

O Nascimento de Virgem, 1365, 'Rinuccini' por Giovanni da Milano (1346-1369, Italy)

POR AMBIÊNCIAS SENSÍVEIS NOS LUGARES DE NASCER.

Percepção e subjetividade nos centros de parto normal.

Cristiane Neves da Silva

PROARQ/FAU/UFRJ

Março de 2019



**POR AMBIÊNCIAS SENSÍVEIS NOS LUGARES DE NASCER.
Percepção e subjetividade nos centros de parto normal.**

Cristiane Neves da Silva

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Arquitetura, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Ciências em Arquitetura.

Orientador:

Prof. Orientador: Maria Ângela Dias, Dra.

Rio de Janeiro

Março / 2019

POR AMBIÊNCIAS SENSÍVEIS NOS LUGARES DE NASCER.

Percepção e subjetividade nos centros de parto normal.

Cristiane Neves da Silva


Orientador: Maria Ângela Dias, Dra.

Tese de doutorado submetida ao Programa de Pós-graduação em Arquitetura, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Arquitetura, Linha de Pesquisa Cultura, Paisagem e Ambiente Construído.

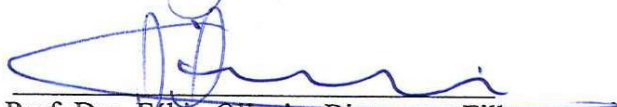
Aprovada por:



Presidente, Prof. Maria Ângela Dias



Prof. Dra. Gleice V. M. de Azambuja Elali



Prof. Dra. Fábio Oliveira Bitencourt Filho



Prof. Dra. Ivani Burstyn



Prof. Dra. Ethel Pinheiro Santana



Prof. Dra. Renata Pascoal Freire

Rio de Janeiro

Março/2019

CIP - Catalogação na Publicação

S586a Silva, Cristiane Neves da
Por ambiências sensíveis nos lugares de nascer:
Percepção e subjetividade nos centros de parto
normal. / Cristiane Neves da Silva. -- Rio de
Janeiro, 2019.
314 f.

Orientadora: Maria Ângela Dias.
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio
de Janeiro, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo,
Programa de Pós-Graduação em Arquitetura, 2019.

1. ambiência. 2. ambientes de instituição de
saúde. 3. centros de assistência à gravidez e ao
parto. 4. centros de parto normal. I. Dias, Maria
Ângela, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.

RESUMO

POR AMBIÊNCIAS SENSÍVEIS NOS LUGARES DE NASCER.

Percepção e subjetividade nos centros de parto normal.

Esta pesquisa tem como tema os estudos sobre ambiência e sua aplicação prática na qualificação dos espaços de assistência à saúde, utilizando como recorte para aplicação os Centros de Parto Normal e como estudos de caso a Casa de Parto David Capistrano Filho e o Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda, ambos na Cidade do Rio de Janeiro. Este recorte partiu das discussões na arquitetura hospitalar sobre uma necessária mudança no modo de olhar e exercer o projeto, considerando os aspectos relativos à percepção dos usuários, bem como da literatura e programas direcionados à humanização do parto. Associando tais discussões aos estudos sobre ambiência em arquitetura e direcionando o olhar para os aspectos sensíveis dos lugares e sua relação com os processos subjetivos de seus usuários, foram verificados alguns dos principais intervenientes relativos à ambiência nos espaços de nascer, através do olhar do usuário. Para isso, o estudo partiu de levantamento bibliográfico sobre o conceito de Ambiência, ambiência em saúde e ambiência em arquitetura e sobre os ambientes de saúde destinados ao parto. Posteriormente foi realizada a pesquisa de campo utilizando-se da observação participante e da aplicação da ferramenta de avaliação ASPECT (A Staff and Patient Environment Calibration Tool) do Departamento de Saúde do Reino Unido. Os estudos de caso permitiram pontuar o atendimento aos requisitos para uma ambiência adequada a um centro de parto e aos fatores sensíveis envolvidos com o ambiente de nascer. A conclusão do estudo mostra que existem diversos elementos que podem ser observados através dos conceitos da arquitetura para os ambientes de nascer e da ambiência, a fim de serem considerados no desenho de um espaço de nascimento e, que a Casa de Parto é um modelo que cria em seus usuários sensações tais como reconhecimento, apropriação, tranquilidade e segurança. Um modelo de serviço de saúde, completamente adequado e adaptado ao parto e nascimento.

Palavras-chave: ambiência; ambiente de instituições de saúde; centros de assistência à gravidez e ao parto, centro de parto normal

ABSTRACT

FOR SENSIBLE ENVIRONMENTS IN THE PLACES OF BIRTH.

Perception and subjectivity in regular delivery centers

This research has as its theme the studies on ambience and its practical utilization to improve health care spaces using the Regular Delivery Centers as illustrations, and study cases of David Capistrano Filho Childbirth Center and Maria Amelia Buarque de Hollanda Maternity Hospital, both located in the city of Rio de Janeiro. This analysis was based on discussions in the hospital facility about a necessary change of perspective and execution of the project while considering the aspects related to the perception of the users, as well as its literature and the programs that are directed to the humanization of childbirth. By associating such discussions with the studies on ambience in architecture and focusing on the sensible aspects of the facilities and their relation to the subjective processes of its users, some of the main aspects regarding the ambience in the places of birth were verified through the user's view. For this, the study started with a bibliographical survey about the concept of ambience in health, in architecture and in health environments for childbirth. Subsequently, this field research was carried out using the participant's observation and the application of the ASPECT (Staff and Patient Environment Calibration Tool) of the UK Department of Health. The case studies allowed us to rate the requirements for a suitable environment for a birth center and the complex factors that are associated with the birth environment. The conclusion of this study shows that there are several elements that can be observed through the concepts of architecture in birthing centers and ambience to be considered in the design of a birth space. Also that the House of Labor is a model that stimulates sensation on its participants such as recognition, appropriation, tranquility and security. In other words, it is a health service model, fully adapted and suitable to the labor process and childbirth.

Keywords: ambience; environment of health institutions; centers for pregnancy and childbirth care; regular delivery centers

DEDICATÓRIA

Esta pesquisa inteirinha, da primeira à última palavra, é dedicada às minhas duas meninas, à primeira, que me ensinou a ser mãe, preparando o terreno para a chegada da segunda. Não que a ordem importe. Meu amor não tem ordem nem medida e pertence a ambas igualmente. Uma veio com a vida, chegou inocente, no caos dos adultos, com seu jeitinho de moleca, subiu no colo, pegou na mão, se plantou no meu coração e nasceram ali duas pessoas novas, uma mãe e uma filha, fora de qualquer padrão social. Não que isso importe. Não gostamos de padrões por aqui. A outra esteve comigo desde sempre, nos meus sonhos de menina e mulher, a filha que sempre quis ter. Veio do ventre, foi gerada, sentida, parida e sempre, sempre muito amada. Amada desde antes de existir, durante e para sempre. Tenho um imenso orgulho dessas duas meninas da minha vida, minhas filhas lindas e queridas, Catarina e Mariana.

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo agradeço a Deus, por não me permitir, nunca, esquecer de onde vim. Minhas origens contextualizam minha jornada pessoal e profissional.

À Dona Marli. Tenho certeza de que se orgulha das conquistas de suas meninas, que tiveram nela o melhor exemplo de mulher e mãe.

Às minhas queridas irmãs e cunhados, Rosa e Marcelo, Marilene e Hamilton, o apoio e acolhimento de vocês foi fundamental em momentos muito difíceis.

Agradeço imensamente e especialmente a duas pessoas especiais, que me acolheram sem ter a menor ideia da minha qualificação profissional e acadêmica e se tornaram pessoas queridas para sempre. Essas professoras que me deram colo, incentivo, explicações, caminhos e muita, muita paciência até a defesa final desta tese. Minha querida orientadora oficial, Professora Maria Ângela Dias, nunca poderei agradecer o suficiente pela sua mão estendida, bem como por me ensinar que orientador não precisa ser especialista em tudo, antes, precisa sim ter firmeza, empatia e vocação para o ensino. Minha querida orientadora extraoficial, minha pequenina e grande professora Ethel Pinheiro, releio o que escrevi e a reconheço em inúmeros trechos. Ethel me abriu portas para outros olhares, pensamentos e caminhos dentro da minha própria especialidade. Ajudou a tirar o pé do chão e sair da minha zona de conforto técnico e racional, caminho sem volta esse... Duas professoras gentis, inspiradoras, admiráveis e que me servirão de exemplo para sempre.

Aos queridos Fábio Bitencourt, Elza Costeira e Roberto Almendra, agradeço por dividirem suas histórias e conhecimento sobre os hospitais e pelo seu carinho de sempre.

À minha colega de curso Márcia, pela parceria, por todas as risadas que demos juntas e pelo apoio mútuo nas longas conversas sobre os percalços ao longo destes quatro anos.

Ao Israel Oliveira, por todas as vezes que escrevi maluquices na madrugada para desabafar e recebi em troca amor, apoio, muito riso e bilhetes de resposta ao nascer do dia, gritando e atestando que não sou uma pessoa normal. Nem tento.

Ao Igor Baptista Pinheiro, por todas as vezes em que veio em meu socorro, para domar meu computador problemático, instalar programas, resolver pepinos, comer bolo de chocolate, bater altos papos nerd sobre filmes e ser um grande amigo.

Para Renatinha Pascoal, minha flor, agradeço por dividir experiências, dicas, incentivo, fé, profissionalismo e o amor imenso que temos em comum pela área da saúde. Sigamos em frente minha enfermeira doutora! Temos muito o que fazer...

A Luiz Carlos Moreno de Andrade e à CGAD/DGHMS-RJ, por sempre ter apoiado e incentivado minhas solicitações de cursos, pós-graduação, doutorado, palestras. Chefes que respeitam e incentivam profissionalmente seus subordinados são fundamentais.

Ao Departamento de Gestão Hospitalar no Rio de Janeiro, pelo incentivo ao aprimoramento profissional através da liberação do tempo necessário para o curso de doutorado.

Finalmente, quero agradecer a uma grande amiga, que foi embora desta vida no dia seguinte à defesa desta tese, mas que nunca sairá do meu coração e da minha vida. Meu exemplo de profissional ética, correta, justa e humana. O que faço de certo aprendi com ela, de errado é culpa minha. Minha querida irmã Vera Argyros, que a próxima jornada nos guarde encontros tão especiais quanto o que tivemos nesta.

"O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001"

"This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001"

Vida que nasce
Vida que vira mundo
Mundo, que vida menina.

Menina que ama.
Menina que vira mulher.
Mulher, que mundo.

Mulher que floresce.
Mulher que vira vida.
Vida que nasce.

Vida que vira mundo.

(PAULA PEDREIRA, 2016)

SUMÁRIO.

| | |
|--|-----|
| SIGLAS E ABREVIATURAS..... | xiv |
| ILUSTRAÇÕES..... | xv |
| TABELAS..... | xx |
| GRÁFICOS..... | xxi |
| 1. INTRODUÇÃO..... | 1 |
| 2. AMBIÊNCIA..... | 11 |
| 2.1 Ambiência – estudos relacionados..... | 17 |
| 2.2 Ambiência em unidades de atenção à saúde..... | 23 |
| 2.3 Aspectos da ambiência considerados para a pesquisa..... | 29 |
| 3 ASPECTOS DOS AMBIENTES DE NASCER..... | 51 |
| Interlúdio sobre o parto..... | 53 |
| 3.1 Arquitetura do lugar de nascer - legislação e normatização..... | 56 |
| 3.2 Lugares de nascer no Brasil – em busca da dimensão humana..... | 62 |
| 3.3 Os Centros de Parto Normal..... | 76 |
| 4 METODOLOGIA E MÉTODOS..... | 103 |
| 4.1 Delineamento da pesquisa qualitativa..... | 106 |
| 4.2 Delineamento da pesquisa quantitativa - Instrumentos e operacionalização da coleta de dados..... | 108 |
| 4.3 ASPECT - A Staff and Patient Environment Calibration Toolkit..... | 110 |
| 4.4 Ambientes de investigação..... | 118 |
| 4.5 Aspectos éticos..... | 147 |
| 5 ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS..... | 149 |
| 5.1 Avaliação dos dados - Casa de Parto David Capistrano Filho..... | 153 |
| 5.2 Avaliação dos dados - H.M. Maria Amélia Buarque de Hollanda..... | 174 |
| 6 CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES..... | 203 |
| 6.1 Resultados e recomendações:..... | 207 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 216 |

| | |
|---|-----|
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 228 |
| ANEXOS..... | 246 |
| Anexo 1 - Principais seminários e conferencias de pesquisa sobre ambiência realizados na última década..... | 248 |
| Anexo 2 - Principais workshops sobre ambiência realizados na última década. | 250 |
| Anexo 3 - Congressos Internacionais sobre ambiência realizados na última década..... | 252 |
| Anexo 4 - Efeitos ambientais sobre a saúde e o bem-estar | 254 |
| Anexo 4 cont. - Efeitos ambientais sobre a saúde e o bem-estar | 256 |
| Anexo 5 - Principais programas e normativas brasileiros relacionados a maternidades e centros obstétricos..... | 258 |
| Anexo 6 - Principais projetos e Portarias do ministério da Saúde para incentivar a humanização do Parto e Nascimento entre os anos de 1996 e 2000. | 260 |
| Anexo 7 - Composição física mínima dos Centros de Parto Normal..... | 262 |
| Anexo 8 - Formulários da pesquisa de campo | 264 |
| Anexo 9 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)..... | 295 |
| Anexo 9 cont. - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)..... | 296 |

SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|-------------|--|
| ANS | Agência Nacional de Saúde Suplementar |
| ANVISA | Agência nacional de Vigilância Sanitária |
| CGBP | Casa da Gestante, Bebê e Puérpera |
| CNRS | <i>Centre National de Recherche Scientifique</i> |
| CPN | Centro de parto Normal |
| CREMERJ | Conselho Regional de medicina do Rio de Janeiro |
| EAS | Estabelecimentos de Assistência à Saúde |
| FAU | Faculdade de Arquitetura e Urbanismo |
| GDRI | <i>Groupement de Recherche International</i> |
| HUMANIZASUS | Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS |
| MS | Ministério da saúde |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana de saúde |
| PNHAH | Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar |
| PPA | Programa Parto Adequado |
| PPP | Pré-parto, Parto e Puerpério |
| PROARQ | Programa de Pós-Graduação em Arquitetura |
| RDC | Resolução da Diretoria Colegiada |
| REHUNA | Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento |
| SMS/RJ | Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro |
| UCINCO | Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional |
| UFRJ | Universidade Federal do Rio de Janeiro |
| UTIN | Unidade de Terapia Intensiva Neonatal |

ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Exemplo de Cenestesia | 15 |
| Figura 2 - Exemplo de Sinestesia..... | 15 |
| Figura 3 - Exemplo de Sinestesia..... | 15 |
| Figura 4 - Exemplo de Cenestesia..... | 15 |
| Figura 5 - Referência ao colóquio “Ambiências Compartilhadas” – publicação do Ambiances. Net sobre o evento | 23 |
| Figura 6 - Diagrama da Ambiência na PNH | 26 |
| Figura 7 - Eixos Norteadores da Ambiência | 26 |
| Figura 8 - Exemplos de invasão do espaço pessoal de pacientes em ambientes de saúde. | 31 |
| Figura 9 - Exemplos de invasão do espaço pessoal de pacientes em ambientes de saúde. | 31 |
| Figura 10 – Elementos de controle do ambiente – controle de equipamentos | 33 |
| Figura 11 – Elementos de controle do ambiente – acesso ao meio externo | 34 |
| Figura 12– Pacientes internados em áreas hospitalares inadequadas | 37 |
| Figura 13- Individualização de espaço nos boxes de atendimento – sala de observação masculina e sala amarela - setor de emergência - Hospital Federal de Bonsucesso – RJ..... | 38 |
| Figura 14 – Ambientes hospitalares lotados, dificultando o estabelecimento de território e o exercício dos processos de trabalho..... | 41 |
| Figura 15- – Ambientes hospitalares que favorecem a territorialidade..... | 41 |
| Figura 16– Receptores do sistema nervoso | 43 |
| Figura 17– Filtragens diversas dos estímulos | 44 |
| Figura 18- Ambientes para alojamento de mães e puérperas | 69 |
| Figura 19- Ambientes para alojamento de mães e puérperas | 69 |
| Figura 20- Exemplo de quarto para alojamento de Casas de gestantes, bebês e puérperas com quatro camas. | 70 |
| Figura 21 - Acomodações do Centro de Parto Natural – Hosp. Albert Einstein – SP | 72 |
| Figura 22– Componentes da Rede Cegonha | 74 |
| Figura 23 – Linha de cuidado da gestante e do recém-nascido..... | 75 |
| Figura 24- Fluxograma da parturiente – RDC nº 36/ANVISA..... | 80 |
| Figura 25- Maquete eletrônica do Centro de Parto Normal referência, fornecido pela área Técnica da Saúde da Mulher – HumanizaSUS – Ministério da Saúde..... | 81 |
| Figura 26 – Layout projetado para o Centro de Parto Normal referência da área Técnica da Saúde da Mulher – HumanizaSUS – Ministério da Saúde | 82 |
| Figura 27 – Modelo de Projeto para Centro de Parto normal | 85 |
| Figura 28 – Modelo de Projeto para Centro de Parto normal | 85 |

| | |
|--|-----|
| Figura 29 – Modelos de Projeto para Centro de Parto normal..... | 86 |
| Figura 30 – Modelos de Projeto para Centro de Parto normal..... | 86 |
| Figura 31 – Modelos de Projeto para Centro de Parto normal..... | 87 |
| Figura 32- Exemplos de Quartos PPP - Hospital Sofia Feldman - Belo Horizonte – MG | 90 |
| Figura 33- Exemplos de Quartos PPP - Centro de Parto Normal do Hospital Regional Tibério Nunes – Floriano/PI..... | 91 |
| Figura 34- Modelos de quarto PPP - HumanizaSUS/MS | 92 |
| Figura 35- Modelos de quarto PPP - HumanizaSUS/MS | 92 |
| Figura 36- Modelos de quarto PPP – projetos de graduação. | 93 |
| Figura 37- Modelos de quarto PPP – projetos de graduação. | 93 |
| Figura 38 - Modelos de quarto PPP – projetos de graduação | 94 |
| Figura 39 - Modelos de quarto PPP – projetos de graduação. | 94 |
| Figura 40 - Diagrama que apresenta os aspectos avaliados pelo “AEDET” | 109 |
| Figura 41 – Fachada principal da Casa de parto David Capistrano Filho..... | 119 |
| Figura 42– Convite de inauguração da Casa de parto David Capistrano Filho | 120 |
| Figura 43– Implantação - Casa de Parto David Capistrano Filho..... | 123 |
| Figura 44– Implantação - Casa de Parto David Capistrano Filho..... | 124 |
| Figura 45 – Planta baixa - Casa de Parto David Capistrano Filho – configuração em 2018 .. | 124 |
| Figura 46 - Ambientes da Casa de Parto - Equipamentos do serviço de esterilização, vista do abrigo de resíduos, sala de roupa limpa e vista interna do abrigo de resíduos. .. | 126 |
| Figura 47– Implantação - Casa de Parto David Capistrano Filho - Projeto para reforma – 2009 | 126 |
| Figura 48– Implantação - Casa de Parto David Capistrano Filho - Projeto para reforma – 2009 | 127 |
| Figura 49 – Fachada principal do Hospital Maternidade Maria Amélia B. de Hollanda..... | 128 |
| Figura 50 – Convite de comemoração do primeiro aniversário – HMMABH | 129 |
| Figura 51– A antiga Maternidade da praça XV | 130 |
| Figura 52– HMMABH - Vistas da construção - Rua Moncorvo Filho – agosto e novembro de 2011 | 130 |
| Figura 53 – HMMABH - Fachada principal e Área da recepção finalizadas – julho de 2012 | 131 |
| Figura 54– HMMABH - Cozinha e refeitório finalizados – julho de 2012 | 131 |
| Figura 55 – HMMABH - Enfermaria 301 e seu respectivo banheiro anexo– julho de 2012.. | 131 |
| Figura 56– Maternidade Maria Amélia – Implantação - Projeto executivo original, ainda com o nome de Maternidade Oswaldo Nazareth (2003) | 133 |
| Figura 57– Implantação atual do HMMABH | 134 |
| Figura 58– Recepção e hall principal – HMMABH | 135 |
| Figura 59- Alteração de áreas no pavimento térreo – HMMABH..... | 135 |

| | |
|---|-----|
| Figura 60 – Corredor do ambulatório – HMMABH | 135 |
| Figura 61 - Maternidade Maria Amélia– Pavimento Térreo | 135 |
| Figura 62 – Acesso de serviço – HMMABH..... | 138 |
| Figura 63 – Fachada de fundos, acesso de serviço e pátio compartilhado com o HMSA | 138 |
| Figura 64– Enfermarias de internação – 2º pav. – HMMABH..... | 139 |
| Figura 65 - Maternidade Maria Amélia– 2º pavimento | 139 |
| Figura 66– Terraço descoberto e varanda lateral – 3º pav. – HMMABH..... | 141 |
| Figura 67- Maternidade Maria Amélia– 3º pavimento | 141 |
| Figura 68 - 4º pavimento HMMABH – enfermarias Canguru..... | 143 |
| Figura 69- Maternidade Maria Amélia– 4º pavimento HMMABH..... | 143 |
| Figura 70 - 4º pavimento HMMABH – Unidades Neonatais | 145 |
| Figura 71 - 4º pavimento HMMABH – centro cirúrgico obstétrico e CPN..... | 147 |
| Figura 72– Pacientes, acompanhantes e profissionais – parto e pós-parto no quarto PPP. | 159 |
| Figura 73– Plano de Parto de paciente – Casa de Parto..... | 160 |
| Figura 74– Reuniões de grupo e criação de vínculos - Casa de Parto | 161 |
| Figura 75 - Acolhimento, clima, ambiente – Casa de Parto | 161 |
| Figura 76 - Acolhimento, clima, ambiente – Casa de Parto | 161 |
| Figura 77 – Vista externa e iluminação natural | 162 |
| Figura 78 – Área externa – jardins – Casa de Parto..... | 163 |
| Figura 79 – Área externa – acessos e entorno..... | 165 |
| Figura 80 – Aparência interna – ambientação | 167 |
| Figura 81– Banheiros de quarto PPP | 168 |
| Figura 82– Confraternizações na Casa de Parto | 169 |
| Figura 83– Bancada de anotações e prontuários..... | 171 |
| Figura 84– Bancada de anotações e prontuários..... | 171 |
| Figura 85– Cozinha/copa e refeitório compartilhados por todos os usuários | 171 |
| Figura 86– Entorno da Casa de Parto | 173 |
| Figura 87 – Rampa de acesso existente na entrada principal..... | 174 |
| Figura 88– Proveniência das pacientes entrevistadas - HMMABH..... | 176 |
| Figura 89– Enfermarias compartilhadas – HMMABH..... | 182 |
| Figura 90– Equipamentos de apoio para pacientes e acompanhantes..... | 183 |
| Figura 91– Janelas das enfermarias | 184 |
| Figura 92 – Varanda externa e vista do entorno – HMMABH | 185 |
| Figura 93 – Hall de elevadores do 2º e 3º pavimentos – HMMABH | 186 |
| Figura 94 – Área externa – jardins..... | 186 |
| Figura 95 – Quarto PPP – HMMABH..... | 187 |
| Figura 96 – Sinalização e programação visual – HMMABH | 189 |

| | |
|--|-----|
| Figura 97 – Sinalização e programação visual – HMMABH | 190 |
| Figura 98– Aparência interna – ambientação | 191 |
| Figura 99– Área de deambulação – CPN..... | 192 |
| Figura 100– Banheiro da área de deambulação compartilhando espaço com armários da equipe de limpeza – CPN | 193 |
| Figura 101– Banheiro do quarto PPP – CPN..... | 194 |
| Figura 102– Banheiro do quarto PPP – CPN..... | 194 |
| Figura 103– Banheiro de acompanhantes – Internação | 195 |
| Figura 104– Quarto de plantão das unidades neonatais – Internação | 197 |
| Figura 105– Área de utilizada para repouso do plantão de enfermagem – CPN | 197 |
| Figura 106 – Área de conforto e guarda de pertences da enfermagem – CPN | 198 |
| Figura 107– Principais acessos por transporte público – HMMABH | 200 |
| Figura 108 – Área de admissão – HMMABH | 201 |

QUADROS

| | |
|---|-----|
| Quadro 1- Grupos de pesquisa em Ambiência do GRDI | 20 |
| Quadro 2- Fatores que interferem na percepção da privacidade em ambientes hospitalares | 39 |
| Quadro 3 - Distribuição dos sentidos e valores subjetivos no processo de sentir, querer e pensar. | 46 |
| Quadro 4: Recomendações gerais sobre inserção de Tecnologia para ambientes de parto e nascimento. | 58 |
| Quadro 5: Práticas comuns na condução do parto normal. | 59 |
| Quadro 6 - Exigências para adequação da ambiência nos serviços de obstetrícia e neonatologia – itens que afetam diretamente a organização espacial e infraestrutura necessária. | 66 |
| Quadro 7 - Exigências para adequação da ambiência nas Portas de Entrada dos Serviços de Obstetrícia..... | 67 |
| Quadro 8 – Exigências para adequação da ambiência nos Alojamentos Conjuntos dos Centros Obstétricos | 67 |
| Quadro 9 – Cadastro no CNES da Casa de Parto David Capistrano Filho – RJ. | 78 |
| Quadro 10 – Benefícios da presença do acompanhante no processo de parto. | 100 |
| Quadro 11 – Relação dos itens pontuados nos formulários x Cartilha da Ambiência x atributos considerados para a pesquisa. | 152 |
| Quadro 12 – Parâmetro Populacional da Portaria nº 650/2011 | 207 |

TABELAS

| | |
|--|-----|
| Tabela 1– Número de quartos PPP mínimo para os CPNs em função do número de partos realizados por mês/ano. | 79 |
| Tabela 2 – Participantes da pesquisa de campo – Casa de Parto David Capistrano Filho | 153 |
| Tabela 3 – Média de pontuação por categoria/participante – Casa de Parto..... | 155 |
| Tabela 4 – Sumário dos resultados por categoria – Casa de Parto..... | 156 |
| Tabela 5 – Média de pontuação por categoria/participante observando o desvio padrão | 157 |
| Tabela 6 – Participantes da pesquisa de campo – HMMABH | 175 |

GRÁFICOS

| | |
|--|-----|
| Gráfico 1– Resultados por categoria – Casa de Parto David Capistrano Filho..... | 157 |
| Gráfico 2– Resultados por categoria – H. Maternidade Maria Amélia B. de Hollanda. | 179 |

1. INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Pode-se dizer que projetamos no positivo, construímos no positivo, mas vivemos no espaço negativo. O aspecto dos edifícios foi destacado, ressaltado, elevado ao primeiro plano, tornando-se secundários os sentimentos, as aspirações qualitativas e psicológicas dos usuários. (OKAMOTO, 2002)

A experiência de mais de dezessete anos, vivendo, discutindo e estudando hospitais, evidencia para a pesquisadora a questão recorrente de verificar projetos que não atendiam às necessidades do trabalho fim que seria executado nos ambientes de saúde projetados ou às necessidades dos pacientes e profissionais que vivenciavam tais ambientes, muitas vezes inviabilizando a construção, gerando a necessidade de outro projeto ou de inúmeras alterações. Nestas ocasiões sempre surgem questionamentos sobre a situação ser diferente caso as pessoas envolvidas no funcionamento da área discutida, de alguma forma, fossem ouvidas antecipadamente, durante o processo de planejamento dos ambientes, evitando a clássica resposta dada nas discussões sobre o porquê da necessidade de alterações: “Não funciona assim.” Obviamente, o processo colaborativo e coletivo para discussão, planejamento e elaboração de projetos para ambientes de assistência à saúde não é uma constante e, ainda menos é um processo fácil, dadas as características destes ambientes e dos atores envolvidos em sua utilização. A resposta de que o funcionamento é diferente do planejado, muitas vezes serve de desculpa para a tentativa de certificar processos de trabalho equivocados através da arquitetura, somente porque são realizados assim “desde sempre”, ou mesmo porque alterar significa interferir em territórios já estabelecidos previamente, sobre quais os “proprietários” não abrem mão do controle. A discussão coletiva é uma maneira de expor situações como estas e qualificar os espaços em prol da realização do serviço e de todos os usuários dos ambientes.

