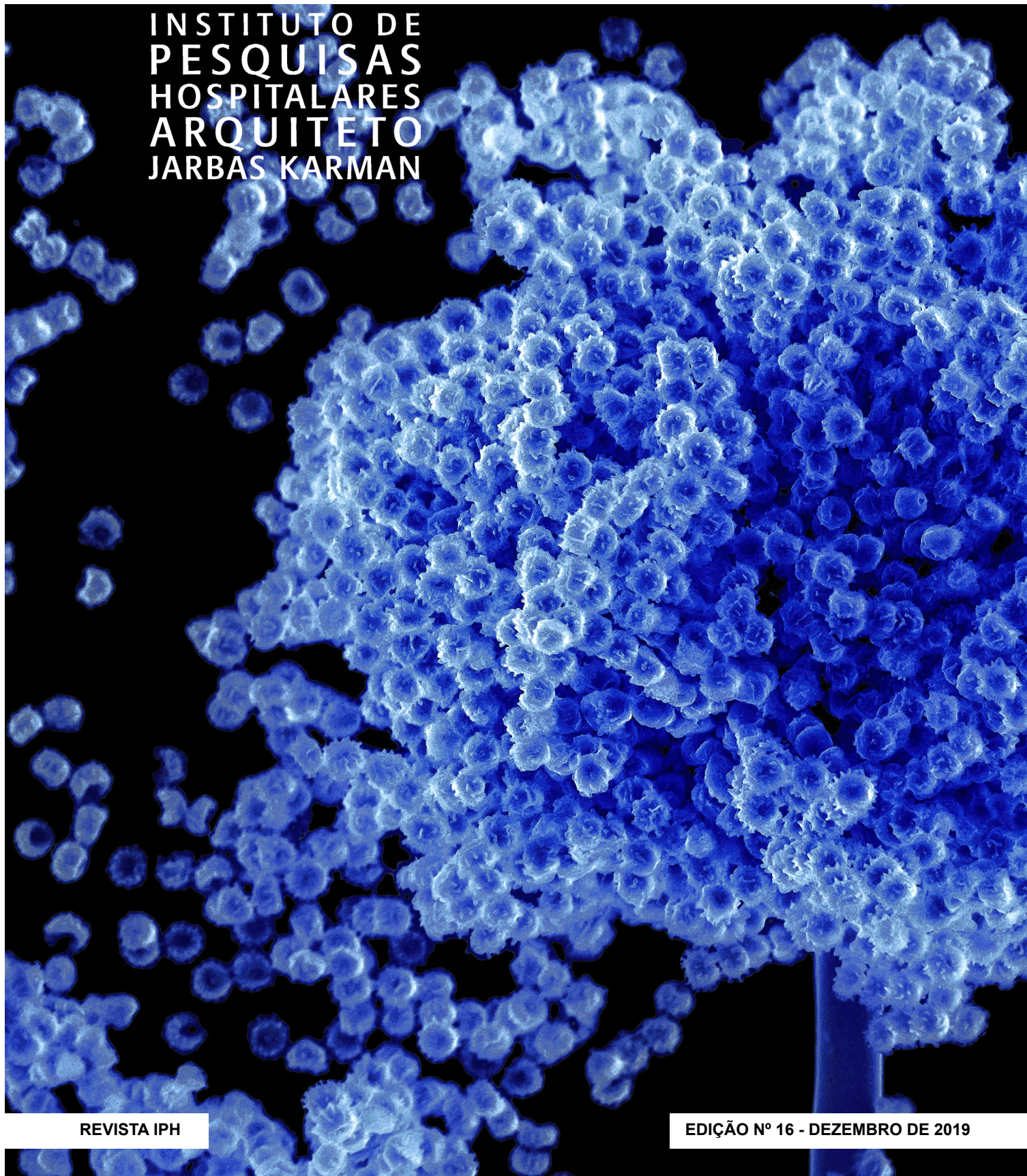


REVISTA | MAGAZINE

IPH

16

INSTITUTO DE
PESQUISAS
HOSPITALARES
ARQUITETO
JARBAS KARMAN



Revista IPH

Edição Nº16

Dezembro de 2019

Conselho Editorial

Fabio Bitencourt

Jorgeny Catarina Gonçalves

Marilena Pacios

Ricardo Karman *diretoria@iph.org.br*

Editor

Ana Beatriz Bueno Ferraz Costa *revista@iph.org.br*

Expediente IPH

Erick Vicente *erick@iph.org.br*

Rita Moraes *secretaria@iph.org.br*

Paulo Mauro Mayer de Aquino *paulomauro@iph.org.br*

Projeto Gráfico

Erick Vicente

Imagem da capa

Fungo *Aspergillus*

ISSN 2358-3630

Endereço para correspondência

IPH - Instituto de Pesquisas Hospitalares Arquiteto Jarbas Karman

Rua Vargem do Cedro, nº74, Sumaré

São Paulo - SP

CEP 01252-050

Tel.: (11) 3868-4830

E-mail: *revista@iph.org.br*

Endereço eletrônico: *www.iph.org.br/revista*

VERSÃO EM
PORTUGUÊS



Sumário

Editorial	04
 Síntese de pesquisa Financiamento da Saúde no Mundo	05
Claudia Kodja	
 Artigo Riscos de infecções pela presença do fungo <i>Aspergillus.sp.</i>: Reformas em hospitais e sistemas de climatização	13
Watson Freire Dias	
 Artigo O caminho da morte: o fluxo e a relação entre ambientes e utentes	21
Cris Vieira	
 Estudo de caso Análise de setorização e conforto em hospitais contemporâneos pediátricos	28
João Pedro Sartorato Nozela, Andrea Leitner, Silvia Mikam	
 Estudo de caso A Casa de Parto do Rio de Janeiro: referência de atendimento ao parto humanizado e de resistência aos percalços da gestão pública	41
Cristiane Neves da Silva	

Editorial

Temos o prazer de publicar mais uma edição da Revista IPH, a de número 16. A Revista IPH é um periódico técnico-científico que tem por objetivo divulgar e fomentar o conhecimento nas áreas de arquitetura, engenharia e administração dos edifícios de saúde.

É a partir do empenho e da generosidade de professores, pesquisadores e profissionais que a Revista IPH vem crescendo como uma referência para aqueles que querem se atualizar sobre os conhecimentos relacionados à área hospitalar.

Esta edição traz textos de pesquisas recentes na área hospitalar, muitos na área de arquitetura. O texto "Análise de setorização e conforto em hospitais contemporâneos pediátricos" investiga a setorização dos fluxos e o conforto de dois hospitais pediátricos, apresentando soluções e alternativas para o atendimento às necessidades dos usuários. Já o texto "O caminho da morte: o fluxo e a relação entre ambientes e utentes" traz uma revisão bibliográfica sobre o tema e aponta a necessidade de mais pesquisas. Por sua vez, o estudo de caso "A Casa de Parto do Rio de Janeiro: referência de atendimento ao parto humanizado e de resistência aos percalços da gestão pública" fala sobre a influência dos atributos sensíveis das ambiências na percepção dos usuários sobre o espaço de saúde.

A importância do cuidado com a qualidade do ar, em especial nas UTIs, é apresentada no trabalho "Riscos de infecções pela presença do fungo *Aspergillus*.sp: Reformas em hospitais e sistemas de climatização", que discute, a partir da análise de relatórios de ensaios microbiológicos do ar em uma UTI de um hospital público de alta complexidade, a presença dos microrganismos que oferecem riscos à saúde humana, especialmente o fungo *Aspergillus*, diretamente associado aos canteiros de obras e aos sistemas de tratamento de ar.

Por fim, a pesquisa "Financiamento da Saúde no Mundo" analisa questões globais relacionadas à manutenção financeira dos sistemas de saúde, independentemente das diferenças regionais ou das políticas adotadas. Um assunto premente não só para os gestores, como também para todos os envolvidos no setor.

Nesta edição de 2019, agradecemos aos autores, que submeteram seu trabalho ao escrutínio público, e especialmente aos pareceristas, que tão generosamente avaliaram os textos submetidos, sugerindo correções e ajustes.

Reiteramos que a Revista IPH é um espaço de diálogo sempre aberto para a contribuição de todos, boa leitura!

Financiamento da Saúde no Mundo

Autora:
Claudia Kodja

RESUMO

O artigo analisa questões globais relacionadas à manutenção financeira dos sistemas de saúde, independentemente das diferenças regionais ou das políticas adotadas. Considera a perspectiva de aumento dos gastos com custeio dos sistemas de saúde em função de variações estruturais; expõe a distribuição inadequada dos recursos financeiros aplicados no setor e considera a possibilidade de uma estrutura de financiamento mista, que some responsabilidades públicas e a iniciativa privada.

PALAVRAS-CHAVE

Sistema de Saúde, Financiamento dos Sistemas de Saúde, Sistema Universal de Saúde; Cobertura Universal de Saúde

Financiamento da Saúde no Mundo

Além das dificuldades já enfrentadas, o financiamento da saúde pelo mundo deverá lidar com novos desafios relacionados ao aumento da longevidade, ao crescimento das doenças crônicas não transmissíveis e à incorporação de novas tecnologias.

Longevidade

Em termos de longevidade, a expectativa média de vida no mundo passou de 57 anos, em 1967, para 72 anos, em 2017. Uma variação de 26% ou um acréscimo possível de 15 anos de vida.

Análise do aumento da longevidade Variação entre gênero e renda

	Baixa renda	Média renda	Alta renda	1967	2017
Expectativa de Vida (Homens 2017) Anos de Vida desde o Nascimento	61,5	69,5	78	55	70
Expectativa de Vida (Mulheres 2017) Anos de Vida desde o Nascimento	65,2	73,7	83,3	59	74
Expectativa de Vida (Geral 2017) Anos de Vida desde o Nascimento	63,3	71,5	80,6	57	72

Quadro 1:
Produção da autora -
Base de dados: Banco
Mundial - <https://data.worldbank.org/indicator>

O maior ganho de longevidade ocorreu no grupo de baixa renda, em que a expectativa de vida aumentou de 42,6 anos para 63,3 anos, no período. Esse grupo é constituído por cerca de 733 milhões de pessoas, que ainda contam com uma ínfima parte dos recursos financeiros destinados à saúde.

Doenças Crônicas

Seja como consequência do aumento da longevidade ou da mudança de hábitos, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tiveram um aumento significativo nos últimos anos.

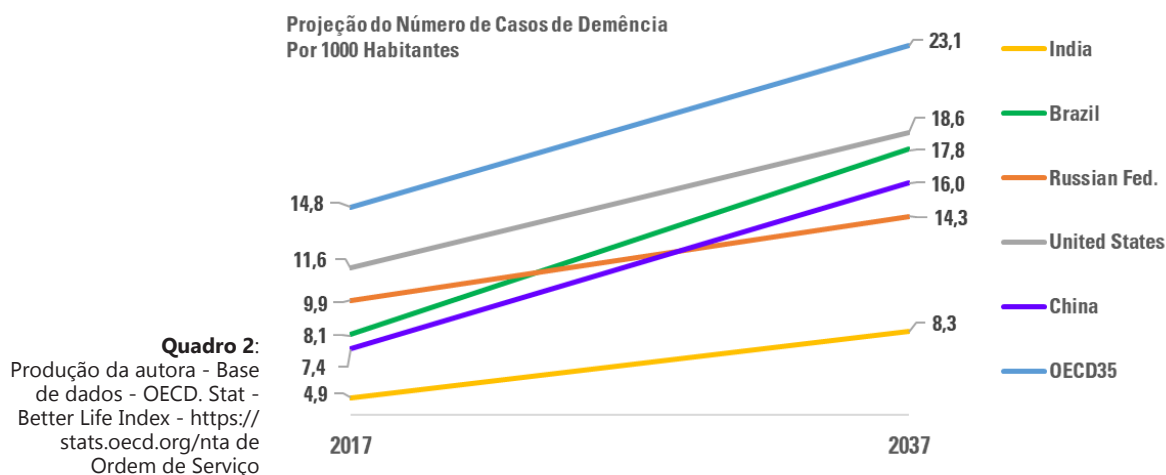
Em 1990, as DCNT eram responsáveis por 43% dos óbitos e, em 2017, mataram 41 milhões de pessoas, o equivalente a 71% de todas as mortes no mundo. As doenças cardiovasculares foram responsáveis pela maioria das mortes, 17,9 milhões de pessoas por ano, seguidas por câncer (9 milhões), doenças respiratórias (3,9 milhões) e diabetes (1,6 milhão).

Uma análise recente do Fórum Econômico Mundial indicou que Brasil, China, Índia e Rússia perdem mais de 20 milhões da mão de obra produtiva, anualmente, em consequência de DCNT.

Outra variação significativa, que impacta a estrutura de custo e atendimento, diz respeito à expectativa sobre o aumento dos casos de demência.

Em todo o mundo, cerca de 50 milhões de pessoas sofrem de demência, com quase 60% vivendo em países de baixa e média renda. Todos os anos, surgem cerca de 10 milhões de novos casos.

O número total de pessoas com demência poderá chegar a 82 milhões em 2030 e 152 milhões em 2050 (World Health Organization).



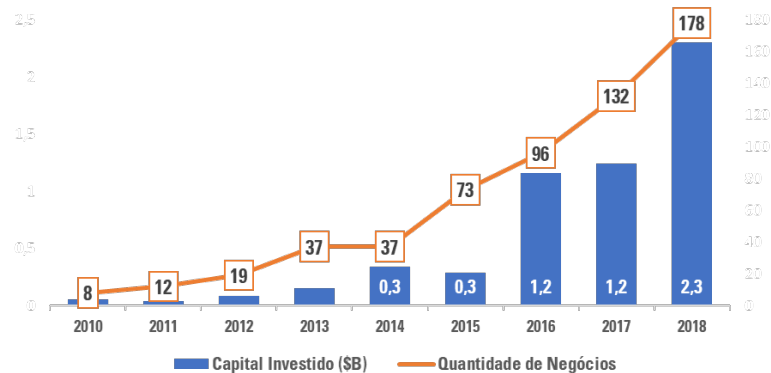
Tecnologia

Em meio a uma revolução tecnológica, as áreas de biotecnologia e cuidados com a saúde atraem grande parte do capital de risco empreendedor, voltado ao apoio e à aceleração de empresas, com expectativas de rápido crescimento.

Inteligência artificial, automação de processos e realidade virtual são as áreas que atraem o maior volume de capital empreendedor para a área médica. Os desenvolvimentos na área de inteligência artificial para a medicina têm levado à criação de um volume recorde de startups.

Capital de Risco Global Investido e Inteligência Artificial para Saúde

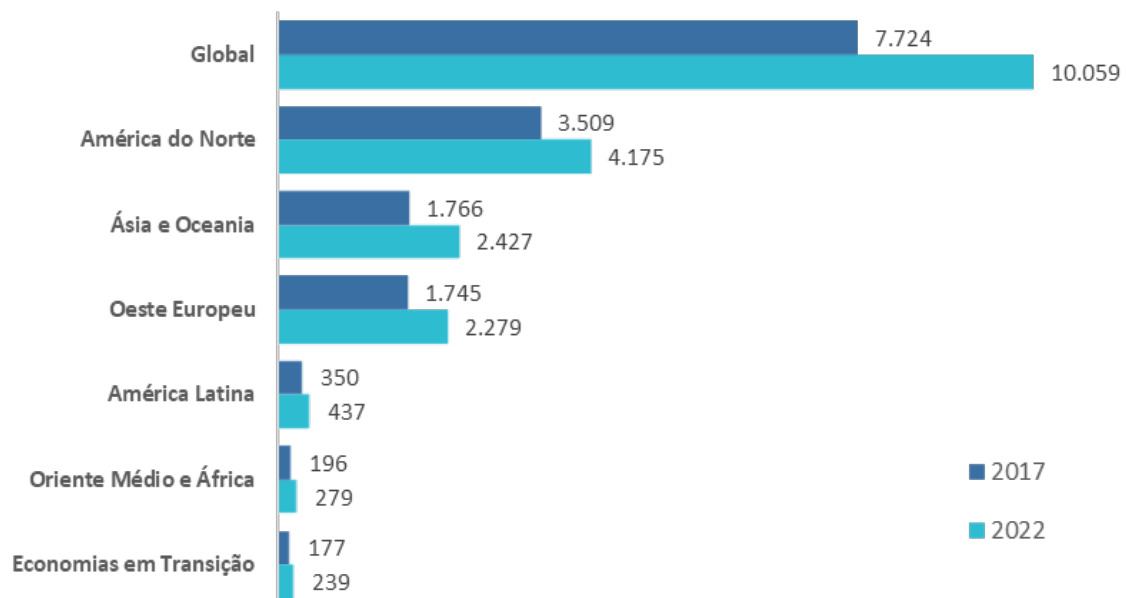
Quadro 3:
Fonte: KPMG Venture
 Pulse 2018 - KPMG
 Enterprise - acesso:
 maio/2019 - kpmg.com/
 venturepulse



Seja em função de alterações estruturais relacionadas ao aumento da longevidade, ao crescimento das doenças crônicas e à invasão das novas tecnologias, ou pela própria dinâmica da área, os gastos com saúde no mundo estão crescendo mais rápido do que o PIB; nos países de baixa e média renda, o crescimento anual dos gastos chegou a 6%, nos de alta renda, 4%.

Os gastos com saúde até 2022 deverão alcançar US\$ 10.059 trilhões.

Aumento dos Gastos com Saúde - 2017 a 2022 - US\$ trilhões Variação de 30,2% em 5 anos, cerca de US\$ 2.335 trilhões



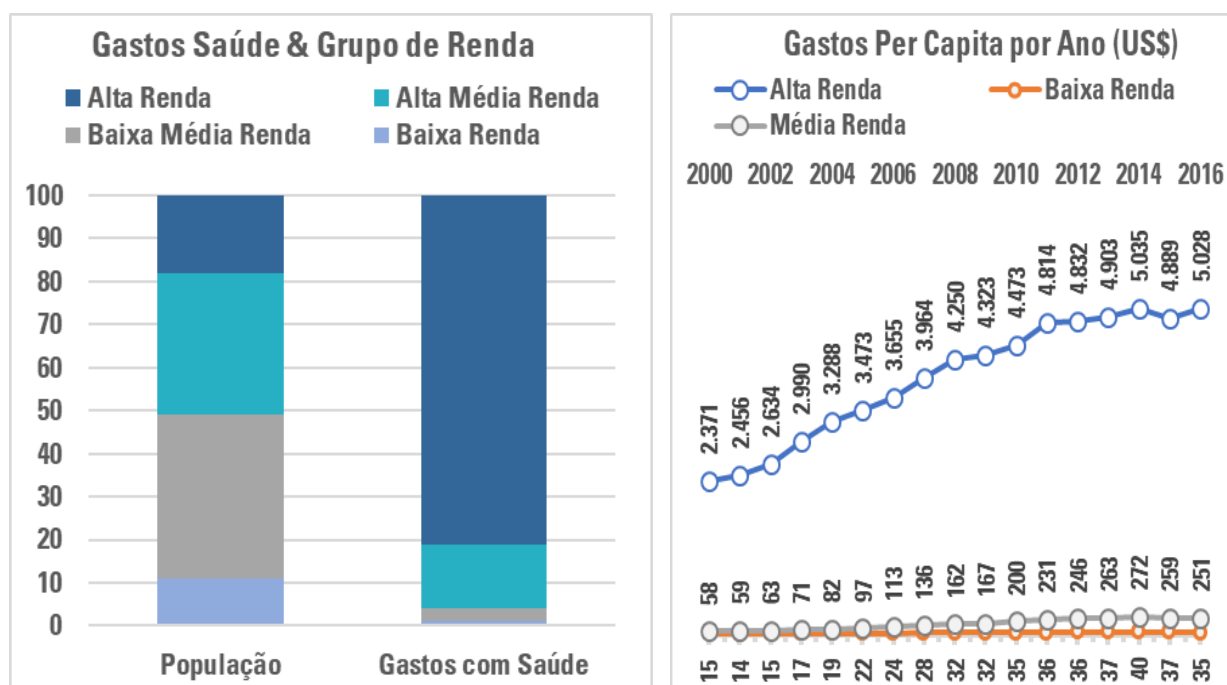
Quadro 4: Fonte: 2019 Global Healthcare outlook
 Deloitte Center of Healthcare Solutions

Desigualdade e Ineficiência na Alocação de Recursos de Saúde

Embora 80% da população mundial viva em países com baixa ou média renda, esse grupo representa menos de 20% dos gastos totais com saúde.

Essa desigualdade não apresenta sinais de mudança e não há garantia de que, as novas tecnologias possam reduzir os custos ou se tornarem acessíveis às populações de baixa renda.

