

CENTROS DE PARTO NORMAL: componentes arquitetônicos de conforto e desconforto

Fábio Bitencourt

Cláudia Barroso-Krause

RESUMO

O presente trabalho desenvolve uma análise do cenário atual referente aos motivos que levaram à implantação do modelo assistencial de saúde materno-infantil denominado Centro de Parto Normal, ou Casa de Parto, que visa atender situações consideradas de baixo risco e que busca representar o resultado de conceitos e atitudes favoráveis à valorização do parto *natural*. Este modelo, que ainda está em fase embrionária no Brasil, é baseado em estruturas similares existentes em diversos países do mundo. Devido às características de funcionamento dessas *maternidades simplificadas*, onde os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento são da área de enfermagem, setores da área médica têm manifestado o seu descontentamento, e suas justificativas determinaram o estabelecimento de um conflito conceitual. Em meio a essa discordância está a edificação, o ambiente construído e a necessidade da arquitetura manter-se evoluindo na adequação e cumprindo o seu papel social. Contribuir com a discussão sobre o funcionamento das Casa de Parto, inseridas numa estrutura arquitetônica que contemple as necessidades da assistência obstétrica, é um dos objetivos do presente estudo.

ABSTRACT

Normal Birth Center: comfortable and uncomfortable components in the architectural design

This issue presents an actual analyze over the reasons that takes the insert of the architectural health to obstetric care, denominate Normal Birth Center, or Birth's House. This projected space intends to serve low risk birth situations under medical evaluations and to represent a new facility to encourage the natural birth process. While in Brazil this model still in an initial stage, in another countries has already had similar well succeed experiences. The functional features of this *simplified maternity hospital* where the teamwork is nurses, had stimulated conflicts regarding therapeutic conducts during the birth process, reflecting the professional position of medical institutional corporations. Among these large conceptual and practical discussions is the building, the environmental spaces and the architecture needs, performing its social role. To promote an important discussion over the Birth's House operating protected under an architectonical structure and requiring comfort to the people who are involved, that is the fundamental goal of the present work.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização. Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Centro de Parto Normal. Casa de Parto. Arquitetura e Saúde.

INTRODUÇÃO

Os órgãos oficiais responsáveis pela elaboração das políticas públicas (no Brasil, o Ministério da Saúde; no continente americano, a Organização Pan-Americana de Saúde; e no mundo, a Organização Mundial da Saúde) têm dedicado especial atenção às questões da perinatalidade – que compreende o período de 22 semanas de gestação até 7 dias após o parto – com o objetivo de reduzir as altas taxas de mortalidade materna e infantil. Considerado como um dos temas da maior magnitude na atenção à saúde no Brasil e no mundo, o parto e a assistência obstétrica são as principais causas de internação nos hospitais públicos e conveniados do Sistema Único de Saúde (SUS), correspondendo a 22,6% do total das 11.756.354 internações realizadas no país durante o ano de 2001, consumindo mais de 13% de todos os recursos gastos em internações no SUS (LEAL, 2002).

Como resultado de diversos conceitos e atitudes favoráveis à valorização do parto normal e propondo soluções mais humanizadas aos ambientes altamente medicalizados, os quais respondem por representativa prevalência na atenção obstétrica, o Ministério da Saúde vem enfatizando e valorizando a implantação de edificações com estruturas prediais simplificadas, sob o aspecto da complexidade tecnológica da sua engenharia construtiva e funcional. Dentre os modelos desenvolvidos e propostos, destaca-se a *maternidade simplificada*, formalmente denominada Centro de Parto Normal (CPN). Os Centros de Partos

Normais foram formalmente criados através da publicação de uma Resolução do Ministério da Saúde (Portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999), que estabeleceu os parâmetros legais para sua implantação. Tal formalização propunha-se a atender à urgente necessidade de redução dos óbitos maternos por causas evitáveis, compatibilizada com a universalização de garantia do acesso ao parto em serviços de saúde e a expansão dessa cobertura. Esta denominação de CPN, logo passaria a ter a sua referência de nomenclatura reconhecida como “Casa de Parto”.

