital Santa Catarina, Hospital Israelita Albert Einstein; Rio de Janeiro: Maternidade Perinatal, Casa de Saúde São José, Hospital Pasteur; Belo Horizonte: Mater Dei, Hospital Sofia Feldman; Salvador: Hospital Aliança, Maternidade Santamaria, Hospital Santo Amaro; Porto Alegre: Hospital Mãe de Deus, Hospital Moinhos de Vento. Alguns são maternidades exclusivas e outros funcionam dentro de hospitais maiores, como no caso da Maternidade do Albert Einstein, em São Paulo.

Entende-se que através da arquitetura, é possível oferecer um pano de fundo inicial (e primordial) para o avanço das questões anteriormente expostas sobre o real papel e autonomia da gestante no processo de nascimento de seu bebê. No caso de Itaperuna, uma opção que se poderia pensar inicialmente seria ajustar ou implantar uma nova estrutura de maternidade no hospital existente (HSJA), propiciando espaços mais bem elaborados e que disponham para as gestantes conforto e segurança para poderem passar por um dos momentos mais importantes e preciosos da vida: o nascimento. Entretanto, a instituição citada já tem como postura a cultura do parto cesáreo, e seria conflituoso enxertar uma nova estrutura com outra filosofia de atuação divergente e oposta à existente.

Sendo assim, a proposta deste trabalho é o projeto de um novo centro de parto humanizado e clínica obstétrica que supra essa lacuna em Itaperuna e região. Muito mais que uma maternidade, a ideia é que o centro de parto se torne referência e local de ensino, discussões e polo de reverberação dessa postura que inclui e torna a mulher, a grávida uma atriz principal no processo, e não somente uma mera coadjuvante do “dar à luz”.

4. PÚBLICO ALVO

Conforme dados da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2019), o município de Itaperuna registrou no ano de 2018 um total de 1874 partos de mulheres residentes no município e seus distritos. Esse dado está imerso nos registros dos 220.387 partos que foram realizados no estado no mesmo ano. A nível estadual a referida Secretaria de Saúde disponibiliza em seu portal eletrônico (SINASC) vários dados que estão compilados abaixo e que servirão de base para análise do público alvo servido pela proposta deste trabalho:

NÚMERO TOTAL PARTOS ESTADO RJ (2018):		220.387		
1	Escolaridade	fundamental	médio	superior
		56.750	114.484	45.614
		25,8%	51,9%	20,7%
2	Faixa etária	16 a 19 anos	20 a 34 anos	mais de 35 anos
		28.244	150.460	37.655
		12,8%	68,3%	17,1%
3	Ocupação da mãe	não ocupados	outras ocupações	
		124.090	96.297	
		56,3%	43,7%	
4	Situação conjugal	solteira	casada ou em união estável	separado judicialmente
		135.815	79.402	3.203
		61,6%	36,0%	1,5%
5	Tipo de parto	vaginal	cesarea	
		93.824	126.433	
		42,6%	57,4%	
6	Parto induzido ou não induzido	induzido	não induzido	
		29.071	181.718	
		13,2%	82,5%	
7	Apresentação fetal	cefálica	pélvica ou podálica	
		208.161	7.186	
		94,5%	3,3%	
8	Tipo de gravidez	única	gemelar ou +	
		215.310	4.922	
		97,7%	2,2%	
9	Assistência ao parto - Médico	médio	enfermeira/obstretiz	
		203.841	15.390	
		92,5%	7,0%	
10	Momento de ocorrência da cesárea em relação ao trabalho de parto	antes do trabalho	não informado	
		66.613	101.873	
		30,2%	46,2%	

11	Duração da gestação	32 a 36 semanas	37 a 41 semanas		
		19.900	191.250		
		9,0%	86,8%		
12	Local da ocorrência do parto	hospital	clínicas e afins	residência	
		218.824	380	808	
		99,3%	0,2%	0,4%	
13	Tipo de estabelecimento	hospital geral	hospital especializado		
		131.120	79.691		
		59,5%	36,2%		
14	Mês em que iniciou o pré-natal	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês
		55.811	72.024	37.221	17.692
		25,3%	32,7%	16,9%	8,0%
15	Número de consultas no pré-natal	4 a 6 consultas	mais de 7 consultas		
		42.306	160.002		
		19,2%	72,6%		
16	Método estimativa duração da gestação	exame físico	outro método	não informado	
		96.529	33.114	90.744	
		43,8%	15,0%	41,2%	
17	Número de abortos/perdas fetais	nenhuma perda	1 a 3 perdas		
		176.226	40.381		
		80,0%	18,3%		
18	Número de gestações anteriores	nenhuma	1 a 3 gestações	4 a 6 gestações	
		86.060	119.525	12.069	
		39,0%	54,2%	5,5%	
19	Número de partos cesareos anteriores	nenhuma	1 a 3 cesareas		
		154.120	63.051		
		69,9%	28,6%		

Tabela 1. Informações sobre as parturientes do Estado do Rio de Janeiro no ano de 2018

Fonte: SEC/SINASC, acesso em setembro de 2019. Disponível em

<https://sistemas.saude.rj.gov.br/scripts/tabcgi.exe?sinasc/nascido.def> - (Compilado pelo autor)

Avaliando os dados acima, pode-se perceber que a mulher a ser atendida pela proposta deste trabalho possui entre 15 e 40 anos, com sua maioria entre os 20 a 34 anos (68,3%). Sua maior parte (51,9%) possui nível de escolaridade na faixa do Ensino Médio, e a maioria das mulheres também se declara não possuir uma ocupação de trabalho (56,3%). Grande parte desse contingente declara ser solteira (61,6%). É fato que as mulheres com menor grau de escolaridade têm relação direta com a baixa condição socioeconômica, e esse quadro é ligado diretamente ao maior contingente de pacientes que hoje se valem dos serviços de saúde pública para parirem seus bebês. Entretanto, como mencionado anteriormente, o trabalho de Potter *et al.* (2001) que entrevistou mais de 1600 mulheres atendidas pelas redes públicas e privada no Brasil, mais de 70% das pacientes, independentemente do tipo de atendimento, declarou ter o parto natural como via de escolha primária. Tal informação indica que não apesar dos índices de parto vaginal ser maior na rede

pública, até mesmo por conta de controle do SUS, a intenção das parturientes pelo parto normal não tem relação com sua condição socioeconômica. O mesmo estudo aponta que, dentre os motivos que as entrevistadas elencam para a preferência pelo parto normal, e os percentuais das respostas é bastante similar entre os dois grupos, público e privado, são: rápida recuperação da parturiente, é natural, é melhor para o bebê, tiveram experiência prévia positiva em outro parto normal (POTTER *et al.*, 2001).

Sobre as informações de *status* do feto e do parto em si, 57,4% tiveram parto tipo cesárea, o que reflete a média estadual para este índice. Majoritariamente (97,7%) com gravidezes de tipo única e com o feto em posição cefálica (94,5%), e com gestação de 37 a 41 semanas (86,8%), o que reflete que são situações inicialmente fora das indicações de risco para um parto cirúrgico. Quanto ao atendimento, 92,5% tiveram seu parto conduzido por um médico, e em ambiente hospitalar geral (59,5%), ou seja, a participação de enfermeiras, parteiras e doulas no processo do parto é praticamente inexpressiva, e a oferta de ambientes hospitalares especializados e específicos apresenta carência.

Curiosamente, quando os dados informam sobre o momento de ocorrência da cesárea em relação do trabalho de parto (campo 10), 101.873 casos, ou seja, quase a metade, são contados como não informados! Tal omissão na caracterização do momento em que a cesárea foi indicada pelo médico, e posto que é uma informação inserida pela instituição que presta o atendimento, e não pela paciente, aponta para uma possível intenção em se enevoar o entendimento correto de quando a intervenção cirúrgica está sendo indicada.

Avaliando se essas mulheres estariam passando por algum tipo de falta de acesso ao pré-natal, percebe-se que 72,6% das gestantes tiveram mais de 7 consultas durante a gravidez, e que o acompanhamento médico se iniciou em sua maioria até o segundo mês de gestação (58%). A maioria das grávidas nunca sofreu uma perda fetal ou aborto (80%) e 54,2% já haviam passado por uma gestação anterior. Esses dados excluem qualquer entendimento de que por falta de acesso e acompanhamento médico, as gestantes estariam, por algum motivo, desinformadas, ou deixando suas gravidezes evoluírem para situações de risco que potencializassem a indicação do parto cirúrgico. Ao contrário, como já dito anteriormente, essa mesma mulher que, no início do processo intenta um parto natural, durante o processo de acompanhamento médico, há a reversão dessa inclinação. Tal situação indica o poder de influência negativa de um profissional de

saúde comprometido com o modelo da medicina hegemônica, que prescreve, que intervém, muito mais do que consulta, explica e negocia com o paciente. Surita & Sandler (2019) demonstraram claramente essa força de atuação quando pesquisaram mais de 1000 mulheres atendidas na rede privada em São Paulo deliberadamente por profissionais especificamente escolhidos como adeptos da cultura do parto humanizado: a maioria delas chegou ao final dos estudos e da gestação com a mesma decisão inicial pelo parto normal.