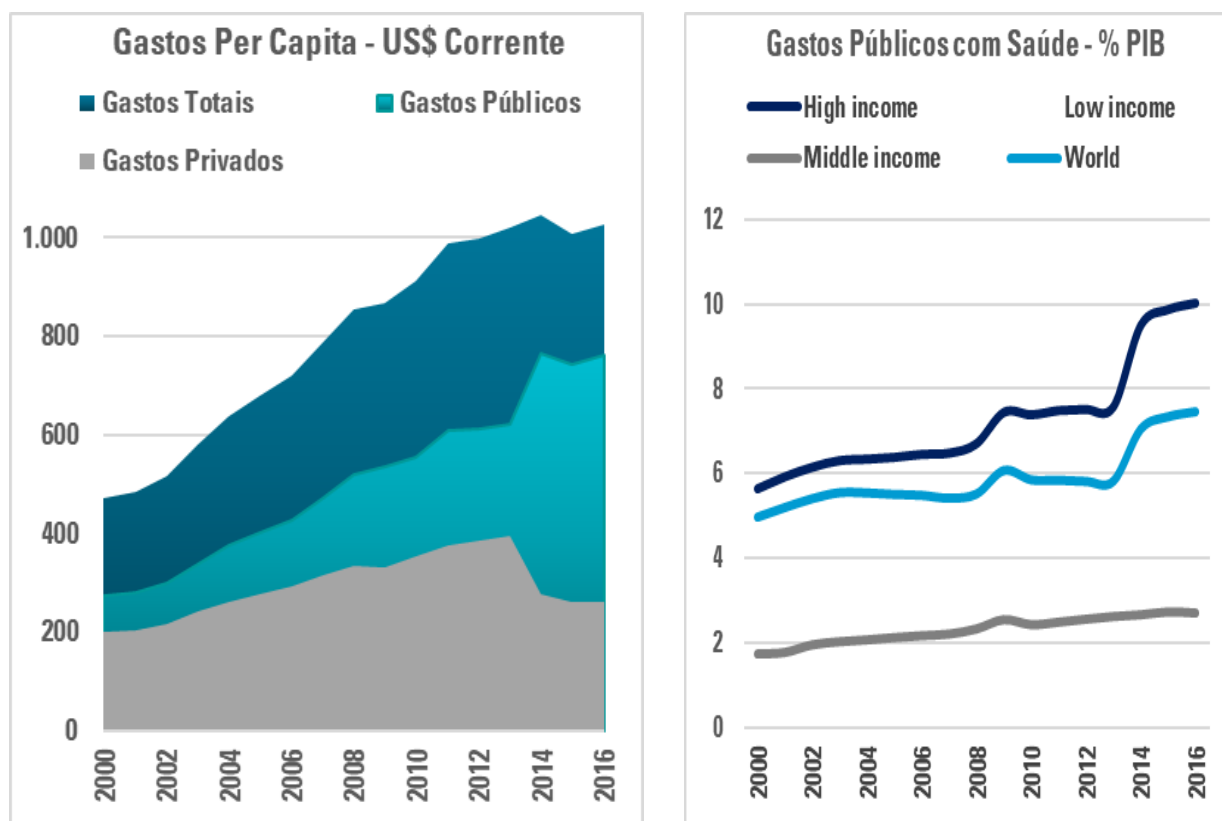
Os dois gráficos a seguir são suficientemente elucidativos para dimensionar o significado de desigualdade na economia contemporânea.



Quadro 5: Produção da autora - Base de dados: Banco Mundial <https://data.worldbank.org/indicator>.

A análise do volume de recursos públicos e privados alocados na saúde reforça, além da desigualdade, a ineficiência fiscal e a falta de priorização da saúde pública entre os grupos mais vulneráveis.

Globalmente, os gastos públicos com saúde tiveram um aumento real de 2%, graças à elevação do investimento nos países de alta renda. Nos países de baixa renda, os gastos públicos com saúde recuaram 11% entre os anos de 2006 e 2016.



Quadro 6: Produção da autora - Base de dados: Banco Mundial - <https://data.worldbank.org/indicator>.

Entre o Sistema Universal de Saúde e a Cobertura Universal de Saúde ou Nenhuma das Duas Alternativas

O debate internacional sobre estruturas de financiamento à saúde confronta o sistema universal e a cobertura universal. As duas alternativas divergem com relação ao nível de responsabilidade do Estado sobre o desenvolvimento e a provisão da saúde.

O Sistema Universal está relacionado a uma posição assistencialista, quando considera a saúde um direito pleno de todos os cidadãos, garantindo acesso integral e gratuito para toda a sociedade.

A Cobertura Universal adota uma visão liberal, restringindo o papel do governo como regulador do sistema de saúde e delegando ao mercado o investimento, a manutenção e a distribuição dos serviços de saúde.

Tal divergência poderia ser categorizada como política, se o acesso e a qualidade do serviço médico não estivessem relacionados a questões práticas, como abrangência territorial, equidade social e disponibilidade de recursos.

Sistema Universal de Saúde & Cobertura Universal de Saúde

Características e Divergências

	Sistema Universal	Cobertura Universal
1. Estado	Responsável pelo financiamento, pela gestão e prestação de serviços de saúde.	Restrito à regulamentação do sistema de saúde. Separação das funções de financiamento e prestação do serviço.
2. Financiamento	Financiamento público, via receitas fiscais.	Agrupamento de fundos públicos e privados.
3. Acesso	Subsídio geral e acesso equitativo como condição de cidadania. O acesso independe da capacidade de pagamento.	Subsídio à compra de seguro saúde e de pacotes de serviços (público ou privado), destinado aos mais pobres. Acesso de acordo com a renda e a inserção social.
4. Eficiência	Custos operacionais e administrativos mais baixos. Visa a economias de escala e regulação da oferta.	Custos operacionais e administrativos mais altos. Maior gasto total em saúde.
5. Serviços	Serviços em rede, territorialização, integração entre cuidados individuais e ações de saúde pública. Promoção da saúde, prevenção e cuidado.	Sem territorialização, focado em atendimento individual e serviços biomédicos.

Tabela 1: Universal health system and universal health coverage: assumptions and strategies
- Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.

O Sistema de Saúde, embora pareça o mais justo e almejado, converge à precariedade e até ao populismo, na medida em que, se torna inviável oferecer grau de investimento, alcance e qualidade a todos, a partir de recursos públicos.

Da mesma forma, a Cobertura Universal de Saúde, embora importe a matriz de organização e eficiência do sistema privado, converge ao mercantilismo e pode aprofundar as desigualdades, na medida que, tem como foco o resultado financeiro de todas as suas iniciativas.

Como toda polarização é falha, as formas de se avançar nos desenvolvimentos solicitados aos sistemas de saúde e alcançar maior equidade na distribuição dos recursos financeiros para saúde, dependem de estruturas elaboradas que unam várias fontes e formas de investimento.

As orientações internacionais, diante das complexidades impostas pela modernidade e iniquidades acumuladas ao longo do tempo, se referem a uma solução mista e construída entre governos e iniciativa privada.

Variam das relações construídas anteriormente entre iniciativa pública e privada, porque não relacionam as fontes de capital, mas atribuem diferentes responsabilidade às mesmas.

A atualização do mecanismo de oferta de serviços de saúde tira proveito de fontes variadas de recursos, mantendo o sistema público e gratuito endereçado exclusivamente à camada de baixa e baixa/média renda, transferindo ao mercado, a responsabilidade pela disponibilização de planos de saúde subsidiados e pela criação de seguros de saúde.

Vale ressaltar que, a criação de um serviço de saúde público limitado ao acesso do público de baixa e média/baixa renda, não deve ser confundido com baixa qualidade, pelo contrário, a iniciativa visa à concentração dos recursos àqueles que não acessam o mercado.

Esse processo requer tempo, estruturação do mercado e uma construção estruturada em etapas.

1ª ESTRUTURA Não Contributivo	2ª ESTRUTURA Ocupacional	3ª ESTRUTURA Complementar e Pessoal
Financiado pelo governo nacional, estadual e/ou local.	Financiado por empregadores e empregados do mercado de trabalho.	Financiado pelos participantes.
Fornece a todos um nível mínimo de proteção.	Determinado por negociação coletiva entre empregadores e empregados.	Participação voluntária.
Garante às pessoas com baixos rendimentos proteção básica à saúde independentemente da contribuição ou de sua participação na economia.	Baseado em percentuais de contribuição fixos e obrigatórios. Garantia de transferência do Plano de Saúde Ocupacional em caso de mudança de emprego.	Administrado por companhias de seguros de vida e bancos.
Serviços adicionais poderão ser cobertos por Planos Públicos de Saúde em que a contribuição máxima é ajustada conforme o nível de renda.	Empregador contribui, em média, com dois terços e o empregado, em média, com um terço ao sistema de saúde ocupacional. Podem ter benefícios fiscais.	Possuem os benefícios fiscais.

Tabela 2: Produção da autora

Independentemente da interpretação que se faça de cidadania e direitos sociais, as soluções para o acesso e financiamento dos serviços sociais de saúde na atualidade devem passar por um processo de estruturação entre iniciativa pública e privada, sem o qual a precarização e o aprofundamento das desigualdades tendem a piorar.

Referências

Health at a Glance 2017 - OECD Indicators - acesso: maio/2019 - https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

KPMG Venture Pulse 2018 - KPMG Enterprise - acesso: maio/2019 - [kpmg.com/venturepulse](https://www.kpmg.com/venturepulse)

NCD Slow Motion Disaster - World Healthcare Organization - acesso: maio/2019 - www.who.int/publications/10-year-review/en/

Trends in Healthcare Exits 2018 - Silicon Valley Bank - Autores: Jonathan Norris | Ritish Patnaik

OECD (2017), "Dementia prevalence", in Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing - Paris -DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-76-en

World Bank Indicators - <https://data.worldbank.org/indicator>

Global Health Expenditure Database - <https://apps.who.int/nha/database>

The Rising Cost of Health Care by Year and Its Causes - See for Yourself If Obamacare Increased Health Care Costs - <https://www.thebalance.com/causes-of-rising-healthcare-costs-4064878>

Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends - World Healthcare Organization - <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276728/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-18.3-eng.pdf?ua=1>

Universal health system and universal health coverage: assumptions and strategies - ISSN 1413-8123 On-line version ISSN 1678-4561. Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz - giovanel@ensp.fiocruz.br.

Spending targets for health: no magic number - World Healthcare Organization - <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250048/WHO-HIS-HGF-HFWorkingPaper-16.1-eng.pdf?sequence=1>

Sobre a autora

Claudia Kodja

Graduada pela Fundação Getulio Vargas (FGV-SP). Doutora em História Econômica, pela Universidade de São Paulo (USP). Autora do livro, "Mundo em Crise: a Libertação e o Abandono da Sociedade" (Almedina 2012). Gestora de patrimônio pela Comissão de Valores Mobiliários (Instrução CVM - nº 306).

www.kodja.com.br

contato@kodja.com.br

Riscos de infecções pela presença do fungo *Aspergillus.sp*: Reformas em hospitais e sistemas de climatização

Autor:

Watson Freire Dias

RESUMO

O presente artigo objetiva constatar por meio da análise dos relatórios de ensaios microbiológicos do ar, realizados na UTI de um hospital público de alta complexidade em São Paulo, a real presença dos microrganismos que oferecem riscos à saúde humana, especialmente o fungo *Aspergillus*, que está diretamente associado aos ambientes de obras e sistemas de ar-condicionado. Ratificar a importância de prover um ar interno de qualidade satisfatória em hospitais, especialmente em Unidades de Terapia Intensiva, por meio de análise documental e literária sobre os diversos fatores que envolvem o tema.

PALAVRAS-CHAVE

Tratamento de ar; *Aspergillus*; Ar-condicionado; Infecção Hospitalar; UTI.

1. Introdução

Os princípios fundamentais que nortearam a escolha e o desenvolvimento do presente artigo foram baseados nos riscos que os ambientes de reforma e equipamentos de ar-condicionado podem representar aos pacientes internados, especialmente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Com base na literatura e em publicações, se procurou abordar quais os riscos oferecidos por microrganismos presentes em áreas com intervenção de obras civis e, ainda, se associados a um sistema de climatização precário, poderiam produzir um potencial efeito contrário à promoção da saúde. Também são apresentados e analisados os relatórios de ensaios microbiológicos realizados na UTI de um hospital de alta complexidade em São Paulo.

2. Tratamento e qualidade do ar interior nos EAS como elemento de cura

Nos Estabelecimentos de Assistência a Saúde (EAS), em especial os hospitais, os projetos de ar-condicionado devem, obrigatoriamente, considerar todas as particularidades dos ambientes e analisar todos os níveis de exigência de cada local, não somente o conforto térmico. Sistemas de condicionamento de ar podem constituir uma importante fonte de microrganismos. Consideráveis volumes de poluentes físicos, químicos e biológicos afetam os trabalhadores e a população de pacientes, em especial aqueles com sistema imunológico depressivo (COSTA, 2007, p. 4).

Ambientes com baixas taxas de troca do ar promovem um avanço quantitativo nos agrupamentos de poluentes químicos e biológicos

suspensos no ar, o que, conseqüentemente, prejudica a saúde da população. Diante dessa constatação, a qualidade do ar interior (QAI) tornou-se objeto de pesquisa de suma importância na área da saúde pública (TURIEL et al., 1983 apud BRICKUS; AQUINO NETO, 1999). O cuidado com os sistemas de ar-condicionado deve ser redobrado, pois quanto mais limpo estiver o ar, menores são as possibilidades de microrganismos indesejáveis e contaminantes serem transportados em suspensão. Esse risco aumenta proporcionalmente em relação às taxas de particulados presentes no ar (BICALHO, 2010).

A preocupação com a qualidade do ar, bem como seu conceito, é aplicável a todas as áreas climatizadas, sem exceção. No entanto, Quadros (2008) destaca que a qualidade do ar em unidades de saúde se torna um fator de maior criticidade, pois pode interferir diretamente na velocidade de recuperação dos pacientes, assim como na prevenção de infecções hospitalares. Estudos dessa natureza têm ainda maior importância quando são consideradas as unidades de tratamento de câncer e doenças imunodepressoras, que afetam os sistemas imunológicos dos pacientes (QUADROS, 2008).

A vasta maioria dos pacientes com acesso a serviços médicos, hoje, é curada. Há uma parcela, no entanto, que sofre de consequências não intencionais do cuidado, tais como as infecções relacionadas à assistência à saúde (SINGH; BRENNAN; BELL, 2008).

Dos ambientes hospitalares, a UTI é um dos mais propícios para o avanço de infecções e desenvolvimento de resistência bacteriana, já que os pacientes estão mais expostos a procedimentos de risco e condições peculiares dessas unidades. A contaminação por microrganismos presentes no ambiente hospitalar é beneficiada pelo estado suscetível do paciente, considerando as condutas terapêuticas e diagnósticas que podem provocar a quebra das barreiras mecânicas da pele e das mucosas (BARBOSA, 2010 apud MORAES; RAU, 2011).

A propagação aérea de esporos de fungos pelo sistema de ventilação do hospital e pelas roupas contaminadas pela perturbação do ar figuram com destaque entre as infecções fúngicas mais frequentes. Elas são importantes responsáveis pela morbidade e mortalidade de pacientes imunocomprometidos (FRARE, 2009).

Tratando das fontes de transmissão de infecção hospitalar através do ar, Dias, Costa e Pataro (2014, p. 31) mostram que:

A importância da avaliação microbiológica do ar ambiente é devida a ocorrência de surtos de infecções por fungos e bactérias frequentemente associados a construções e reformas nos hospitais. Um estudo realizado por VONBERG & GASTMEIER, (2006) avaliou 53 surtos de infecção por *Aspergilose* invasiva e observou que 49,1% dos casos prováveis ou possíveis de infecções por *Aspergillus spp.* estavam relacionados a construções e reformas nos hospitais e 17% estavam relacionados a problemas de refrigeração. A fonte de transmissão mais comum foi o ar, sendo o trato respiratório inferior o principal local de infecção, seguido de infecções em feridas operatórias e de pele.

A afirmação acima é complementada por Frare (2009), quando cita Frech (2005), relatando o aumento de casos de Aspergilose em pacientes imunodeprimidos durante períodos de obras e reformas no ambiente hospitalar além da manutenção incerta dos filtros de ar. Salienta, assim, a relevância de haver total integração nos processos de trabalho e comunicação entre as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e as áreas de engenharia, visando à prevenção dessas infecções e evitando os surtos hospitalares.

Karman (2011) destaca que o fungo *Aspergillus*, com um diâmetro médio de 2 a 3,5µm, incluindo o esporo, é resistente a desidratação e pode permanecer suspenso no ar por tempo indeterminado se associado à poeira e à umidade.

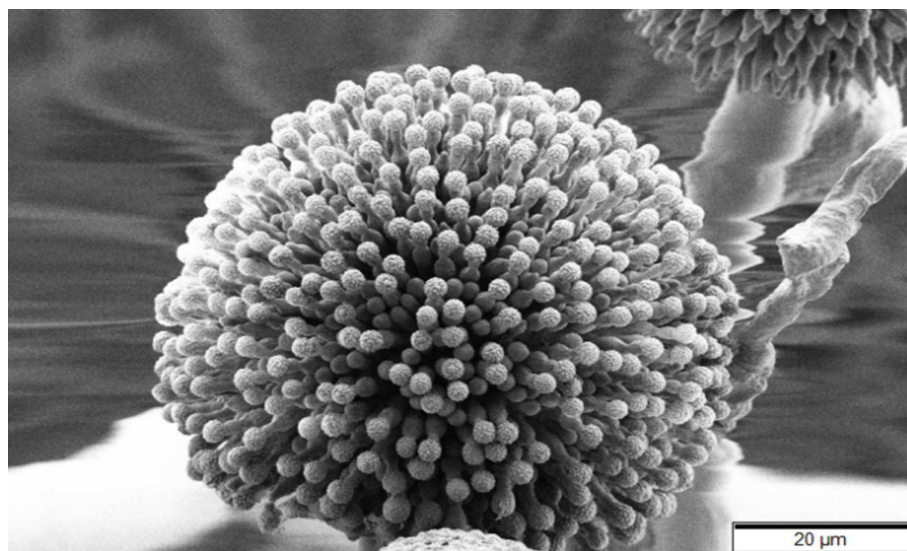


Figura 1: Fungo *Aspergillus*
Crédito: Mogana Das Murtey
and Patchamuthu Ramasamy
[CC BY-SA 3.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0>)]

As tecnologias modernas dos sistemas de climatização podem contribuir para aumentar a qualidade do ar interno em relação ao externo, pois é possível dimensionar sistemas apropriados de filtragem e controle de temperatura com regulagens que possibilitem atender a diversas condições específicas. Contudo, devem ser empregadas com plena consciência dos impactos desfavoráveis para a saúde humana. Embora os filtros retirem partículas indesejáveis e partículas respiráveis do ar provenientes do meio externo, estes formam um ambiente para o desenvolvimento de uma multiplicidade de bactérias e outros agentes infecciosos. Desta forma, se faz necessário prever os custos de manutenção do edifício para acompanhamento e substituição periódica dos filtros (STERLING; COLLET; RUMEL, 1991).

Dentre as diversas doenças existentes, provocadas por fungos e bactérias que se propagam pelos sistemas de climatização nos hospitais e estabelecimentos de saúde como um todo, o gênero *Aspergillus* revela-se um dos principais agentes responsáveis pelas infecções fúngicas, apresentando altos índices de mortalidade, entre 68% e 95% (FRARE, 2009). Como afirma Bernal (2015):

Aspergillus spp. é uma saprófita oportunista amplamente distribuída na natureza. Pode causar uma ampla gama de doenças que vão desde alergias a infecções invasivas em seres humanos. A Aspergilose invasiva (IA) é a infecção mais grave causada por *Aspergillus spp.* Ela afeta principalmente os pulmões de pacientes imunossuprimidos e é capaz de migrar para órgãos profundos. (BERNAL, 2015, p. 315, tradução nossa).

A Aspergilose é uma das infecções fúngicas mais recorrentes em pacientes imunocomprometidos, sendo a causa dominante dos óbitos entre esses pacientes. A doença é adquirida por inalação dos esporos fúngicos existentes no sistema de ventilação dos hospitais; do ar contaminado por construções e reformas; e da poeira e materiais contaminados. Unidades de tratamento de câncer e transplantes, com destaque para aquelas que não possuem sistema de filtragem e renovação do ar, são ambientes de elevado risco para surtos de Aspergilose (FRARE, 2009).

3. Ensaio de qualidade do ar interior da UTI de um hospital especializado de alta complexidade

Com o objetivo de testificar a presença do fungo *Aspergillus* no setor, serão apresentados e analisados, a seguir, os resultados de ensaios microbiológicos do ar captado na área coletiva de tratamento da UTI de um hospital especializado de médio porte e alta complexidade, pertencente à rede pública estadual e localizado no município de São Paulo.

A UTI desse hospital passou por reforma no primeiro semestre de 2017, que foi concluída no mês de julho do mesmo ano. Para essa pesquisa, foram escolhidas estrategicamente três coletas de amostras da qualidade do ar, sendo: a primeira em dezembro de 2016, em condições normais antes do início da reforma; a segunda logo após o fim das obras, em agosto de 2017; e, a última, em novembro. Em agosto, foi realizada a substituição dos filtros finos e absolutos no sistema de condicionamento de ar que supre o local. Todo o sistema recebe manutenção preventiva periodicamente e corretiva quando necessário sob responsabilidade técnica de um profissional engenheiro mecânico. Antes da reforma, foi elaborado um plano imprescindível e contingencial com a equipe de CCIH da Instituição, visando causar menor impacto aos pacientes e demais áreas hospitalares.

Figuras 2 e 3: Substituição de filtro-bolsa F7 saturado, agosto de 2017.
Fonte: Acervo pessoal.



As análises da qualidade do ar interior foram realizadas sob as recomendações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) ISO/IEC 17025, NBR 10719 e da Resolução - RE nº 09, do MS/ANVISA, de 16 de janeiro de 2003. Com base nos parâmetros normativos, seguem os resultados obtidos nos três ensaios:

Concentração da Amostragem(Plano de amostragem)	Datas dos ensaios	Ar ambiente	Ar externo	Relação I/E	Gêneros Fúngicos Isolados	Situação atual
		(UFC/m³)	(UFC/m³)	Ar ambiente / Ar externo		
Faixas recomendáveis		≤ 750	-	(limite ≤ 1,5)		
Unidade de Terapia Intensiva – UTI (área coletiva de tratamento)	Dez/2016	128	387	0,3	Cladosporium sp; Rhizopus sp;	Dentro dos Parâmetros
	Ago/2017	135	202	0,7	Cladosporium sp; Aspergillus sp;	Dentro dos Parâmetros
	Nov/2017	71	497	0,1	Cladosporium sp; Rhizopus sp;	Dentro dos Parâmetros

Tabela 1 - Norma Técnica 01

Fonte: Relatório de ensaio da qualidade do ar interno. Acervo pessoal.

Local	Datas dos ensaios	Velocidade do ar	Temperatura	Umidade	Dióxido de Carbono	Situação atual
		(m/s)	(°C)	(%)	(ppm)	
Faixas recomendáveis		< 0,25	De 21 a 27	De 35 a 70	≤ 1000	
Unidade de Terapia Intensiva – UTI (área coletiva de tratamento)	Dez/2016	≤ 0,11	20,8	64	530	Dentro dos Parâmetros
	Ago/2017	≤ 0,11	22,0	57	979	Dentro dos Parâmetros
	Nov/2017	≤ 0,11	24,6	55	638	Dentro dos Parâmetros

Tabela 2 - Normas Técnicas 2 e 3

Fonte: Relatório de ensaio da qualidade do ar interno. Acervo pessoal.