Ao projetarmos uma casa, conversamos longamente com seus donos e futuros habitantes, questionamos sobre suas expectativas, o número de quartos necessários, o tamanho ideal da cozinha, as atividades de lazer a serem inseridas, as cores prediletas para as paredes, às aspirações e desejos desse cliente, para tal casa. Projetar uma casa remete a conhecer a personalidade, aspirações de seus donos. É maior que meramente seguir a normativa estabelecida pelo Código de Obras regional. É dar a um espaço construído, a possibilidade de transforma-se em um lugar de viver, através da captação dos desejos e sonhos de seus proprietários/donos/usuários. Guardando-se as proporções óbvias, uma vez que este estudo trata de ambientes de saúde destinados ao parto e nascimento, a necessidade destas perguntas permanece, potencializada pelo fato de que tratar-se de ambientes complexos, no uso e na gama de sensações e sentimentos que englobam as atividades neles exercidas. Quais são as expectativas, pensamentos e saberes dos sujeitos que vivenciam estes ambientes e de que forma interferem em sua percepção sobre tais espaços? Ou ainda, como estes espaços interferem em sua experiência com o ambiente de saúde e o cuidado prestado?

Cada local possui e caracteriza-se por uma ambiência que lhe é própria, determinada por todos os fatores visíveis e invisíveis, que se articulam diariamente, definindo sua identidade, seu “clima” e as sensações que ocasiona nos sujeitos. Esta ambiência se compõe através dos “aspectos físicos, culturais, sociais, de uso e de temporalidade, dentre outros, muitos dos quais operam de modo inconsciente” (ELALI, 2009). Estes fatores unidos determinam a ambiência de cada local e influenciam diretamente o comportamento, a relação e a experiência destes indivíduos, bem como sua experiência com os ambientes.

Trazendo este significado do conceito de ambiência, para o pensamento das edificações de atenção à saúde, de uma forma geral e para os ambientes de nascer, especificamente, verifica-se a necessidade em identificar atributos sensíveis, que possam ser considerados como intervenientes na percepção dos sujeitos relativos a estes ambientes, podendo direcionar o resultado da experiência dos usuários em relação aos espaços vivenciados e com a experiência do cuidado prestado/recebido. Tais atributos podem ser considerados, em conjunto com os aspectos físicos que determinam as soluções de projeto, ou mesmo direcionar tais soluções, de forma a levar em conta os aspectos subjetivos que influenciam a percepção dos sujeitos que irão utilizar seus ambientes. Conforme afirma Bestetti (2014) é necessária uma análise das condições do ambiente percebidas pelos usuários, além dos aspectos relativos à composição e programação, uma vez que estes são capazes de “interagir com o ambiente imediato por meio dos sentidos”. A percepção espacial é fundamental no estabelecimento de parâmetros que orientem, proporcionem conforto e qualidade dos ambientes, propiciando o protagonismo dos sujeitos que com eles interagem.

Esta pesquisa verificou que há outros componentes, além dos determinados no conceito de ambiência em saúde estabelecido pelo Ministério da Saúde em sua Cartilha de Ambiência, que podem ser considerados na composição dos ambientes destinados ao parto. Para isto, incorporou os estudos sobre ambiência atualmente realizados por instituições tais como: o Laboratório de Arquitetura Subjetividade e Cultura, da UFRJ e CRESSON (*Centre de Recherche sur l'Espace Sonore et l'Environnement Urbain*) da Universidade de Grenoble (*l'École Nationale Supérieure d'Architecture de Grenoble – ENSAG*) na França, dentre outros. Foram destacados alguns dos aspectos/atributos sensíveis considerados como fundamentais para a percepção da ambiência e levada em conta sua relação com os aspectos projetuais estabelecidos pela legislação específica, com ambientes já edificados com a mesma função e a percepção dos diversos sujeitos em relação a tais ambientes.

A própria complexidade e diversidade das edificações de saúde tornou necessária a aplicação de um recorte para a realização deste estudo, de forma a tornar possível o exercício da pesquisa e a obtenção de resultados aplicáveis. O recorte estabelecido como objeto de estudo, para avaliação da ambiência nos espaços de nascer, foram os Centros de Parto Normal (CPN). A fim de ilustrar este recorte, foram utilizados como estudos de caso dois centros de parto na cidade do Rio de Janeiro, ambos com histórico de referência no atendimento ao parto natural. O primeiro estudo de caso acontece em um CPN intra-hospitalar, localizado no Hospital maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda. O segundo estudo de caso acontece em um CPN peri-hospitalar, cuja configuração física e, neste caso, também a unidade de saúde, é mais conhecida como “Casa de Parto”, a Casa de Parto David Capistrano Filho.

A escolha deste objeto de estudo deveu-se também à complexidade nele encerrada, uma vez que os “lugares de nascer” (BITENCOURT, 2007) 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. Os lugares de nascer, 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.

Podem ser encontrados, atualmente, diversos estudos relacionados ao conceito de ambiência, em campos diversos tais como a psicologia ambiental, a antropologia e a arquitetura, dentre os quais foram já identificados elementos também diversos, que interferem diretamente com as 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. Ainda assim, 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 de seus usuários, no que se refere a propiciar ambiências nas quais sejam considerados estes elementos que influenciam a percepção dos espaços e os aspectos subjetivos que influenciam seus usuários. O modelo de CPN peri-hospitalares é um modelo muito mais próximo, em termos de ambiência, não somente do que é proposto pelas discussões sobre a humanização do parto e a própria normatização e recomendações relativas a esta política e ao que preconiza a cartilha institucional de Ambiência em saúde, mas este também é, justamente, o modelo menos reconhecido e utilizado, dependendo da interpretação dos gestores de cada localidade, além de vivenciarem em constante questionamento sobre a ausência de médicos em suas equipes de trabalho. Temos, portanto, 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, que 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 em uma estrutura física adequada, resulta em experiências muito positivas nos usuários, no trabalho realizado, na convivência, protagonismo e na experiência positiva do parto para as mulheres e suas famílias.

Problema

O problema principal, que tenta ser respondido por esta pesquisa é identificar quais os principais intervenientes relativos à ambiência passíveis de serem considerados e percebidos nos Centros de Parto Normal, levando-se em conta os aspectos subjetivos envolvidos na análise destes espaços, considerando a complexidade e a singularidade inerentes ao parto e nascimento, de maneira que os resultados possam ser sistematizados e aplicados na qualificação do projeto arquitetônico.

Dentre as singularidades estão as dimensões, tangíveis e intangíveis, que afetam diretamente os sujeitos envolvidos nas situações relativas ao parto, bem como os intervenientes normativos, administrativos, assistenciais, culturais e sociais envolvidos. Os resultados deste estudo servem como ferramenta de suporte para avaliação e concepção de projetos dos ambientes direcionados ao parto, especificamente, mas

também podem orientar pesquisas e avaliações voltadas para a qualificação de outras tipologias de ambientes de saúde.

O projeto de ambientes de saúde é geralmente executado de forma extremamente direcionada pelas diversas legislações pertinentes à tipologia de serviços prestados nestes locais, bem como à cultura de relações extremamente hierarquizadas historicamente, seja pela própria relação do saber médico em relação ao cuidado, colocando estes profissionais em posição de destaque na área da saúde, seja pelas políticas e relações administrativas e financeiras ligadas à área. O fato das edificações destinarem-se ao exercício de atividades voltadas aos cuidados e manutenção da saúde, unicamente, já serviria de fator para “engessar” o processo de elaboração das soluções arquitetônicas, uma vez que os existem predeterminações normativas que não podem ser ignoradas e que, muitas vezes, limitam decisões arquitetônicas em relação a diversos setores localizados em edificações de saúde. Da mesma forma que as restrições normativas, a cadeia hierárquica tradicional, partindo desde os gestores, encarregados do cuidado, demais trabalhadores, pacientes e acompanhantes, estabelece uma linha direta de “saberes” e “posições” sobre a qual são baseadas as decisões projetuais para estes ambientes, da qual geralmente não participam todos os indivíduos que vivem e utilizam os espaços. Conforme explicitado por Brasil (2010), existem preconceitos referentes à concepção de espaços de saúde que muitas vezes refletem uma cultura social dominante, em que as decisões são pautadas nas regras e normas padronizadas, sem o necessário estudo do cotidiano da instituição dos que nela transitam. É necessário considerar que os espaços de saúde têm, também, peculiaridades que se dão pelas rotinas estabelecidas pelos usuários e pelos trabalhadores, as diferentes redes sociais que acolhem, as diferenças regionais, religiosas e étnicas, além de se conhecer os valores e os costumes da comunidade onde tal unidade de saúde está inserida (BRASIL, 2010).

Todos estes fatores interferem na “ambiência” e influenciam a percepção dos indivíduos que se utilizam, de alguma forma, destes ambientes, bem como na apropriação ou não dos espaços, no significado e na memória que farão parte da assimilação por parte destes indivíduos, seja de forma positiva ou negativa. Se considerarmos que espaços de saúde são, essencialmente, elaborados e destinados ao cuidado e à recuperação da saúde, bem como as diversas teorias e estudos sobre a influência do ambiente no tratamento de pacientes, torna-se ainda mais fundamental entender de que forma a ambiência das unidades de saúde tem função fundamental, não somente de forma geral para todos os que nelas trabalham, mas, principalmente, para aqueles que delas precisam para receberem tratamento e cuidados.

Hipótese

Se as teorias sobre a humanização da arquitetura para a saúde buscam trazer de volta a dimensão humana aos edifícios destinados ao cuidado e, se a ambiência trata justamente dos aspectos relativos à sensibilidade, afetividade, reconhecimento e apropriação dos indivíduos destes ambientes, ambas se juntam (ou deveriam) formando um dueto relativo à criação de ambientes de cuidados da saúde que são pensados e “sentidos” como adequados à dimensão humana. Ou seja, os ambientes pensados para o nascimento, exemplo deste estudo, devem proporcionar aos indivíduos que os frequentam, sensações de adequação, reconhecimento e pertinência relativos ao tipo de cuidado a que se destinam: o parto e nascimento, a chegada de um novo ser ao mundo.

Pensando-se desta forma, os espaços oriundos dos estudos sobre como seria o ambiente ideal para o momento do parto, deveriam atender a todos os seus usuários (mãe, pai, bebê, profissional de saúde), de forma que possam sentir-se agraciados pelo ambiente projetado, em relação ao processo/função a que este se destina para cada um: parir, nascer, assistir, auxiliar. A estrutura dos Centros de Parto Normal (CPN) é preconizada pelo HumanizaSUS, como um modelo arquitetônico que consegue sistematizar e fornecer a possibilidade da aplicação prática das teorias e recomendações sobre o parto humanizado. Mas será pertinente a criação de uma “receita ideal”? Ela efetivamente funciona? O CPN é realmente o local mais adequado, em todos os aspectos, para um parto humanizado?

Neste estudo específico, o recorte de avaliação foram dois Centros de Parto Normal, o primeiro deles está inserido em um importante hospital maternidade, o segundo é a única casa de parto existente na cidade do Rio de Janeiro. Única, ainda que este seja o modelo preferencial de local de nascimento, descrito por quase toda a literatura relativa à humanização do parto no país. Em ambos os locais de estudo foram feitas observações similares e aplicados os mesmos formulários de avaliação sobre os ambientes, para observação dos resultados referentes à ambiência percebida pelas mulheres, seus acompanhantes e por trabalhadores dos CPNs estudados.

Nas últimas décadas aconteceram importantes avanços para a qualificação dos processos e ambientes relativos ao parto, com foco na humanização do cuidado, o resgate do protagonismo para a mulher e o bebê, bem como para qualificação dos ambientes a ele destinados. Contudo, os estudos realizados comprovaram a hipótese de que, *ainda que o conceito de ambiência empregado na área de saúde ainda não consegue abarcar todas as vertentes das relações que os sujeitos envolvidos no processo de parto/nascimento estabelecem com os ambientes, influenciando diretamente em sua identificação e interferindo na experiência com o lugar.*

Pensando-se desta forma, o conceito institucional de ambiência em saúde pode ser ampliado além da confortoabilidade, da utilização do espaço como ferramenta para facilitar o processo de trabalho e a produção de subjetividades, somente de forma relativa ao pensar o espaço através da experiência profissional. O conceito pode absorver também os aspectos fisiológicos, antropológicos e culturais que influenciam diretamente a percepção, a identificação e a apropriação de todos os usuários em relação aos ambientes.

Justificativa

Verifica-se nos estabelecimentos de saúde, mais comumente na área pública, grande dificuldade para formalizar processos de discussão para as diversas intervenções arquitetônicas, seja em espaços para atenção à saúde (EAS) existentes, seja para a implantação de novos serviços e instalações, que considerem a participação dos diversos usuários envolvidos na utilização de tais espaços e serviços assistenciais. Em sua maior parte, tais definições são formuladas e direcionadas de forma verticalizada, quase sempre determinadas por interesses da gestão ou da política, interna ou externa. De uma forma geral, as discussões são limitadas às lideranças médicas e administrativas, em conjunto com arquitetos e engenheiros responsáveis pela elaboração de plantas arquitetônicas que buscam somente atender as limitações normativas relativas ao dimensionamento físico, muitas vezes sem considerar os processos de trabalho a serem desenvolvidos nestes espaços, as necessidades pessoais e culturais dos usuários, sua relação com os mesmos

espaços e a forma como estes podem interferir no resultado dos serviços assistenciais prestados.