Voltando ao trabalho do Professor Joseph Potter e seus colaboradores (2001), percebe-se que as entrevistadas, independentemente do tipo de atendimento (público ou privado), quando comparadas as intenções de tipo de parto entre a primeira e a segunda entrevista (pós experiência de parto), mais de 70% com intenção inicial de parto vaginal mantiveram suas intenções na segunda entrevista contra 4,5% que declararam ter intenção de parto cesariano na segunda entrevista. Entretanto, entre aquelas que tiveram a experiência do primeiro parto tipo cirúrgico, percebe-se uma rejeição quatro vezes maior pelo parto vaginal devido principalmente ao medo e riscos de complicações de se decidir por um parto normal quando se tem uma prévia experiência com o parto tipo cesárea. Ou seja, a experiência da primeira gravidez é crucial para a consolidação e confiança da mulher em relação ao parto normal. Todo esse processo liga-se e depende diretamente do apoio a essa gestante por profissionais que entendem e fomentam claramente o advento do parto natural.

Considerando que a maioria das mulheres, independentemente de sua classe social, inicialmente apresentam intenção pelo parto normal, e visto que em Itaperuna/RJ tem-se uma média anual de partos ocorridos em torno de 1.800 eventos (BRASIL, 2019), ou seja, quase 5 partos por dia, pode-se considerar o contingente total como potencial público alvo deste trabalho. Assim, a intenção é oferecer e dimensionar uma maternidade com atendimento público e privado capaz de absorver essas demandas atuais, bem como dispor de espaço e estrutura para um crescimento futuro de, no mínimo, o dobro dessa estimativa para os próximos 30 anos.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo Geral

Propor a implantação de um centro de parto humanizado e clínica obstétrica no contexto de Itaperuna/RJ a fim de disponibilizar uma instituição que ofereça apoio, informações, aconselhamento e acompanhamento, e uma arquitetura que disponha de condições de conforto e segurança para respeito e valorização das gestantes do município e região.

Através da implantação do centro de parto humanizado e clínica obstétrica em Itaperuna/RJ, com postura e atuação na área de ensino e conscientização, espera-se que em médio/longo prazo a instituição possa se tornar referência confiável e buscada para nortear as decisões das gestantes sobre a melhor forma de trazer seus filhos ao mundo, bem como oferecer toda estrutura necessária para apoiar e facilitar o encontro das mães com seus recém-nascidos.

5.2. Objetivos Específicos

- Estabelecer um centro de referência disseminador de informações sobre o parto humanizado, e local de ensino, compartilhamento e conscientização de profissionais e usuários externos do sistema, como gestantes, sua família e outros acompanhantes, estudantes, etc.
- Ofertar através do centro de parto um polo de medicina obstétrica para atender e acompanhar as gestantes com uma estrutura de consultórios médicos e laboratórios.
- Elaboração do projeto do centro de parto humanizado com todo o preparo espacial e de equipamentos para as parturientes encontrarem segurança e serem respeitadas no processo do parto e do pós-parto.
- Disponibilizar no centro de parto toda a estrutura para partos cirúrgicos, devidamente equipado e preparado para atender às reais demandas de cesárea quando necessário e de acordo com as orientações da OMS.

6. LEGISLAÇÃO

6.1. Legislação de saúde

O ano de 2011 teve como importante marco a criação da Portaria nº1.459, em 24 de junho, pelo Ministério da Saúde (MS). Essa portaria institui, no âmbito do SUS, a então chamada Rede Cegonha. O artigo 1º descreve que a recém-criada rede “(...)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, 2011). A partir daí a Rede Cegonha vem servindo de fundamento para consequentes ações do MS acerca das políticas públicas que podem afetar a esfera da gestação e dos nascimentos no âmbito do SUS no Brasil.

Em 07 de Janeiro de 2015, a Portaria nº11 do MS revisou e atualizou as diretrizes para implantação e habilitação dos chamados Centros de Parto Normal (CPN). Tal instrumento classifica as CPNs em Intra-Hospitalares (CPNi) e Peri-Hospitalares (CPNp), sendo este último o modelo que mais se aproxima ao programa proposto neste trabalho. A CPNp não apresenta a necessidade de possuir a estrutura de UTI neonatal e outros elementos necessários para tratamento de gestantes de alto risco, mas precisa estar localizada a, no máximo, 20 min de distância de um estabelecimento hospitalar de referência, e poder garantir essa transferência da gestante e do recém-nascido para tal instituição em casos de risco ou intercorrências. A Portaria nº11/2015 também trata de todo o programa mínimo para a implantação dos CPNs, sendo assunto que será alargado no respectivo item sobre o tema.

6.2. Legislação municipal

O dispositivo legal do município de Itaperuna/RJ que traz os parâmetros urbanísticos a serem respeitados por este projeto é a Lei 879 de 06 de novembro de 2019, que versa sobre a revisão do Plano Diretor da cidade (BRASIL, 2019). Com a localização do lote na Av. Zulamith Bittencourt, considerada como via arterial pelo Mapa 02 do Anexo VIII (página 270), pode-se constatar que a região é considerada como Zona Residencial de Média Densidade (ZRMD), de acordo com o Mapa 01 do Anexo VII (página 267). Tal classificação permite extrair do Quadro 3 do Anexo IV, sobre a Síntese dos Parâmetros Urbanísticos por Zona, que a ZRMD possui Coeficiente de Aproveitamento do Terreno com índice 10 (básico), podendo possuir 80% da área do lote ocupada, e apresentar 10 pavimentos, pela classificação básica.

Quanto aos afastamentos, um terreno na referida zona pode ter afastamento frontal igual a zero, afastamento laterais de, no mínimo, 1,50m, sem afastamento de fundos, e contando com taxa de permeabilidade de 10%, no mínimo. Entretanto, em edificações até quatro pavimentos, ficam isentas também dos afastamentos laterais, como explicitado na Nota B do referido parâmetro.

7. LOCAL PROPOSTO E SEU ENTORNO

7.1. Análise do entorno

A escolha de um local adequado para implantação do CPN em Itaperuna foi condicionada a um ponto central da sede do município, localizado no eixo viário principal da cidade, próximo a outras estruturas de saúde importantes no município como o Hospital São José do Avaí (HSJA) (650m – 8 min a pé), antigo Hospital das Clínicas (450m – 6 min a pé), a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da Cidade Nova (1400m – 6 min de carro e 17 min a pé), e o Posto de Saúde Raul Travassos (700m – 8 min a pé) (Imagem 6). O local oferece razoável equidistância a todos os principais bairros da cidade (Imagem 5), possui acesso viário condizente com o empreendimento, e em trecho da avenida isento de alagamentos historicamente registrados. A proximidade com a Rodoviária Municipal é um importante ponto a ser destacado, bem como a proximidade com o Centro de Itaperuna, o que permite fácil acesso a toda estrutura comercial e de serviços ali alocada.

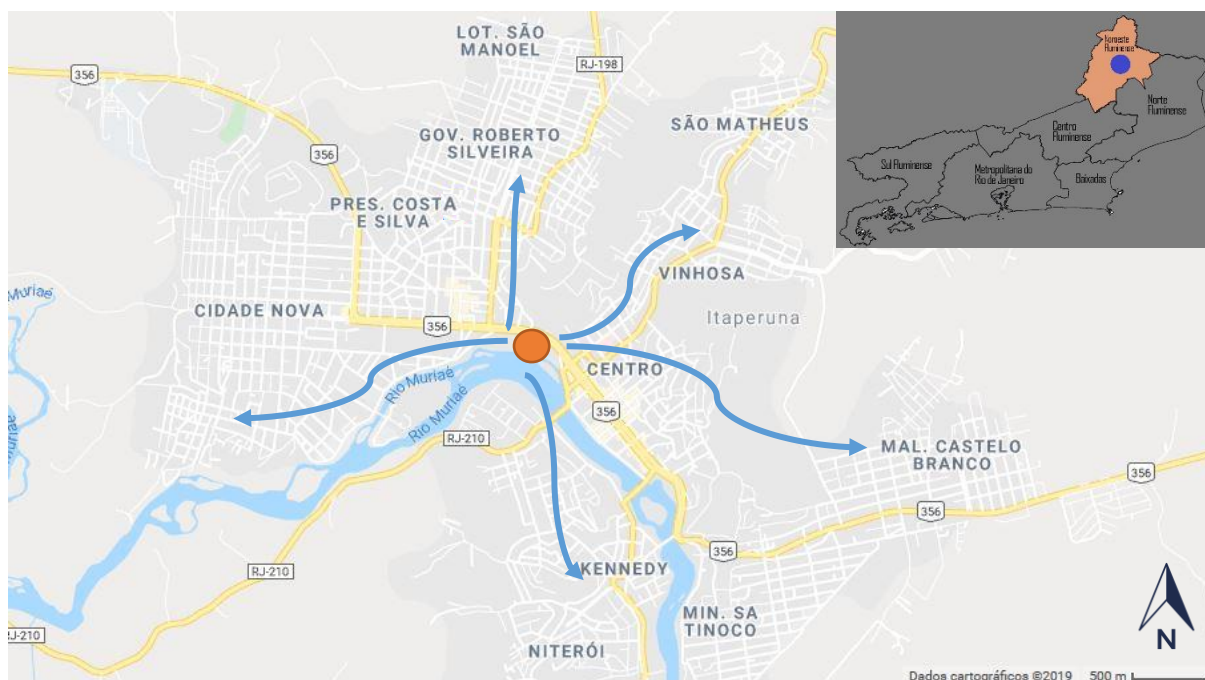


Imagem 5. Centralidade e acesso ao terreno proposto em Itaperuna/RJ.