O presente trabalho procura contribuir com a discussão sobre a Casa de Parto inserida num conceito de arquitetura de ambientes de saúde que contemplem as necessidades da assistência obstétrica. Considera fundamental, ainda, que a sua concepção esteja centrada nos critérios de planejamento arquitetônico e de paradigmas assistenciais que caracterizem situações facilitadoras dos melhores resultados nas circunstâncias específicas da atenção à saúde da mulher e da criança, no parto e no nascimento.

O CONCEITO E O PROJETO

Ao longo do processo histórico que caracteriza a evolução das diversas formas de implantação da atenção obstétrica ao nascimento e conforme analisado por Nadine Lefaucheu, em *La création des services de maternité et des accoucheurs des hôpitaux parisiens* (MUSÉE, 2002, p.75-84), até meados do século XIX a característica mais freqüente era o deslocamento das parteiras ao domicílio das parturientes. Raramente qualquer procedimento de parto realizava-se no [...] *hospital ou mesmo em qualquer sala de medicina ou de cirurgia, onde uma centena de leitos reservados às mulheres ficava sem uso [...]* (MUSÉE, 2002, p.76).

Na França, durante o século XVIII, a preocupação com as altas taxas de mortalidade materna e com a vida sedentária da aristocracia, levou os médicos – que, até então, pouco participavam das atividades inerentes ao parto e ao nascimento – à inserção no processo. No início, simplesmente através da observação, posteriormente estabelecendo-os [...] *como inerentemente patológico e anormais, aumentando sua participação na solução de complicações obstétricas que implicavam em risco de vida materna, restringindo o espaço para atuação das parteiras e apropriando-se do seu saber* (RATTO DE LIMA, 1997, p.14).

Essa disputa pela atividade na realização dos procedimentos do parto foi, ao longo do século XVIII e XIX, motivo de grandes conflitos entre a classe médica e as parteiras (MUSÉE, 2002; RHODES, 1995). A figura 1 apresenta uma imagem que retrata, caricaturalmente, aquela realidade.



Figura 1 – “Um homem – Parteira”. Caricatura ironizando a condição que dividia o médico/homem da mulher/parteira, simbolizando a disputa obstétrica pela execução do parto na Europa entre o século XVIII e XIX. Pintura de S. W. Fores, Londres, 1793.

Fonte: The Wellcome Library, nº L00012483

Mais recentemente, se considerar-se a evolução das demandas espaciais dos procedimentos relativos ao parto e ao nascimento, notar-se-á que, em menos de uma geração, o que se realizava em uma sala passou a exigir uma complexa estrutura hospitalar. A partir dos anos 40 do século passado, esse processo se intensificou com mais evidência quando o fluxo dos procedimentos obstétricos passou a estabelecer uma organização espacial composta de uma série de salas especializadas para cada estágio do processo de parturição: pré-parto, distintos estágios anestésicos (indução anestésica e local para recuperação pós-anestésica), ambientes de assistência ao neonato, sala para partos normais, salas cirúrgicas, quartos para internação, unidades de terapia intensiva (UTI) materna e neonatal, unidades intermediárias (UI), além dos ambientes destinados ao apoio e diagnóstico, administração e infra-estrutura (LERMAN, 2002), portanto, um hospital em toda a sua plenitude!