As edificações de atenção à saúde passaram por várias mudanças ao longo do tempo. Uma delas consiste na priorização da doença como objeto principal de intervenção e, em decorrência disso, o ser humano foi reduzido a uma patologia. Ao se tratar de uma doença, não podemos deixar de lado o doente que a possui; assim, a humanização no âmbito da assistência à saúde se torna essencial, pois ajuda a que o indivíduo seja tratado em sua totalidade. A humanização no tratamento ao doente se trata de um resgate do respeito à vida humana, levando em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais, psíquicas e emocionais (MARQUES; CERQUEIRA e MORAES, 2014).

No que se refere aos aspectos arquitetônicos, a configuração física do “hospital” também passou por diversas mudanças ao longo dos séculos, quase sempre atendendo à necessidade de adaptação a aspectos conjunturais ligados à sociedade, cultura, desenvolvimento do conhecimento, política e governo de cada época. Ao longo da última década, é recorrente na fala de arquitetos especializados em arquitetura hospitalar (TOLEDO, 2006; BITENCOURT, 2007; CARVALHO, 2003), a necessidade de outra virada no pensamento e concepção da arquitetura para a saúde e no pensamento dos projetistas da área, para a evolução do conceito de humanização, para além dos aspectos puramente estéticos e de conforto, passando a considerar também os aspectos relativos ao indivíduo, sua subjetividade, cultura e percepção do espaço, bem como a possibilidade de interferência do espaço no processo de cura, objetivo primordial do hospital, dentre todos os outros. O que preconizam estes estudiosos da arquitetura para a saúde, é que o projeto hospitalar possa considerar, além de todas as limitações e imposições relativas à tecnologia médica e diagnóstica, além das restrições normativas, além da estética formal, a dimensão humana dos sujeitos que vivem e convivem nestes ambientes. Toledo (2006), afirma que as tentativas de humanização foram a primeira reação contrária ao absolutismo do hospital tecnológico, atuando sobre diversos aspectos e graus de abrangência, tais como os estudos relativos à desospitalização e as propostas relativas ao conforto para pacientes e acompanhantes. A esta visão, devemos incorporar também, como usuário do ambiente hospitalar, os profissionais que nele transitam e exercem suas funções diariamente, e que também sofrem influência direta das condições espaciais e ambientais que afetam os demais.

(...) em outro patamar, estariam algumas propostas mais radicais que defendem para a edificação hospitalar a retomada de um papel mais relevante no processo de cura, buscando uma maior integração entre as práticas e procedimentos médicos e os espaços que lhes são reservados. (TOLEDO, 2006, p.20)

Neste sentido, o Ministério da Saúde do Brasil, dentro da Política Nacional de Humanização (PNH), lança o conceito de ambiência, como uma diretriz para a discussão, concepção e execução dos projetos arquitetônicos para os estabelecimentos de saúde, estabelecendo dentro deste conceito a apropriação de diversos atributos a serem considerados na discussão e implementação dos projetos para os mais diversos EAS. Dentre estes atributos estão, obviamente, aqueles relativos à dimensão formal, tangível, perceptível, tais como cor, luz, som, por exemplo, mas existem outros aspectos ligados à necessidade de discussão dos projetos por todos os usuários, em todos os níveis de utilização dos espaços, considerando que seu conhecimento, experiência e vivência possam contribuir para a qualificação destes espaços. A ambiência do MS considera também aspectos tais como a apropriação – se o usuário participa das decisões, ele

tomaria o espaço como seu, pensado por si, de acordo com suas expectativas, agradável, que lhe traga sensação de pertencimento e responsabilidade.

Os estudos relativos a esta tese se iniciaram pelo conhecimento desta ambiência como diretriz governamental e, ao longo de meses foram se ampliando pelo conhecimento de pesquisadores e estudiosos que tratam do conceito de ambiência, em diversas áreas de conhecimento além da arquitetura. Este conhecimento trouxe consigo questionamentos sobre a possibilidade de expansão do conceito institucional dado ao termo, considerando outros aspectos sobre a percepção dos espaços e sobre a aplicação de tais conceitos nos projetos de EAS, com todos os intervenientes relativos às limitações normativas, tecnológicas, administrativas, e políticas, além de outros aspectos ligados à “dominação do saber espacial” pela classe médica e, mais recentemente da enfermagem. Aspectos estes que interferem diretamente, como é de amplo conhecimento dos estudiosos e profissionais que atuam na área, em todos os projetos, desde os mais simples aos mais complexos.

Abraçamos e tentamos descortinar essa tal ambiência, na busca de atributos e que possam auxiliar na compreensão das necessidades e da percepção dos sujeitos, seja qual local da hierarquia hospitalar este ocupe, de forma a qualificar a discussão, o pensamento e a concepção e o projeto, tornando-o mais próximos da dimensão humana perdida lá pelos idos tempos do hospital puramente tecnológico.

Juntaram-se então, a necessidade em avaliar a aplicação dos estudos de ambiência, comparativamente com a diretriz normativa da Cartilha de Ambiência da Política Nacional de Humanização, especificamente nos Centros de Parto Normal. Os CPN foram escolhidos como ambiente ideal para este estudo, justamente pela singularidade do serviço assistencial prestado e por ser considerado um modelo para a humanização do parto. Visamos então verificar a possibilidade de que consigam atingir o ideal do conceito institucional de ambiência, considerando em conjunto os intervenientes e atributos que direcionam a percepção da ambiência.

Objetivo Geral

Compreender a aplicação do conceito de Ambiência nos Centros de Parto Normal/Casas de Parto, através do estudo dos diversos fatores que influenciam as relações pessoa-ambiente, além da avaliação sistematizada dos atributos da ambiência em comparação com a cartilha do Ministério da Saúde, de modo a comprovar a interferência desde conceito na experiência do lugar.

Objetivos Específicos

1. Aprofundar o estudo sobre Ambiências nos espaços de atenção à saúde;
2. Verificar as implicações da ambiência na vivência e a convivência dos usuários dos Centros de Parto Normal, interferindo diretamente na concepção destes espaços;
3. Analisar o material coletado sob o ponto de vista da preocupação com as relações pessoa-ambiente, direta ou indiretamente incorporadas nas propostas arquitetônicas para ambientes de atenção à saúde.

Estrutura da pesquisa

Os resultados do trabalho de pesquisa e as reflexões por ele suscitadas foram sintetizados em um documento, estruturado para apresentação em introdução e cinco capítulos. Os temas tratados nos capítulos estão descritos abaixo.

- O capítulo 1 apresenta a ambiência, tema principal em estudo desta pesquisa, buscando verificar os estudos relativos à ambiência em arquitetura e à ambiência em saúde. Este capítulo percorre os antecedentes de incorporação da ambiência aos conceitos e ferramentas voltados para a humanização dos ambientes de saúde, os pressupostos, os discursos e variações atualmente existentes sobre o tema. Foram destacados atributos das ambiências que possam ser relacionados com questões diretamente ligadas aos ambientes de estudo e que visam auxiliar na compreensão dos aspectos subjetivos que interfiram em questões como o acolhimento, o papel e a presença do acompanhante nas maternidades e as questões ligadas à estadia da mulher nos períodos de pré, parto e pós-parto, todas com implicações relativas ao ambiente construído e à sua percepção por parte dos sujeitos envolvidos, podendo interferir diretamente na qualidade da experiência vivenciada por cada usuário de forma positiva ou negativa em função da ambiência percebida.

- O capítulo 2 é dedicado ao desenvolvimento dos ambientes relacionados ao nascimento no Brasil, passando pela legislação pertinente e o contexto social/histórico/assistencial que direcionou a necessidade de que fossem estabelecidas normas específicas e padrões para a arquitetura direcionada a este serviço assistencial. Foram também introduzidas neste capítulo, as discussões sobre as boas práticas no parto, estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde, as políticas do Ministério da Saúde do Brasil para o mesmo tema, e a correlação entre ambas, traduzindo-se na normatização para estes ambientes de saúde especificamente. São apresentadas as tipologias de espaços de nascer normatizados no Brasil, desde as maternidades e centros obstétricos, instalações complementares como as Casas de Gestantes, Bebês e Puérperas, e finalmente os Centros de Parto Normal e suas características, além de políticas de grande importância, relativas à humanização do parto que interferem diretamente no dimensionamento das edificações, tais como a Rede Cegonha e o Método Canguru.

- O capítulo 3 apresenta os materiais e métodos utilizados para a pesquisa de campo e caracteriza os objetos de estudo, apresentando seu histórico, estrutura física instalada, infraestrutura e suas características arquitetônicas.

- O capítulo 4 apresenta os resultados da pesquisa de campo, as dificuldades observadas durante o processo de realização da pesquisa, as discussões e conclusões resultantes;

- O capítulo 5 apresenta as considerações sobre os resultados da pesquisa, a partir da avaliação dos ambientes de estudo, as discussões e conclusões resultantes, referenciadas na aplicação dos conceitos e estudos relativos à ambiência.

2. AMBIÊNCIA

AMBIÊNCIA

O capítulo 2 apresentará o conceito de Ambiência em várias vertentes. O capítulo parte das definições estabelecidas para o termo e para o conceito e apresenta o histórico dos estudos sobre as ambiências, desde a década de 1970 até os dias atuais, bem como os principais grupos de estudo sobre o tema, no Brasil e no mundo. Em seguida apresenta o conceito de ambiência em

saúde, a Diretriz Ambiência do Ministério da Saúde e os aspectos da ambiência considerados para aplicação nesta pesquisa.

As ações que buscam proporcionar a melhoria das condições dos estabelecimentos de assistência à saúde podem contribuir com a qualificação dos processos de trabalho, através do aperfeiçoamento do “desempenho dos profissionais envolvidos, bem como dos usuários desse sistema” (Mallin, 2013), propiciando condições para auxiliar a recuperação da saúde.

A participação dos usuários nos processos de planejamento é defendida como um meio de propiciar tal humanização, utilizando-se para isso, de diversas ferramentas já estabelecidas para pesquisa, tais como: formulários, enquetes, entrevistas, mapas cognitivos, entre outros. Carvalho (2014) afirma que a delimitação dos espaços em uma edificação de saúde é resultado de uma “ação conjunta”, que exige a participação e a responsabilidade de cada membro da equipe de trabalho, referindo-se aos profissionais envolvidos nos projetos. Pode-se ampliar este conceito estabelecendo a necessidade de participação destas ações conjuntas, tanto dos profissionais que atuam nas diversas áreas das edificações de saúde, mas também dos seus demais usuários.

As ações relativas à humanização da edificação hospitalar são assunto de inúmeros estudos acadêmicos e técnicos ao longo das últimas duas décadas, bem como de políticas públicas, no Brasil, voltadas para iniciativas neste sentido. No ano de 2006 o Ministério da Saúde lançou a Cartilha de Ambiência, estabelecendo-a como uma diretriz da humanização na busca pela qualificação do processo de projeto. Esta diretriz deve funcionar como uma ferramenta de qualificação do processo de projeto, e considera que Ambiência seja o “tratamento” dado ao espaço físico, no qual entende que ocorram relações pessoais, profissionais e interpessoais. Segundo este conceito o espaço deve ser acolhedor e humano, ao proporcionar conforto e privacidade e deve ser resolutivo, ao permitir a realização dos processos de trabalho assistenciais. Ainda assim o mesmo espaço deve ser projetado “além da composição técnica” ao considerar o que chama de produção de subjetividades, ao incentivar discussões coletivas sobre o planejamento dos espaços, em busca da contribuição proveniente das experiências e conhecimentos destes profissionais, o que teoricamente também qualificaria o exercício dos processos de trabalho. Na área da Saúde, então, o conceito de Ambiência, tem interpretação quase completamente voltada aos aspectos espaciais e construtivos dos ambientes.

No entanto, discussões sobre Ambiência se multiplicam através dos estudos de pesquisadores de áreas como arquitetura e psicologia ambiental desde a década de 1970. Tais pesquisas se voltam para a apreensão dos aspectos relativos à subjetividade dos usuários, às possibilidades de sua interferência na compreensão e nas reações de interação entre os indivíduos e o espaço construído.

A Ambiência é o fundo do sensível porque ela associa o ser que percebe com o objeto percebido. Uma ambiência nasce do encontro entre as propriedades físicas circundantes, minha corporeidade com sua capacidade de sentir, se mover e uma tonalidade afetiva. (Jean-François Augoyard. *La construction des atmospheres quotidiennes: l'ordinaire de la culture. In CULTURE ET RECHERCHE* n° 114-115 – citado por COHEN; DUARTE e BRASILEIRO, 2009. p. 241)

Segundo Pinheiro (2010) a Ambiência propicia a estruturação dos espaços e dos usos segundo os valores coletivos partilhados e, como a utilização destes espaços em suas rotinas cotidianas, permite atribuir a eles significados relativos à sua interpretação, fazendo com que passem a constituir lugares e territórios específicos. As ambiências interligam os indivíduos com seus lugares de identificação, construindo-se a partir das práticas do lugar, lhes dando suporte para que sejam executadas e sendo de fundamental importância na construção das identidades, lugares de identificação e territórios (SANCOVSCHI e DUARTE, 2017).

Por mais que, conforme afirma Rolim (2013), o conceito de Ambiência possa manifestar-se como “um dos mais impalpáveis”, diversos estudiosos exprimiram suas interpretações sobre a raiz e o significado do termo ambiência. Augoyard (2008) afirma que encontrar uma definição exata para o termo Ambiência (*ambiance* em seu idioma original) complica-se em função da dificuldade dos ocidentais em cunhar explicações para os atos relativos à percepção. Sendo a percepção a principal forma de serem expressos os significados e valores definidos em uma Ambiência, explica-se a dificuldade das explicações sobre tal conceito.

Para Rolim (2013), os modelos de percepção estabelecidos por Jean François Augoyard dependem e pressupõem que seja considerada a necessidade de abstração, distinguindo-se da seguinte forma: o objeto em direção ao sujeito, a percepção que leva ao conhecimento e a expressão deste conhecimento através das palavras.