Fonte: Zeemaps com edição pelo autor

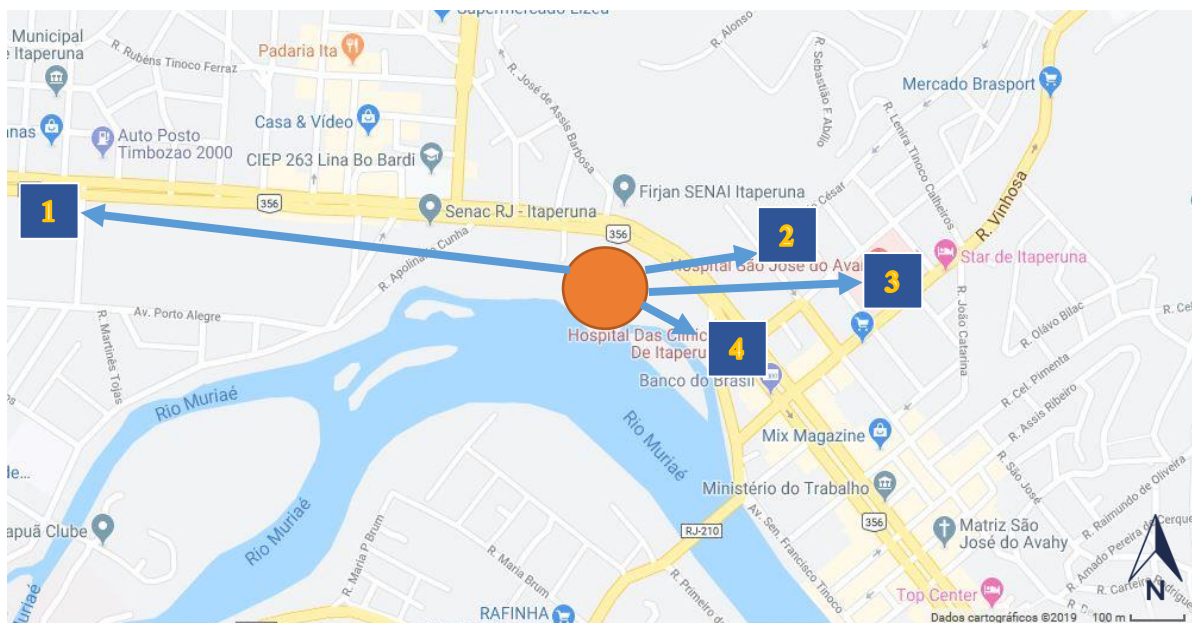


Imagem 6. Proximidade do terreno proposto com outros centros de saúde do município de Itaperuna/RJ: (1) Unidade de Pronto Atendimento; (2) Posto de Saúde Raul Travassos; (3) Hospital São José do Avaí; (4) Hospital das Clínicas.

Fonte: Fonte: Zeemaps com edição pelo autor.

7.2. Análise do lote

O lote escolhido possui 6.839,08m², com topografia plana, de formato trapezoidal, limítrofe com a Av. Zulamith Bittencourt, nº339, bairro Cidade Nova, Itaperuna/RJ. Suas dimensões são 58,00m de frente, 63,87m de fundos, 113,67m do lado direito, e 114,75m do lado esquerdo (Imagem 7). Seu acesso por uma via classificada como arterial permite um fluxo adequado para chegada ou remoção de pacientes. Há também a facilidade de acesso por vários meios de deslocamentos, tanto a pé, bicicleta, quanto por veículos motorizados. Próximo ao lote há um ponto de ônibus, e à sua frente um semáforo precedido com faixa de pedestres. As edificações vizinhas laterais possuem gabarito de 2 pavimentos, e são comerciais. Algumas edificações na frente do terreno possuem de 4 a 6 pavimentos, mas devido à largura da avenida juntamente com seu calçadão central, tais construções estão a quase 40m de distância do lote proposto. Os fundos do lote confrontam-se com o Rio Muriaé, possuindo um potencial de oferecer paisagem agradável, com favorecimento de circulação de ventos e isento da possibilidade de bloqueios futuros por outras construções. O terreno apresenta excelentes atributos paisagísticos como árvores de médio/grande porte. Ou seja, apesar de estar em um centro estratégico e movimentado, a arquitetura pode fazer uso desse potencial natural e proporcionar

um local agradável, amplo e com conforto, segurança e sossego para as gestantes e parturientes.

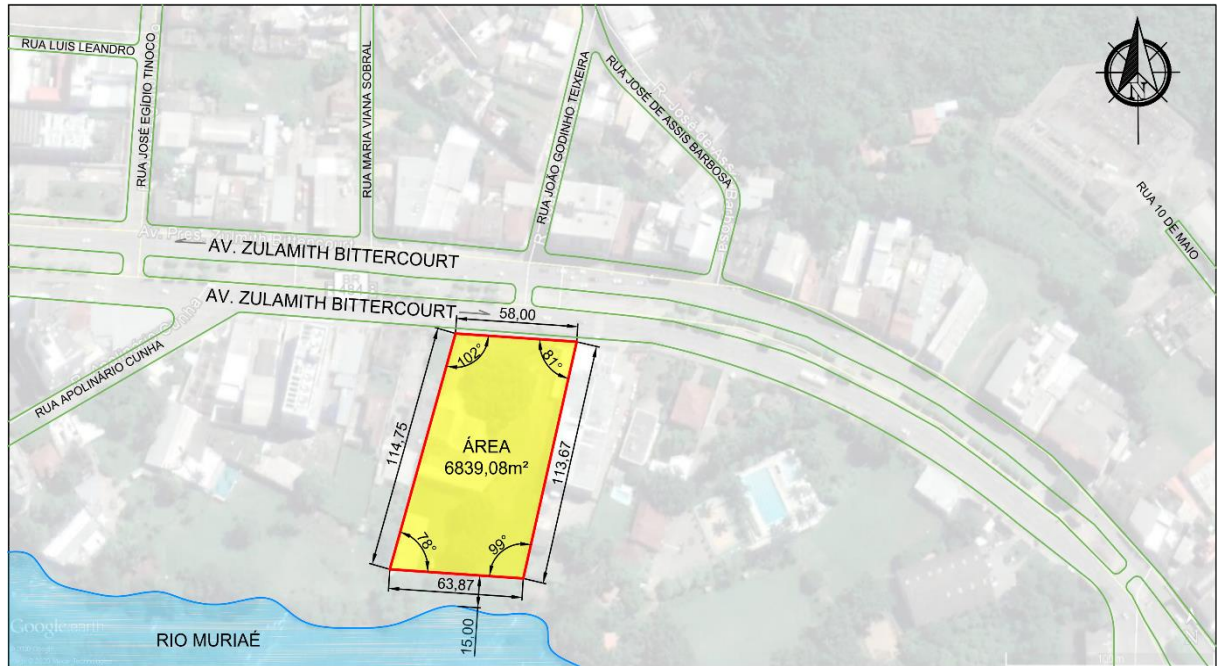


Imagem 7. Situação do lote proposto.

Fonte: Representação em CAD elaborada pelo autor, sobre mapa de fundo extraído do Google Earth Pro.

8. VISITA TÉCNICA

As visitas técnicas foram realizadas na cidade de Campos dos Goytacazes/RJ, que dista cerca de 100Km do município de Itaperuna/RJ, em duas instituições de saúde com portes distintos para melhor compreensão das demandas, limitações, pontos de inovação e qualidade dos serviços oferecidos para as gestantes da região. Ambas as visitas foram realizadas em novembro de 2019, pré-agendadas com cada instituição, e foram compostas de reconhecimento visual das estruturas e ambientes existentes, registro fotográfico, registro dimensional nas áreas permitidas, e esclarecimentos de dúvidas e outras questões dirigidas diretamente aos responsáveis de cada local visitado.



Imagem 11. Fachada Frontal do Hospital Plantadores de Cana.

Fonte: Acervo do autor



Imagem 12. Suíte particular típica do Hospital Plantadores de Cana.

Fonte: Acervo do autor



Imagem 13. Espera da enfermaria da maternidade do Hospital Plantadores de Cana

Fonte: Acervo do autor



Imagem 14. Visão da Sala de Espera da enfermaria da maternidade do Hospital Plantadores de Cana

Fonte: Acervo do autor



Imagem 15. Banheira para parto normal aquático da maternidade do Hospital Plantadores de Cana (SUS)

8.2. Clínica Cirúrgica e Maternidade Lilia Neves

Situada na Rua Conselheiro Otaviano, nº129, Centro – Campos dos Goytacazes, a Maternidade Lilia Neves é ligada ao complexo de saúde Hospital Geral Dr. Beda, e oferece atendimentos em partos normais humanizados e cesárea. Sua localização é próxima ao do HPC, e compartilha das mesmas características e potencialidades de localização já elencadas para o objeto de visita do item 7.1.