Local	Datas dos ensaios	Aerodispersóides	Situação atual
		(µg /m³)	
Faixas recomendáveis		< 80	
Unidade de Terapia Intensiva – UTI (área coletiva de tratamento)	Dez/2016	12	Dentro dos Parâmetros
	Ago/2017	12	Dentro dos Parâmetros
	Nov/2017	5	Dentro dos Parâmetros

Tabela 3 - Norma Técnica 04

Fonte: Relatório de ensaio da qualidade do ar interno. Acervo pessoal.

No que se refere às Normas Técnicas expostas, quantitativamente, todos os resultados se apresentam dentro dos níveis aceitáveis. Entretanto, sob a ótica qualitativa, se verifica na tabela referente à Norma Técnica 001 a presença do fungo *Aspergillus* no ambiente em período quase concomitante ao da execução das obras.

A partir disso, com base teórica, é possível constatar de fato que a presença desse microrganismo está relacionada diretamente ao período da intervenção, corroborando o que afirma Karman (2011, p. 151):

A agitação provocada por obras e reformas, principalmente em ambientes de EAS, podem dispersar poeiras contendo esporos aerotransportados de fungos *Aspergillus*, potencialmente letais para pacientes imunodeprimidos. O fungo *Aspergillus*, que tem de 2 a 3,5 µm de diâmetro, é encontrado em solos, ambientes úmidos e vegetais em decomposição. Encontra-se também presente em sistemas de ventilação que estejam funcionando inadequadamente: filtros de ar, aparelhos de ar-condicionado de janela, exaustores, forros falsos, forros acústicos, canteiros de obras, portas ou janelas expostas, aspiradores de limpeza hospitalar, plantas ornamentais, pombos etc. A poeira proveniente de obras vizinhas também pode afetar o EAS, pois o *Aspergillus* é esporulado e veiculado pelo ar (airborne bactéria). A umidade do ambiente também contribui para sua proliferação. Assim, equipamentos e instrumental colonizados com o fungo, quando armazenados em ambientes úmidos, podem tornar-se fontes de infecção.

Apesar da constatação da presença do fungo em quantidade dentro dos parâmetros, é reforçado que as precauções relacionadas aos ambientes de reforma são imprescindíveis para manter as manutenções nos sistemas de climatização dos ambientes atualizadas e, assim, evitar que estes se constituam em um agente potencializador de riscos. Nessa intervenção especificamente, não foram constatadas, pela CCIH, infecções que indiquem o *Aspergillus* como principal fonte causadora. Porém, claro, ele representa uma ameaça especialmente aos pacientes, e também a outros usuários e colaboradores.

4. Conclusão

Neste artigo, foi possível concluir que reformas em ambientes hospitalares aumentam a circulação do *Aspergillus.sp* no espaço, com risco maior ao setor de UTI. Portanto, a prudência na montagem das barreiras físicas e, sobretudo, a adequada manutenção dos sistemas de climatização podem evitar o alojamento e a disseminação desse fungo pelos dutos, representando potenciais riscos aos pacientes. No caso apresentado, não é possível afirmar que a fonte do microrganismo estava associada diretamente ao sistema de climatização, contudo, a manutenção realizada no equipamento de ar-condicionado certamente colaborou para isolar e negatar o crescimento do fungo *Aspergillus.sp* no ambiente.

De fato, fica claro que o presente tema é de grande expressividade e merece atenção especial. Sobretudo, serve de alerta para as ameaças decorrentes da circulação de fungos com maior risco patogênico e faz jus

ao aprofundamento com foco na aplicação hospitalar por profissionais que despendam um olhar sensível a essas questões e vislumbrem o futuro das edificações para, efetivamente, prover a assistência à saúde.

Referências

BERNAL, M. L.; ALASTRUEY, I.; CIENCA, E. M. **Diagnostics and susceptibility testing in Aspergillus**. 2015. Disponível em: <<https://www.id-hub.com/2017/02/24/diagnostics-susceptibility-testing-aspergillus/>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

BICALHO, F. de C. **A Arquitetura e a Engenharia no controle de infecções**. Rio de Janeiro: Rio Books, 2010. 135 p.

BRICKUS, L. S. R.; AQUINO NETO, F. R. de. A qualidade do ar de interiores e a química. **Química nova**, v. 22, n. 1, p. 65-74, 1999.

COSTA, M. R. **Recomendações para o controle de qualidade do ar climatizado**. 2007. 12 f. Tese (Doutorado) - Curso de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2007.

DIAS, R. S.; COSTA, P. D.; PATARO, C. S. Ambiente hospitalar como fator de risco para a ocorrência de infecções oportunistas por *Staphylococcus Aureus* Multirresistentes. **Periódico Científico do Núcleo de Biociências: Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix**, Belo Horizonte, v. 4, n. 7, p. 27-35, ago. 2014.

FRARE, F. **Infecção hospitalar por aspergillus: análise da implantação de uma unidade de ambiente protegido**. 2009. 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

KARMAN, J. B. **Manutenção e segurança hospitalar preditivas**. São Paulo: Estação Liberdade, 2011. 437 p.

MORAES, F. M.; RAU, C. **Infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS): impacto na saúde e desafios para seu controle e prevenção**. 2011. 17 f. Monografia (Especialização) - Curso de Pós-graduação em Vigilância Sanitária, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2011.

QUADROS, M. E. **Qualidade do ar em ambientes internos hospitalares: parâmetros físico-químicos e microbiológicos**. 2008. 135 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Engenharia Ambiental, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SILVA, E. B.; GOMES, S. R. Ar-condicionado: herói ou vilão em unidades de terapia intensiva? **REINPEC: Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico**, Itaperuna, v. 1, n. 1, p. 222-232, jan. 2015.

SINGH, N.; BRENNAN, P. J.; BELL, M. A compedium of strategies to prevent healthcare-associated infections in acute care hospitals: um compêndio de estratégias para a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde em Hosp. **Infection Control And Hospital Epidemiology**, Cambridge, v. 29, n. 10, p. 901-994, out. 2008.

STERLING, T. D.; COLLET, C.; RUMEL, D. A epidemiologia dos “edifícios doentes”. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 56-63, jan. 1991.

Referências normativas

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Importância dos projetos de sistemas de climatização em estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS)**. Brasília: Anvisa, 2009. 4 p.

_____. **RDC nº 50 Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. 2. ed. Brasília: Anvisa, 2004. 160 p.

_____. Resolução RE nº 09, de 16 de janeiro de 2003. **Diário Oficial da União**, Orientação técnica elaborada por Grupo Técnico Assessor sobre padrões referenciais de qualidade do ar interior em ambientes climatizados artificialmente de uso público e coletivo. Brasília, DF: Imprensa Oficial, 20 jan. 2003. n. 14, Seção 1, p. 35-37.

BRASIL. Constituição (1992). Portaria nº 930, de 27 de agosto de 1992. **Infecção Hospitalar**: Ministério da Saúde. Disponível em <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAr90AL/portaria-n-930-27-agosto-1992>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

BRASIL. Constituição (1998). **Portaria nº 3.523, de 28 de agosto de 1998**. Regulamento Técnico. Procedimentos de verificação de limpeza, remoção de sujidades por métodos físicos e manutenção do estado de integridade e eficiência de todos os componentes dos sistemas de climatização.

O caminho da morte: o fluxo e a relação entre ambientes e utentes

Autora:
Cris Vieira

RESUMO

A morte tem seu caminho no espaço hospitalar e, assim como os demais fluxos, precisa ser pensada desde o início como uma das premissas de projeto. Este artigo tem por objetivo: relacionar espaços hospitalares, a morte e os que vivem a morte, e como podem ser pensados os fluxos em meio a estas relações. Para isto foi necessário caracterizar as publicações sobre morte e arquitetura e delinear como pode ser dada contribuição para elaboração de projeto em relação ao caminho da morte. O método de pesquisa empregado foi: revisão bibliográfica. Chegou-se à conclusão da necessidade de elencar recomendações para a elaboração de projetos arquitetônicos novos, vislumbrando a humanização dos espaços arquitetônicos focando nos fluxos e no bem-estar dos utentes frente à morte.

PALAVRAS-CHAVE

Morte; Fluxo; Arquitetura hospitalar; Concepção de Projetos

Introdução

A morte sempre permeou o imaginário trazendo à memória aspectos negativos. Traçar questões envolvendo o ambiente arquitetônico relacionado a este tema se faz necessário não para impedir sofrimento, ou para mascará-lo, mas para tratar de forma humana o ambiente para que a morte seja vivida adequadamente por qualquer dos atores envolvidos.

A busca por saúde vem mudando de foco e prática ao decorrer dos séculos. No tempo Clássico, a busca por saúde era feita por meio da fé religiosa e do místico, normalmente usando-se as edificações destinadas a esses fins para se atingir a saúde física e mental. Na Idade Média, a religião Católica esteve comprometida com a promoção e atenção à saúde. Também havia os que adotavam práticas consideradas pagãs, ocorrendo a visão de que o adoecimento era punição, possessão ou bruxaria, sendo este período conhecido como Idade das Trevas. Os locais destinados à saúde, onde se buscava conforto e prolongamento da vida, logo se transformaram em depósitos de problemas sociais. Assim, ao final da Idade Média, os hospitais cresceram de tamanho e de função, absorvendo a população marginalizada e considerada como problema. Idosos, órfãos, doentes mentais, desajustados socialmente, marginalizados, prostitutas, quem não possuía ofício e enfermos: os hospitais passaram a ter a imagem negativa potencializada com essa aglomeração de pessoas em situações diferentes. A morte era fato, hospital era sinônimo de desordem e de morte.

No século XVIII iniciou-se a determinação da função do hospital como sendo um espaço para curar. A medicina passou a ser reconhecida como ciência e o hospital, local de tratamento. O foco era a enfermidade, as tecnologias, os medicamentos e procedimentos para alcançar a cura.

Atualmente, o hospital tem por filosofia a humanização da assistência, o que começou a ser delineado e ganhar força no final do século XX, sendo preconizado não mais as doenças e o alcance da cura, mas o paciente.

Os estabelecimentos de atendimento à saúde possuem um conjunto de ambientes definidos utilizados por diversos atores: pacientes, profissionais de saúde, administradores, acompanhantes, visitantes e colaboradores diversos. Cada um destes utentes com relações e atividades próprias fazendo de um mesmo ambiente espaços diferentes. (SANTOS, BURSZTYN, 2014, Cap.6)

Evidenciando o fluxo da morte: delimitação do problema

Apesar de o hospital ter sofrido mudanças profundas em suas funções, tecnologias, espaços e conceitos ao longo do tempo, a morte sempre esteve presente, sendo relevante o olhar da humanização.

No planejamento da arquitetura da saúde, a abordagem da humanização demanda uma nova visão de projeto, capaz de incorporar, aos necessários estudos técnicos, formais, funcionais e econômicos, a consideração dos efeitos do ambiente sobre os seus usuários, explorando o potencial de contribuição para a sua autonomia, para o seu bem-estar e para o restabelecimento de sua saúde. (FONTES, 2007, p.55)

Tanto em reformas como na concepção de novas edificações hospitalares é necessária a consideração da influência do ambiente sobre seus utentes, e vice-versa, focando no bem-estar de todos e em todos os momentos, não descartando o momento do óbito e o morto para a elaboração do projeto arquitetônico.

Os elementos arquiteturais são nestas condições uma das matrizes da experiência individual e colectiva e tecem à sua volta um contexto que é humano e social. Neste sentido, o espaço é o objeto de uma nova interpretação: a realidade dos nossos comportamentos, e também a vida social, produzem-se e desenvolvem-se em lugares diversos que são mais que puros envelopes exteriores. (FISCHER, 1994, p.16)

O interesse pelo tema surgiu de uma conversa despretensiosa entre a autora e uma enfermeira, que buscou subsídios em matéria do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura da UFRJ para contribuir com sua pesquisa de pós-graduação. Nessa conversa foi descrita uma situação desagradável para o profissional de enfermagem: a necessidade de passar com recém-nascido, que havia acabado de falecer, por locais onde havia pais que esperavam por informações de seus bebês que inspiravam cuidados e poderiam também vir a óbito. Por vezes, o profissional era parado por diferentes usuários atrás de informações e aquele, para não criar um sentimento desagradável de descrença e tristeza nestes, fingia carregar um bebê dormindo, disfarçando para não criar desespero e mal-estar. Essa situação exemplificou a importância do pensamento sobre o fluxo levando-se em consideração o trabalho do profissional e o bem-estar dos demais usuários.

Assim, revelou-se o problema central a ser desenvolvido: como trabalhar o fluxo do morto, com um limite de espaço de um programa arquitetônico,

a fim de proporcionar a atividade adequada do profissional de saúde, considerando os que tiveram a perda e os demais usuários que podem ficar transtornados com a situação.

O pensamento sobre a morte e o ambiente hospitalar

Para justificar a importância do tema e caracterizar a produção nacional e internacional de arquitetura relacionada à morte e ao ambiente hospitalar, realizou-se revisão bibliográfica no mês de fevereiro de 2019.

Para tanto, foram selecionados os seguintes termos como descritores: Arquitetura hospitalar, Planejamento hospitalar, Arquitetura de saúde, Espaços de saúde, Instalações de saúde, Arquitetura de instituições de saúde, Morte, Atitudes frente à morte e Tanatologia. Foi realizada a busca por descritores no portal da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS/Decs. Os descritores relacionados à morte foram combinados por pares com os descritores de arquitetura.

A pesquisa, aplicando-se os descritores, foi realizada na base CAPES e no portal Minerva da UFRJ e, como resultado, chegou-se ao total de 1.267 textos, conforme demonstrado no quadro 01. Foram estabelecidos limites com o intuito de melhor especificar, reduzindo a amostra com exclusão de: textos em duplicidade, os baseados em pesquisa quantitativa, e os que se desviassem do tema em questão. Os considerados relevantes para o estudo foram os textos que tivessem trabalhos completos disponíveis eletronicamente, em português, inglês ou espanhol, e que realmente, após leitura do resumo e de partes específicas dos textos, possuísem correlação com o tema pretendido do trabalho em tela. Segue abaixo resumo da busca:

Descritores		Banco de dados		Total
		MINERVA	CAPES	
1	Arquitetura hospitalar and morte	0	44	44
2	Arquitetura hospitalar and tanatologia	0	0	0
3	Arquitetura hospitalar and atitude frente à morte	0	12	12
4	Planejamento hospitalar and morte	1	414	415
5	Planejamento hospitalar and tanatologia	0	3	3
6	Planejamento hospitalar and atitude frente à morte	0	44	44
7	Instalações de saúde and morte	0	293	293
8	Instalações de saúde and tanatologia	0	1	1
9	Instalações de saúde and atitude frente à morte	0	72	72
10	Arquitetura de instituições de saúde and morte	0	82	82
11	Arquitetura de instituições de saúde and tanatologia	0	1	1

Quadro 01 - Resultado da busca utilizando descritores

Descritores		Banco de dados		Total
12	Arquitetura de instituições de saúde and atitude frente à morte	0	36	36
13	Humanização da assistência and morte	3	222	225
14	Humanização da assistência and tanatologia	0	9	9
15	Humanização da assistência and atitude frente à morte	0	30	30
TOTAL		4	1.263	1.267

O quadro 01 demonstra o total dos textos segundo as bases de dados e a conjugação dos descritores. A busca em tela foi realizada em fevereiro de 2019.

Quadro 02 - Especificando as amostras

Descritores		Banco de dados		Total
		MINERVA	CAPES	
1	Arquitetura hospitalar and morte	0	2	2
2	Arquitetura hospitalar and tanatologia	0	0	0
3	Arquitetura hospitalar and atitude frente à morte	0	0	0
4	Planejamento hospitalar and morte	0	1	1
5	Planejamento hospitalar and tanatologia	0	0	0
6	Planejamento hospitalar and atitude frente à morte	0	0	0
7	Instalações de saúde and morte	0	0	0
8	Instalações de saúde and tanatologia	0	0	0
9	Instalações de saúde and atitude frente à morte	0	0	0
10	Arquitetura de instituições de saúde and morte	0	1	1
11	Arquitetura de instituições de saúde and tanatologia	0	0	0
12	Arquitetura de instituições de saúde and atitude frente à morte	0	0	0
13	Humanização da assistência and morte	0	3	3
14	Humanização da assistência and tanatologia	0	0	0
15	Humanização da assistência and atitude frente à morte	0	0	0
TOTAL		0	7	7

O quadro 02 demonstra o total dos textos segundo as bases de dados e a conjugação dos descritores com a aplicação dos critérios de inclusão, de exclusão e eliminando textos repetidos.

A partir dessa primeira busca, verificou-se que a produção bibliográfica do tema morte relacionado ao fluxo no ambiente hospitalar e ao projeto arquitetônico não foi ainda alvo de estudo, ou seja, a princípio, o tema seria inédito, caracterizando, assim, a relevância do assunto.

O caminho da pesquisa

A metodologia de trabalho está baseada em duas vertentes: a utilização de bibliografias sobre arquitetura hospitalar e morte e a análise de edificações hospitalares. Além de bibliografias conseguidas em pesquisas nas bases, serão utilizadas as obtidas no decorrer de aulas das disciplinas Arquitetura e Projeto do Lugar e Espaços de Saúde, História e Tendências do curso do Programa de Pós-Graduação de Arquitetura da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Rio de Janeiro - PROARQ/FAU-UFRJ.

Para se ter mais subsídios para o estudo em tela foram considerados os ensinamentos de YIN (2010) em relação à metodologia de pesquisa, sendo definidos primeiramente questionamentos-chave para nortear a realização da pesquisa:

1. Como os fluxos do morto podem ser pensados desde o início do projeto arquitetônico?
2. Como o morto influencia psicossocialmente os usuários do espaço hospitalar?
3. O que pode ser identificado em projetos já concebidos como boa prática, ou não, no caminho do morto dentro de um fluxo hospitalar?
4. O que pode ser feito durante a concepção de projetos de arquitetura para humanizar a questão da morte em relação ao caminho feito e aos diferentes usuários?
5. Como a arquitetura pode influenciar nessa questão focando o profissional de saúde?

Segue quadro onde pode ser verificado qual o método de pesquisa mais adequado baseando-se nas perguntas elaboradas:

Método	(1) Forma de questão de pesquisa	(2) Exige controle dos eventos comportamentais?	(3) Foca eventos contemporâneos?
Experimento	Como, por quê?	Sim	Sim
Levantamento (survey)	Quem, o que, onde, quantos, quanto?	Não	Sim
Análise de arquivos	Quem, o que, onde, quantos, quanto?	Não	Sim/Não
Pesquisa histórica	Como, por quê?	Não	Não
Estudo de caso	Como, por quê?	Não	Sim

Quadro 03 - Situações relevantes para diferentes métodos de pesquisa..

Fonte: YIN (2010), p. 29.

Tendo três, dos cinco questionamentos, utilizado o termo “Como”, evidencia-se o favorecimento da utilização da metodologia do Estudo de Casos. Para YIN (2010) é mais apropriado, uma vez que esse tipo de questionamento lida

com vínculos operacionais que necessitam ser traçados ao longo do tempo, mais do que meras frequências ou incidências, sendo caracterizado como exploratório. Ainda é importante destacar que:

O estudo de caso é preferido no exame dos eventos contemporâneos, mas quando os comportamentos relevantes não podem ser manipulados. (...) a força exclusiva do estudo de caso é sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências - documentos, artefatos, entrevistas e observações (...). (YIN, 2010, p. 32.)

O termo "O que", dos outros dois questionamentos, possibilita a utilização de duas vertentes de metodologia: levantamento e análise de arquivo. Nesse sentido, é apropriada a utilização desses métodos de pesquisa quando a intensão é voltada à identificação e à enumeração.

Tendo em vista a análise dos questionamentos elaborados, o estudo de casos como método a ser utilizado é o mais adequado, já que, segundo YIN (2010), esta é uma investigação de observação baseada na experiência, verificando-se o fenômeno contemporâneo da vida real quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são evidentes. Os fluxos em diferentes estabelecimentos de saúde perfazem situações tecnicamente diferenciadas, onde existem mais variáveis como interesse do que dados, tendo amplas fontes de evidência.

Conclusão

O caminho da morte, dentro do conceito de humanização dos espaços hospitalares, deve ser considerado como preceito já na concepção do projeto. Tendo em vista a escassa bibliografia sobre o tema morte relacionado ao ambiente hospitalar, o artigo em tela vem demonstrar a relevância do tema. Com isto, chega-se à conclusão da necessidade do estudo de equipamentos hospitalares já edificadas, verificando tecnicamente os fluxos e circulações, além da relação dos utentes com o espaço hospitalar e a morte.

O estudo de casos mostrou ser o método de pesquisa mais adequado e, com o intuito de caracterizar o pensamento sobre a morte e o morto, a relação entre os que utilizam os ambientes hospitalares e o projetar da arquitetura hospitalar, chega-se à conclusão de que é necessário elencar recomendações para a elaboração de projetos arquitetônicos novos, vislumbrando a humanização dos espaços arquitetônicos com foco nos fluxos e no bem-estar dos utentes frente à morte.

Referências

FISCHER, Gustave. **Psicologia Social do Ambiente**. Instituto Piaget. Lisboa, 1994. (ISBN: 978-97-2929-542-3).

FONTES, Maria Paula Zambrano. **Humanização dos Espaços de Saúde: Contribuições para a Arquitetura na Avaliação da Qualidade do Atendimento**. Rio de Janeiro: FAU/PROARQ, 2007. [Tese]. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SANTOS, Mauro, BURSZTYN, Ivani. **O Caminho do Paciente: Conceitos e Ferramentas para a Avaliação de Estabelecimentos de Atenção à Saúde**. Livro Arquitetura e Engenharia Hospitalar: Planejamento, Projetos e Perspectivas - Capítulo 6. Rio de Janeiro, Rio Books, 2015. (ISBN: 978-85-6155-658-7).