Thibaud (2018) também fala sobre a relação direta entre a noção de ambiência e a percepção que, segundo o autor, está no coração da Teoria das Ambiências. Neste contexto, a ambiência situa o observador exatamente dentro do mundo por ele percebido, ultrapassa a abordagem meramente espacial, a percepção de uma paisagem ou ambiente de forma meramente visual, para experienciar um conjunto de situações relativas a vivenciar esta paisagem ou ambiente. Ainda segundo Thibaud, “pode-se estar dentro de uma ambiência, mas jamais diante dela”, uma ambiência não pode ser contemplada ou observada à distância.

(...) a ambiência não é, em nenhum caso, um objeto da percepção; nós diremos, todavia, que ela fixa os termos da percepção. Dito de outra forma, nós não percebemos a ambiência, nós percebemos segundo a ambiência. (THIBAUD, 2018. p.22)

Chadoin (2010) explica que a noção de ambiência qualifica situações de interação sensível, entendidas como experiências que fazemos num determinado lugar em um determinado momento. O autor, em seu artigo “*La notion d’ambiance*” (2010) mostra um quadro onde as características do conceito de Ambiência são descritas segundo dois importantes estudiosos sobre o tema, Tixier (2007) e Augoyard (2007), da seguinte forma:

- a) A ambiência trata de uma relação sensível ao mundo, tanto sinestésica (figuras 1 e 2) quanto cenestésica (figuras 3 e 4);¹

¹ **Sinestesia** é uma associação espontânea de essência psicológica, que se define pela mistura de duas sensações ou de duas imagens distintas. Exemplos: quando um perfume nos lembra de determinada cor/sabor ou um som nos traz uma imagem qualquer, ou seja, quando um determinado estímulo nos remete a uma determinada memória ou sentimento. **Cenestesia** é a consciência (*sensopercepção*) que temos do próprio corpo. É a representação consciente do próprio corpo, de sua posição, de seu movimento, de sua

- b) O estudo da ambiência requer o estabelecimento de uma abordagem multidisciplinar, abrangendo atenção às dimensões construídas, sensíveis e sociais do espaço habitado;

Figura 1 - Exemplo de Sinestesia



Berimbau = Capoeira = Bahia

Figura 2 – Exemplo de Sinestesia



Cheiro de fruta = sensação de sabor

Figura 4 - Exemplo de Cenestesia



Sensação de carregar o mundo

Figura 3 - Exemplo de Cenestesia



Sensação de vazio no peito

- c) O estudo da ambiência não se refere a uma escala espacial particular. É utilizado para os espaços de habitação, espaços públicos, espaços de trabalho ou comércio, espaços de mobilidade ou espaços de representação. Refere-se a uma situação de interação sensível, trata-se de um conceito transescalar que se aplica tanto aos espaços "comuns" quanto aos espaços mais "cenográficos";
- d) A ambiência é usada para estudar espaços, bem como para estudar a concepção destes mesmos espaços, trata-se da atenção às configurações sensíveis, de uma postura que situa a experiência do usuário como coração do projeto. Os ambientes arquitetônicos e urbanos, porém, não são seus únicos objetos de estudo. A ambiência é um campo de pesquisa aberto e enriquecido por muitos trabalhos sobre modelagem e caracterização de pesquisa sensível estética, ciência cognitiva (especialmente a abordagem percepção ecológica) ou ainda as contribuições da sociologia e antropologia dos espaços habitados. É também um campo de pesquisa

postura em relação ao mundo à sua volta e em relação aos suas diversas partes e segmentos. Na linguagem literária, qualifica um tipo de imagem referente à sensação de sentir-se bem ou mal.

em expansão internacional, que permite atualmente, melhores formas de mensurar as dimensões culturais da história, do uso e da eficiência do conceito de ambiência;

- e) Por último, mas não menos importante, os estudos da ambiência são ricos em experiências que se beneficiam da investigação, enquanto tornam-se, por sua vez grandes objetos de estudo. Arquitetos, paisagistas e urbanistas podem contar com o conceito e com a utilização de novas ferramentas que o utilizam para qualificar os seus projetos, permitindo combinar controle ambiental, experiência sensorial e atenção aos modos de utilização dos espaços pelos seus usuários.

Amphoux (2004) se recusa a estabelecer uma definição estrita para o conceito de Ambiência, mas determina dois princípios norteadores do conteúdo das ambiências: a noção de ambiência cria uma relação sensível com o mundo, privilegiando um canal sensorial particular e a noção de ambiência é fundamentalmente transversal e interdisciplinar. Rolim (2013. p.3) afirma que “a ambiência é determinada pelos diferentes canais sensoriais dos quais dispõe no espaço, mas não se define como a mistura de sensações espaciais existentes no meio ambiente”.

Thibaud (2012), um dos principais pesquisadores da atualidade sobre ambiências urbanas, explica que por meio ambiente podem ser entendidos o ar, os sons, a luz, os cheiros, elementos do ambiente que propiciam a percepção, mas não são objeto da percepção, dando como exemplo o fato da audição alterar-se em função do meio, sendo diferenciada em espaços com alto poder de reverberação, ou em espaços abafados, ou mesmo sob a água. Desta forma, para que a percepção aconteça, há necessidade de um terceiro termo entre o sujeito que percebe e o objeto que é percebido. Thibaud esclarece ainda, que para que se possa introduzir o componente afetivo à composição dos espaços, é necessário reconhecer a diferença entre meio ambiente e ambiência: se o meio ambiente é o lugar que torna sensíveis, visíveis e audíveis os objetos percebidos em um mundo de atmosferas sensíveis, a ambiência é o que dá vida a este meio ambiente, lhe conferindo o componente afetivo. Para Thibaud (2012), “ambientar” um espaço significa dotá-lo de valor emocional, afetivo e existencial, além das características puramente físicas,

Conforme explica Rolim (2013) o termo ambiência remete ao conceito de que as transformações das cidades e ambientes passem a incorporar o pensamento da elaboração de “espaços sensíveis” e onde se cruzam e interpolam questões estéticas, sociais, urbanas, ecológicas, políticas e culturais que envolvem os indivíduos a quem os espaços concebidos foram destinados.

(...) as ambiências representam o espaço, arquitetonicamente organizado e animado, que constitui um meio físico e, ao mesmo tempo, meio estético, ou psicológico, especialmente preparado para o exercício de atividades humanas, derivando do termo em latim “*ambire*” cujo significado remete aos vocábulos rodear, cercar. (PINHEIRO, 2010. p.3)

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. É corriqueiro o uso do termo no plural: ambiências. Esta forma de utilização é decorrente da associação do espaço a várias ambiências, de acordo com as condições físicas, psicológicas, ambientais, temporais, culturais ou quaisquer outras, que possam influenciar a subjetividade dos indivíduos e mudar a percepção a cada momento ou situação. Mesmo uma tipologia musical, tocada em um determinado ambiente, em um

determinado momento, pode alterar a forma como seu usuário possa sentir-se ou comportar-se, pelo simples fato desta lhe ser agradável ou não. Ainda que uma ambiência seja composta por elementos concretos ou mensuráveis, ainda que não sejam tangíveis (tais como odores ou temperatura), os sentimentos relativos à forma como cada um a interpreta e sente irão variar de acordo com os aspectos subjetivos relativos a cada indivíduo (GRAEFF, 2014).

Os estudos sobre ambiência contribuem com a mudança de paradigma da concepção arquitetônica baseada apenas em aspectos normativos e construtivos do ambiente construído, através da busca pela subjetividade e das práticas sociais e culturais inseridas na concepção sensível dos espaços edificados. Esta mudança de paradigma substitui a visão clássica de concepção de um ambiente meramente físico, substituindo-a por uma concepção mais qualitativa, considerando a visão do sujeito e sua relação com o ambiente projetado.

Também proporciona a articulação de ciências multidisciplinares à arquitetura e engenharia, na busca pela qualificação na concepção do espaço, principalmente considerando os aspectos que influenciam diretamente a percepção dos indivíduos. A percepção, conforme Hartenthal e Ono (2011) “acontece em uma trama indissociável formada por sentidos, cultura, racionalidade e sentimento, desafiando a concepção tradicional da arquitetura como essencialmente visual”, sendo necessário, portanto, que considerar também os aspectos intangíveis que atuam sobre a percepção dos ambientes e sobre os ambientes. Alguns destes aspectos que compõem a ambiência, considerados para este estudo, serão explicitados no item 1.3.

2.1 Ambiência – estudos relacionados

Os estudos sobre a influência do ambiente construído em relação ao comportamento de seus usuários, já há muito tempo deixaram de ser efetuados em uma dimensão que aborde meramente os aspectos relativos às suas características físicas, segundo um modelo lógico. Há décadas pesquisadores buscam estabelecer novos conceitos que considerem em sua abordagem os aspectos subjetivos relacionados aos sujeitos e suas relações com o ambiente, bem como sua “busca de identificação e apropriação do espaço” (COHEN; DUARTE e BRASILEIRO, 2009). Amphoux explica que o conceito de ambiências expressa as atmosferas materiais e morais que permeiam e envolvem sensações relacionadas, por exemplo, à luz, ao som e à temperatura dos ambientes (AMPHOUX; THIBAUD e CHELKOFF, 2004).

Os estudos sobre ambiência, ou “*ambiances*” podem ser mapeados desde a década de setenta, na França, com a criação nas escolas de arquitetura de uma disciplina ancorada na técnica e nas ciências voltada ao “controle das ambiências” (ROLIM, 2013; GRAEFF, 2014). Rolim (2013) explica que esta disciplina continha em seu arcabouço estudos que englobavam desde paisagismo, análise do habitar e história da arquitetura, até as formas da superfície terrestre. Tal disciplina visava compreender como se articulavam a interpretação dos estímulos sensoriais dos indivíduos sobre os ambientes e a forma com que estes lhes atribuíam significado, com base em suas experiências pessoais, suas emoções e seu conhecimento do mundo. Buscava ainda compreender a sinestesia propiciada pelas atmosferas e pelos aspectos estéticos do ambiente construído. Rolim (2013) menciona ainda que o surgimento desta nova estética das *ambiances* intensificou o trabalho de pesquisas em torno do “quotidiano urbano”. Os primeiros estudiosos da

ambiência buscavam, segundo Cohen; Duarte e Brasileiro (2009) desenvolver suas pesquisas considerando a interdisciplinaridade necessária para o entendimento de que a arquitetura e as cidades são edificadas através da relação interdependente entre “forma construída, forma percebida e forma representada”.

Duarte (2017, p.1) explica que o estudo da ambiência assume papel de destaque na busca de suprir a lacuna existente nos estudos relacionados à área, que não eram mais passíveis de “dar conta de uma visão mais ampla do ambiente das cidades”, tornando a pesquisa “incompleta quando se debruçava sobre os aspectos apenas funcionais, formais ou ambientais do espaço construído como fatores isolados”. O conceito de ambiência, portanto, vem sendo utilizado como forma de suprir e complementar análises que se apoiavam meramente sobre o aspecto físico e funcional, uma vez que esta envolve também a interação com: “a percepção, emoções e ações dos sujeitos, incluindo ainda suas representações sociais e culturais” (MELO E RODRIGUEZ, 2015, p.2).

O conceito de ambiência engloba a busca da compreensão da “unidade sensível dos ambientes, a sinestesia fornecida pelas atmosferas e estética do espaço construído”, tornando-se parâmetro para conhecer a fabricação de espaços sensíveis, envolvendo um cruzamento de questões de natureza social, estética, urbana, ecológica e política (ROLIM, 2013, p.1). Melo e Rodrigues sugerem que, através da ambiência, pode haver uma melhor compreensão do espaço, através das experiências e relações que os indivíduos estabelecem com estes e os vínculos que são criados através destas experiências e do estabelecimento destes espaços como Lugares (MELO E RODRIGUEZ, 2015).

O conceito de ambiência, portanto, vem sendo a cada dia, objeto de maiores discussões e pesquisas por diversos estudiosos, não somente de arquitetura, mas também por áreas tais como psicologia, antropologia e geografia, entre outras, assumindo para cada uma significados diversos, de acordo com seu objeto de estudo, podendo ser encontradas, portanto, diversas definições para o termo:

- O termo ambiência, por sua abrangência, não é composto somente pelo meio material onde se vive, mas pelo efeito moral que esse meio físico induz no comportamento dos indivíduos (BESTETTI, 2014);
- O conceito de ambiência é compreendido como sendo o Lugar urbano acrescido de todas as sensações que dele emanam (térmica, lumínica, sonora, cinestésica) aliado, também, à atmosfera emocional e moral produzida pelas subjetividades e culturas dos seus participantes (Thibaud e Duarte, 2013);
- Um dos conceitos formadores de ambiências, expostos por Rego (2010), articula a ideia de geração de ambiências chamando a atenção para a variedade de sentidos da palavra “meio”, destacando que “meio” tanto significa aquilo que está em torno de nós, envolvendo-nos, quanto àquilo que está entre nós, intermediando-nos. Meio em torno significa o conjunto de relações materiais e simbólicas que contextualizam a existência humana; meio entre significa os diversos tipos de mediações que situam indivíduos e/ou coletivos perante uns e outros (relações de trabalho, escolares ou familiares). Ambiência seria não apenas o que está em volta de um determinado indivíduo ou grupo, mas a valorização da perspectiva do indivíduo ou grupo em relação a isso que está em volta e contextualiza e condiciona suas existências.
- Tuan (2012) estabelece uma exploração ampla de como os laços emotivos com o ambiente material variam muito de pessoa para pessoa em intensidade,

sutileza e modo de expressão. Fatores que influenciam a sua profundidade de resposta ao ambiente incluem fundo cultural, de gênero, raça e circunstância histórica, argumentando também a existência da capacidade sensorial.

➤ Cada local possui uma ambiência própria que o caracteriza e cuja construção é cotidiana. A base dessa ambiência é a articulação entre muitos fatores visíveis e invisíveis que impregnam aquele lugar e definem sua identidade, influenciando o comportamento das pessoas que vivem no local ou o percorrem. Ela é composta por aspectos físicos, culturais, sociais, de uso e de temporalidade, entre outros, muitos dos quais operam de modo inconsciente (ELALI, 2009).