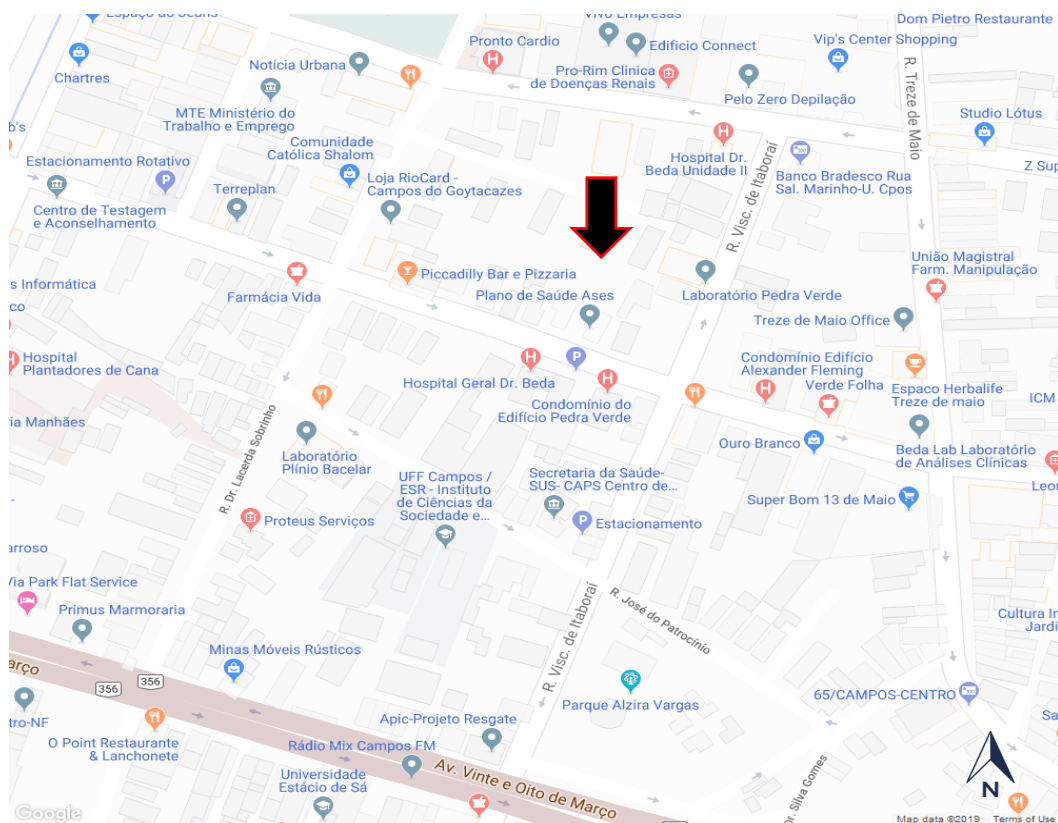


Imagem 16. Localização Maternidade Lilia Neves e proximidades com teatros, shoppings, hotéis, praças, parques, instituições outras de saúde, instituições de educação, instituições bancárias, entre outras.

Fonte: Snazzy Maps, com edição pelo autor.



Imagem 17. Localização da Maternidade Lilia Neves
Fonte: Google Earth, com edição pelo autor.

O local dispõe de 11 suítes e 3 enfermarias com 2 leitos cada, totalizando 17 leitos ao todo para atendimento simultâneo. A maternidade conta com atendimento 24h, centro cirúrgico, com plantonistas em ginecologia, obstetrícia, pediatria e anestesia.

A maternidade Lilia Neves atende cerca de 150 partos por mês. Tem uma estrutura física que é referência no município de Campos dos Goytacazes, bem localizada na cidade, mas com atendimento voltado quase que exclusivamente para a esfera particular. O atendimento é bastante organizado, o ambiente transmite um senso de segurança e tranquilidade, diferente do ambiente tumultuado de um hospital como o HPC.



Imagem 18. Fachada Frontal da Maternidade Lilia Neves
Fonte: Acervo do autor



Imagem 19. Recepção e Berçário da UTI da Maternidade Lilia Neves



Imagem 20. Sala cirurgia e quarto típico da Maternidade Lilia Neves

9. REFERÊNCIAS PROJETOAIS

9.1. Maternity Waiting Village

Localizada em Kasungu, região Oeste do Malawi, a Maternity Waiting Village é hoje um centro de referência do país no atendimento de gestantes de diversas localidades circunvizinhas. Normalmente mulheres que moram em pequenos vilarejos ou tribos, sem acesso algum a estrutura mínima de saúde, muitas vezes parindo em suas próprias casas, sem apoio ou qualquer acompanhamento de profissional médico. As taxas de mortalidade materna e infantil em decorrência de complicações no parto estão sendo cada vez mais reduzidas com a oferta de um local acolhedor, onde a gestante pode encontrar apoio médico, orientações, e local adequado para terem seus filhos.

O projeto de do *Mass Design Group*, em parceria e solicitação da *University of North Carolina*. Possui área total construída de 670m², e teve sua conclusão no ano de 2015. A distribuição horizontal, os espaços de convivência e permanência, o uso de elementos vasados para melhores condições de conforto

térmico, a organização de alguns setores em pequenos blocos conectados, bem como o respeito da arquitetura pela cultura local, são elementos que foram determinantes para que esta maternidade fosse utilizada como referência por este trabalho.



Imagem 21. Maternity Waiting Village. Disponível em: <https://massdesigngroup.org/work/design/maternity-waiting-village> acesso em Fevereiro de 2020.



Imagem 22. Maternity Waiting Village. Disponível em: <https://massdesigngroup.org/work/design/maternity-waiting-village> acesso em Fevereiro de 2020.

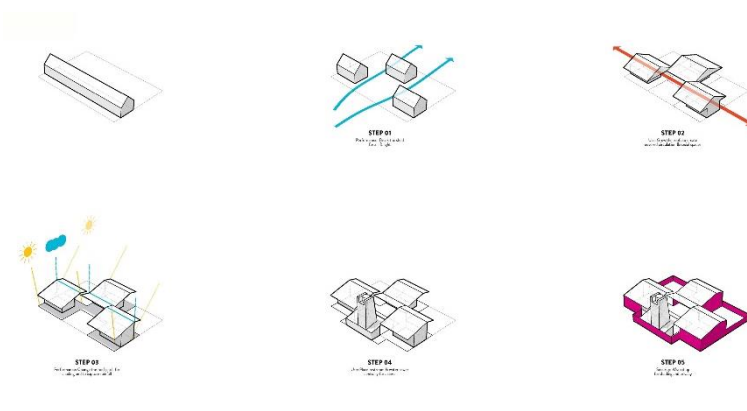


Imagem 23. Maternity Waiting Village. Disponível em: <http://designportfolios.philau.edu/gallery/77018263/GUARDIAN-HOUSING-IN-MALAWI-%28IN-PROGRESS%29-Spring-2019> > acesso em fevereiro de 2020.

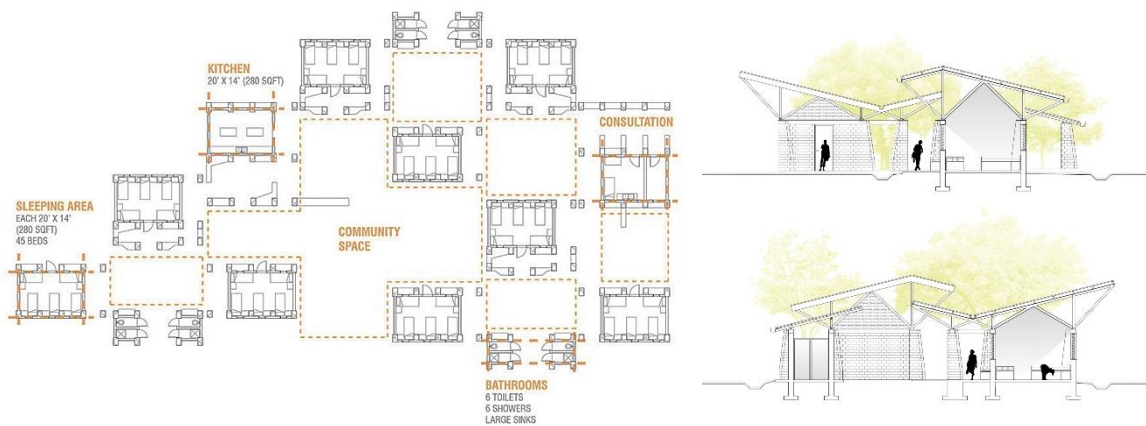


Imagem 24. Maternity Waiting Village. Disponível em: < <http://designportfolios.philau.edu/gallery/77018263/GUARDIAN-HOUSING-IN-MALAWI-%28IN-PROGRESS%29-Spring-2019> > acesso em fevereiro de 2020.

Ficha resumo:

- Local: Kasungu, Malawi
- Cliente: University of North Carolina; Malawi Ministry of Health; The Gates Foundation; The Autodesk Foundation; Presidential Initiative for Safe Motherhood
- Data da competição: outubro de 2015
- Área construída: 670m²
- Custo: \$270,000.00
- Arquitetura: MASS Design Group

9.2. Woldyia Maternity Center

A *Woldyia Maternity Center* é uma outra maternidade africana de referência, situada em Weldiya, no centro-norte da Etiópia. A arquitetura é do grupo espanhol Vilalta Studio, que projetou o complexo com 800m², construção essa que ficou pronta em 2017. O projeto está localizado na entrada do complexo hospitalar da cidade, e fica dividido em duas áreas que compartilham o mesmo espaço de entrada: a maternidade funcional e a área de espera das gestantes. Este último espaço consegue abrigar futuras mães que vem de áreas rurais distantes, e que podem ficar hospedadas por até duas semanas aguardando o início do trabalho de parto, com assistência e conforto.