YIN, K, Robert. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. São Paulo, Bookmed, 2010. (ISBN: 978-85-7780-655-3).

Análise de setorização e conforto em hospitais contemporâneos pediátricos

Autores:

João Pedro S. Nozela

Andrea D. Leitner

Sílvia A. M. G. Pina

RESUMO

Edifícios de saúde deixam de ser, cada vez mais, espaços destinados ao cuidado de doenças, passando a ser orientados para o cuidado da saúde. A relevância da pesquisa se evidencia pela alta complexidade do edifício hospitalar de ponta e pela quantidade de vidas diretamente influenciadas por suas atividades. Desta forma, o objetivo do presente artigo é realizar a análise de setorização, de fluxos e de conforto de dois hospitais pediátricos contemporâneos, apresentando soluções e alternativas para o atendimento às necessidades de todos seus usuários – pacientes e acompanhantes; equipe assistencial e não assistencial. O método monográfico empregado por meio de pesquisa explicativa gerou contribuições para readequações e para novos projetos de edifícios similares, identificando fatores de humanização da arquitetura no âmbito do conforto ambiental desse tipo de ambiente construído. A pesquisa foi pautada na análise da literatura atual nacional e internacional, na análise da norma RDC 50 (2002), considerando também o Desenho Universal, elementos holísticos e soluções ergonômicas para a tríplice inclusão de seus usuários. Os resultados indicam a ênfase na setorização conforme a movimentação dos usuários, a atenção aos cruzamentos de fluxos indesejados, a escolha de materiais lúdicos de acabamento, a utilização ampla de recursos de controle de iluminação, inclusive colorida e indireta quando adequada ao ambiente hospitalar pediátrico e a ampla utilização de sistemas de automação.

PALAVRAS-CHAVE

Arquitetura de saúde; Hospitais contemporâneos; Conforto; Setorização; Fluxos.

1. Introdução

A análise de pré e/ou pós-ocupação do edifício de saúde é uma ferramenta de extrema importância na busca de melhores resultados e soluções para futuras instalações. Trabalhando com a setorização das atividades, análise de fluxos internos e externos, humanização da arquitetura e os Sete Princípios do Desenho Universal de Ron Mace, busca-se sempre um edifício com facilidade de acesso e comunicações, flexibilidade dos espaços, eficiência no tratamento, além de ambientes que tragam conforto e desviem o foco da doença.

Neste contexto, o artigo expõe a análise de dois hospitais pediátricos contemporâneos: o Suzhou Children's Hospital, localizado na cidade de

Suzhou, na China, cujo projeto de arquitetura foi concebido em 2010, e o Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital, em Chicago, nos Estados Unidos, inaugurado em 2012. A análise foi desenvolvida com base nos materiais divulgados pelos escritórios responsáveis pelos projetos, levando em consideração os conceitos empregados em edifícios hospitalares de tipologia vertical. Os parâmetros técnicos são advindos da norma RDC 50 (2002) e do estudo de referências bibliográficas atuais.

2. Objetivo

O objetivo do trabalho é realizar a análise de setorização, dos fluxos e conforto de dois edifícios de saúde, hospitais pediátricos contemporâneos, apresentando soluções e alternativas para o atendimento às necessidades de usuários, pacientes, acompanhantes, visitantes, equipe assistencial e não assistencial.

3. Método

A metodologia de trabalho consistiu na realização de pesquisa explicativa a partir do levantamento e análise de referências bibliográficas e dos principais conteúdos normativos; do levantamento e análise de informações sobre os projetos estudados; da leitura e estudo de Avaliações Pós-Ocupação de edifícios de saúde pré-existent; da análise e interpretação dos resultados e do desenvolvimento da síntese dos resultados da pesquisa.

3.1. Os hospitais selecionados

Ambos os projetos selecionados são edifícios verticalizados com mais de 100.000 m² de construção. O hospital chinês possui 13 pavimentos na torre mais alta e abriga uma grande base horizontal no eixo leste-oeste, permitindo maiores aberturas e contatos com o ambiente externo, já o hospital estadunidense possui dois blocos verticais sobrepostos e totaliza 23 pavimentos.

O projeto do Hospital Pediátrico de Suzhou foi concebido pelo escritório HKS Architects e traz um extenso trabalho de setorização e humanização da arquitetura. O novo edifício substituirá o atual hospital, operacionalizado em uma edificação de 80 anos que sofreu mínimas adaptações desde a concepção original. O novo projeto abriga conceitos atuais de tratamento pediátrico, além de a arquitetura e a concepção terem enfoque em propiciar menos estresse e medo aos pacientes e visitantes. Os ambientes foram projetados para atender às necessidades físicas e psicológicas da população local, considerando suas peculiaridades e características. Como medida para humanizar o trabalho realizado pelo *staff*, foram incluídos acessos às áreas externas e arejadas, projetadas exclusivamente para eles, e foi realizado um completo estudo de setorização a fim de diminuir as distâncias internas percorridas (JORDANA, 2011). Foram providenciadas acomodações para a equipe em um bloco exclusivo e observadas as questões ligadas à ergonomia. A luz natural e sua relação com o projeto é outro ponto de destaque, utilizada ao máximo para o maior aproveitamento energético em benefício aos usuários. Além da preservação dos ciclos circadianos, esse contato pode diminuir o tempo de internação e a quantidade de medicamentos consumidos pelos pacientes internados. (ULRICH, 1999).

De acordo com Jordana (2011), o partido do projeto foi inspirado nas pipas, uma brincadeira disseminada pelas crianças locais e atividade milenar de mais de 2.800 anos. As cores das pipas voando pelo céu trazem felicidade e conforto para as crianças de todas as idades. Por conta disso, o Suzhou Children's Hospital tem suas próprias pipas gigantes no jardim e áreas de recreação. Na entrada principal, a marquise também foi inspirada no conceito da pipa, trazendo proteção contra intempéries de forma lúdica, além de cor e deleite para os usuários desde o primeiro contato com a unidade de saúde (ver Figura 1). Com o intuito de valorizar a cultura tradicional chinesa e, em específico, a cidade sede, foram projetados os jardins de água - *water gardens*, conhecidos pela beleza e tranquilidade. Os 396.000 m² construídos abrigam 600 leitos de internação, e estima-se o atendimento diário de 3.000 pacientes gerais e de 500 em caráter de urgência.

O Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago foi projetado pelos escritórios ZGF Architects, Solomon Cordwell Buenz e Anderson Mikos Architects. O edifício é uma torre verticalizada de 116.128,8 m² (ver Figura 2) e está implantado em um terreno dentro do Campus de Medicina da Northwestern University. Ressalta-se também a proximidade e conexão com o Prentice Women's Hospital. Hoje, o hospital totaliza 360 leitos, com mais de 288 quartos privativos e uma média de 200.000 atendimentos por ano. Como diferenciais, o time de projeto agregou, na área externa, três pontes de acesso pedonais, uma conectada diretamente ao centro da instalação de estacionamentos e as outras duas com acesso ao Prentice Women's Hospital. Internamente, o projeto conta com um terraço/jardim; um lobby com cobertura translúcida e vista externa de 180° voltada para o Seneca Park, o Museu de Arte Contemporânea e a Water Tower; além disso, há também elementos para a humanização, como área de exposição de baleias flutuantes; aquário; pontos de informação totalmente iluminados para auxílio do wayfinding; praça de alimentação com temática de mercado-jardim; jardins de cura - *healing gardens*; palco para ações de entretenimento e uma casa na árvore. Todas as medidas de projeto fizeram com que o hospital conquistasse a certificação LEED (*Leadership in Energy and Environment Design*).



Figura 1: Fachada do Suzhou Children's Hospital
Crédito: imagem adaptada do original publicado no site ArchDaily. Disponível em: <https://www.archdaily.com/108031/suzhou-childrens-hospital-hks>. Acesso em 06/04/2019.



Figura 2: Fachada do
Lurie Children's Hospital
Crédito: Ann & Robert H.
Lurie Children's Hospital
of Chicago

3.1.1. Suzhou Children's Hospital

O Suzhou Children's Hospital apresenta boa setorização inicial com segregação dos usos para as diversas áreas específicas. O complexo ocupa uma quadra completa e possui conexão externa por três dos quatro lados, o que facilita o acesso aos blocos adjacentes a partir do edifício principal (Administrativo, Educacional e Pesquisa; Acomodações; Doenças Infecciosas) sem comprometer o wayfinding, visto que a volumetria do hospital se mantém imponente, característica e com gabarito predominante. Ao todo, o complexo possui quatro acessos - dois que se ligam diretamente à recepção principal do hospital e ao estacionamento do subsolo e outros dois focados nos serviços auxiliares e acesso de funcionários. A presença de acessos controlados, sendo eles externos ao complexo, ou internos aos edifícios, traz maior segurança para os usuários, bem como segurança contra intrusões nas áreas comuns (ver Figura 3).

No pavimento térreo, o edifício principal se conecta ao restante do complexo por meio de cinco acessos: dois destinados ao setor de atendimento imediato; dois laterais, para acessos de serviços; e a entrada principal, para o acesso de pacientes ambulatoriais (vide Figura 4). No setor de diagnósticos e terapia, a presença do jardim interno, ao longo de um corredor disposto no sentido leste-oeste, se torna uma alternativa agradável para apreciação, além de aliviar os fluxos operantes na circulação principal (sentido norte-sul), facilitando a movimentação e as atividades internas.

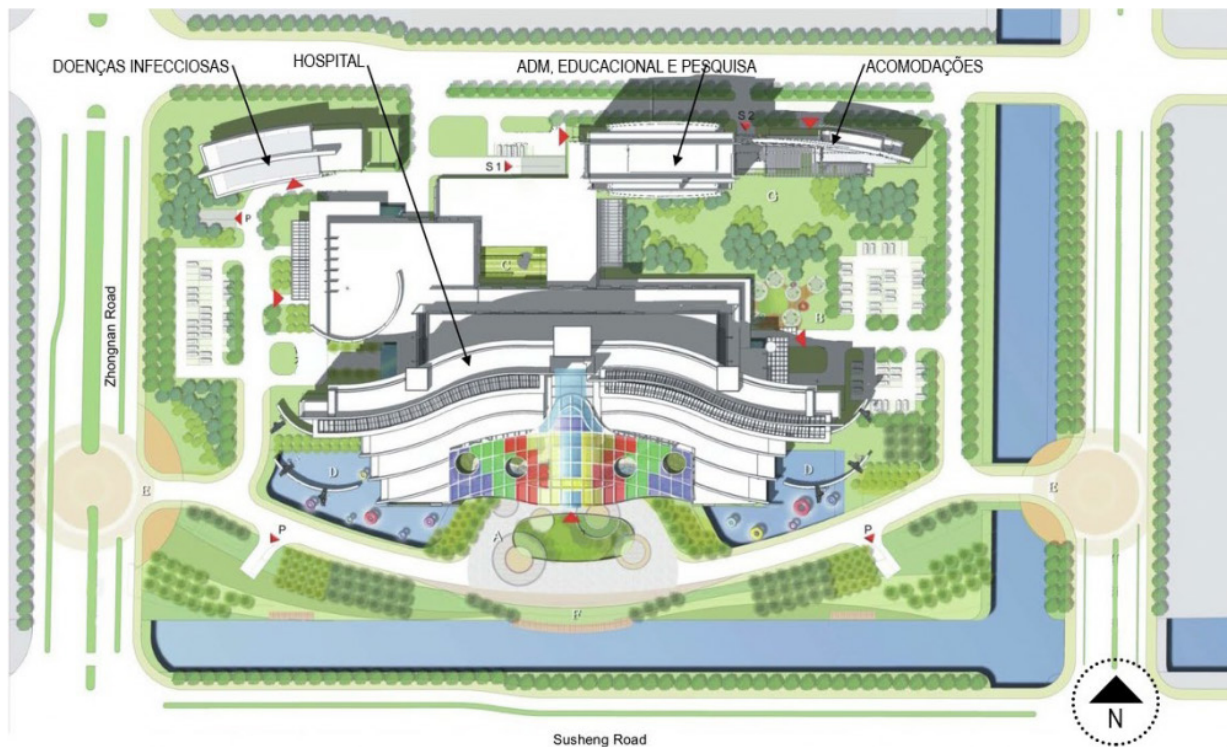


Figura 3: Implantação, Suzhou Children's Hospital
Crédito: imagem adaptada do original publicado no site ArchDaily.
 Disponível em: <https://www.archdaily.com/108031/suzhou-childrens-hospital-hks>.
 Acesso em 06/04/2019.

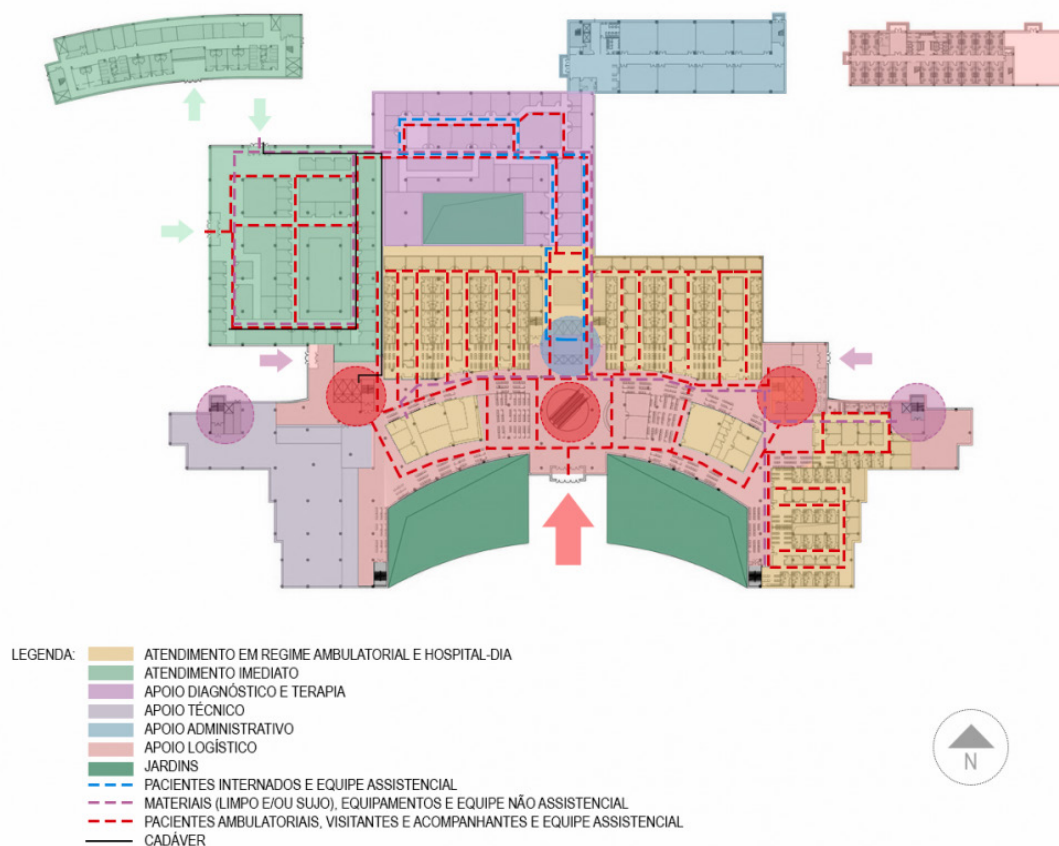


Figura 4: Pavimento térreo, Suzhou Children's Hospital
Crédito: imagem adaptada do original publicado no site ArchDaily.
 Disponível em: <https://www.archdaily.com/108031/suzhou-childrens-hospital-hks>.
 Acesso em 06/04/2019.

Além dos jardins e dos terraços com jardins, o projeto conta com alternativas sustentáveis, o que assegurou a obtenção da Certificação LEED. O projeto utiliza a água proveniente de um canal adjacente para a jardinagem, os water-gardens e sistemas de ventilação (ver Figura 3).

A circulação vertical acontece por meio de seis conjuntos principais, cinco deles equipados com elevadores e escadas compartimentadas e, um deles, por uma escada rolante central. Três dessas circulações se destinam ao uso de pacientes, equipe assistencial e acompanhantes - conforme identificado na planta do pavimento térreo com círculos vermelhos; um dos conjuntos, totalmente focado nos pacientes internados e na equipe assistencial - em círculo azul; e dois deles para o trânsito da equipe não assistencial, materiais e equipamentos - em círculos roxos (ver Figura 4). Os conjuntos ficam em pontos que se interligam diretamente aos eixos de circulação leste-oeste, que é replicado em todos os pavimentos superiores como circulação principal. Como medida preventiva contra incêndios, todos os blocos de elevadores possuem escadas compartimentadas anexas cujo posicionamento facilita o *wayfinding*. Nas escadas, não se identifica áreas de refúgio para o uso de pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida - assim como exigido pela Instrução Técnica No 11/2018 - enquanto aguardam o resgate em caso de sinistro.

O primeiro pavimento mostra a mesma setorização e os fluxos principais do pavimento inferior, o que colabora para o *wayfinding* e dá maior tranquilidade aos usuários. O pavimento abriga o centro cirúrgico, localizado na porção superior da planta, os atendimentos ambulatoriais, e o hospital dia em sua porção central, conforme identificado na Figura 5. O apoio técnico é reservado para expansão.

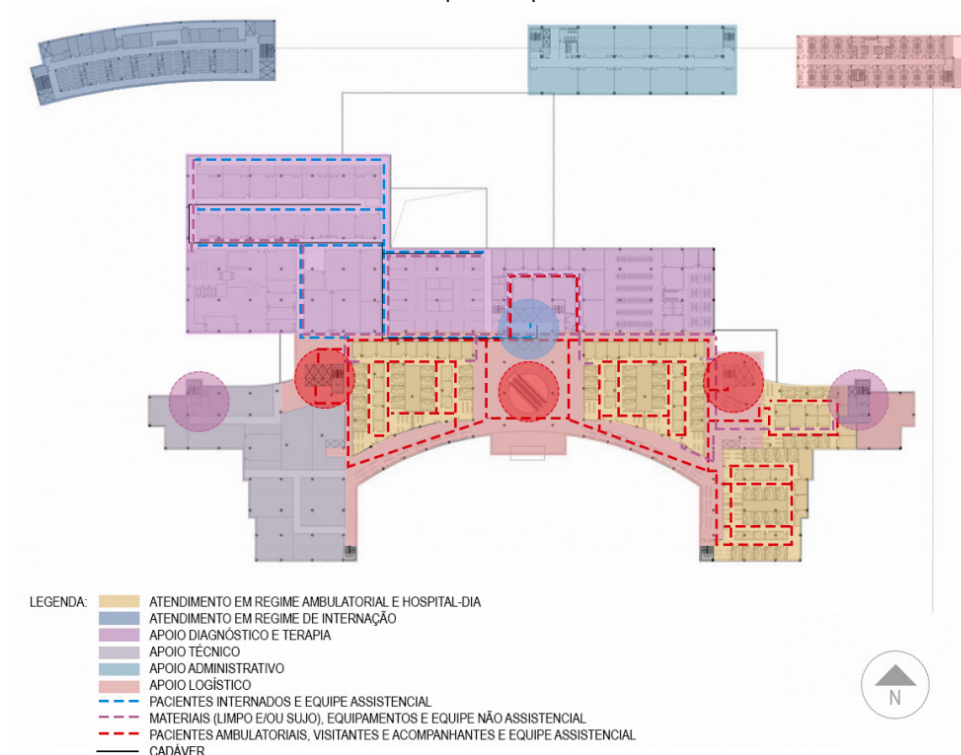


Figura 5: Primeiro pavimento, Suzhou Children's Hospital

Crédito: imagem adaptada do original publicado no site ArchDaily.

Disponível em: <https://www.archdaily.com/108031/suzhou-childrens-hospital-hks>.

Acesso em 06/04/2019.

No pavimento tipo, de internação, o fluxo de usuários ocorre na direção leste-oeste, nos dois sentidos (vide Figura 6). À frente dos elevadores centrais, dois ambientes simétricos segregam o fluxo diretamente para a asa leste ou oeste, contribuindo para o monitoramento, a segurança e o controle de fluxos indesejados no pavimento.

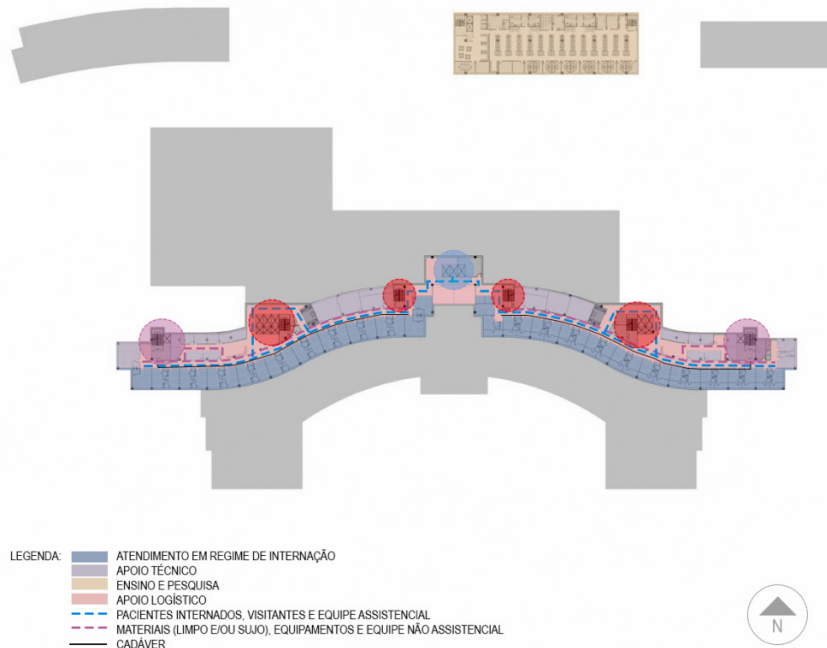


Figura 6: Pavimento tipo, Suzhou Children's Hospital

Crédito: imagem adaptada do original publicado no site ArchDaily.

Disponível em: <https://www.archdaily.com/108031/suzhou-childrens-hospital-hks>.

Acesso em 06/04/2019.