Significativas mudanças na atitude do parto e do nascimento têm, no entanto, promovido importantes impactos nas alterações do ambiente físico destinado a prover o atendimento da mulher e do neonato¹, particularmente nas duas últimas décadas. Uma grande variedade de projetos arquitetônicos e concepções referentes ao centro obstétrico e cirúrgico e dos demais ambientes de atenção ao parto têm proliferado, refletindo, de alguma forma, as mudanças filosóficas e práticas de abordagem do nascimento com ênfase na humanização (BITENCOURT, 2003; ODENT, 2003). As características exigidas para a edificação de atenção ao parto e ao nascimento propostas pelo Ministério da Saúde, através da oficialização do modelo CPN anteriormente referido, procuram simplificar a demanda pela complexidade tecnológica e evidentemente medicalizada que o desenho dos centros cirúrgicos e obstétricos de unidades hospitalares propunham e, por conseqüência, exigiam como modelo de arquitetura (BRASIL, 2001; LERMAN, 2002; RIO DE JANEIRO, 2002; TANAKA, 1995).

Para que seja viabilizada e autorizada a implantação de um Centro de Parto Normal, a Portaria nº 985, do Ministério da Saúde, publicada em 5 de agosto de 1999, estabelece atribuições e exigências contidas no Artigo 3º, entre as quais pode-se destacar:

II. - acolher as gestantes e avaliar as condições de saúde materna; III. - permitir a presença de acompanhante; [...] VI. - garantir a assistência ao RN normal; VII. - garantir a assistência imediata ao RN em situações eventuais de risco, devendo, para tal, dispor de profissionais capacitados para prestar manobras básicas de ressuscitação, segundo protocolos clínicos estabelecidos pela Associação Brasileira de Pediatria; VIII. - garantir a remoção da gestante, nos casos eventuais de risco ou intercorrências do parto, em unidades de transporte adequadas, no prazo máximo de 01 (uma) hora; IX. - garantir a remoção dos RN de risco para serviços de referência, em unidades de transporte adequadas, no prazo máximo de 01 (uma) hora.

Assim sendo e com vistas ao atendimento das recomendações assistenciais para construção das Casas de Parto, foi concebido um programa físico-funcional com as exigências contidas no Artigo 4º da referida Portaria nº 985:

I - apresentar planta física adequada ao acesso da gestante; II - estar dotado de: sala de exame e admissão de parturientes; quarto para pré-parto/ parto/ pós-parto PPP²; área para lavagem das mãos; área de prescrição; sala de estar para parturientes em trabalho de parto e para acompanhantes; área para assistência ao RN³; III - possuir os seguintes ambientes de apoio: banheiro para parturientes com lavatório, bacia sanitária e chuveiro com água quente; copa/cozinha; sala de utilidades; sanitário para funcionários e acompanhantes; depósito de material de limpeza; depósito de equipamentos e materiais de consumo; sala administrativa; rouparia / armário; IV - atender aos requisitos quanto à estrutura física previstos nesta Portaria, além das exigências estabelecidas em códigos, leis ou normas pertinentes, em especial às normas do Ministério da Saúde, específicas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde; V - como unidade intra-hospitalar pode compartilhar os ambientes de apoio com outros setores do hospital, desde que estejam situados em local próximo, de fácil acesso e possuam dimensões compatíveis com a demanda de serviços a serem atendidos; VI - como unidade isolada não poderá adotar a solução de box individualizado; VII - com referência às instalações prediais deve atender às exigências técnicas das normas de funcionamento de estabelecimentos assistenciais de saúde do Ministério da Saúde e dos códigos de obras locais; VIII - adotar as exigências técnicas das normas para a segregação, descarte, acondicionamento, coleta, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos sólidos de serviços de saúde.

¹ O período neonatal compreende do 1º ao 28º dia de vida. Denomina-se neonato à criança com idade de 0 a 28 dias.

² PPP – Ambiente proposto para realização dos procedimentos inerentes ao parto e ao nascimento onde poderão ser realizadas as etapas de pré-parto, parto e pós-parto. Segundo a Resolução RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde, a sala PPP poderá ter no mínimo 14,00 m² e largura mínima de 3,00 m (BITENCOURT, 2003).

³ RN – Recém nato ou neonato; criança nascida e num período de até 28 dias de vida (LEAL, 2002, 26).