São três volumes que compõem a maternidade: áreas de Acolhimento, Paciente e Operação. Estes são separados um do outro para trazer luz dentro do corredor principal. O design da fachada inclui referências culturais nas grades da

janela que são moldadas usando um padrão etíope tradicional. A recepção ao ar livre aproveita o espaço e o clima ao ar livre e tem como objetivo integrar a comunidade ao prédio.

A segunda, a área de espera da mãe, é inspirada nos *tukuls*, as cabanas tradicionais da Etiópia e é composta por volumes circulares organizados por um padrão semelhante. Como uma casa grande para novas mães, tem uma área diurna composta por uma sala ao ar livre com cozinha e uma área noturna com cinco quartos e banheiros. Todos os espaços interiores da maternidade possuem ventilação natural e iluminação. Para a construção foram utilizados um sistema pré-fabricado de concreto leve para a unidade hospitalar combinado com madeira de pinheiro na fachada e estrutura de aço com bambu para as casas das mães.



Imagem 25. Woldyia Maternity Center. Disponível em: <<https://vilalta.studio/en/portfolio-item/woldyia-maternity/>> acesso em Fevereiro de 2020.



Imagem 26. Woldyia Maternity Center. Disponível em: <<https://vilalta.studio/en/portfolio-item/woldyia-maternity/>> acesso em Fevereiro de 2020.

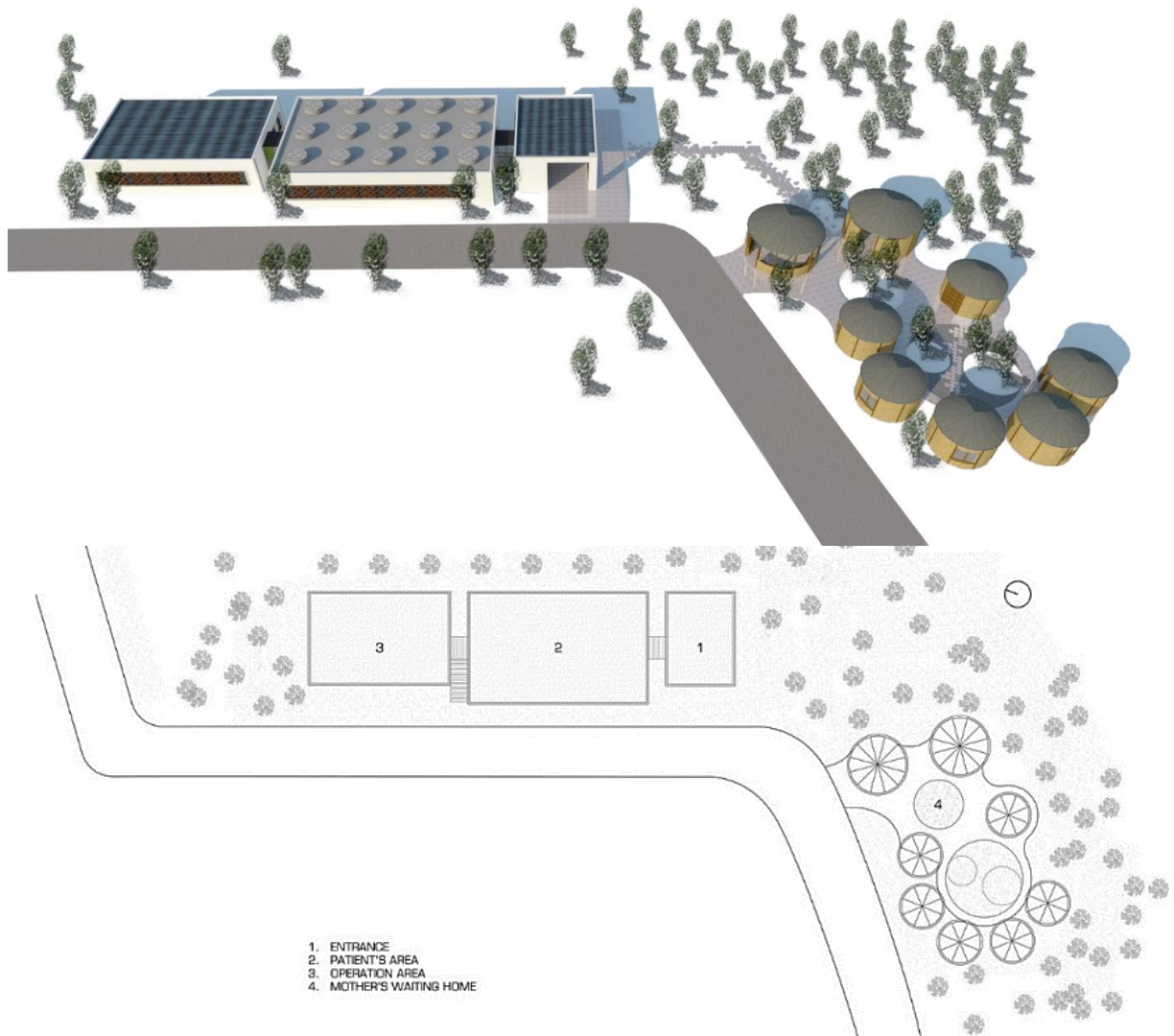


Imagem 27. Woldya Maternity Center. Disponível em: <https://www.archdaily.com/353892/woldya-maternity-center-xavier-vilalta-architects/515b335db3fc4b8c8a000024_woldya-maternity-center-xavier-vilalta-architects_woldyamaternity-xva-09-jpg> acesso em Fevereiro de 2020.

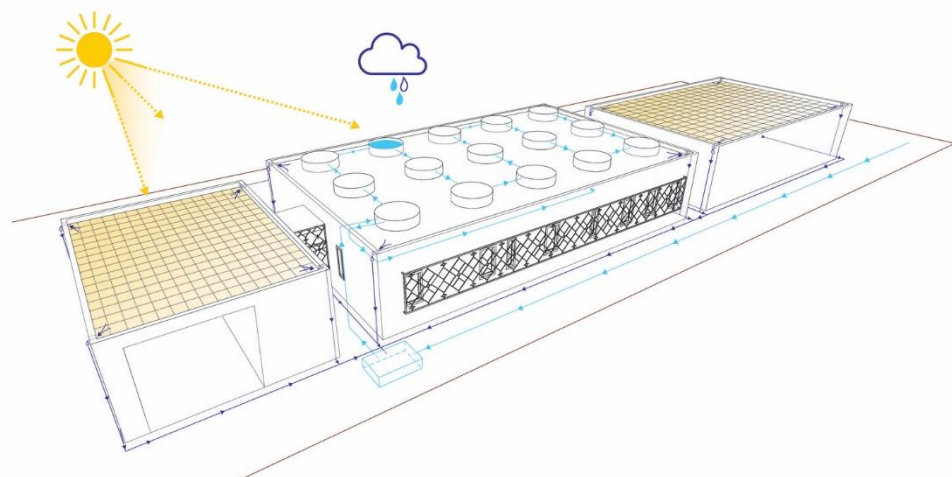


Imagem 28. Woldya Maternity Center. Disponível em: <https://www.archdaily.com/353892/woldya-maternity-center-xavier-vilalta-architects/515b335db3fc4b8c8a000024_woldya-maternity-center-xavier-vilalta-architects_woldyamaternity-xva-09-jpg/> acesso em Fevereiro de 2020.

Ficha resumo:

- Local: Woldya, Etiópia
- Cliente: IPI Foundation
- Data: 2013 a 2017
- Área: 800,00 m²
- Custo: €200.000,00
- Arquitetura: Vivalta Studio

9.3. Casa nº1, em Avaré/SP - Brasil

A Casa nº1, construída em Avaré/SP, consegue unir em uma só edificação os 05 principais elementos que serão utilizados no projeto da maternidade: 1) madeira, que tem cor quente, traz aconchego, conexão com o natural, carrega em si a ideia do artesanal; 2) concreto, que é um elemento já consagrado na arquitetura brasileira, que remete à robustez, constância, segurança, rusticidade; 3) vidro, que atua como elemento de membrana, compartimentando, mas não embarreirando, permitindo luminosidade, integração, conexão do externo com o interno; 4) ladrilho hidráulico, que é outro elemento conectado com a cultura do Brasil, e que além da resistência, traz consigo vida em suas estampas, um senso de personalidade; 5) cobogó, que combina em si o filtro da luz exterior, dando novas formas e cores a esta, bem como permitindo a ventilação para maior conforto térmico. Produzida pelo escritório Vão Arquitetura, em parceria com o escritório australiano Yellowtrace, a residência unifamiliar teve sua construção finalizada em 2018.



Imagem 29. Fachada frontal da Casa Nº1 em Avaré/SP. Disponível em: <<https://www.yellowtrace.com.au/vao-arquitetura-ownerless-house-avare-brazil-central-courtyard/>> acesso em Abril de 2020.

A arquitetura traz elementos muito utilizados na arquitetura brasileira, e que conferem um senso de luminosidade, aconchego e ligação com a natureza dos jardins que nela foram implantados. Tais elementos, quando utilizados em um ambiente como uma casa de parto normal, horizontal, com espaços ricos para vivência, tem como objetivo cortar completamente a imagem fria de um ambiente hospitalar, que é o que normalmente a gestante encontraria como opção para parir.