A rapidez de crescimento e diversificação dos estudos urbanos nas últimas décadas aconteceu de forma coincidente com a fundação de laboratórios especializados de pesquisa, cada um com suas respectivas abordagens e metodologias particulares, projetadas com o intuito de descrever, quantificar e qualificar o ambiente construído. Um destes laboratórios é CRESSON (*Centre de Recherche sur l'Espace Sonore et l'Environnement Urbain*), o Centro de Pesquisa sobre Ambiente Sonoro e Espaço Urbano, fundado em 1979 pelo filósofo Jean-François Augoyard e o acadêmico Jean-Jacques Delétré, na *École Nationale Supérieure de Grenoble*, na França. Inicialmente uma pequena equipe de pesquisa direcionada ao estudo qualitativo do papel do som no desenho urbano. Desde sua fundação, até os dias atuais, o laboratório CRESSON expandiu seu tamanho e interesses de pesquisa, contando atualmente com uma equipe composta por sociólogos, musicólogos, arquitetos e planejadores urbanos (PAQUETE, 2013; GRAEFF, 2014).

O principal modelo de pesquisa do laboratório de CRESSON remete-se ao trabalho inicial de Augoyard nos anos setenta, relacionado aos movimentos dos pedestres e as formas pelas as rotas por estes estabelecidas podem ser interpretadas como traços criativos, transgressivos ou representativos do desenho urbano e da experiência cotidiana. Nos quinze anos seguintes, tais figuras de caminhada estenderam-se a outros tipos de interações urbanas através das equipes de pesquisa de CRESSON. Com o tempo, os estudos sobre o som tornam-se o objeto central de estudo no laboratório, “transformando os personagens ambulantes primeiro propostos por Augoyard em efeitos sonoros” (PAQUETE, 2013). Os efeitos sônicos podem ser psicomotores, composicionais, eletroacústicos ou mesmo semânticos. Para cada efeito importante listado, o CRESSON empregou e mapeou pesquisas teóricas e metodológicas importantes em domínios como sociologia, estética musical, psicologia, fisiologia da percepção, arquitetura e estudos urbanos. Ao estudo das configurações sônicas perceptivas e físicas foram acrescentados estudos sobre outros sentidos e estimulações, sempre voltados para a temática de sua relação com o ambiente (PAQUETE, 2013).

Paquete (2013) descreve ainda que CRESSON incluiu em seus currículos de graduação e pós-graduação, a experiência sensorial como principal ferramenta de análise dos espaços urbanos, abrindo caminho para uma representação imersiva, afetiva e estética do ambiente construído. Uma tradução de ambiente que ultrapassa as abordagens tradicionais utilizadas para denominar o lugar e o espaço, apontando para uma caracterização do meio ambiente através de suas identidades básicas e características afetivas. Além da diversidade de membros em sua equipe e da integração considerável de estudantes de pós-graduação em projetos e a participação ativa do laboratório em sua comunidade, bem como a colaboração com grupos de pesquisa em outros, países criaram ao longo do tempo um processo produtivo e dinâmico de pesquisa e publicações sobre

ambiência. No Brasil, por exemplo, podem ser mencionados convênios com grupos de pesquisa sobre ambiências na Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ (LASC – Laboratório de Arquitetura, subjetividade e Cultura), Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP (LABEURB – Laboratório de Estudos Urbanos) e Universidade Federal da Bahia – UFBA (Laboratório Urbano).

Conforme afirma Duarte (2017) diversas das publicações produzidas por CRESSON podem ser consideradas como precursoras da disseminação de uma série de conceitos, a partir e através dos quais se tornou possível classificar as ambiências, dentre eles “a possibilidade de interação entre a percepção, as sensações lumínicas e sonoras, o afeto, a ação dos usuários e as representações sociais”. Ainda segundo a autora, também se deve ao laboratório de CRESSON o estabelecimento da rede internacional de pesquisa "*ambiances.net*", que tem por objetivo a união de estudiosos, planejadores e laboratórios de pesquisa em ambiência de vários países do mundo. Atualmente, fazem parte da rede algumas equipes ligadas a universidades, centros de pesquisa e organismos de planejamento do espaço urbano originários de diversos países, tais como França; Bélgica; Canadá; Alemanha; Tunísia; EUA; Brasil; Grã-Bretanha; Suécia, Argélia e Itália, além de um grande número de pesquisadores individuais (Duarte, 2017).

No Brasil, destacam-se os estudos de ambiência dos três grupos de pesquisa já mencionados, que abrem espaço para a pesquisa, discussão e publicação sobre o tema, incentivando a divulgação e disseminação dos estudos relativos aos aspectos e atributos da ambiência, bem como a aplicação destes estudos na avaliação dos ambientes construídos e a relação destes com os sujeitos que os frequentam. Os principais eventos internacionais sobre os estudos e o desenvolvimento da Ambiência encontram-se relacionados nos anexos 1,2 e 3.

Em 2008, um conjunto de nove grupos de pesquisa ao redor do mundo se juntou para produzir a pesquisa "*Ambiances en Traduction*", projeto internacional de pesquisa financiado pelo GDRI (*Groupement de Recherche International*) do *Centre National de Recherche Scientifique* – CNRS, da França. Este projeto enquadra-se no quadro maior da Rede de Ambientes Internacionais (www.ambiances.net). O projeto foi lançado no ano de 2008, funciona de forma bilíngue (francês / inglês), coordena e incentiva, a nível internacional, trabalhos e eventos focados em ambientes arquitetônicos e urbanos.

Os parceiros desta grande comunidade de estudo da Ambiência distribuí-se em três grandes áreas geográficas: Europa, Brasil e Canadá, que representam três polos correspondentes a territórios com grande sensibilidade ao tema das ambiências arquitetônicas e urbanas que, constituindo equipes com ampla diversidade geográfica e cultural, e que garantem a complementaridade das abordagens: qualitativas e quantitativas; empréstimo de pesquisa em SHS, arquitetura e urbanismo e ciências da engenharia, cobrindo um amplo espectro disciplinar sobre o tema da Ambiência (GDRI TRA^AM, 2017).

Quadro 1- Grupos de pesquisa em Ambiência do GRDI

| Principais grupos de pesquisa em Ambiência | |
|--|--|
| País | Grupo de Pesquisa |
| França | UMR 1563 Ambiances Architectures Urbanités (CNRS, ECN, ENSA Grenoble, ENSA Nantes) |
| Itália | Laboratorio di Simulazione Urbana, Dipartimento Architettura e Studi Urbani del Politecnico di Milano (Milan, Italie) |
| Inglaterra | Manchester Architecture Research Centre, School of Environment and Development, The University of Manchester (Manchester, Grande-Bretagne) |
| Dinamarca | Centre for Strategic Urban Research, Aalborg University, Aarhus School of Architecture & Copenhagen University (Aarhus, Danemark) |
| Brasil | Arquitetura, Subjetividade e Cultura, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro) |
| | Laboratório Urbano, Faculdade de Arquitetura da Universidade Federal da Bahia (Salvador do Bahia) |
| | Laboratório de Estudos Urbanos, Nucleo (Noyau de développement de la créativité) de l'Université de Campinas (UNICAMP), (Campinas) |
| Canadá | Groupe de Recherche sur les Ambiances Physiques, École d'architecture, Faculté d'aménagement et des arts visuels, Université Laval (Laval, Québec) |
| | Hexagram/UQAM, Faculté des arts, Université du Québec à Montréal (Montréal) |

Fonte: GDRI TRA^AM (2017)

Os estudos relativos ao “*ambiances em traduction*” defendem a implementação do domínio sensorial na conceituação e no projeto do espaço habitado, em uma abordagem que traga para este domínio sensorial, os sons, luzes, cheiros, calor e frio, toque e movimento, entre outros. Segundo Duarte (2017) o Laboratório Urbano da UFBA não trabalha direta e especificamente sobre o tema da ambiência, mas este é constantemente focado, mesmo que indiretamente, nas pesquisas de mestrado e doutorado realizados na instituição. Além da associação ao GRDI e ao CRESSON, o Laboratório Urbano da UFBA também conta, entre seus parceiros, com o *Centre Léa Roback* da Universidade de Montreal, Canadá, no âmbito do Programa “*Ville et Environnement*”, do *Centre National de la Recherche Scientifique - CNRS*), colabora com centros de pesquisa da *Universitat de Barcelona* (Espanha), Instituto Universitário de Lisboa (Portugal), *Universidad Simon Bolivar de Caracas* (Venezuela) e *Keele University* (Reino Unido).

O Laboratório de Estudos Urbanos da Universidade estadual de Campinas – LABEURB/UNICAMP possui entre seus projetos o que se denomina “Ambiência e Espaço Público: Um Estudo Multidisciplinar na Cidade de São Paulo - AESP”, em parceria com Grenoble (CRESSON) e a Universidade de São Paulo (USP). O projeto tem por objetivo o estudo multidisciplinar do espaço público de São Paulo através da noção de ambiência, a partir de uma pesquisa de campo a ser realizada no centro histórico da cidade, utilizando a ambiência como ferramenta através da qual se pretende dar conta dos diferentes modos sensíveis, materiais, de estruturação do espaço, colocando a questão do sujeito e da percepção no centro da explicação dos fenômenos urbanos. Outro objetivo da pesquisa é contribuir para uma definição da noção de ambiência a partir da análise do espaço público específico de uma cidade brasileira, através de diferentes perspectivas disciplinares: estudos da linguagem, da psicologia social, da saúde ambiental. Trata-se do Projeto ACI – *Dynamiques et processus d'émergence des ambiances urbaines*, desenvolvido sob coordenação de Jean-Paul Thibaud, do Laboratório CRESSON (*Centre*

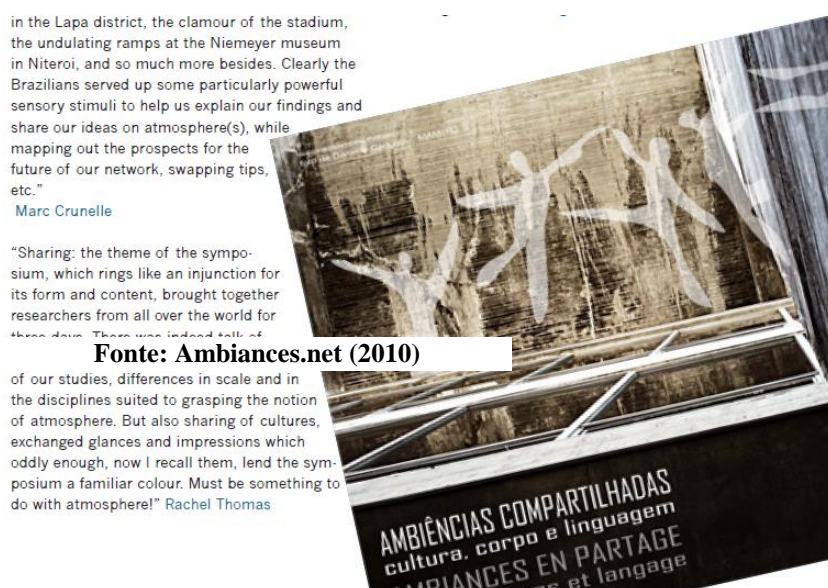
de Recherche sur l'Espace Sonore et l'Environnement Urbain), da Escola Nacional Superior de Arquitetura de Grenoble (ENSAG), com financiamento do CNRS (*Centre National de la Recherche Scientifique*), França. Participaram do projeto equipes vinculadas às seguintes instituições: ENSAG, França, Instituto de Geografia da Universidade de Bonn, Alemanha; Departamento de Psicologia Social da Universidade de Varsóvia, Polônia; Escola Nacional de Arquitetura e Urbanismo, Tunísia, Labeurb/Nudecri, UNICAMP; Companhia Ambiental do Estado de São Paulo – CETESB, e Faculdade de Saúde Pública-USP, Brasil (RODRÍGUEZ-ALCALÁ, 2014).

O Laboratório de pesquisa Arquitetura, Subjetividade e Cultura (LASC) é vinculado ao programa de pós-graduação em Arquitetura da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PROARQ-UFRJ) e seus pesquisadores dedicam-se a estudar a relação pessoa-ambiente construído, através da análise de fatores subjetivos e culturais que participem e influenciem a construção de um “Lugar”. Os resultados das pesquisas do LASC têm comprovado a importância dos aspectos sensíveis e afetivos no sucesso dos projetos de arquitetura e urbanismo (DUARTE, 2017). As pesquisas desenvolvidas no LASC têm ainda, como meta, criar e metodologias que auxiliem na compreensão sobre a forma com que os conceitos de ambiência e memória atuem nos espaços contemporâneos das cidades, sistematizar ferramentas metodológicas para avaliação dos atributos das ambiências e delinear o conceito de ambiência dentro do campo metodológico, entre outras (DUARTE Et al., 2008). São inúmeros os projetos de pesquisa (entre eles o mais recente, “Dimensão subjetiva e cultural das ambiências: ferramentas etnotopográficas em arquitetura e urbanismo”) e trabalhos no mestrado e doutorado desenvolvidos por pesquisadores do LASC, bem como artigos técnicos e participações em seminários, através dos quais a discussão da ambiência e dos aspectos e atributos a ela relacionados vêm sendo disseminados e apresentados a estudiosos de arquitetura e psicologia ambiental. O laboratório de Arquitetura, Subjetividade e Cultura da UFRJ também conta, entre seus parceiros, com o laboratório de CRESSON, tendo desenvolvido com este diversos seminários, trabalhos de pesquisa e publicações sobre o tema ambiência. Os resultados das pesquisas elaboradas no LASC/PROARQ/UFRJ tem sido de grande importância para a comprovação da influência e necessidade de que sejam considerados os aspectos sensíveis e afetivos para a qualificação dos projetos de arquitetura (DUARTE, 2017).