Destaca-se no pavimento tipo o posicionamento dos quartos de internação voltados para a face sul, permitindo melhor ventilação e iluminação natural, o que também se baseia na crença local da cura por meio desses elementos (JORDANA, 2011). Essa medida de projeto valoriza o conforto visual e a renovação do ar, visto que o hospital se localiza em uma área cercada por elementos vegetativos; tais medidas também valorizam e colocam em prática os preceitos da ISO 6241:1984 sobre padrões de desempenho na construção.

3.1.2. Lurie Children's Hospital

O Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago apresenta tipologia totalmente verticalizada, é mais alto, com mais plantas, todas com setorização bem definida e eixos de circulações principais característicos em pavimentos com a mesma setorização vertical. O edifício não apresenta subsolo.

O pavimento térreo tem conexão direta com duas vias de acesso e é o centro de distribuição para os pavimentos superiores, a área de parada de ambulâncias, a entrada exclusiva de funcionários, a doca de carga e descarga e as salas de emergência e elevadores, que levam aos andares superiores assistenciais (ver Figura 7). Com setorização vertical bem definida, entre o térreo e o segundo pavimento localizam-se os setores de emergência e

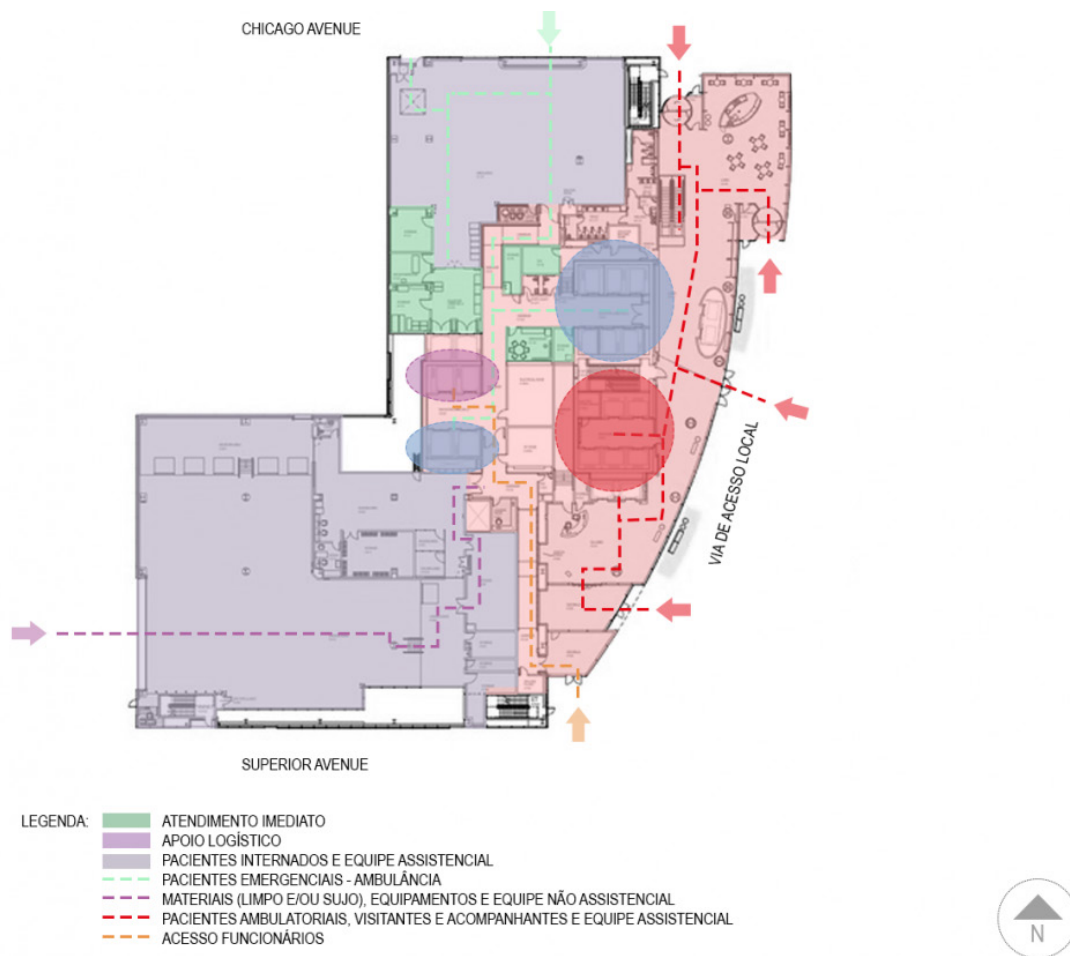


Figura 7: Pavimento térreo, Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital

Crédito: imagem adaptada do original publicado no site ArchDaily. Disponível em: <https://www.archdaily.com/909319/ann-and-robert-h-lurie-childrens-hospital-of-chicago-zgf-architects-plus-scb-architects-plus-anderson-mikos-architects>. Acesso em 06/04/2019.

hospital dia. Do terceiro ao sexto, localizam-se o apoio ao diagnóstico e a terapia. O oitavo andar é destinado à área de suporte (central de materiais, farmácia central, administrativo), seguido pelo pavimento técnico, no nono andar. A internação fica nos pavimentos mais altos (entre o 12º e 21º) para melhor controle de fluxos.

Como alternativa lúdica de conforto, o hospital apresenta elementos projetados para o entretenimento infantil, propiciando maior conexão entre a criança e o espaço e tirando o foco da doença pela promoção de ambientes propícios para brincadeiras e diversões ali, ainda que seja um ambiente da saúde. A humanização nesse exemplo se revela como um procedimento geral pensado desde a concepção do edifício até nas atitudes e aplicação de metodologias de realização de procedimentos empregadas pela equipe assistencial.

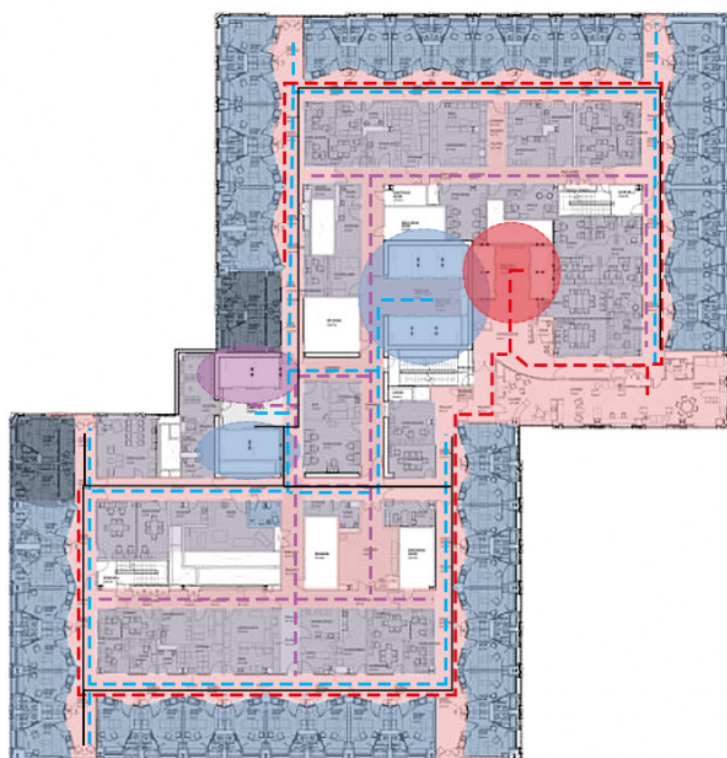
No décimo pavimento (ver Figura 8) a setorização vertical se altera e abriga espaços públicos para a família e seus acompanhantes. Com outra linguagem projetual, o pavimento providencia mais conforto

antropométrico e um novo bloco de elevadores destinados ao transporte dos acompanhantes. O pavimento se torna uma área de transição e abriga formas mais fluidas e lúdicas, com destaque para o *sky-garden* de pé direito duplo para uso e relaxamento dos acompanhantes. O *sky-garden* é totalmente conectado à praça de alimentação e ao terraço jardim. Ainda nesse pavimento, encontra-se a área destinada a educação e conferências.

Na planta dos pavimentos da internação, os quartos de internação estão implantados no perímetro, de forma a garantir iluminação e ventilação naturais para os leitos (vide Figura 9). Os postos de enfermagem estão dispostos de frente para os quartos e trazem segurança aos pacientes, além de maior controle para a equipe. O pavimento apresenta salas de apoio para o staff e circulação bem organizada, dividindo o fluxo de pacientes e acompanhantes do fluxo operacional das equipes assistenciais e não assistenciais. Identifica-se também a presença de salas de isolamento.



Figura 8: Décimo pavimento Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital
Crédito: imagem adaptada do original publicado no site ArchDaily. Disponível em: <https://www.archdaily.com/909319/ann-and-robert-h-lurie-childrens-hospital-of-chicago-zgf-architects-plus-scb-architects-plus-anderson-mikos-architects>. Acesso em 06/04/2019.



- LEGENDA:
- ATENDIMENTO EM REGIME DE INTERNAÇÃO
 - APOIO TÉCNICO
 - APOIO LOGÍSTICO
 - ATENDIMENTO EM REGIME DE INTERNAÇÃO - ISOLAMENTO
 - - - PACIENTES INTERNADOS E EQUIPE ASSISTENCIAL
 - - - MATERIAIS (LIMPO E/OU SUJO), EQUIPAMENTOS E EQUIPE NÃO ASSISTENCIAL
 - - - PACIENTES AMBULATORIAIS, VISITANTES E ACOMPANHANTES E EQUIPE ASSISTENCIAL
 - CADÁVER



Figura 9: Décimo primeiro pavimento, Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital
Crédito: imagem adaptada do original publicado no site ArchDaily. Disponível em: <https://www.archdaily.com/909319/ann-and-robert-h-lurie-childrens-hospital-of-chicago-zgf-architects-plus-scb-architects-plus-anderson-mikos-architects>. Acesso em 06/04/2019.

4. Resultados

Os dois hospitais pediátricos trazem em seu seio a busca pela humanização, adequando seus ambientes para uma melhor experiência dos usuários. Como consequência, as análises apontaram resultados positivos nos dois estudos de caso, com claras organizações setoriais e fluxos internos sistematizados.

Ambos são hospitais pediátricos de excelência e apresentam diferenças relevantes. Enquanto o hospital ocidental ocupa apenas um lote da movimentada e verticalizada região central de Chicago, o hospital oriental dispõe de um quarteirão com circulação de veículos e assegura boa distribuição de fluxos e elimina congestionamentos por meio dos quatro acessos à unidade. O hospital americano concentra o maior número de acessos externos, o que pode ser justificado por estar implantado em uma esquina. O menor número de acessos externos possibilita maior controle dos fluxos internos.

Considerando que a origem dos fluxos parte da setorização, o Suzhou Children's Hospital possui intensa movimentação horizontal, focada no eixo leste-oeste e, em decorrência, apresenta grandes aberturas e excelente comunicação com o exterior. Ao mesmo tempo, a tipologia vertical do hospital estadunidense gera menor movimentação horizontal e maior uso das circulações verticais, com clara segregação de fluxos por meio da barreira psicológica imposta pela diferença de níveis. Em ambos os casos, o corpo assistencial localiza-se na região central dos blocos, fato mais bem explorado no Lurie Children's Hospital.

Em ambos os casos, a circulação vertical é bem segregada e localizada em pontos de fácil acesso. Nota-se a utilização de três grupos principais de usuários para diferenciação dos blocos: pacientes externos e visitantes; materiais, equipamentos, equipe não assistencial; e pacientes internados, equipe assistencial e administrativo.

O mapeamento dos fluxos mostra a movimentação interna das unidades pediátricas; entretanto, em ambos os casos, há fluxos sobrecarregados em alguns corredores, o que pode gerar congestionamentos e intersecções indesejadas. No geral, a organização não oferece risco de contaminação e promove a privacidade e socialização, além de distâncias menores para os usuários percorrerem.

O wayfinding do hospital chinês é notório, com a grande marquise frontal colorida e a diferença de pé-direito. No hospital americano, o wayfinding pode não ser tão definido externamente, porém, internamente, destaca-se pela organização e setorização, reduzindo os cruzamentos indesejados.

Deve-se considerar também as diferenças culturais entre ambos os edifícios, bem como as alterações acarretadas pelo uso, visto que o Lurie está em pleno funcionamento desde 2012 e já sofreu algumas alterações no espaço físico, enquanto o Suzhou ainda está em projeto.

5. Conclusões

O desenvolvimento da presente pesquisa revelou os aspectos funcionais relevantes ao conforto dos ambientes dos estudos de caso analisados. Novas pesquisas em edifícios semelhantes, com a inclusão da opinião dos usuários, vêm a corroborar e ampliar os conteúdos apresentados. Assim, permitirão a constituição de um banco de dados cada vez mais refinado cujo compartilhamento promoverá a progressão constante da qualidade dos novos projetos e de suas readequações face à necessidade de incorporação das inovações tecnológicas disponíveis para o setor da saúde.

Referências bibliográficas

- Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago / ZGF Architects + Solomon Cordwell Buenz + Anderson Mikos Architects 14 Jan 2019. ArchDaily. Acesso dia 06/04/2019. <<https://www.archdaily.com/909319/ann-and-robert-h-lurie-childrens-hospital-of-chicago-zgf-architects-plus-scb-architects-plus-anderson-mikos-architects/>> ISSN 0719-8884
- ANN & ROBERT H. LURIE CHILDREN'S HOSPITAL OF CHICAGO, 2019. Disponível em: <<https://www.luriechildrens.org>>. Acesso em 15 abril 2019
- Corpo de Bombeiros. **Instrução Técnica nº 11/2015 - Saídas de emergência**. São Paulo. 2015.
- ISO 6241:1984 Performance standards in building -- Principles for their preparation and factors to be considered
- PREISER, W. F. E. Abstract: **Design and Health. International Academy for Design and Health**. 2003
- Sebastian Jordana. "Suzhou Children's Hospital / HKS" 31 Jan 2011. ArchDaily. Acesso 06/04/2019. <<https://www.archdaily.com/108031/suzhou-childrens-hospital-hks/>> ISSN 0719-8884
- THOMAZONI, A.D.L.; ORSTEIN, S.O.. Avaliação Pós-Ocupação em hospitais complexos. In: ENCONTRO NACIONAL DE TECNOLOGIA DO AMBIENTE CONSTRUÍDO, 16., 2016. São Paulo. **Anais**, São Paulo: ENTAC, 2016.
- THOMAZONI, Andrea D. L.; ORSTEIN, S. W. O processo de projetos de centros de diagnóstico por imagem sob o ponto de vista da análise dos fluxos. In: VI Congresso Brasileiro para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar. Anais (CD-ROM). Florianópolis, Santa Catarina, 2014, p. 103 - 108.
- ULRICH, R.S. Effects of gardens on health outcomes: Theory and research. In: COOPERMARCUS, C.; BARNES, M. Healing gardens: therapeutic benefits and design recommendations. New York: John Wiley, 1999.
- WANG, Zhe; PUKSZTA, Michael; PETZOLDT, Natalie R.; CAYTON, Jennifer H. Cancer Treatment Environments: From pre-design research to post-occupancy evaluation. In: World Health Design, p. 68 - 74. Disponível em: <https://www.healthdesign.org/sites/default/files/cancercaredesign.pdf>

ZGF ARCHITECTS, 2019. Disponível em: < <https://www.zgf.com/project/lurie-childrens/>>. Acesso em 15 abril 2019.

Sobre os autores

João Pedro S. Nozela

Bacharel, Arquiteto e Urbanista, joaopedronozela@outlook.com, Estudante Especial da Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo, Universidade Estadual de Campinas, Rua Carlos Gobbi, 190 - Jaguariúna/SP - CEP 13919-414.

Andrea D. Leitner

Professora Doutora, Arquiteta e Urbanista, andrealeitner@terra.com.br, Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo, Universidade Estadual de Campinas, Rua Saturnino de Brito, 224, Cidade Universitária, Campinas/SP - CEP 13083-889.

Silvia A. M. G. Pina

Professora Livre-docente, Arquiteta e Urbanista, smikami@fec.unicamp.br, Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo, Universidade Estadual de Campinas, Rua Saturnino de Brito, 224, Cidade Universitária, Campinas/SP - CEP 13083-889.

A Casa de Parto do Rio de Janeiro: referência de atendimento ao parto humanizado e de resistência aos percalços da gestão pública

Autora:

Cristiane Neves da Silva

RESUMO

O artigo é parte da tese de doutorado em arquitetura apresentada pela autora ao Programa de Pós-Graduação em Arquitetura da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Aborda os estudos sobre ambiência e sua aplicação na qualificação dos espaços de assistência à saúde. Neste recorte são tratadas as questões sobre a humanização do parto e a influência dos atributos sensíveis das ambiências na percepção dos usuários sobre os ambientes de saúde e do próprio resultado do cuidado. As conclusões obtidas são demonstradas por meio do estudo de caso efetuado na Casa de Parto David Capistrano Filho, único Centro de Parto Normal peri-hospitalar, público, na cidade do Rio de Janeiro, um modelo de excelência na realização do parto humanizado. A Casa de Parto é também um modelo para a composição de ambiências qualificadas para o parto e o nascimento.

PALAVRAS-CHAVE

Ambiência; Ambiente de instituições de saúde; Centros de assistência à gravidez e ao parto.

Introdução

Este artigo é parte da tese apresentada pela autora ao PROARQ/FAU/UFRJ para obtenção do título de doutoramento em arquitetura[1]. A tese trata do estudo da ambiência nos espaços de nascer, com recorte específico nos centros de parto normal, observando os aspectos sensíveis que impactam e influenciam a percepção e a subjetividade dos usuários desses ambientes. Foram utilizadas metodologias de pesquisa qualitativa e quantitativa em dois estudos de caso, ambos em centros de parto normal na cidade do Rio de Janeiro. Um deles, a Casa de Parto David Capistrano Filho, é apresentado como modelo, tanto em função do papel no histórico do movimento para humanização do parto nesta cidade quanto pelos resultados encontrados em sua avaliação como parte do estudo de caso. Os “lugares de nascer” (BITENCOURT, 2007), dentro da estrutura dos ambientes de atenção à saúde, podem ser pensados como locais aonde as pacientes vão, não em busca de um diagnóstico - afinal como menciona um ditado popular: “gravidez não é doença” - mas principalmente de acompanhamento, cuidados e atenção para levar a termo com segurança o nascimento de seus filhos. Em contraponto às associações negativas geralmente trazidas pelo ambiente hospitalar, tais como medo e insegurança, inerentes ao estado de doença, são associados positivamente à chegada da vida, ou deveriam ser, uma vez que esta não é a realidade encontrada em grande parte das instituições públicas destinadas ao parto no Rio de Janeiro.

Os ambientes destinados ao parto e nascimento, em sua configuração formal e física estabelecida para os Centros de Parto Normal intra-hospitalares, não conseguem suprir as necessidades dos usuários no que se refere a propiciar ambiências que proporcionem sensações de privacidade, identidade, apropriação, segurança e controle, dentre outros que direcionam e modificam as experiências, a vivência e a qualificação pessoal dada por cada indivíduo aos ambientes. É justamente neste contexto que se destaca a Casa de Parto David Capistrano Filho - a Casinha - ao obter resultados que demonstram ser um excelente exemplo de como planejar, projetar, construir e cuidar de um "ambiente de nascer" que atende a praticamente todas as expectativas em relação à ambiência e deixa clara a necessidade de elementos que vão além da composição física, envolvendo recursos, planejamento, metodologia de trabalho diferenciado, empatia, treinamento de equipes, educação e informação, dentre outros que, juntos e em uma estrutura física adequada, resultam em experiências muito positivas aos usuários no trabalho realizado, na convivência, no protagonismo e na experiência positiva do parto para as mulheres e suas famílias.

1. Lugares de nascer - em busca da dimensão humana

A institucionalização da assistência humanizada à mulher, preconizada pelo Ministério da Saúde, visa garantir a gestante o acesso ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério. (BRASIL, 2000)

O movimento pela humanização do parto no Brasil foi incentivado por experiências acontecidas em vários estados, desde a década de 1970, bem como por profissionais inspirados nas práticas utilizadas pelas antigas parteiras ou mesmo pelas tribos indígenas do País. A década de 1980 traz consigo a criação de vários grupos que não somente oferecem assistência humanizada à gravidez e ao parto, mas também propõem mudanças nas práticas a estes relativas. Esses movimentos apoiam, promovem e reivindicam a prática do atendimento humanizado ao parto/nascimento em todas as suas etapas, a partir do protagonismo da mulher, da unidade mãe/bebê e da medicina baseada em evidências científicas. Dentre seus objetivos, podem ser listados: a finalização de intervenções médicas aplicadas por simples conveniência de uma ou ambas as partes (médico e paciente) ou do hospital; a instituição do respeito às particularidades de cada mulher e às suas preferências para o momento do parto; a redefinição das relações humanas na assistência; o entendimento do parto como um momento sagrado e, portanto, merecedor de reverência (DINIZ, 2005).

No que tange à arquitetura, a humanização do parto traz dois aspectos fundamentais: o primeiro é a determinação de que seja dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, o que demanda, além da mudança no atendimento prestado por médicos e demais profissionais de saúde, intervenção na organização física, de forma a criar um ambiente receptivo e acolhedor. O segundo determina a adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento (DINIZ, 2005), o que inclui pensar os ambientes destinados ao parto. No contexto da influência na

arquitetura, cabe a esta encontrar meios de devolver ao parto o ambiente conhecido, acolhedor e familiar, cuja medicalização o levou para o ambiente hospitalar, frio, controlado e que pode ser percebido como um local “impessoal e desconhecido”, criando situações que vão do desconforto e frieza (COELHO, 2003) à solidão e à depressão.

Os projetos arquitetônicos destinados ao parto e nascimento têm sido revistos e repensados nas últimas décadas em conjunto com as demais questões relacionadas às práticas dos cuidados obstétricos no Brasil, com grande incentivo de programas institucionais, por meio de normas, manuais e cartilhas específicas que delineiam propostas para a qualificação e humanização da estrutura física nos ambientes de nascer.