Outra condição a ser destacada refere-se à evolução do grupo de pessoas ou profissionais envolvidos direta e perifericamente na assistência ao parto e ao nascimento. Da parteira e um acompanhante ou doula⁴, avançou-se para uma equipe multiprofissional, composta diretamente por não menos que 6 profissionais especializados: obstetras, anestesistas, pediatras, corpo de enfermagem, assistentes, além da equipe de apoio que atua externamente e na infra-estrutura.

Assim como nos estabelecimentos assistenciais públicos, nas maternidades privadas também não era comum que a administração do hospital permitisse aos acompanhantes, sequer ao pai, acessarem ao centro obstétrico para o acompanhamento do parto, embora existisse sempre a possibilidade de negociações com a equipe médica no sentido da concessão do acesso. Essa concessão é vista, atualmente, como um procedimento que deve atuar de forma integrada e complementar aos padrões de humanização e participação da família na atenção ao nascimento, embora existam manifestações médicas desfavoráveis à presença de pessoas que não sejam profissionais de saúde no momento do parto (ÂNGULO-TUESTA et al, 2003; BITENCOURT, 2003; ODENT, 2003).

O CONFLITO ASSISTENCIAL

Paralelamente à recomendação institucional, uma complexa e eloqüente discussão sobre a efetividade funcional e validade técnico-operacional desses estabelecimentos, os Centros de Parto Normal, tem sido promovida pelos profissionais de saúde – médicos e enfermeiros, particularmente – em âmbito nacional e sob aspectos distintos nos argumentos utilizados na defesa do que lhes parece adequado e justificável. Em recente publicação, foi elaborada uma análise sobre as dimensões de poder, cooperação e conflito na dualidade assistencialista disputada por profissionais de saúde, com o título: *Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto (2003)*, Caderno de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP. Este estudo foi desenvolvido por Antonia Ângulo-Tuesta e outros pesquisadores do Núcleo de Gênero e Saúde daquela Escola (ÂNGULO-TUESTA et al, 2003).

Nos CPN, privilegia-se a atuação da enfermagem em seus diversos níveis de formação, excluindo-se a participação de médicos. Embora todos os profissionais envolvidos reconheçam a importância que os trabalhos especializados expressam pela relação de complementaridade e interdependência entre si, observa-se que há, nos conflitos mais específicos, uma evidente e pública divergência quanto ao papel da enfermagem no que diz respeito às gestantes que possam vir a atender. Os questionamentos vão desde os [...] *procedimentos e condutas que podem realizar, à atenção ao parto em gestantes com complicações e às circunstâncias em que devem referenciar para consulta médica* (ÂNGULO-TUESTA, 2003 et al).

Observa-se que as divergências existem e ocorrem, sobretudo em relação à percepção e atitude dos profissionais sobre o parto como processo fisiológico, biodinâmico⁵, com a avaliação do risco obstétrico como elemento imponderável, que pode mudar de forma precipitada a condição da mulher no decorrer da fisiologia do parto e, conseqüentemente, a troca de conhecimentos entre os profissionais para definir o exato papel das responsabilidades no cuidado com a mulher e com o feto e o neonato (DOMINGUES, 2002; ODENT, 2003; SAKALA apud ÂNGULO-TUESTA et al, 2003; VEER & MEIJER apud ÂNGULO-TUESTA et al, 2003).

Em meio a essa discordância está o ambiente construído, ou a forma e o desenho que o ambiente de nascer pode oferecer para a realização dos referidos cuidados, a sofisticação do centro obstétrico, a compatibilidade tecnológica a serviço da medicina e da saúde, os

⁴ Doula – Palavra grega utilizada pelos médicos pesquisadores John Kennel e Marshall Klaus, a partir da década de 70 do século XX, nos seus estudos sobre a presença de uma companheira leiga durante o trabalho de parto. Referência de *figura materna em quem uma jovem mulher pode se apoiar durante todo o período perinatal* (ODENT, 2002, p.142).