Em conjunto com o laboratório de CRESSON/ENSA- Grenoble, os grupos de pesquisa brasileiros mencionados foram responsáveis pela organização, no Rio de Janeiro, em 2009, de um importante colóquio sobre ambiências, denominado “Ambiências Compartilhadas”, que se dividiu em três vertentes de reflexão sobre ambiências: cultura, corpo e linguagem (DUARTE, 2017). Através da Rede Internacional *Ambiances*, vários debates e colóquios têm sido organizados para avançar na discussão da temática da ambiência e na criação de ferramentas metodológicas que possam ser utilizadas na avaliação dos componentes relacionados e atributos que a compõem, evidenciando este aspecto da percepção dos espaços (COHEN; DUARTE e BRASILEIRO, 2009).

O estudo das ambiências encontra pertinência na pesquisa de arquitetura, principalmente, se considerarmos a necessidade de mudar a visão tradicional que divide sujeito e objeto, uma vez que a ambiência, “definida como uma atmosfera moral e material que circunda um lugar ou uma pessoa” tem justamente o papel de questionar esta divisão, sugerindo uma nova forma de pensar, que mostra “como a ambiência tanto precede quanto é indissociável das propriedades materiais do meio ambiente e dos estados afetivos do sujeito sensível” (THIBAUD, 2012, p.10).

**Figura 5 - Referência ao colóquio
“Ambiências Compartilhadas” – publicação**



Os estudos sobre ambiência tratam-se ainda de um campo amplo e aberto de pesquisas, com o qual colaboram pesquisadores de disciplinas diversas, não somente da área da arquitetura, mas também do urbanismo, das ciências que estudam as áreas relativas à percepção, a antropologia, sociologia urbana e psicologia ambiental. Mesmo tendo se originado de um termo e de pesquisadores franceses, a ambiência é atualmente, tema de estudo de pesquisadores em vários países do mundo, possibilitando avaliar diversos aspectos da dimensão histórica envolvida no conceito, através dos resultados diferenciados obtidos a partir do estudo de seus atributos em relação aos aspectos culturais de cada um destes países. O estudo das ambiências ainda possui um vasto campo de possibilidades de pesquisas, bem como uma imensa possibilidade de desdobramentos da aplicação destes estudos na pesquisa em arquitetura e qualificação de projetos, na psicologia do ambiente e outras disciplinas afins (COHEN; DUARTE e BRASILEIRO, 2009).

2.2 Ambiência em unidades de atenção à saúde

É recorrente ao longo da última década, em estudos sobre arquitetura para ambientes de saúde (TOLEDO, 2006; BITENCOURT, 2014; CARVALHO, 2003), a menção à necessidade de revisão das metodologias relativas ao projeto para tais edificações. Dentre os aspectos apontados pelos especialistas, destaca-se a necessidade de buscar o retorno de sua função primordial de locais voltados à cura, com protagonismo dos usuários e o resgate da dimensão humana. Santos e Bursztyn (2014) mencionam que

um dos desafios a serem enfrentados pelos projetistas de ambientes de saúde, é justamente o resgate da dimensão pessoal, trazendo de volta o foco na humanidade e não somente na tecnologia e normatização. A Organização Mundial da Saúde/OMS, também apontou a necessidade de reformulação dos sistemas de saúde no mundo inteiro, trazendo os indivíduos para o “centro da atenção sanitária” e minimizando a perda de identidade traduzida pela desumanização (WHO, 2008).

Carvalho (2014) afirma que a delimitação dos espaços em uma edificação de saúde é resultado de uma “ação conjunta”, que exige a participação e a responsabilidade de cada membro da equipe de trabalho. Pode-se ampliar este conceito estabelecendo a necessidade de participação nestas ações conjuntas, tanto dos profissionais que atuam nas diversas áreas das edificações de saúde, quanto dos seus demais usuários, cuja participação nos processos de planejamento é defendida como um meio de propiciar a humanização.

A humanização da edificação hospitalar é assunto de inúmeros estudos acadêmicos e técnicos ao longo das últimas duas décadas, bem como de políticas governamentais afins, preconizadas pelo Programa Nacional de Humanização (PNH). No ano de 2006 o Ministério da Saúde Brasileiro lançou a primeira versão da Cartilha de Ambiência, para funcionar como uma diretriz da humanização na busca pela qualificação do processo de projeto. A ambiência também é objeto de estudos de pesquisadores de áreas como arquitetura e psicologia ambiental, voltados às edificações de saúde, em sua maioria, ligados aos aspectos espaciais e construtivos. Outros estudos sobre ambiência em unidades de atenção à saúde voltam-se para a apreensão dos aspectos relativos à subjetividade dos usuários e as possibilidades de sua interferência na compreensão e nas reações de interação entre os indivíduos e o espaço construído.

2.2.1 Humanização e ambiência

No que se refere a essa tipologia de edificações, a ambiência torna-se um conceito capaz de auxiliar a produção de projetos ao considerar o espaço não somente como meio físico, mas também estético, psicológico e estruturado, com o valor próprio dado por cada indivíduo que nele permanece ou exerce atividades (DUARTE ET AL., 2012).

Podemos considerar que ao ser elaborado um projeto arquitetônico segundo os parâmetros estabelecidos nos estudos de ambiência, seus componentes devem considerar não somente os aspectos formais, estéticos e normativos, mas também avaliar e considerar as condições ambientais que podem ser percebidas pelos usuários (BESTETI, 2014). Considera-se também a interação destes usuários com os espaços projetados através de seus sentidos, influenciados por aspectos subjetivos, relativos às sensações que lhes são passadas pela ambiência e que irão influenciar suas ações e reações relativas a tal espaço. “A ambiência, portanto, é a responsável para que as pessoas compreendam o espaço por meio de suas próprias experiências e das relações que estabelecem com os lugares” (MELO E RODRIGUEZ, 2016. p.3-4).

Augoyard (2007) ressalta que a Ambiência é algo muito fácil de sentir, ao mesmo tempo em que explicá-la é o que há de mais difícil. Os aspectos relacionados fazem parte daqueles que possuem a capacidade de interferir na percepção do ambiente, podendo ser identificados como atributos das ambiências e servindo de base para apreensão de

aspectos relativos ao meio físico a ser projetado, de forma a minimizar os efeitos negativos que possam ocasionar aos indivíduos que utilizem os espaços construídos.

O arquiteto Luiz Carlos Toledo, sinalizou a necessidade de buscar-se a novas metodologias de projeto, mais adequadas ao estágio atual de desenvolvimento da arquitetura hospitalar, considerando aspectos técnicos e normativos, sem deixar de observar “os estudos relativos à percepção, expectativas, valores e comportamento dos usuários”. Toledo conclui que devem ser consideradas no processo de projeto necessidades “de caráter psicológico, muito mais sutis e difíceis de serem apreendidas por projetistas” (TOLEDO, 2006, p.96).

Da mesma forma que o planejamento de saúde deve considerar as diferenças regionais referentes às necessidades populacionais, respeitando perfis epidemiológicos e questões culturais inerentes aos locais de sua implantação, “cabe ao projetista de estabelecimentos assistências de saúde conhecer as reais necessidades de seus clientes” (CARVALHO, 2003). Isso significa trazer para o processo projetual as considerações e aspirações dos indivíduos que partilharão dos espaços, bem como considerações sobre as formas como tais espaços poderão influenciar nas relações, nos processos de trabalho e de recuperação da saúde. Carvalho defende a participação dos usuários nos processos de planejamento das instituições de saúde, a fim de garantir a humanização.

É este o viés que surge em 2006, com a Cartilha da Ambiência do Ministério da Saúde, proposta como uma diretriz que funcione como ferramenta de qualificação do processo de projeto e estabelecendo o conceito de ambiência como “o tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana”. Esta diretriz surge com a proposta de projetar os espaços “além da composição técnica”, considerando também as situações construídas nos “espaços e num determinado tempo, vivenciadas por uma grupalidade (...) com seus valores culturais e relações sociais” (BRASIL, 2010, p.5), entendendo que a produção de espaços de saúde que sejam saudáveis e acolham os sujeitos que os habitam, não pode ser efetuada sem o envolvimento e a participação dos sujeitos que neles e com eles irão se inter-relacionar, ou seja: “os trabalhadores, os usuários e os gestores” (BRASIL, 2017, p.3). Esse pensamento alia-se à necessidade de estabelecer uma nova lógica em relação à organização espacial dos serviços de saúde, em função das mudanças ocorridas nos modos de atenção e gestão do SUS, sendo a ambiência, neste contexto, pelo Ministério da Saúde, como “um espaço que se produz de forma indissociável da produção de saúde e de subjetividades” (BRASIL, 2017).

A conceituação institucional da ambiência em saúde busca a associação desta diretriz da PNH com a qualificação das discussões sobre humanização dos espaços, nas diversas áreas do SUS, ampliando o debate para além da composição meramente técnica e formal e acrescentando a ele a consideração sobre as situações determinantes da construção destes espaços. Desta forma, a ambiência da PNH funcionaria como uma agregadora das demais diretrizes² da Política Nacional de Humanização, determinando uma construção coletiva dos espaços de saúde, considerando as experiências vividas por

² Diretrizes são as orientações gerais de determinada política. No caso da PNH, suas diretrizes são a Clínica Ampliada; a Cogestão; o Acolhimento; a Ambiência; a Valorização do Trabalho e do Trabalhador; a Defesa dos Direitos do Usuário; o Fomento das Grupalidades, Coletivos e Redes; a Memória do SUS que dá Certo. (BRASIL, 2017)

determinados grupos de pessoas, em um determinado espaço e tempo, com todas as influencias decorrentes de “seus costumes, valores culturais, sociais e políticos”, tendo em vista a intenção de potencializar mudanças (BRASIL, 2017).

Figura 6 - Diagrama da Ambiência na



Fonte: Brasil (2017)

A Cartilha da ambiência busca atingir esse objetivo, seguindo primordialmente três eixos relativos aos espaços considerados no projeto, a serem sempre pensados em conjunto (BRASIL, 2010):

- A busca da confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos;
- A produção de subjetividades através do “encontro de sujeitos”, a discussão coletiva e a reflexão conjunta sobre os processos de trabalho realizados nos ambientes;
- A utilização do espaço como “ferramenta facilitadora do processo de trabalho”, proporcionando melhor gestão e utilização de recursos e qualificando o acolhimento e o atendimento em saúde através da melhoria dos espaços de trabalho.

Figura 7 - Eixos Norteadores da



Fonte: baseado em Ribeiro

Alguns dos atributos das ambiências estabelecidos pelos pesquisadores da área podem ser relacionados com os eixos constantes na Cartilha de Ambiência do Programa de Humanização do Ministério da Saúde do Brasil. Para estabelecer este paralelo, é necessário apresentar os eixos em questão e, posteriormente, os atributos das ambiências considerados no desenvolvimento desta pesquisa, de forma a proporcionar melhor compreensão destes atributos e sua relação com os eixos da Cartilha.

a) **Confortabilidade** – O eixo da confortabilidade, segundo a Cartilha da Ambiência, é focado na privacidade e individualidade dos sujeitos através dos elementos de formação dos espaços com os quais estes sujeitos possam interagir diretamente e estimular a percepção ambiental (BRASIL, 2010). Este eixo considera como subjetiva a compreensão de conforto, mas estabelece que parâmetros tais como cores, texturas e odores, por exemplo, qualificam o desempenho térmico, acústico e de iluminação dos ambientes, e interferem nas sensações causadas aos usuários. Considera ainda que o conforto envolve a incorporação aos ambientes, de valores ambientais, culturais, sociais e relativos à experiência das pessoas, que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, tais como a luz, o som e a inclusão de elementos de arte, interferindo no comportamento e na relação dos indivíduos com o território vivenciado (BRASIL, 2015).

Segundo Elali (2009) a confortabilidade é diretamente relacionada com a atenção às necessidades dos sujeitos e à sua acomodação no ambiente onde se localiza. Esta sensação de conforto é ocasionada tanto pelos aspectos mensuráveis e/ou tangíveis, tais como som, temperatura, aspectos plásticos, mas também pelas emoções ocasionadas aos indivíduos na convivência com estes espaços e suas características. A sensação de conforto pode ser estimulada em espaços que permitam além do bem-estar físico, sensações como segurança e autonomia através de boa orientação, ferramentas que facilitem os processos de trabalho e possibilitem condições de privacidade e respeito ao espaço pessoal dos indivíduos. A composição adequada entre morfologia, cinestesia, aspectos plásticos e ambientais mensuráveis com valores culturais, privacidade, individualidade, não mensuráveis, mas perceptíveis em sua incorporação nos espaços construídos, tendem a proporcionar sensações de conforto e bem estar, principalmente

quando incorporados a espaços de uso coletivo ou de transitório (ELALI, 2009) por períodos breves ou longos, como é comum nos ambientes de saúde.

Se considerarmos que ao adentrar nos ambientes hospitalares tanto pacientes quanto acompanhantes e, da mesma forma, os funcionários e profissionais de saúde, abrem mão de suas referências pessoais e particulares, passando a um ambiente voltado em sua maior parte para a tecnologia do trabalho assistencial, a confortabilidade deve ser utilizada como no intuito de propiciar formas de identificação entre as pessoas, seu mundo e suas referências, minimizando o impacto do ambiente de atenção à saúde (RIBEIRO, 2015).

b) Produção de subjetividades – O segundo eixo trata da reunião dos profissionais envolvidos nos processos de trabalho realizados nos ambientes de saúde, a fim de que possam discutir e sinalizar, de acordo com sua experiência e conhecimento, quais seriam as melhores práticas e a melhor formatação espacial para o trabalho realizado. Esta reunião, de usuários diversos, pode facilitar a expressão dos pensamentos, trazendo a contribuição no projetar, o protagonismo e a apropriação pelos ambientes resultantes, além da melhoria na interação e no trabalho realizado. Seus resultados interferem no cuidado de uma forma geral, e nos resultados dos serviços assistenciais prestado (BRASIL, 2010). A ambiência, neste contexto, funciona como um facilitador da reflexão dos sujeitos envolvidos com os processos de trabalho, de forma que estes auxiliem na construção dos novos ambientes através da qualificação das práticas e modos de neles trabalhar. A construção coletiva traz consigo o protagonismo e a corresponsabilidade, em participar das decisões sobre a construção dos espaços, bem como a identificação pelo reconhecimento de suas próprias ideias nesta construção (BRASIL, 2015).