1.1. Os centros de parto normal

O trabalho de parto é influenciado por uma série de questões de caráter físico e emocional que interferem nas sensações das mulheres, envolvendo aspectos psicológicos, físicos, sociais, econômicos e culturais. A oferta de um ambiente para o parto que possa proporcionar às parturientes a possibilidade de apropriação e controle pode também minimizar o estranhamento e a insegurança provenientes de estarem em um ambiente que não lhes é familiar e que remete a doença, do medo em relação ao parto, em função de outras experiências vividas ou contadas e até mesmo das questões relativas à cultura e aos costumes familiares. É justamente o que sugere o conceito de ambiência quando estabelece a relação do indivíduo com o ambiente, observando-o por uma ótica direcionada por todos os aspectos pessoais que lhe são pertinentes: os sentimentos, o conhecimento, a cultura, as expectativas, os medos. Os efeitos subjetivos criados por essa gama de sensações atuam sobre e em conjunto com a percepção do ambiente, ocasionando a experiência sensível vivida pelos sujeitos expostos a ele.

Ampliou-se o conceito de cuidados centrados na mulher e no bebê durante o processo do parto, e essas mudanças de comportamento e protagonismo modificaram a forma de serem pensados e organizados os serviços de maternidades. Ainda assim, mesmo com as inúmeras normativas e recomendações vigentes, efetivamente, poucas mudanças foram feitas. Deve ser considerada, ao projetarem-se ambientes destinados ao parto, a necessidade de segurança, conforto e privacidade que todas as mulheres têm em um momento tão singular. Deve-se considerar também que essas sensações, bem como a satisfação ou não pela experiência vivida, são diretamente influenciadas dentre outros fatores, pelo ambiente onde se deu o parto/nascimento, podendo marcá-la como traumática ou satisfatória. (WALSH, 2007)

O projeto de ambientes destinados ao parto deve considerar a necessidade de proporcionar às mulheres a sensação de liberdade para ir e vir, para que se sintam seguras e protegidas, com a possibilidade de receberem a companhia de amigos e familiares, caso desejem, proporcionar privacidade e controle pessoal, de forma que a mulher possa sentir-se segura, relaxada, confortável e protagonista de seu processo de parto. Esses são os conceitos que permeiam as recomendações, normativas e a filosofia dos projetos destinados às edificações para o parto normal e/ou natural [2] (SILVA, 2018b).

A estratégia de implantação do CPN no Brasil teve início no final da década de 1990, ganhando prioridade com a criação da Rede Cegonha no ano de 2011 e constituindo-se em uma das principais estratégias no contexto das proposições de um modelo obstétrico inovador para o parto e o nascimento (DE VICO, 2017). Os CPNs são unidades de saúde destinadas à assistência ao parto de risco habitual, pertencentes ou referenciados a um estabelecimento hospitalar, sendo localizado nas suas dependências internas ou externas. São independentes do centro cirúrgico obstétrico, realizam o atendimento humanizado, exclusivamente ao parto normal sem distócia[3] e privilegiam a privacidade, a dignidade e a autonomia da mulher ao parir em um ambiente mais acolhedor e confortável, além de contar com a presença de acompanhante de sua livre escolha.

Os CPNs são unidades planejadas e dotadas de elementos para permitir às mulheres que o trabalho de parto seja ativo e participativo, com a utilização de práticas que o diferenciam da atenção obstétrica tradicional das últimas décadas e seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde de 1996 (MACHADO E PRAÇA, 2006). Os centros de parto normal foram criados com o objetivo de “proporcionar à gestante o exercício de seus direitos relativos à privacidade e à dignidade” (MACHADO E PRAÇA, 2006), permitindo que esta dê à luz em condições semelhantes às que encontraria no ambiente residencial e familiar sem, contudo, abrir mão de acesso a recursos tecnológicos caso haja alguma intercorrência no parto.

O modelo de assistência dos CPNs minimiza a hierarquização da relação paciente/profissional de saúde, traz a família para o processo de parto, com o direito ao acompanhante em todo o processo e visa tornar o momento do parto mais prazeroso e seguro (SILVA, 2015). Para que essas necessidades sejam alcançadas, obrigatoriamente o ambiente físico destinado ao parto precisou passar por mudanças, fazendo com que o projeto arquitetônico dos CPNs passasse a ter fundamental importância no cumprimento do papel da unidade de saúde e dos seus objetivos. É necessário que o projetista passe a dimensionar, no processo de projeto, as implicações da relação entre o ambiente e seus usuários, além das questões relativas à humanização e à ergonomia.

1.1.1. Relação com os atributos da ambiência - Projeto e prática

Existem inúmeras questões que interferem nas sensações das mulheres no momento do parto, podendo até influenciar no andamento e condições, questões estas que envolvem os aspectos físicos e emocionais relativos ao parto em si, mas que também podem incluir aspectos psicológicos, físicos, sociais, econômicos e culturais. Considerando-se essas questões pela ótica dos projetos para os ambientes destinados ao parto, mais ainda se tratarmos dos centros de parto normal, torna-se ainda mais importante verificar quais sejam os elementos físicos desses ambientes que possam ser relacionados aos atributos das ambiências na busca da qualificação do projeto e do próprio ambiente para o parto.

O conjunto de sensações geradas pelos elementos materiais e imateriais, que identificam a forma de cada um perceber os espaços, caracteriza a ambiência de cada um deles. A ambiência expressa as atmosferas materiais e morais que permeiam e envolvem sensações relacionadas, por exemplo,

à luz, ao som e à temperatura dos ambientes (AMPHOUX, 2004 citado em SILVA, 2018b), bem como as sensações relacionadas a privacidade, identidade, controle, segurança, territorialidade, dentre outros. Nos estudos de ambiência não se considera simplesmente a composição do espaço, mas a inter-relação deste com a experiência sensível que é ocasionada nos sujeitos que o habitam (SILVA, 2018a). Para este estudo foram observados atributos relacionados aos seguintes itens:

- **Recepção e acolhimento (porta de entrada):** A recepção é o primeiro lugar onde a mulher e sua família devem sentir-se abraçadas ao chegar à maternidade. É a porta de entrada para o local que se destina a oferecer confiança, auxílio e sensação de acolhimento à parturiente, onde ela pode começar a sentir-se em segurança desde o início do processo de parto. É também onde começa a ser efetuado o acolhimento e, portanto, é de primordial importância que nela se inicie também o processo de humanização e qualificação da ambiência proporcionada aos usuários.
O acolhimento adequado da mulher e de seu acompanhante, considerando todos esses aspectos, contribui para o estabelecimento de um vínculo de confiança e segurança, auxiliando na tranquilidade da gestante e no seu protagonismo no trabalho de parto.
- **Quarto PPP:** Um dos principais ambientes a caracterizar os centros de parto normal são justamente os quartos PPP, destinados à realização dos procedimentos de pré-parto, parto e pós-parto. A RDC nº 36/2008 os descreve como “um ambiente único e reservado para o acompanhamento e realização do trabalho de parto, parto e observação da mulher e seu recém-nascido na primeira hora de vida”. A reunião de todos os procedimentos relacionados às fases do parto em um só ambiente destina-se a evitar as transferências das mulheres em trabalho de parto de um ambiente para outro, além de proporcionar à mulher, ao bebê e aos acompanhantes um local reservado e tranquilo também no período pós-parto, mesmo que durante o período mínimo estabelecido normativamente. Nas Casas de Parto, a estadia nos quartos PPP é prolongada desde o pré-parto até a alta da mãe e do bebê. Os ambientes PPP, em geral, são projetados de forma a recriar um ambiente residencial, familiar e com configuração completamente diferente das salas cirúrgicas tradicionais, o que traz à paciente sensações de conforto, bem-estar e confiança. São locais onde as mulheres podem vivenciar o parto assistidas por cuidadores familiares ou amigos, que podem fornecer cuidados contínuos. As mulheres são ajudadas a se tornarem confiantes e otimistas em espaços privados, sagrados e seguros (WALSH, 2007).
- **Aspectos relativos à cultura e à questão dos acompanhantes:** É necessário observar outros aspectos relacionados aos espaços de nascer que podem gerar diferentes percepções de ambiente de acordo com os aspectos culturais que envolvem os sujeitos, uma vez que, de um ponto de vista simbólico, o meio ambiente e seus componentes estão relacionados aos códigos culturais e sociais que são humanos. Os seres vivem, não só incorporando, mas também reproduzindo inúmeros significados relacionados aos espaços arquitetônicos construídos e suas funções (SILVA, 2018 a). Neste aspecto é fundamental considerar não somente a mãe e o bebê, mas também aqueles escolhidos por ela para acompanhar o período de transição pessoal, familiar e social representado pelo parto e a chegada desta nova pessoa ao convívio de todos.

Mesmo considerando a gravidez e o parto como aspectos normais e fisiológicos das mulheres, cada uma delas o vivencia como um momento especial e diferente, com experiências únicas, que incluem mudanças súbitas físicas, emocionais, sociais e familiares, compartilhado com familiares, amigos e grupos sociais aos quais pertence. Permitir a presença do companheiro/acompanhante de livre escolha da mulher na recepção, trabalho, parto e pós-parto imediato, além de ser um direito adquirido, também é uma das prerrogativas diretamente relacionadas ao cumprimento dessas condições de conforto, tranquilidade e segurança desejadas no processo de parto e nascimento. Mesmo com a regulamentação legal e inúmeras pesquisas que indicam os benefícios da presença de um acompanhante à mulher durante o parto, o percentual de gestantes que passam por esse momento sem acompanhamento de alguém de sua livre escolha, seja por desconhecimento dos direitos seja por imposição da área assistencial, em unidades públicas e privadas de saúde ainda alcança patamares significativos (FERREIRA E MADEIRA, 2016; RODRIGUEZ ET AL, 2017).

A presença do acompanhante no processo do nascimento é uma prática que favorece a segurança, a qualidade do atendimento, a humanização da assistência, a incorporação e o cumprimento das políticas do SUS sobre integralidade, universalidade e equidade no cuidado da saúde da mulher. Pode-se esperar de sua completa implantação mudanças positivas: para a mulher, aumento da sensação de segurança e apoio, respeito, conforto e estabelecimento de vínculo com sua rede familiar e social; para as equipes, estímulo à mudança dos paradigmas relativos às práticas obstétricas estabelecidas e a abraçar novas formas de pensar o cuidado e os modos de gestão da saúde (PAZ e FENSTERSEIFER, 2011; DINIZ ET AL, 2014).

2. Casa de Parto David Capistrano Filho - A “Casinha”

A Casa de Parto David Capistrano Filho foi inaugurada em 08/03/2004 pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, localizando-se no bairro de Realengo, Zona Oeste da cidade. A “Casa de Parto” ou “Casinha”, como é chamada pelos usuários, possui 374,50 m² de área construída e está implantada em uma área extremamente carente da cidade, com recursos assistenciais poucos. Ainda assim, tem fundamental importância como referência para o atendimento pré-natal e o parto natural nesta região e no entorno (AZEVEDO, 2008).



Figura 1: Casa de Parto David Capistrano Filho - RJ. Imagem cedida por Adriana Medeiros (2018)

2.1. Histórico da implantação

A implantação da CPDC, única do gênero na cidade até os dias atuais, é resultado direto das discussões sobre a medicalização do parto e o excesso de intervenções a que este era submetido, que cresceram no Brasil na década de oitenta com a promoção de fóruns de discussão que mobilizavam a sociedade, os profissionais e o meio acadêmico envolvidos nas questões sobre a qualificação do cuidado obstétrico no País. Esses debates e movimentos incentivam diversas ações governamentais na busca da humanização do parto, tais como a inserção da enfermagem obstétrica nos partos, a qualificação dessa categoria profissional, a limitação da quantidade de cesarianas realizadas por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) (PEREIRA ET AL., 2012), bem como a preocupação com a qualificação do espaço destinado ao parto e nascimento.

Mesmo com a motivação de qualificar e humanizar o parto, a inserção da enfermagem obstétrica nos centros de parto municipais repete o questionamento histórico sobre a qualificação e a necessidade do “saber médico” em detrimento do conhecimento e da atuação da enfermagem para conduzir e auxiliar as mulheres nesse processo. São questionadas, além da competência profissional da enfermagem obstétrica, as práticas direcionadas à humanização do cuidado, tais como a deambulação, a utilização de bolas, o parto na água, a utilização de outras posições de parto, além da tradicional deitada, a restrição da realização de episiotomia[4] e de outras intervenções desnecessárias (PEREIRA ET AL., 2012). Neste contexto das ações e discussões sobre ações para a humanização do parto, são instituídos também no País, por meio da Portaria/GM n.º 985/1999, os Centros de Parto Normal no SUS, viabilizando sua implantação nos sistemas de saúde municipais.

Mesmo formalmente estabelecida por essa primeira Portaria do Ministério da Saúde, como um ideal de unidade de saúde para a realização do parto normal, a implantação da Casa de Parto no Rio de Janeiro não teve um histórico rápido, tampouco tranquilo. A iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde - SMS/RJ surge após a abertura da Casa de Parto de Sapopemba (SP), feita pelo Sanitarista David Capistrano[5] que, em 1999, coordenava a regulamentação e implantação dessa tipologia de unidade de saúde para o SUS. A CPDCF é a terceira nesse modelo construída no País antes da criação de qualquer normativa para os projetos a ele destinados.

A Casa de Parto David Capistrano Filho, inaugurada em 08 de março de 2004, protagonizou ao longo de seu histórico de existência inúmeros conflitos resultantes das disputas entre os segmentos favoráveis e desfavoráveis a essa tipologia de assistência, chegando a envolver até ações no Ministério Público (PEREIRA ET AL., 2012). Foram desde processos impetrados pelo CREMERJ (Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro), com questionamentos sobre a “ilegalidade dos serviços” em função da ausência de médicos no atendimento (PEREIRA E MOURA, 2009), até interdições pela Vigilância Sanitária Estadual por falta de uma licença que o próprio órgão não emitira por não reconhecer normativamente o novo modelo de estabelecimento de saúde.

Em cada um desses entraves, foi fundamental a grande mobilização por parte de entidades que defendem o parto humanizado e o direito feminino

em escolher o local e a forma mais adequada para o parto, caso não haja intercorrências. Essa mobilização findou por vencer a resistência, resultando na autorização de funcionamento pela Superintendência de Vigilância sanitária em novembro de 2009 (PEREIRA et al., 2012).

2.2. Projeto e implantação

Uma dificuldade inicial enfrentada na concepção da Casa de Parto dizia respeito diretamente à formatação dos espaços, uma vez que ainda não havia diretrizes estabelecidas para o projeto dessa nova tipologia de ambiente para o parto. O principal norteamento do projeto para a CP carioca foi, então, a busca da domesticidade, ou seja, de referências que remetessem ao espaço seguro do lar. E o resultado foi uma Casa de Parto que não tinha “o espelho da unidade de parto hospitalar, em hipótese nenhuma” (BITENCOURT E COSTEIRA, 2018). Além das questões relativas à necessidade de elaborar-se um novo modelo para a edificação destinada ao parto normal na cidade, havia também uma grande pressão contrária à implantação desse novo modelo.

O projeto foi elaborado pela arquiteta Iva Rosa Copedé, da SMS/RJ, com a orientação e colaboração de Fábio Bitencourt, tendo como ponto de partida para sua formalização um conceito que segue a forma básica do símbolo do SUS e da assistência à saúde: uma cruz (figura 2). A partir dessa cruz, foram criadas alas e, destas, se definiriam as ideias de como abrigar a assistência a ser prestada. Segundo explicou Fábio Bitencourt, a concepção partiu de um desenho inicial em torno dessa cruz, onde foram criadas alas (figura 3). Partindo dessa conformação, foi criada uma grande área para a assistência efetiva, que seria exatamente o espaço maior (figura 4). Ficavam então definidas as áreas principais que dariam base à edificação (figura 5) e que seriam subdivididas em ambientes diversos (figura 6). Posteriormente, essa ideia de setorização foi tomando forma (figura 7) e conjugando-se na ideia final (figura 8) para o primeiro esboço da arquitetura que seria desenvolvida para a casa de parto (BITENCOURT E COSTEIRA, 2018).

Ainda assim, havia um longo caminho pela frente para se descobrir quais seriam os ambientes necessários e de como adequá-los às normativas genéricas vigentes para o projeto de unidades de assistência à saúde destinadas ao parto nos moldes que eram propostos pelos profissionais de enfermagem obstétrica e pelos arquitetos envolvidos no projeto. Ainda havia processos de trabalho em definição e ambientes, tais como o quarto PPP, que já recebia este nome, mas ainda era uma espécie de nó a ser desatado pelos arquitetos na concepção.

Os profissionais que trabalhavam na área da saúde da mulher se interessavam e tentavam auxiliar nos processos, uma vez que era uma ideia ainda em desenvolvimento para todos. Não havia um programa de necessidades arquitetônicas definido, como atualmente. A primeira legislação que iria regular os moldes minimamente próximos às normativas atuais, a RDC 36, só seria regulamentada em 2008, quase uma década depois. Cada parte da casa de parto foi pensada, então, como uma novidade, desenhando-se em função das atividades que iam surgindo e das necessidades que iam sendo adivinhadas pouco a pouco pelos profissionais envolvidos na concepção.

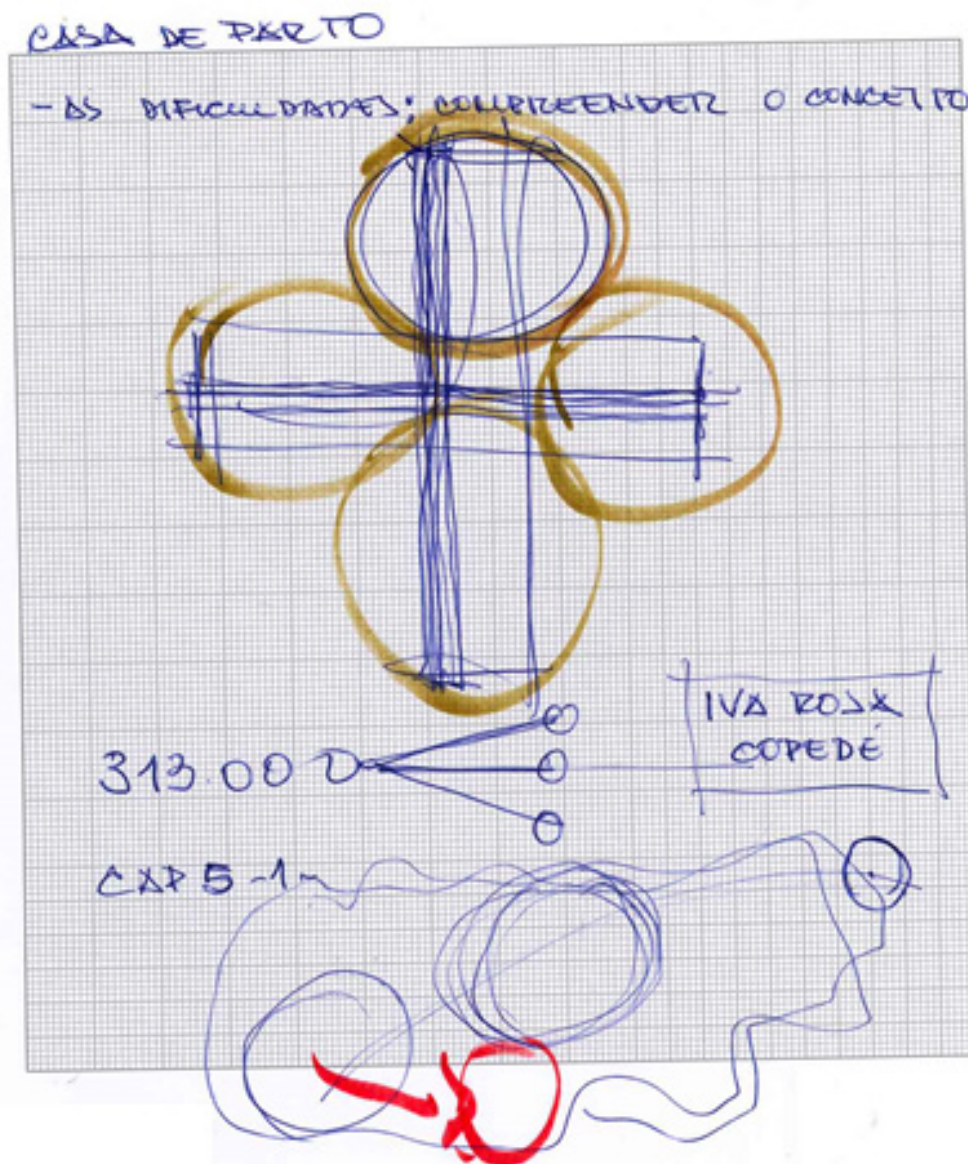


Figura 2: Ilustração sobre os primeiros itens destinados à elaboração do conceito da Casa de Parto Carioca: conceito arquitetônico, disponibilidade financeira e local.
Fonte: Desenho de Fábio Bitencourt (2018)

Os ambientes foram pensados e criados começando pela entrada principal: deveria ter salas para as atividades da mãe, o programa de amamentação, o programa para as mulheres que já tinham experiência em parto normal; sanitários; uma sala onde pudessem ser realizadas festas e reuniões, em conjunto com o espaço exterior, bastante amplo; uma recepção; um consultório de ginecologia com banheiro acoplado e uma sala para a administração da casa. Os dois "módulos laterais da cruz" iriam concentrar os serviços e o apoio técnico logístico de um lado, do outro lado, teria uma área para proporcionar entrada e saída, além de acesso à ambulância de plantão. Na área de serviço, seriam localizados uma área de expurgo, uma lavanderia com configuração similar à de uma área de serviço caseira e uma copa/cozinha. Entre a recepção e a área interna haveria um balcão, uma recepção que fizesse a transição para o espaço interior, onde haveria um posto de enfermagem, uma outra sala, que seria destinada à realização de curetagem, procedimentos de ginecologia, atenção e avaliação das mulheres. Além disso, foram projetados também quatro quartos PPP. Um deles, posteriormente, foi transformado em área de repouso da equipe de enfermagem. Na área central, seria localizado um posto de enfermagem/ área de prescrição.