Imagem 30. Imagens internas do *living* da Casa Nº1 em Avaré/SP. Disponível em: <<https://www.yellowtrace.com.au/vao-arquitetura-ownerless-house-avare-brazil-central-courtyard/>> acesso em Abril de 2020

10. PROGRAMA DE NECESSIDADES

Antes de se considerar o programa de necessidades em si, foi avaliada a orientação do MS (BRASIL, 2015) acerca da indicação para implantação de um Centro de Parto Normal (CPN), bem como o dimensionamento do público a ser atendido. O Quadro 5 da referida cartilha de orientações indica que, para município com população entre 100 mil e 350 mil habitantes é indicada a implantação de uma CPN. O mesmo quadro traz um mecanismo de cálculo do número de leitos obstétricos a serem considerados: $\{ \text{Gestantes Estimadas} \times 2,5 \text{ dias (média de permanência)} / [365 \text{ dias} \times 0,70 \text{ (taxa ocupação 70\%*)}] \} \times 1,21$ (ajuste para outros procedimentos obstétricos) = $[(NV \times 1,05) \times 2,5] / (365 \times 0,70) \times 1,21$. Quanto ao número de gestantes estimadas, foi considerado 65% dos partos totais ocorridos em Itaperuna no ano de 2019, que foi de 1747 nascimentos. Isso porque, além de existir um percentual esperado de partos cirúrgicos no total de casos, há a possibilidade dessa gestante que opte pelo parto normal decidir passar pelo processo no ambiente hospitalar já comumente ofertado em outras instituições de saúde do

município. A resolução da equação acima indica a necessidade de 14 leitos que, no caso deste trabalho, se traduzirão em quartos individuais tipo PPP. Tal oferta seria em torno de 55% maior do que a aparentemente necessária. Entretanto, considerando-se que os dados acima não contabilizam mulheres de outras microrregiões vizinhas que vem parir em Itaperuna, e também já prevendo um crescimento da demanda ao longo dos anos, tal configuração atenderia com folga tais situações. Para se considerar o programa de necessidades deste projeto, alguns requisitos mínimos legais precisaram ser observados para balizar as decisões na montagem do programa. Tais parâmetros estão claramente elencados na Portaria 11/2015 do MS, nos artigos 6º e 7º, que dispõem sobre os espaços físicos e equipe mínimos, respectivamente. Além do programa mínimo exigido, o programa conta com alguns espaços adicionais que estão melhor explicados no quadro a seguir:

PROGRAMA DE NECESSIDADES						
BÁSICO (Portaria MS nº11/2015)						
	AMBIENTE	DESCRIÇÃO (EXIGIDO/PROPOSTO)	QUANT.	ÁREA	Á. TOTAL	UN
	Sala recepção acolhimento e registro	A sala de acolhimento e registro é o ambiente destinado a recepcionar e encaminhar parturientes e acompanhantes. Para este ambiente adotou-se área mínima de 8,00 m² para receber uma maca e área para registro de paciente (mesa e prontuários).	1	12,00	12,00	m²
	Sala de exames e admissão de parturientes	A sala de exames e admissão tem como atividade examinar e higienizar parturientes, o ambiente deve apresentar área mínima de 12,00 m² e ser provido de bancada com pia com ponto de água fria e quente. Este ambiente deve possuir um sanitário anexo com dimensão mínima de 1,20 m²	2	16,00	32,00	m²
	Quarto PPP	O quarto PPP receberá atividades como assistir parturientes em trabalho de parto, assegurar condições para que acompanhantes assistam ao pré-parto, parto e pós-parto, prestar assistência de enfermagem ao RN envolvendo avaliação de vitalidade, identificação e higienização e realizar relatórios de enfermagem e registro de parto. Esse ambiente deve ser projetado a fim de proporcionar bem-estar e segurança à parturiente, criando um ambiente familiar diferindo-o de uma sala cirúrgica, permitindo também a presença, bem como, a participação de acompanhante em todo o processo. O ambiente deve apresentar área mínima de 10,5 m² e dimensão mínima de 3,2 m, com previsão de poltrona reclinável para acompanhante, berço e área de 4 m² para	14	18,00	252,00	m²

	cuidados de higienização do recém-nascido – bancada com pia. Devem ser previstas instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem. A instalação de banheira no quarto PPP é opcional. Caso seja instalada, deverá possuir largura mínima de 0,90 m e com altura máxima de 0,43 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. O gestor poderá optar por uma cama tablado com colchão de casal.				
Banheiro quarto PPP	Banheiro anexo ao quarto PPP deve possuir área mínima de 4,8 m² e dimensão mínima de 1,70 m. A porta do sanitário deve possuir vão mínimo de 0,80 m de largura, maçanetas do tipo alavanca e abertura em sentido de fuga, a fim de que seja aberta sem necessidade de empurrar o paciente eventualmente caído atrás da porta. O Box para chuveiro deve possuir dimensão mínima de 0,90 x 1,10 m e barra de segurança.	14	4,80	67,20	m²
Área de deambulação/estar	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. Esse ambiente deve apresentar área mínima de 27,5 m², calculados com base no número de gestantes e acompanhantes.	2	40,00	80,00	m²
Posto de enfermagem	Este ambiente deve apresentar área mínima de 2,5m², com instalações de água e elétrica de emergência.	1	8,00	8,00	m²
Sala de serviço	Seve ser previsto uma sala de serviço a cada posto de enfermagem, com área mínima de 5,70 m², instalações de água e elétrica de emergência.	1	12,00	12,00	m²
Área para higiene das mãos	Deve ser previsto um lavatório por PPP, área mínima de 0,9 m² com instalação de água fria e quente.	1	4,00	4,00	m²
Sala de utilidades	Esse ambiente é destinado à recepção, lavagem, descontaminação e abrigo temporário de materiais e 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, com pontos de água fria e água quente. Deve possuir área mínima de 6,00 m², com dimensão mínima de 2,00 m	1	18,00	18,00	m²
Quarto de plantão para funcionários	Esse ambiente é destinado ao repouso dos funcionários presentes na unidade em regime de plantão. Deve apresentar área mínima de 12 m² e ser provido de banheiro anexo	1	16,00	16,00	m²
Banheiro quarto de plantão	Deve possuir área mínima de 3,6 m²	1	4,00	4,00	m²
Sanitários para funcionários	Devem ser previstos 02(dois) sanitários para funcionários, separados por sexo, com área mínima de 1,6 m², provido de bacia sanitária e lavatório.	4	3,00	12,00	m²

	Rouparia	Essa área será destinada ao armazenamento de roupas limpas (fornecidas pela unidade vinculada). Pode constituir-se apenas por uma área com armários	1	24,00	24,00	m²
	Copa de distribuição	Ambiente destinado à recepção e distribuição da dieta das parturientes e acompanhantes. Deve possuir área mínima de 2,6 m².	1	16,00	16,00	m²
	Área para refeição	Essa 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	1	80,00	80,00	m²
	DML	Ambiente de apoio destinado à guarda de materiais de limpeza. Deve possuir área mínima de 2,0 m² e ser provido de tanque para lavagem de pano de chão.	1	8,00	8,00	m²
	Depósito de equipamentos e materiais	Ambiente destinado a armazenar os materiais e equipamentos por categoria e tipo. Para este ambiente adotou-se área mínima de 3,5m².	1	9,00	9,00	m²
ADICIONAIS						
	Sala multifuncional	Espaço a ser utilizado para palestras, encontros, consultas abertas.	1	80,00	80,00	m²
	Consultórios	Espaços reservados para atendimentos individuais	4	12,00	48,00	m²
	Sanitários para visitantes	Espaço para utilização de pacientes e visitantes.	2	3,00	6,00	m²
	Cantina	Espaço para disponibilizar refeições como lanches, etc para visitantes.	1	24,00	24,00	m²
	Depósito cantina	Espaço para guarda de alimentos e outros insumos.	1	12,00	12,00	m²
	Área descarte resíduos	Espaço para acomodação de containers de resíduos sólidos.	1	6,00	6,00	m²
	Área carga/descarga materiais	Espaço coberto para carga e descarga de materiais diversos.	1	40,00	40,00	m²
	Área de embarque e desembarque pessoas	Espaço destinado ao embarque e desembarque de gestantes e seus acompanhantes.	1	24,00	24,00	m²
	Estacionamento o coberto ambulância	Espaço a ser utilizado para guarda da ambulância.	1	28,00	28,00	m²
					922,20	m²

	AMBIENTES PÚBLICOS
	AMBIENTES RESTRITOS

Tabela 2. Programa de necessidades

11. EVOLUÇÃO CONCEITUAL/FORMAL

A conceituação do elemento projetual deu-se a partir dos estágios de percepção da maternidade e do parto normal pela mulher, que foram classificados em 3 etapas. A primeira delas refere-se à necessidade dessa mulher passar por um processo de apreensão de informação, de conscientização do processo do parto natural, dos seus benefícios para a saúde da mãe e do bebê, em contraponto com a ciência de como funciona todo o sistema da indústria do parto cirúrgico, suas formas de seduzir e pressionar a futura mãe a optar por um tipo de parto com grandes riscos para ela mesma e para o bebê, quando não tem indicação médica específica. Ou seja, a essa etapa inicial chamou-se de “ENTENDIMENTO”. Projetualmente, é a porção inicial, de entrada na edificação pelo acesso social. Ali temos uma recepção, arquivo, sanitários, e as salas de exames/admissão. São os espaços que fazem vez a esse processo da chegada, do recebimento primário das informações.