⁵ O médico e escritor Michel Odent utiliza a referência “atitude biodinâmica” expressando que ela “se baseia numa boa compreensão dos processos fisiológicos”(ODENT, 2003, p.125)

parâmetros formais que o ambiente estéril exige, as adequações às exigências para o controle de infecção hospitalar, além dos aspectos de conforto ambiental, que devem ter como foco principal o usuário do serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ambientes com as características semelhantes às de residências têm sido atualmente implantados próximos a regiões com estruturas hospitalares convencionais, visando atender a mulheres com menor ou nenhuma necessidade de intervenção médica durante o parto (LERMAN, 2002; ODENT, 2003). O assunto é extenso e merece a continuidade de pesquisas que possam permitir avaliações mais amplas e melhor consolidadas, tanto referentes às experiências quanto às próprias evidências apresentadas, pois, embora remonte aos primórdios da especialização obstétrica, as discussões e os conflitos entre os diferentes grupos de atividades profissionais e as vertentes técnicas não parecem ter a possibilidade de se atenuarem no momento atual.

O desenvolvimento de projetos arquitetônicos para os novos serviços poderá determinar uma revisão de conceitos mais cristalizados, com base em propostas recentes de humanização da assistência ao parto e nascimento, onde o foco das ações deva considerar a construção dos elementos que possam propiciar o devido conforto ambiental para os diferentes atores desse processo, particularmente as parturientes, o recém-nascido e a equipe de saúde. A continuidade da implantação das Casas de Parto no país, no entanto, apresenta o seu desenvolvimento e expansão como processos inexoráveis. Os projetos arquitetônicos, por sua vez, devem estar dinamicamente adequados, evoluindo e adaptando-se às modificações determinadas pelas diferentes demandas envolvidas no processo e, também, às alterações da legislação que vierem a ocorrer.

REFERÊNCIAS

- ÂNGULO-TUESTA, Antonia et al. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p.1425-36, set/out. 2003.
- BITENCOURT, Fábio. **Conforto no ambiente de nascer**: reflexões e recomendações projetuais. 2003. 126 p. Dissertação (Mestrado em Arquitetura, Área de Concentração Conforto Ambiental e Eficiência Energética) – PROARQ/FAU/UFRJ, Rio de Janeiro.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001. 199 p.
- DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. **Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal**. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
- LEAL, Maria do Carmo; VIACAVAL, Francisco. Maternidades do Brasil. **RADIS Comunicação em Saúde**. Rio de Janeiro, n. 2, p. 8-26, set. 2002.
- LERMAN, Alice. **Birth environments, emerging trends and Implications for Design**. Wisconsin: Center for Architecture and Urban Planning Research. University of Wisconsin-Milwaukee, 2002. 143 p.
- MUSÉE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE – Hopitaux de Paris. **L' heureux événement: Une histoire de l'Accouchement**. Paris, 1995. 180 p.
- ODENT, Michel. **O camponês e a parteira**: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto. São Paulo: Editora Ground, 2003. 189 p.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa de Qualificação de Assistência Perinatal na Cidade do Rio de Janeiro** - Decreto n. 20996 de 18/01/2002. Encarte do Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, 2002. 6 p.

RATTO DE LIMA, Kátia Maria Netto. Algumas reflexões sobre o profissional de saúde, o parto e o nascimento. **Revista Saúde em Foco**. Rio de Janeiro, ano V, n. 14, p. 36-39, nov. 1997.

RHODES, Philip. **A Short History of Clinical Midwifery**: the development of ideas in the professional management of childbirth. England: Books for Midwives Press, 1995. 187 p.

TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. **Maternidade**: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: HUCITEC, 1995.

Fábio Bitencourt é arquiteto, Mestre em Arquitetura (FAU/UFRJ), professor da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Cláudia Barroso-Krause é arquiteta, Dra., professora do PROARQ – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Rio de Janeiro.