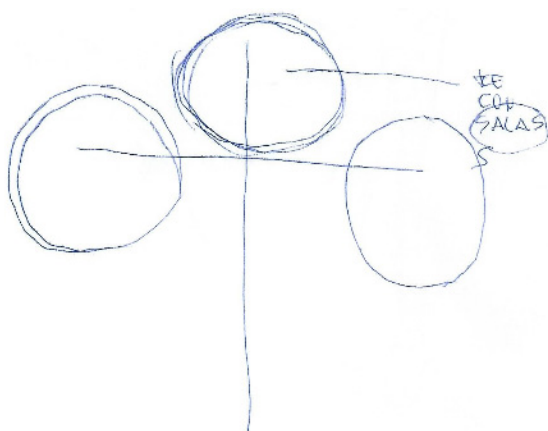


Figura 3

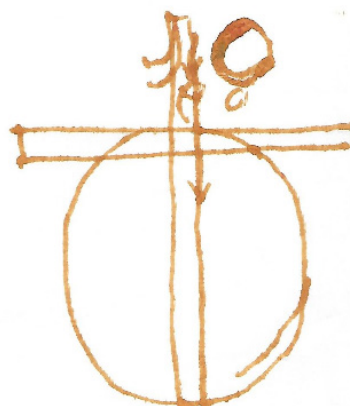


Figura 4



Figura 5

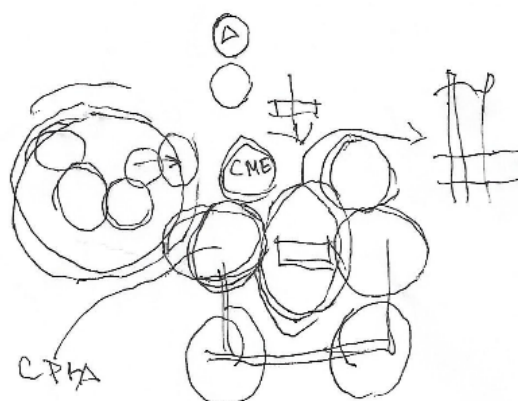


Figura 6

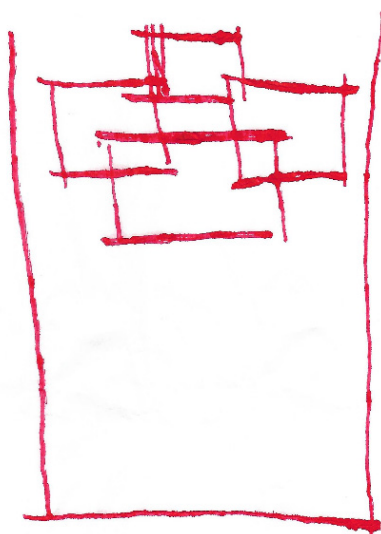


Figura 7

Figuras 3 a 7: Processo de planejamento conceitual inicial para a Casa de Parto
Fonte: Adaptados do Desenho de Fábio Bitencourt (2018)

Cada um desses ambientes, bem como suas interligações, vai caminhando para um desenho arquitetônico definido como dois grandes eixos que se cruzam e vão recebendo complementações para fechamento dos blocos pensados pelos arquitetos: o bloco mais pesado, que é o da assistência efetiva (os quartos PPP, a sala de atendimento, o posto de enfermagem e a área de prescrição), os blocos laterais, que atendem à área de serviço e a entrada e saída alternativa para pacientes e pessoal da ambulância, e a área frontal, destinada a recepção, acolhimento, eventos, reuniões e administração. É segundo a distribuição desses usos e dos processos neles inseridos que a arquitetura ganha forma, adequando-se às dimensões do terreno disponibilizado para a implantação.

A composição final do projeto é uma estrutura muito simples, finalizada contando com consultório, sala para reunião de grupos educativos (ainda denominada como sala de utilidades), sala de espera, posto de enfermagem, sala de parto ou sala de cuidados que podia funcionar como consultório, três suítes para internação, sala da direção, lavanderia, sala de guarda de material de consumo e cozinha e solário na área central. Externamente, foram localizados o estacionamento e a varanda. Para toda a casa, foi utilizada “uma ambientação em tons suaves, mobiliário de vime, almofadas coloridas, fotos de mulheres e de crianças em atividades na própria unidade, tornando o ambiente bastante acolhedor” (AZEVEDO, 2008).

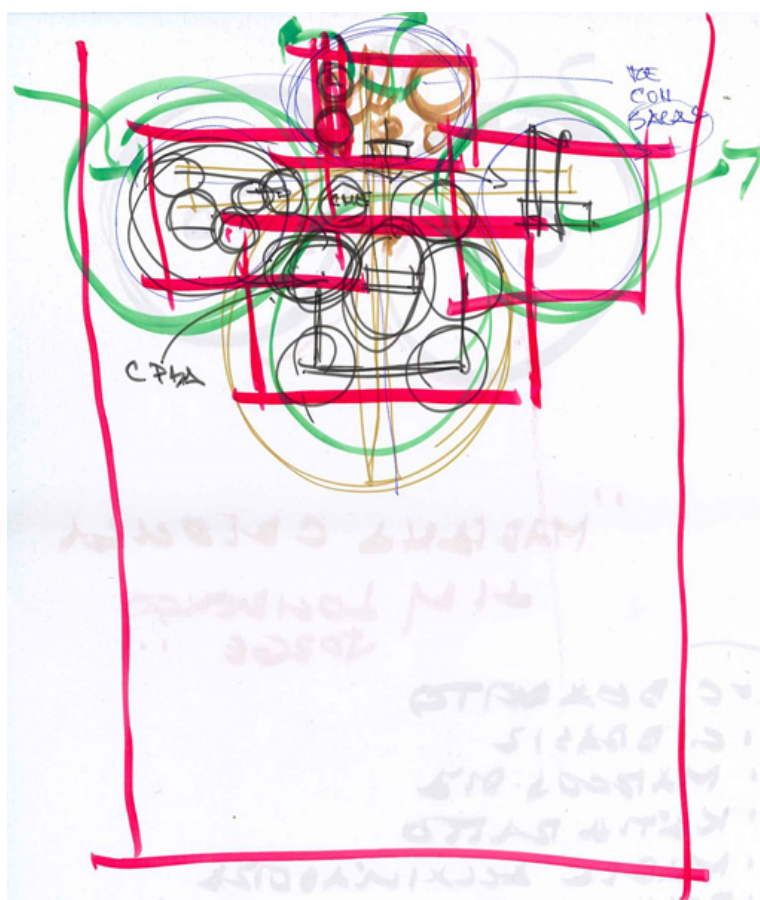


Figura 8: Figura final do planejamento conceitual para a Casa de Parto
Fonte: Desenho de Fábio Bitencourt (2018)

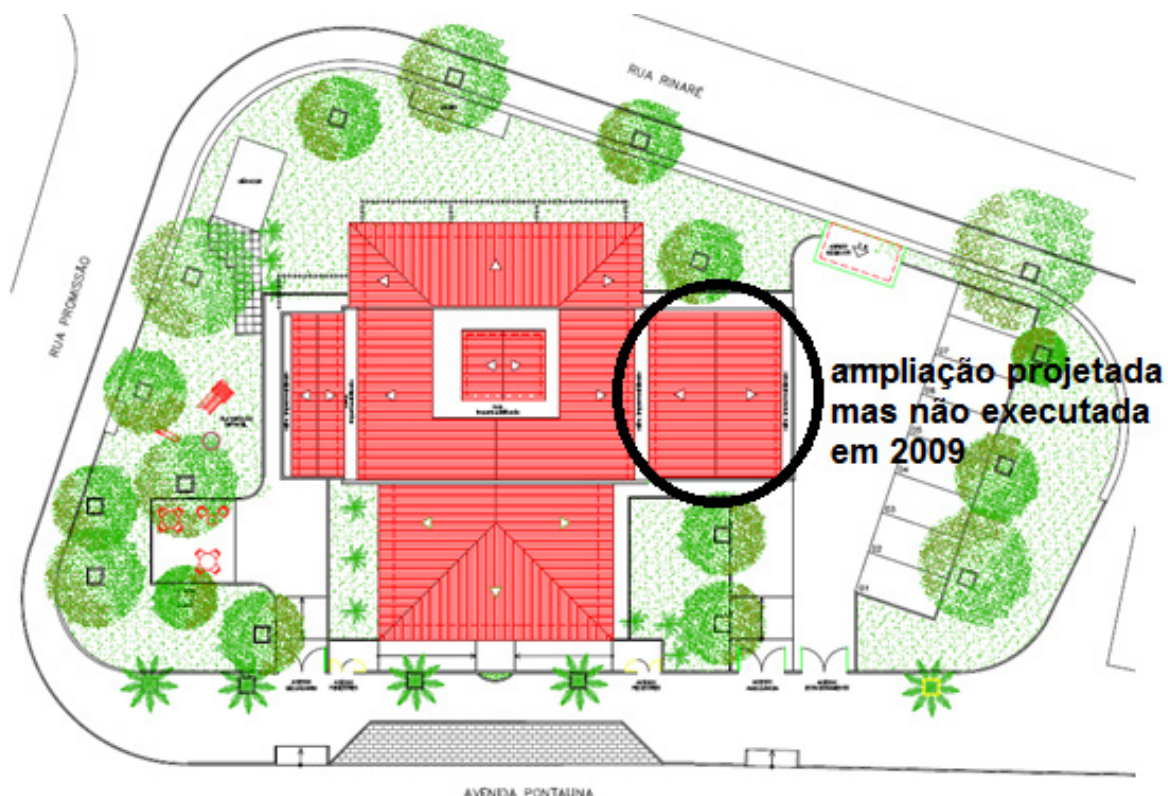


Figura 09: Implantação - Casa de Parto David Capistrano Filho - Projeto para reforma - 2009
Fonte: SMSDC/RJ



Figura 10: Layout atual da Casa de Parto David Capistrano Filho
Fonte: As-built da autora, 2018.

Além da configuração física e estrutural da construção, o “clima de domesticidade” inicialmente buscado e que norteou a programação arquitetônica para a casa de parto, é intensificado pela ambientação planejada e instalada, com pintura interna e externa em tons de rosa e salmão; mobiliário que remete a um ambiente caseiro desde a recepção até os quartos PPP, incluindo poltronas, almofadas, camas de casal, entre outros que podem ser encontrados em qualquer residência; gerando ambientes reconhecíveis e acolhedores para as “clientes”, seus familiares e todos os demais que a frequentam. Essas características permanecem praticamente inalteradas até os dias atuais, depois de quinze anos de funcionamento. Mesmo sendo perceptível a necessidade atual da Casinha de receber cuidados, tais como repintura; correção de infiltrações por capilaridade, comuns nas áreas circunvizinhas; corte de grama e reparos variados na estrutura física, o que chama atenção logo que se adentra na área de recepção é a atmosfera do lugar, que recebe, acolhe e deixa à vontade todos os visitantes.

2.3. Referencial assistencial

Por tratar-se de um Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar (independente das dependências de um hospital), a Casa de Parto tem como referência para o atendimento de intercorrências o Hospital da Mulher Mariska Ribeiro, no bairro de Bangu. O hospital de referência fica a uma distância aproximada de cinco quilômetros da CPDCF, distância esta que pode ser percorrida em ambulância, com sirene ligada, em um prazo de aproximadamente dez a quinze minutos no horário de pior trânsito.

Este CPN oferece às suas parturientes o tratamento pré-natal durante todos os períodos da gestação, tendo como principais resultados não somente o melhor monitoramento das condições da gestante, visando ao parto normal, mas também o “conhecimento prévio da gestante e família, de sua situação social, emocional e biológica, a possibilidade de vínculo aos profissionais e à unidade” (AZEVEDO, 2008).

São premissas do atendimento na Casa de Parto oferecer “um espaço seguro e agradável para mulheres e famílias que queiram (...) o parto natural com um mínimo de intervenções, participação ativa da mulher, direito a escuta, manifestações verbais e corporais”, além de desconstruir o modelo medicalizado atual do parto, em retorno a um momento fisiológico e feminino, em um modelo “emancipador, polêmico e contra hegemônico” (CPDCF, 2018).

A Casa de Parto, por suas características e histórico, trabalha com gestantes de risco mínimo, atendendo não somente mulheres de sua área de abrangência, mas todas que se encaixem fora do limite das restrições impostas para a segurança assistencial das próprias mulheres e seus bebês. Foram realizados na casa de parto, até janeiro de 2019, mais de 3.260 partos, sem nenhum registro de mortalidade materna e apenas dois casos de complicações com os bebês recém-nascidos, que foram encaminhados e atendidos no hospital de referência.

3. A Casa de Parto David Capistrano Filho - avaliação dos usuários

A pesquisa da qual se originou este artigo partiu da avaliação de aspectos da ambiência encontrada nos centros de parto analisados a fim de verificar possibilidades de detectar fatores que efetivamente pudessem interferir e influenciar na percepção e na experiência desses ambientes por seus usuários. O quadro comparativo (quadro 1) demonstra a associação feita entre os atributos da ambiência considerados nos formulários da ferramenta qualitativa - Aspect - na cartilha da Ambiência institucional e nos atributos considerados pela pesquisadora para o estudo:

Itens questionados	Itens relacionados	
	Cartilha da Ambiência	Aspectos considerados na pesquisa
Privacidade, companhia e dignidade	Confortabilidade	Espaço pessoal, Controle, Apropriação e identidade, Privacidade, Territorialidade, Percepção ambiental, Cultura
Vistas externas	Confortabilidade; Espaço x Processo de trabalho	Controle, Percepção Ambiental e Cultura
Natureza e ar livre	Confortabilidade	Controle, Percepção Ambiental e Cultura
Conforto e controle	Confortabilidade; Espaço x Processo de trabalho	Espaço pessoal, Controle, Apropriação e identidade, Privacidade, Territorialidade, Percepção ambiental, Cultura
Legibilidade do lugar	Confortabilidade; Espaço x Processo de trabalho	Controle, Percepção ambiental, Cultura
Aparência interna	Confortabilidade; Espaço x Processo de trabalho; Apropriação x Conhecimento x Experiência	Espaço pessoal, Apropriação e identidade, Percepção ambiental, Cultura
Instalações	Confortabilidade	Percepção ambiental, Cultura
Funcionários	Confortabilidade; Espaço x Processo de trabalho; Apropriação x Conhecimento x Experiência	Espaço pessoal, Controle, Apropriação e identidade, Privacidade, Territorialidade, Percepção ambiental, Cultura
Acesso	Confortabilidade	Controle, Apropriação e identidade, Cultura

Quadro 1 - Relação dos itens pontuados nos formulários x Cartilha da Ambiência x atributos considerados para a pesquisa.

Fonte: a autora

A tabela 1 apresenta as notas individuais atribuídas a cada um dos itens constantes dos formulários de avaliação da ferramenta Aspect, segundo a opinião de cada participante da pesquisa sobre a Casa de Parto.

item	média	média + DP	média - DP
privacidade/companhia/dignidade	5,95	6,08	5,82
vistas externas	4,89	5,55	4,24
natureza e ar livre	5,33	5,95	4,70
conforto e controle	5,71	5,98	5,45
legibilidade do lugar	5,59	6,05	5,13
aparência interna	5,32	5,83	4,81
instalações	4,38	5,64	3,12
funcionários	4,96	5,22	4,70
acessos	4,23	5,11	3,35

Legenda original:	nota
Concordância total	6
Forte concordância	5
Afirmção justa	4
Pouca Concordância	3
Difícil concordância	2
Discorda completamente	1
Impossível marcar	0

Tabela 1 - Sumário dos resultados por categoria - Casa de Parto
Fonte: a autora

A maior parte dos aspectos avaliados recebeu notas/avaliações similares de quase a totalidade dos respondentes. De forma geral, as avaliações são positivas em relação às afirmativas. Os resultados foram avaliados também, a título de verificação, pelo cálculo de desvio padrão, com resultados bastante similares. Foram avaliados os seguintes itens:

- **Privacidade, companhia e dignidade:** Pacientes, acompanhantes e funcionários reconhecem ser este um aspecto plenamente atendido pelas instalações físicas projetadas para a Casa de Parto. Este item relaciona-se diretamente às condições de confortabilidade, com foco na privacidade e individualidade dos usuários. As questões relativas a delimitação do espaço pessoal, controle e privacidade são diretamente atendidas pela existência e utilização dos quartos PPP. Esses ambientes permitem às “clientes” a possibilidade de obter um espaço individualizado e confortável, dotado de equipamentos voltados a proporcionar à mulher a possibilidade de escolha e controle sobre quase todos os aspectos de seu parto e estadia. O quarto PPP, conforme utilizado na Casa de Parto, propicia também a possibilidade de escolha entre relacionar-se ou não com pessoas fora do círculo familiar e de amigos, o que não existe em uma enfermaria compartilhada, e, primordialmente, o relacionamento da própria família com o novo membro recém-nascido.



Figura 11: Pacientes, acompanhantes e profissionais - parto e pós-parto no quarto PPP.
 Fotografias cedidas por Adriana Medeiros (2018)

Ainda em relação ao controle, um aspecto primordial a ser mencionado é que, sempre que possível, todas as determinações e desejos estabelecidos pela mulher em seu plano de parto[6] sejam seguidos conforme sua vontade, desde que não impliquem em risco à mãe e ao bebê. As questões relativas a apropriação, identidade e territorialidade perpassam a utilização dos quartos PPP, mas também sofrem grande influência da atmosfera caseira e da aparência geral da Casa de Parto, que remetem diretamente a ambientes reconhecíveis e acolhedores, oferecendo uma sensação de segurança completamente diferenciada daquela que pode ser obtida em um ambiente com características iminentemente hospitalares.

Essas questões também estão diretamente ligadas aos elos de empatia criados ao longo do atendimento pré-natal, por meio das reuniões de grupo voltadas para o esclarecimento de questões ligadas à gravidez, ao parto e aos cuidados com o bebê, das quais participam a gestante e seus acompanhantes. Essas reuniões colaboram também para o conhecimento e o reconhecimento entre profissionais, pacientes, familiares e o próprio ambiente da Casa de Parto, formando vínculos e apropriação, dando significado aos espaços e fazendo deles um “lugar” para todos os seus frequentadores, apelidado carinhosamente de “Casinha”.

Os dois últimos itens considerados, percepção ambiental e cultura, permeiam todos os demais e, em relação à Casa de Parto, são por eles influenciados, devolvendo aos demais a mesma influência. A percepção ambiental é influenciada não somente pelos aspectos físicos e de composição dos ambientes - como forma, cores, tipologia de mobiliário, a utilização das paredes como murais para expressão das expectativas das clientes - como também pelas orientações sobre os direitos das mulheres e o cheiro de bolo assando na cozinha, que chega até a recepção.



Figura 12: Reuniões de grupo e criação de vínculos - Casa de Parto
Fotografias cedidas por Adriana Medeiros (2018)

Tudo na Casa de Parto acolhe. Esse acolhimento, se considerado em conjunto com a sensação de ter privacidade e controle, de ter consigo referências pessoais, a presença do acompanhante escolhido, além do tratamento assistencial diferenciado, são fundamentais, segundo o depoimento de algumas pacientes, para trazer a sensação de segurança e conforto em relação ao parto, minimizando os medos e preocupações trazidos dos relatos ouvidos ou de experiências passadas.

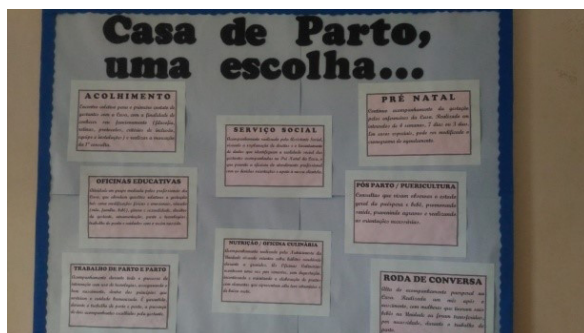
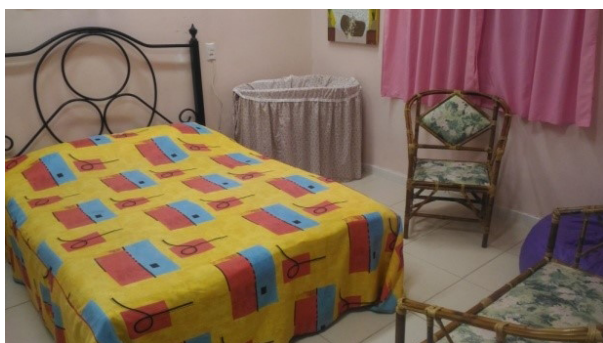


Figura 13: Acolhimento, clima, ambiente - Casa de Parto
Fonte: Fotografias cedidas por Adriana Medeiros (2018)

- **Vistas externas:** Pacientes, acompanhantes e funcionários concordam ser este um aspecto plenamente atendido pela Casa de Parto. A Casa de Parto oferece aos clientes e funcionários amplo acesso à paisagem externa pelas janelas existentes nos quartos e consultórios, bem como pelas portas sempre abertas para os jardins, ainda que lhes falte a necessária manutenção. A iluminação natural também é presente, passando através de janelas, portas abertas, tijolos de vidro e claraboias. O trânsito pelas áreas externas também é livre, facilitando ainda mais a possibilidade de acesso a essas áreas.