A segunda etapa identificada, é o processo de “DESENVOLVIMENTO” em si. Esta fase abriga todo o processo de crescimento não só de um bebê, mas também de uma mãe, de novas perspectivas de vida, novas posturas, desafios. É neste espaço, na Casa de Parto, onde encontram-se a estrutura de alimentação, como cantina, área de recebimento, preparo e distribuição de refeições, pátio coberto de alimentação, o pátio descoberto, arborizado e com um espelho d’água, e o salão multifuncional, que é o ambiente oferecido para encontros, palestras, atividades fora do eixo das consultas médicas do pré-natal.

Já o terceiro e último estágio é o “NASCIMENTO”. Este é o ápice da caminhada de uma gestante, onde o bebê vem à luz. É nesse momento que a concepção permite que a criança comece a interagir plenamente com o mundo exterior ao mundo placentário. Na arquitetura, é a porção final da mesma, onde se encontram os quartos de pré-parto/parto/pós-parto (PPP), área de deambulação, e as estruturas e ambientes de apoio em saúde para todo esse processo, como enfermaria, lavanderia, sala de preparo de materiais, quarto de plantonistas. A edificação oferece 10 quartos PPP, todos com visada para o vale do Rio Muriaé, oferecendo uma visada para o sul muito agradável, e que de certa forma simboliza a apresentação do mundo para o novo bebê nascido.

Para materializar o conceito e implantá-lo no terreno, inicialmente pensou-se em 3 círculos, dispostos em linha e com conexões entre eles, para significar a ligação entre as 3 fases (ENTENDIMENTO > DESENVOLVIMENTO >

NASCIMENTO). Essas formas foram sendo trabalhadas para se unir em uma forma derivativa maior, com contornos mais sinuosos e mais suaves, conforme exemplificado na figura abaixo:

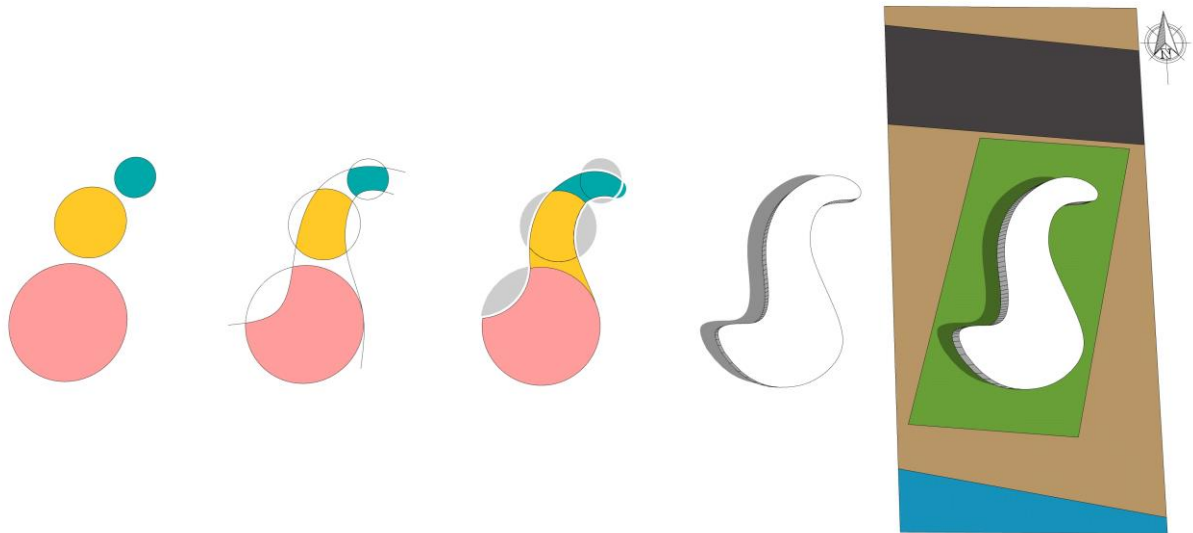


Imagem 31. Esquema da evolução conceitual/formal.

11.1. Fluxograma

O fluxograma apresentado a seguir traz a organização setorial pensada inicialmente para espaços elencados acima no programa de necessidades. Ademais, apresenta também a interconexão entre os diferentes ambientes, indicando quais fluxos são de caráter público (em verde), ou de uso restrito (vermelho). Os tamanhos dos setores mantêm proporcionalidade com as áreas apontadas na Tabela 2, e permitem a percepção da hierarquia entre os diferentes espaços, bem como sua posição relativa no lote. Porém, as formas e configurações geométricas usadas na organização do fluxograma são meramente didáticas, e não refletem necessariamente a volumetria da arquitetura.

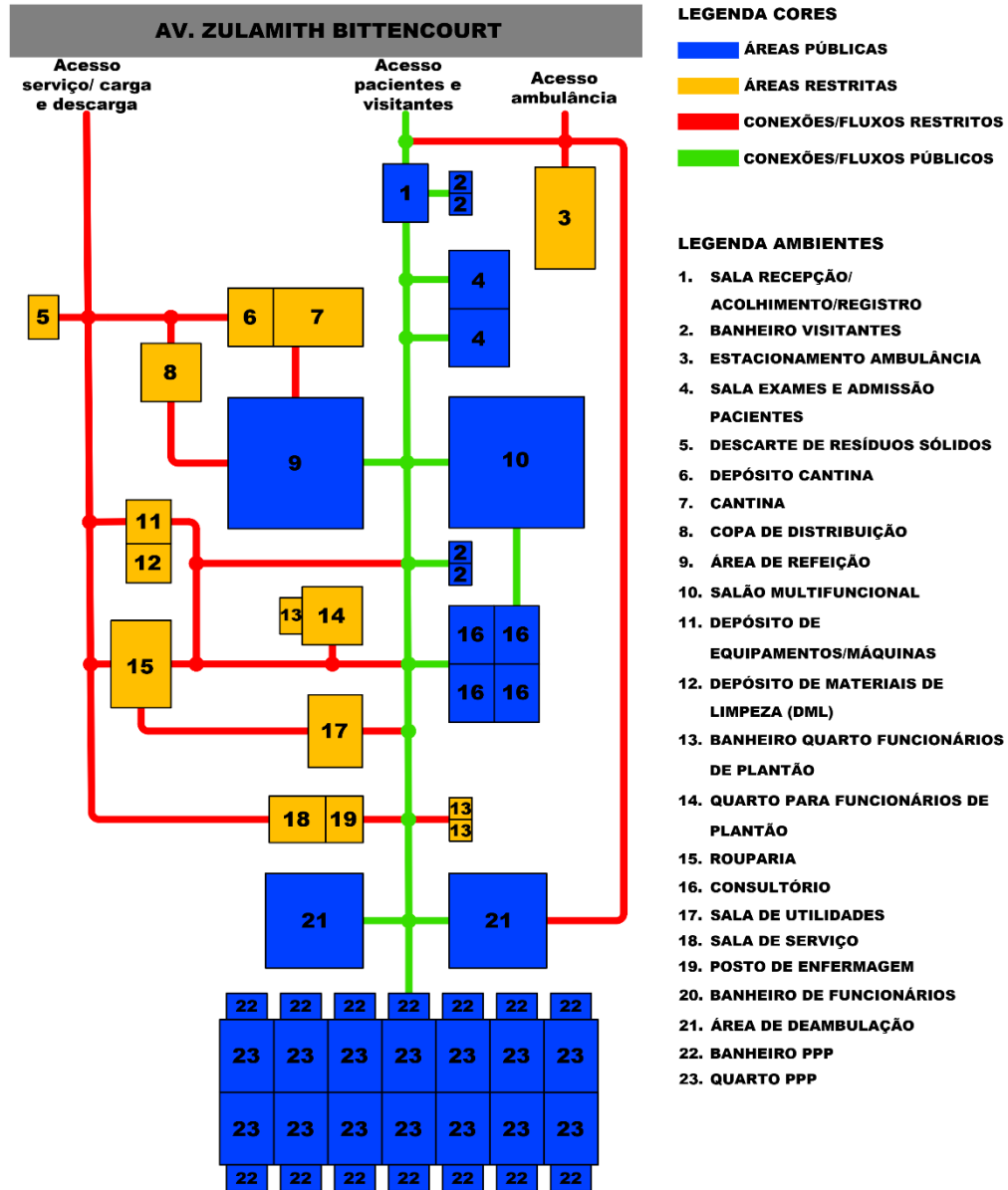


Imagem 32. Fluxograma primário. Fonte: Elaborado pelo autor.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014. Direito de informação da gestante e obrigatoriedade do cartão da gestante, carta de informação e partograma suplementar na saúde suplementar. **Nota técnica nº703/2014**.

BOATIN, A.A.; *et al.*. *Within country inequalities in caesarean section rates: observational study of 72 low and middle income countries*. **BMJ Clinical Research**. 360:k55, 2018.

BRASIL, 2011. **Ministério da Saúde (MS)**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS – a Rede Cegonha. Portaria 1459 de 24 de Junho de 2011.

BRASIL, 2015. **Ministério da Saúde (MS)**. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN). Portaria 11 de 07 de Janeiro de 2015.

BRASIL, 2015. **Ministério da Saúde (MS)**. Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do sistema único de saúde.

BRASIL, 2016. **Ministério da Saúde (MS)**. Diretrizes de atenção à gestante: A operação Cesariana. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 306 de 28 de Março de 2016.

BRASIL, 2019. **Ministério da Saúde (MS)**. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Indicadores de Saúde. [Acessado em setembro de 2019]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

BRASIL, 2019. **Lei 879 de 06 de Novembro de 2019**. Plano Diretor Participativo de Itaperuna/RJ

BEHRUZI, R., *et al.*. *Understanding childbirth practices as an organizational cultural phenomenon: a conceptual framework*. **BMC Pregnancy Childbirth**. 13: 205, 2013.

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018. **PARECER CFM Nº32/2018**.

CREMERJ – CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2019. **RESOLUÇÃO Nº293/2019**.

DE VICO, A. S. **Avaliação da Implantação dos Centros de Parto Normal no Sistema Único de Saúde**. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, FIOCRUZ, Rio de Janeiro - RJ, 2017.

DINIZ, S. G.& CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, vol.1, nº1, pp.80-91, 2006.

DOMINGUES, R.M.S.M, *et al.*. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, 30(Supl.1):S101-S116, 2014.

ESTRINGER, A. P.; PINTO, M.F.T.; GOMES, M.A.S.M. Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no sistema Único de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(4):1527-1536, 2019.

KNUPP, V.M.A.O; MELO, E.C.P.; OLIVEIRA, R. B de. Distribuição do parto vaginal e da cesariana no município do Rio de Janeiro no período de 2001 a 2004. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** 12 (1): 39 – 44, 2008.

PALHARINI, L. A. - Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. **Cadernos Pagu**, (49), 2017.

POTTER, J.E., *et al.* *Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study.* **BMJ**.323(7322):1155-8, 2001.

RIO DE JANEIRO, Secretaria de Saúde – Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC). Disponível em <http://sistemas.saude.rj.gov.br/scripts/tabcgi.exe?sinasc/nascido.def> Acesso em Outubro de 2019.

SASS, N. & HWANG, S.M. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. **Diagn Tratamento**. Departamento de Obstetrícia, Universidade Federal de São Paulo, 14(4):133-7, 2009.

SES – SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2019. **SINASC**. [Acessado em setembro de 2019]. [Acessado em setembro de 2019]. Disponível em: <https://sistemas.saude.rj.gov.br/scripts/tabcgi.exe?sinasc/nascido.def>

SURITA, F. G & SANDLER, J, G. Banalização da cesárea relega papel do parto humanizado. *Jornal da UNICAMP*, Abril de 2019. [Acessado em novembro de 2019]. Disponível em: <https://www.unicamp.br/unicamp/index.php/ju/noticias/2019/04/17/banalizacao-da-cesarea-relega-papel-do-parto-humanizado>

VELHO, M.B.; dos SANTOS, E.K.A; COLLAÇO, V.S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Rev. Bras. Enfermagem**. Mar-abr; 67(2): 282-9, 2014.

WHO. *Recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. Geneva, **World Health Organization**, 2015.

13. GLOSSÁRIO

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.

Alojamento conjunto: sistema em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 por dia, num mesmo ambiente, até a alta.

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.

Aminiotomia: rompimento proposital da bolsa de líquido amniótico.

Centro obstétrico: unidade destinada à higienização da parturiente, ao trabalho de parto, ao parto (normal ou cirúrgico) e aos primeiros cuidados com os recém-nascidos

CPN: Centro de Parto Normal

Deambulação: ato ou efeito de deambular, passeio.

Dequitação ou dequitação: queda da placenta, na ocasião do parto.

Emergência: necessidade de assistência a pacientes com risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato utilizando de técnicas complexas de assistência.

Enema ou Clister: injeção de líquido medicamentoso na região do reto para lavagem e limpeza da região retal.

Enfermaria de alojamento conjunto: ambiente destinado à assistência a puérpera e seu recém-nascido, após a primeira hora de dequitação, com banheiro anexo.

Episiotomia: é uma incisão efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de parto. Seu uso se justifica em alguns casos, como necessidade de parto instrumentalizado, sofrimento fetal, acesso para fletir a cabeça do bebê. É geralmente realizada com anestesia local.

Estabelecimento assistencial de saúde (EAS): denominação dada a qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde à população, que demande o acesso de pacientes, em regime de internação ou não, qualquer que seja o seu nível de complexidade.

Estresse: soma de respostas físicas e mentais de incapacidade de distinguir entre o real e as experiências e expectativas pessoais.

Internação: admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar, por um período igual ou maior que 24 horas.

Manobra de Kristeller: é uma manobra obstétrica executada durante o parto que consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê.

Neonato ou Recém-nascido (RN): toda criança desde o nascimento até atingir os 28 dias de vida.

Parto cesariano ou Parto cirúrgico: operação que consiste em abrir o abdome materno para extrair o feto.

Parto humanizado aquático: situação onde a parturiente dá a luz dentro uma banheira ou piscina, e o recém-nascido sai direto do ambiente aquoso uterino para o ambiente aquoso externo.

Parto normal: aquele que tem início espontâneo, por processos naturais e fisiológicos, que culmina com o nascimento do feto por via vaginal, geralmente entre 37 e 42 semanas de gravidez.

Parturiente: aquele que está em trabalho de parto ou que pariu há pouco tempo.

Período neonatal: tem início no nascimento e termina com 28 dias completos após o parto.

Pré-natal: referente ao período anterior ao nascimento da criança, com o devido e reconhecido acompanhamento médico e exames indicados para cuidado da saúde do feto e da mãe.

Puérpera: mulher que pariu recentemente.

Quarto PPP ou Sala PPP: ambiente específico para realização, exclusivamente de partos não cirúrgicos através de técnicas naturais, com capacidade para 01 leito e banheiro anexo, destinado à assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, com a participação intensa de acompanhantes da parturiente.

Recuperação pós-anestésica (RPA): local destinado ao acompanhamento dos procedimentos de recuperação do paciente após o período de analgesia.

SINASC: Sistema de informação sobre nascidos vivos

Tricotomia: procedimento pré-cirúrgico que tem como objetivo remover os pelos da região a ser cortada para facilitar a visualização da região pelo médico e evitar possíveis infecções após a cirurgia e, conseqüentemente, complicações para o paciente.

Usuário: todas as pessoas que participam de uma estrutura. Compreende tanto a mulher e o recém-nascido, como seu acompanhante, seus familiares, visitantes (usuários externos), o trabalhador da instituição e o gestor do sistema (usuários internos).

14. ANEXOS OU APÊNDICES

14.1. Cassação Sr. Ricardo Herbert Jones

**CREMERS**
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

EDITAL
EXECUÇÃO DE SANÇÃO DISCIPLINAR

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul (Cremers), por seu Presidente, com fundamento no art. 43, § 1º, do Código de Processo Ético-Profissional, em execução da decisão transitada em julgado em grau de recurso no Conselho Federal de Medicina – conforme Acórdão publicado no D.O.U. de 11 de agosto de 2016 – que deu provimento por maioria ao recurso interposto pela apelante/denunciante, negando provimento ao recurso interposto pelo apelante/denunciado, agravando a culpabilidade da decisão do Cremers (Processo Ético-Profissional nº 85/2011), torna público que foi aplicada ao médico

RICARDO HERBERT JONES (Cremers nº 14.502)

a pena de **CASSAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL** a partir desta data, prevista na letra “e” do artigo 22 da Lei Federal nº 3.268/57, por infração dos artigos 1º (imperícia, imprudência e negligência) e 87 do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.931/2009, DOU 13 de outubro de 2009), pois comete delito ético o médico que atender parto em local e condições inadequadas colocando em risco a saúde e a vida da parturiente e do conceito, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência, as faltas cometidas contribuíram significativamente para o óbito, retirando a chance da salvação de mais uma vida. Não elaborou prontuário para a gestante e conceito, não anotou a evolução do parto – partograma, as anormalidades ocorridas durante as mais de 24 horas.

Porto Alegre, 22 de novembro de 2016.

Dr. Rogério Wolf de Aguiar
Presidente do Cremers

14.2. Declaração WHO: cesáreas - conclusões

Conclusões

Baseada nos dados atualmente disponíveis, e usando métodos aceitos internacionalmente para avaliar as evidências com técnicas analíticas adequadas, a OMS conclui que:

1. A cesárea é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos médicos.
2. Ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal.
3. A cesárea pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou a capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias. Idealmente, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando ela for necessária, do ponto de vista médico.
4. Os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas.
5. Ainda não estão claros quais são os efeitos das taxas de cesáreas sobre outros desfechos além da mortalidade, tais como morbidade materna e perinatal, desfechos pediátricos e bem-estar social ou psicológico. São necessários mais estudos para entender quais são os efeitos imediatos e a longo prazo da cesárea sobre a saúde.

14.3. Declaração WHO: cesáreas – classificação de Robson

Quadro 1: Classificação de Robson

Grupo 1  Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo	Grupo 6  Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica
Grupo 2  Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto	Grupo 7  Todas multíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
Grupo 3  Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo	Grupo 8  Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
Grupo 4  Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto	Grupo 9  Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
Grupo 5  Todas multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas	Grupo 10  Todas gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

 Cesarea anterior

 Trabalho de parto espontâneo