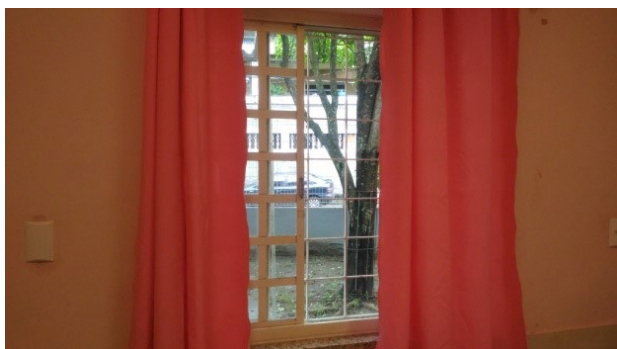


Figura 14: Vista externa e iluminação natural
 Fotografias da autora (2018)

- **Natureza e ar livre:** Pacientes, acompanhantes e funcionários concordam ser este um aspecto plenamente atendido pela Casa de Parto. Este item interfere com os aspectos relativos ao controle e à percepção ambiental. O controle é dado, justamente, pela possibilidade de circulação irrestrita e acesso a todos os ambientes, permitindo que clientes e funcionários variem o olhar sobre ambientes onde permanecem por várias horas seguidas, caso desejarem. Apesar da pontuação expressiva, é necessário ponderar que, mesmo havendo a possibilidade de acesso ao meio externo e à sua contemplação pelas aberturas existentes nos ambientes, este é pouco visitado e percebido, principalmente pelas clientes, que, em geral, preferem permanecer nos quartos. Esse fato pode ter algumas causas principais, tais como: o extremo calor que é usual do bairro e da própria zona oeste; a impossibilidade de uma manutenção mais adequada dos espaços ajardinados no terreno da Casa de Parto; a falta de equipamentos que visem dar conforto e proteção aos clientes, que porventura desejem utilizar o espaço externo, tanto contra o sol quanto a visão de quem passa nas ruas que rodeiam a Casa de Parto.



Figura 15: Área externa - jardins - Casa de Parto
Fotografias da autora (2018)

- **Conforto e Controle:** Pacientes, acompanhantes e funcionários concordam ser este um aspecto plenamente atendido pela Casa de Parto. A possibilidade de estar em um espaço privado, durante o período de permanência, é um item primordial em relação à apropriação dos clientes sobre o espaço pessoal, possibilitando ações que seriam impossíveis em enfermarias compartilhadas e atuando na apropriação do espaço e na manutenção da identidade. As famílias podem levar itens pessoais para exibir e utilizar durante sua estadia e contam com alternativas para regular a incidência de iluminação. Um dos itens primordiais sobre a sensação de conforto e controle proporcionado às mulheres refere-se à possibilidade de realizarem o parto da forma como desejaram, em um ambiente conhecido e com referências pessoais, utilizando para isso o método e a posição que escolheram, sempre que possível.
- **Legibilidade do lugar:** Pacientes, acompanhantes e funcionários concordam ser este um aspecto plenamente atendido pela Casa de Parto. Relaciona-se principalmente ao controle e à percepção ambiental, ambos referindo-se principalmente à possibilidade de tomada de decisões e à segurança sobre o ambiente em que os indivíduos se encontram, de que forma podem neles atuar, transitar, entrar ou sair,

localizar-se e obterem informações sobre procedimentos, processos e direitos primordiais para a tipologia de atendimento ali executada. A possibilidade de legibilidade do lugar traz consigo também a sensação de segurança, proveniente do conhecimento e da apropriação dos espaços.



Figura 16: Área externa - acessos e entorno
Fotografias da autora (2018)

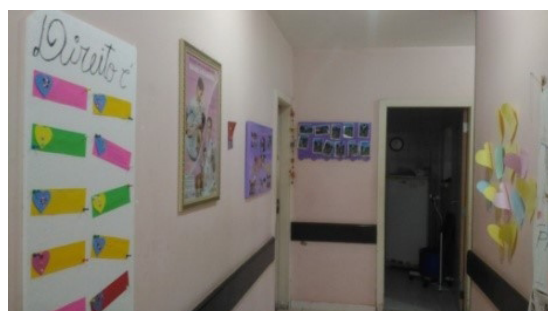
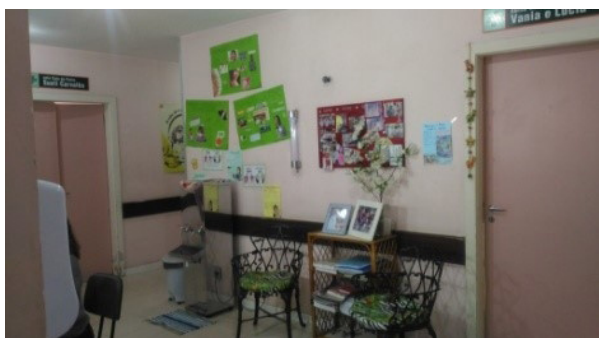
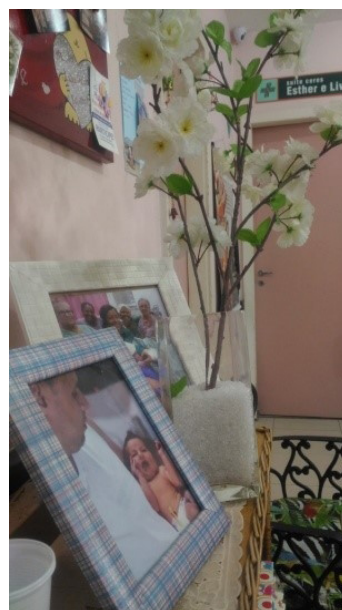
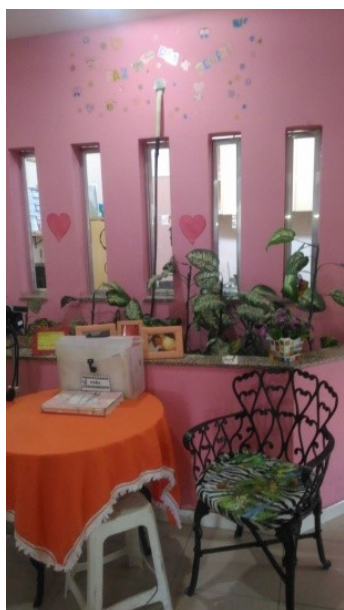


Figura 17: Aparência interna - ambientação
Fotografias da autora (2018)

- **Aparência interna:** Pacientes, acompanhantes e funcionários concordam ser este um aspecto plenamente atendido pela Casa de Parto. Relaciona-se principalmente ao espaço pessoal, à apropriação e à identidade, à percepção ambiental e à cultura. Por ser um dos itens cuja interpretação é mais profundamente influenciada por gosto pessoal, experiência, história e preferências dos indivíduos que observam, poderia ter avaliações mais diversas, porém, com raras exceções, recebeu nota abaixo de cinco pontos, mesmo com as visíveis necessidades de manutenção percebidas em quase todos os ambientes. Apesar de os problemas em relação à aparência serem visíveis e percebidos por clientes, visitantes e funcionários, eles perdem peso e importância frente ao conjunto do trabalho ali executado e aos resultados alcançados.

Os itens relacionados no quesito aparência interna mencionam espaços que remetem a ambientes caseiros e reconhecíveis, o que é perfeitamente encontrado na Casa de Parto. Esses ambientes são mantidos extremamente limpos, os ventiladores de teto ajudam a driblar as temperaturas nas áreas sem ar-condicionado. Portas e janelas abertas passam a sensação de leveza e arejamento. Os revestimentos existentes, de piso, parede e teto, nada têm de incomum, são os mesmos desde a inauguração e se repetem pelos ambientes, desde o rosa das paredes até a cerâmica dos pisos. Não há variedade nem luxo, mas há um caleidoscópio de cartazes, quadros com mensagens dos clientes, quadros com pessoas importantes para a Casinha, prêmios diversos recebidos, jardim interno com flores de plástico, cadeiras de materiais diferentes, porta-retratos nas mesas e paredes, móveis feitos pelas enfermeiras para alguma festa pendurados no teto. Não faz nenhuma falta a diversidade de materiais de revestimento ou da cor de pintura das paredes. A aparência interna da Casa de Parto é, ao mesmo tempo, toda parecida e completamente diferente. Tem identidade própria, acolhedora e agrada completamente aos seus admiradores, que sentem falta de mais cuidado com a preservação, mas identificam-se completamente com os ambientes, participam em maior ou menor grau de sua ambientação e deles se apropriam completamente.

- **Instalações:** Pacientes, acompanhantes e funcionários reconhecem que, ainda que a Casa de Parto atenda satisfatoriamente, há necessidade de melhoria nos aspectos considerados. O item trata das comodidades em geral, oferecidas aos clientes, e das condições de segurança e conforto encontradas nos ambientes e, principalmente, nos banheiros dos quartos PPP. Grande parte dos itens listados foi bem pontuada, podendo-se afirmar que a nota proporcionalmente menor do que a dos demais itens deve-se principalmente à condição de manutenção e à aparência dos banheiros, onde as mulheres exercem muitas vezes a possibilidade de realizar o parto nas banheiras ali instaladas. As banheiras não atendem à conformação da legislação atual quanto às dimensões, o posicionamento em relação ao banheiro dificulta o trabalho dos profissionais na hora do parto e as condições de conservação trazem insegurança às mulheres, ainda que muitas optem, ainda assim, por realizar o parto na água. A condição dos revestimentos nessas instalações também se encontra bastante comprometida, não colaborando para a boa percepção nem segurança na utilização do ambiente.



Figura 18: Banheiros de quarto PPP

Fonte: Fotos da autora (2018)

- **Avaliação dos funcionários:** Os funcionários reconhecem que, mesmo havendo problemas diversos a serem sanados quanto ao próprio conforto e condições de trabalho, sentem-se atendidos de forma satisfatória pelas instalações da Casa de Parto nos aspectos considerados. Este item relaciona-se diretamente às condições de confortabilidade, à visão do espaço como facilitador do processo de trabalho e à apropriação por meio da aplicação do conhecimento e da experiência dos profissionais. Interfere com os aspectos relacionados, porém com visão direcionada exclusivamente às condições encontradas e percebidas pelas equipes diversas de funcionários. Interfere ainda nas questões relativas ao espaço pessoal, controle e privacidade dos funcionários, ao observar as condições dos ambientes dadas a estes profissionais.

Os ambientes da casinha são destinados primordialmente a atender ao serviço assistencial, o que faz com bastante qualidade, mas necessita de um olhar mais abrangente quanto às áreas de conforto, de trabalho e aos equipamentos destinados aos profissionais que nela prestam serviços. Questões como a falta de manutenção e a necessidade de ampliação de setores da Casa de Parto para melhor atendimento do público foram mencionadas por usuários participantes e não participantes da pesquisa em conversas informais durante as visitas, o que foi entendido como consequência de questões administrativas e da falta de financiamento para atender às necessidades da unidade, mas não se tornam empecilhos para a realização da assistência prestada, mesmo que influenciem a todos na percepção das condições de trabalho disponíveis.



Figura 19: Bancada de anotações e prontuários
Fonte: Fotografias cedidas por Adriana Medeiros (2018)

- **Acessos:** Item avaliado com a menor nota de todos os apresentados nos formulários de avaliação. As questões referem-se às condições de acesso, à acessibilidade e à segurança dos usuários, principalmente tratando-se de mulheres grávidas, ou que podem já estar em trabalho de parto, além de famílias com bebês recém-nascidos. Interferem diretamente na percepção dos clientes sobre a possibilidade de chegarem e saírem do local com segurança e facilidade. Aliada à distância da via principal, outra questão fundamental que afeta a percepção é o entorno imediato da Casa de Parto, com ruas áridas e muito vazias, com relatos diversos de insegurança pública. Essas dificuldades de acesso e insegurança afetam não somente os clientes, mas também os profissionais e prestadores de serviço que atuam na unidade.

4. Considerações sobre o “modelo” e a Casinha

O modelo de Centro de Parto Normal, representado neste estudo pela Casa de Parto David Capistrano Filho, mostra, por meio dos resultados das avaliações efetuadas, tratar-se da síntese dos aspectos apresentados nas teorias, recomendações e normativas para ambientes destinados ao parto humanizado, opinião que é compartilhada não somente pelas mulheres, mas também pelos acompanhantes e funcionários.

A Casinha também deixa claro que, apesar dos aspectos formais que fazem imensa diferença, a ambiência não depende somente da estrutura física. Nessa unidade de atenção ao parto, com a estrutura física deficitária e necessitando não somente de manutenção, mas também de ampliação, a metodologia de trabalho utilizada, a dimensão da empatia assimilada, o conhecimento e o reconhecimento, todos trabalhando em conjunto, fazem imensa diferença no resultado final do serviço a que se propõem os que lá trabalham e que recebem os que buscam o cuidado.

Esse modelo não se resume aos aspectos construtivos e tangíveis dos ambientes edificados, mas a uma composição destes com a forma do cuidado, com a familiaridade gerada pelos protocolos de informação e esclarecimentos, por permitir a privacidade, mas incentivar a convivência, pela liberdade de trânsito, por tornar-se parte do dia a dia das famílias que o

procuram, durante a gravidez e após o nascimento. A Casa de Parto torna-se a Casinha de todos, o parto retorna à sua origem e à família. As famílias voltam para acompanhar as gestações futuras, as crianças lá nascidas são vistas pelos corredores, acompanhando outras barrigas que trazem novas crianças. Juntam-se à comunidade local em mutirões para auxiliar nas fases mais difíceis de falta de verbas ou a passeatas pela manutenção do serviço, periodicamente ameaçado de fechamento, participam de uma organização comunitária (ReParto - Rede de Apoio à Casa de Parto David Capistrano), composta de funcionários, amigos e usuários da Casa de Parto. Apropriam-se e estabelecem território.

Os processos de trabalho e a tipologia de atendimento dado na Casinha resultam de protocolos escritos e experiências vividas pela equipe assistencial, da qual muitos profissionais participam desde antes da inauguração. São provenientes do conhecimento acumulado durante toda a existência da casa e dos partos lá executados e de toda a experiência e segurança e confiança passadas pelos profissionais sobre a qualidade do trabalho executado. A confiança passada pela equipe assistencial atua em conjunto com a empatia e o ambiente, ampliando a sensação de bem-estar físico e emocional dos indivíduos, influenciando positivamente na percepção dos ambientes como um todo, de forma a minimizar aspectos que poderiam ser percebidos de maneira negativa, estes oriundos das dificuldades de manutenção pelas quais a Casa de Parto passa atualmente.

A Casa de Parto atende também às prerrogativas da humanização do parto sobre a necessidade de retorno do parto com risco habitual a ambientes reconhecíveis, que remetam ao caseiro, porém com possibilidade imensamente menor de intercorrências, em função do controle exercido sobre a saúde das mulheres e da experiência e conhecimento da enfermagem obstétrica, capaz e legalmente habilitada para esse exercício. Cabe a nós reconhecer a necessidade de um grande processo de mudança para que esse modelo de CPN seja não só aceito, mas também multiplicado como uma importante ferramenta para as necessárias mudanças no modelo de parto e nascimento no País. Para isto, cabe reconhecê-lo também como importante auxiliar na redução da mortalidade materna e neonatal, o que implica em mudar também a cultura do parto cesáreo, por meio da ampliação das informações e dos esclarecimentos sobre o tema, não somente à população em geral, mas até mesmo a gestores e profissionais de saúde, que ainda questionam a segurança dessa tipologia de unidade de assistência ao parto e nascimento.

Notas

[1] "Por ambiências sensíveis nos lugares de nascer. Percepção e subjetividade nos centros de parto normal."

[2] Parto normal costuma ser usado como sinônimo de "parto vaginal". Quando se fala em parto natural, além de a via de parto ser a vaginal, quer se enfatizar que o bebê nasce sem intervenções médicas, como anestesia, analgésicos ou substâncias para acelerar as contrações.

[3] Distocia fetal é a ocorrência de anormalidades de tamanho ou posição fetal, resultando em dificuldades no parto. O diagnóstico é feito por exame clínico, ultrassonografia ou pela resposta à evolução do trabalho de parto.

[4] **Episiotomia** é uma incisão efetuada na região do períneo para ampliar o canal de parto. Esta é uma das principais intervenções condenadas nas boas práticas do parto estabelecidas pela OMS (WHO, 1985).

[5] Médico e mestre em saúde coletiva, David Capistrano da Costa Filho foi líder de movimento estudantil. Sua participação constante nas Conferências Nacionais de Saúde o destacou nacionalmente pelo caráter inovador de pensar a saúde. Sua importância na saúde pública se dá principalmente por ter sido um dos colaboradores para a 'criação' do SUS. Foi responsável pela criação da primeira Casa de Parto (AZEVEDO, 2008).

[6] O Plano de Parto pode ser uma carta ou uma lista em que a gestante determina o que gostaria e o que não gostaria que acontecesse em seu parto para garantir a qualidade da assistência e da experiência. As gestantes são orientadas sobre a abrangência possível e limitações das solicitações nas reuniões de grupo, durante o pré-natal.

Referências:

AZEVEDO, L.G.F. **Estratégias de luta das enfermeiras obstétricas para manter o modelo desmedicalizado na Casa de Parto David Capistrano Filho**. Dissertação apresentada, como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2008.

BITENCOURT, F. **Arquitetura do Ambiente de Nascer: Investigação, reflexões e recomendações projetuais sobre conforto humano em centros obstétricos**. Tese de doutoramento em arquitetura apresentada ao Programa de Pós-graduação em Arquitetura da faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Rio de Janeiro - PROARQ/FAU/UFRJ. 2007.

BITENCOURT, F. e COSTEIRA, F. **Entrevista**. Entrevistador: Cristiane N. Silva. Rio de Janeiro - RJ, 2010. 1 arquivo .mp3 (110 min.).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de assistência integral à saúde da mulher**. p.7-12 2000.

_____. Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal - **Resolução da Diretoria Colegiada** - RDC N° 36, de 03 de junho de 2008. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília - DF. 2008.

_____. **Oficina de Ambiência para o Parto e Nascimento. Rede Cegonha. HumanizaSUS**. Política Nacional de Humanização DAPES /SAS Ministério da Saúde. São Paulo - SP. 2012

COELHO, G. **A arquitetura e a assistência ao parto e nascimento: Humanizando o Espaço**. Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Arquitetura, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. 2003.

CPDCF - CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO. **Casa de Parto**. Disponível em: <http://smsdc-casadeparto.blogspot.com/p/quem-somos.html>. Acesso em: junho de 2018.

DE VICO, A. F. **Avaliação da Implantação dos Centros de Parto Normal no Sistema Único de Saúde**. Dissertação apresentada à Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher, da Fundação Oswaldo Cruz e do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Rio de Janeiro - RJ. 2017

DINIZ, C.S.G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento** Ciência e Saúde Coletiva 10(3): 627-637. 2005. Disponível em: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/humanizacao_da_assistencia_ao_parto_no_brasil_os_muitos_sentidos_de_um_movimento.pdf. Acesso em junho de 2017

FERREIRA, K.A; MADEIRA, L.M. **O significado do acompanhante na assistência ao parto para a mulher e familiares**. Enfermagem Obstétrica, Rio de Janeiro, 2016 jan/abr; 3(1): e29. p.1. Disponível em: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/download/29/28>. Acesso em dezembro de 2018.

KOMURA, L.A.; DE SOUZA C.M. **Assistência ao parto com a presença do acompanhante: Experiências de profissionais**. Invest. Educ. Enferm. 2007; (25)1: 74-81. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105215404008.pdf>. Acesso em dezembro de 2018.

MACHADO, N.X.S; PRAÇA, N.S. **Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente**. Ver. Esc. Enferm USP 2006; 40(2):274-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/16.pdf>. Acesso em julho de 2018.

PAZ, L.S.; FENSTERSEIFER, L.M. **Equipe de enfermagem e o acompanhante no parto em um hospital público de Porto Alegre**. Revista Interdisciplinar NOVAFAP, Teresina. v.4, n.1, p.9-13, Jan-Fev-Mar. 2011. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v4n1/pesquisa/p1_v4n1.pdf. Acesso em dezembro de 2018.

PEREIRA, A.L.F.; MOURA, A.V. **Hegemonia e contra hegemonia no processo de implantação da casa de parto no Rio de Janeiro**. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009; 43 (4): 872-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a19v43n4.pdf>. Acesso em março de 2018.

PEREIRA, A.L.F.; AZEVEDO, L.G.F.; MEDINA, E.T.; LIMA, T.R.L.; SCHROETER, M.S. **Maternal and neonatal care in David Capistrano Filho Birth Center, Rio de Janeiro, Brazil**. Revista online de pesquisa Cuidado é fundamental. Capa > v. 4, n. 2 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2012.v4i2.2905-2913> . Acesso em fevereiro de 2018.

RODRIGUES, D.P.; ALVES, V.H.; PENNA, L.H.G.; PEREIRA, A.V.; BRANCO, M.B.R.L; SOUZA, R.M.P. **O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica.** Texto Contexto Enferm, 2017; 26(3):e5570015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e5570015.pdf>. Acesso em dezembro de 2018.

SILVA, A.L.C. (2015). **Centro de parto normal: Humanizando o Espaço.** Revista Especialize On-line IPOG - Goiânia - 9ª Edição nº 010 Vol.01/2015 julho/2015. Disponível em: <https://www.ipog.edu.br/revista-especialize-online/edicao-n9-2015/centro-de-parto-normal-humanizando-o-espaco/>. Acesso em agosto de 2018.

SILVA, C. N. **Aspectos subjetivos dos ambientes de atenção à saúde e sua relação com o ambiente construído.** Arquitextos, São Paulo, ano 18, n. 212.05, Vitruvius, jan. 2018 <<http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/18.212/6867>>.

SILVA, C. N. **Considerations in the care of pregnant women.** IFHE Digest. Revista eletrônica. Edição de 2018. Step House, North farm Road Tunbridge Wells, Kent TN2 TD R. 2018a. Disponível em: <http://www.ifhe.info/ifhe-digestv>

SILVA, C.N. (2018b). **Ergonomia aplicada na qualificação da ambiência do espaço de nascer.** Revista Sustinere, Rio de Janeiro, v.6, n.1. P 150-174, jan.-jun. 2018. Disponível em: <HTTP://dx.doi.org/10.12957/sustinere.2018.33609>

WALSH, D., **Evidence-based care for normal labour and birth: a guide for midwives.** 2007, London: Routledge.

Sobre a autora:

Cristiane N. Silva

Arquiteta, Doutora em Arquitetura pela UFRJ, especialista em Gestão de Redes de Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP / FIOCRUZ. Apoiadora em Ambiência Hospitalar pelo Ministério da Saúde. Atua na gestão do serviço de infraestrutura hospitalar da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro e como professora de gestão de manutenção e conservação de edifícios de saúde.

IPH

**INSTITUTO DE
PESQUISAS
HOSPITALARES
ARQUITETO
JARBAS KARMAN**