Este eixo trata especificamente do encontro de sujeitos de todos os níveis hierárquicos e posições em um ambiente de saúde, desde os pacientes até os trabalhadores em geral, profissionais de saúde e gestores/administradores, envolvendo todos os que de alguma forma utilizam os espaços no processo de refletir e participar sobre os processos de trabalho neles executados. A possibilidade de discussão conjunta determina também a possibilidade de aproveitamento das experiências e conhecimentos de cada um destes atores no processo de construção dos espaços, partindo da integralidade e da inclusão e fazendo com que o trabalho assistencial emerja de uma produção construída coletivamente (RIBEIRO, 2015).

c) “Ferramenta facilitadora do processo de trabalho” – O terceiro e último eixo está diretamente interligado com a produção de subjetividades, uma vez que tem por base a melhoria dos espaços de trabalho através da ambiência, utilizada como ferramenta qualificadora da gestão e da utilização dos recursos, bem com o do acolhimento e do atendimento aos pacientes. Se considerarmos que nos espaços de atenção à saúde, o ambiente de trabalho é, ao mesmo tempo e em sua maior parte o ambiente do cuidado, a melhoria dos processos de trabalho, a qualificação destes espaços poderá interferir diretamente na percepção do cuidado e na recuperação dos pacientes (BRASIL, 2010). A ambiência, neste caso, funcionaria como uma “ferramenta facilitadora do processo de mudança” nos processos de trabalho, com a construção de espaços que atendam aos desejos dos profissionais de saúde e usuários, sem, entretanto deixar de lado as questões relacionadas à biossegurança, à prevenção da infecção hospitalar e à prevenção de acidentes (BRASIL, 2015).

Este eixo inclui e perpassa a arquitetura, uma vez que tem por objetivo encontrar e estabelecer os ambientes considerados por usuários como ideais para as ações neles praticadas. Inclui em seu bojo aspectos relativos à funcionalidade e à flexibilidade dos arranjos físicos, de forma que se possam dar articulações entre outras diretrizes do HumanizaSUS, tais como acolhimento, gestão participativa, visita aberta e direito ao acompanhante, valorização do trabalho e do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários, além do respeito à cultura e às diferenças. A adoção da Ambiência como uma diretriz/ferramenta para construção e transformação dos espaços de atenção à saúde, pela Política nacional de Humanização, busca a qualificação destes ambientes não somente através da composição física e estrutural, mas também considerando as situações e relações neles construída e os processos de trabalho que neles ocorrem. Esta forma de ver o processo de projeto hospitalar considera e valoriza a dimensão humana em paralelo à demanda tecnológica das áreas assistenciais, buscando melhorias nos processos de trabalho e a oferta de cuidado com dignidade para os pacientes (RIBEIRO, 2015).

2.3 Aspectos da ambiência considerados para a pesquisa

Duarte et al (2007) explicam que a noção de ambiência envolve uma espécie de atmosfera sensível e afetiva, conferindo à entidade física “espaço” à entidade poética, sensorial e multidirecional em desta forma, consideram a ambiência como força motriz da experiência dos corpos no espaço, sugerindo a ela alguns atributos intrínsecos, tais como: a possibilidade de evocar a memória sensível, a participação nos processos de construção identitária e seu potencial em permitir a experiência espacial, bem como sua apropriação. Para entendermos tais atributos, é necessário destacar algumas das dimensões neles envolvidas, e que são fundamentais para a percepção, identificação e apropriação dos espaços, fazendo parte primordial do estudo das ambiências.

Partindo-se do princípio estabelecido por Duarte et al (2007) de que é necessário que os indivíduos encontrem nos Lugares³ referências que permitam o auto reconhecimento, através de associações sensíveis e emocionais e, que através destas propiciem a identificação e a apropriação por parte dos indivíduos, torna-se necessário identificar os mecanismos que despertam, estimulam ou dificultam e impossibilitam que estas referências sejam apreendidas. O controle do espaço pessoal, a possibilidade de obter privacidade e controle nos ambientes, a percepção espacial, a apropriação de um espaço pelo usuário e o estabelecimento deste como um território, cada um destes itens, atuando isoladamente ou em conjunto, atuam como referências sinalizadoras do status e identidade do indivíduo dentro de um espaço e em relação a este.

Tratando-se dos ambientes de saúde, tradicionalmente pensado primordialmente para a função assistencial e, atualmente, prioritariamente pensado para abrigar a tecnologia de suporte a esta função, em detrimento da escala humana do objeto do cuidado

³ Neste contexto, “Lugares” referem-se aos espaços, continuamente moldados, reconhecidos e apropriados pelos usuários através da experimentação. A experimentação propicia a formação de afetos, valores e significados, dados aos espaços pelos indivíduos que os vivenciam, modificando-os e sendo por eles modificados em um processo constante de identificação. (DUARTE, 2010)

– o indivíduo torna-se fundamental identificar estas referências sinalizadoras e influenciadoras das sensações e da percepção dos indivíduos sobre os ambientes.

Apresentamos em seguida alguns dos elementos referenciais/dimensões que podem, potencialmente, influenciar de forma significativa a ambiência, considerados para avaliação nesta pesquisa.

2.3.1 Espaço pessoal

O ser humano é, por natureza, um ser social que se relaciona com os demais nos ambientes, organizando-se dentro de proximidades físicas que podem afetar de forma significativa a “interação social e a comunicação interpessoal” (SAWADA ET AL., 1998). Todas as pessoas mantêm ao seu redor e entre as demais, um espaço considerado por Glibber e Chipari (2007) como íntimo, pessoal, social e público. Sommer (1973) define espaço pessoal como “uma área ao redor do corpo” que a poucas pessoas é dada permissão de ultrapassar e, quando ultrapassada sem permissão, ocasiona reações que podem ou não ser verbais. Ainda segundo Sommer, o espaço pessoal não tem uma forma definida e não se estende linearmente em todas as direções, podendo, por exemplo, para uma pessoa, ser mais tolerável a presença de um estranho ao seu lado que à sua frente. A distância física que se estabelece na relação entre as pessoas, embora em sua maioria espontânea e inconsciente, está relacionada a diferentes fatores como personalidade, sexo, idade, status social e, em particular, o tipo de relação social. Hall (1966/1989) identificou quatro áreas interpessoais, que regulam a distância pessoal dos indivíduos, estabelecendo até mesmo valores para dimensionar quais seriam aquelas que delimitariam os espaços, privado, pessoal, social e público. Devemos considerar, entretanto, a quantidade de variáveis que são envolvidas e que podem ocasionar interferência na delimitação de espaço pessoal relacionada a cada indivíduo, tais como a personalidade do sujeito, a tipologia de local, a situação do momento avaliado, as condições ambientais e até a confiança no interlocutor, por exemplo, que podem fazer variar consideravelmente as medidas do que cada pessoa percebe como “seu” espaço pessoal.

Tanto Sommer (1973) quanto Hall (1966/1989) entenderam que quando o espaço pessoal de um indivíduo é invadido, o seu "eu" também é, de alguma forma, invadido, uma vez que o espaço pessoal está diretamente ligado à percepção e às fronteiras estabelecidas para proteção do “eu” de cada indivíduo, bem como da área pessoal que esta estabelece como sua (GLIBBER e CHIPARI 2007).

O termo “espaço pessoal”, portanto, abrange um conjunto de fenômenos além da distância entre os seres. Podem ser considerados em conjunto outros fenômenos, tais como a localização no ambiente, a quantidade de pessoas ao redor e a possibilidade de orientação (FREITAS, 1979). A sensação de espaço envolve também uma síntese de informações visuais, auditivas, cinestésicas, olfatórias e térmicas (SAWADA et al, 1998), podendo ser considerados aspectos tais como “a localização no ambiente, a densidade de uma situação coletiva, a orientação e o reconhecimento do direito de cada indivíduo a um espaço pessoal próprio” (FREITAS, 1979. p.162). O espaço pessoal, então, depende da interpretação de cada indivíduo sobre os ambientes e situações, de acordo com sua visão e percepção particulares, o que o torna ao mesmo tempo interpessoal, na medida em que envolve relação entre duas ou mais pessoas; psicossocial, uma vez que envolve conjuntamente aspectos psicológicos e social e cultural, em função de ser percebido através da experiência de cada indivíduo. Os aspetos relativos à dimensão interpessoal

são os mais frequentemente considerados nos estudos relativos ao espaço pessoal, onde a percepção do uso do próprio espaço pode ser um indicador de comportamento, refletindo padrões que podem ser moldados por fatores tais como sexo, idade, preconceitos, conhecimentos e preferências de cada indivíduo, dentre outros (FREITAS, 1979).

No contexto do ambiente hospitalar em geral, o paciente encontra-se em situação de stress e insegurança, tanto por conta da doença que o aflige, quanto por sair da segurança de sua residência e sentir-se exposto a dividir seu espaço territorial com pessoas diversas e que lhe são estranhas. Esta situação por si só sinaliza imensa invasão de seu espaço pessoal, aliada a falta de privacidade, de controle de seu próprio corpo e do ambiente ao seu redor (SAWADA Et al., 1998). Sommer (1973) sinaliza que em relação a edificações de saúde, os pacientes costumam queixar-se tanto da invasão de seu espaço pessoal por médicos e enfermeiros, por visitantes e por outros profissionais que entram e saem dos ambientes a serviço.

Figura 8 - Exemplos de invasão do espaço pessoal de pacientes em ambientes de saúde.



A invasão do espaço pessoal de pacientes internados, apesar de trazer consigo sensações tais como ansiedade, insegurança, incapacidade, dependência e perda de controle sobre seu próprio corpo e ações (GASPARINO E GUIRARDELO, 2006), em geral passa despercebida pelas equipes médicas e de enfermagem como um fator de invasão e stress, uma vez que os procedimentos por eles executados são entendidos como rotineiros e inerentes ao serviço assistencial (COELHO FORATORI et al. 2012). Os horários para as refeições, visitas médicas, dormir e acordar, além de quem ocupa o mesmo quarto ou o leito vizinho, são determinações e regras institucionais, sobre as quais o paciente não possui o mínimo controle.

Figura 9 - Exemplos de invasão do espaço pessoal de pacientes em ambientes de saúde.



Fontes: 1 - HumanizaSUS (<http://redehumanizaus.net/90959-post-repetido-superlotacao-nos-servicos-de-emergencia-e-urgencia/>)

2 - Amazonas em Tempo – foto de divulgação (<http://d.emtempo.com.br/amazonas-cidades/128800/paciente-revela-descaso-em-atendimento-nos-corredores-do-joao-lucio>)

A necessidade de cuidados e a busca pela cura do estado de doença fazem com que os pacientes aceitem submeter-se às condições, teoricamente transitórias e peculiares, com todos os aspectos negativos a ela relacionados, como um obstáculo necessário para o retorno ao estado de saúde e a volta à sua vida e rotina normais. Coelho Foratori et al. (2012) afirmam que mesmo a hospitalização sendo “um estado de ruptura com a essência singular do sujeito, em que a imposição e a coerção estão presentes desde a opção pela internação, até o momento da alta”, as pessoas submetem-se mesmo a invasões de seu espaço pessoal, na busca de atingir seu objetivo principal: a cura da doença que o levou até esta situação. Os autores afirmam ainda que a sensação de invasão mencionada pode ser percebida em todas as pessoas, independente de sexo, idade, cultura ou experiências pessoais, todos os pacientes internados, em maior ou menor grau se ressentem da invasão de seu espaço territorial e pessoal.

Freitas (1979) afirma que, a defesa do espaço pessoal pode gerar comportamentos que se traduzem e caracterizam por sensações de desconforto, embaraço, timidez e tensões diversas. Afirma ainda que a violação do espaço pessoal pode levar o indivíduo a comportamentos e estratégias ofensivas e defensivas na busca de autoproteção, tais como evitar os demais, fugir ao contato e não prestar colaboração com aquele que, sente ele, invadiu seu espaço. Ainda que estas sejam reações comuns em reação à sensação de invasão do espaço pessoal, no ambiente hospitalar, tanto a necessidade do cuidado quanto a sensação de inferioridade em relação aos profissionais médicos e de enfermagem, cujos conhecimentos e poder, aliados temporariamente na prestação do cuidado, geram um comportamento diferenciado. A necessidade de submissão às rotinas, procedimentos e determinações do ambiente hospitalar, alguns extremamente desagradáveis e invasivos, mesmo trazendo ao paciente a sensação de invasão e falta de controle, pode gerar também um bloqueio do processo de comunicação por parte deste, no qual ele evita expor seus medos, dúvidas e insatisfações, em função da prioridade em receber o tratamento e o cuidado prestados (COELHO FORATORI et al. 2012), o que pode causar ainda mais sensações de stress, insegurança e ansiedade a estes pacientes.

O conceito de espaço pessoal está relacionado diretamente aos conceitos de territorialidade e privacidade, que foram abordados mais adiante.

2.3.2 Controle

A necessidade em possuir controle sobre o ambiente ao seu redor é inerente ao ser humano. A sensação de controle influencia diretamente na percepção da segurança, na redução dos níveis de ansiedade e no bem-estar, o que pode ser de fundamental importância, principalmente para pacientes hospitalizados e com a saúde fragilizada (VASCONCELOS, 2004).

Cavalcante, Azevedo e Ely (2009) apresentam uma definição de controle que passa tanto pela possibilidade e capacidade do indivíduo em alterar o ambiente físico que o cerca, quanto pela possibilidade em regular o nível de exposição deste mesmo indivíduo a tudo que está ao seu redor e com ele interfere. Segundo os autores a possibilidade de controle das condições do ambiente causa impacto em todas as atividades rotineiras e cotidianas exercidas pelas pessoas, desde pequenos arranjos físicos em suas residências até ligar ou desligar um rádio ou uma televisão. A falta de condições de controle dos ambientes pode conduzir a efeitos tais como ansiedade, depressão e desânimo, dentre outros, em qualquer ambiente, não somente no ambiente hospitalar. O controle do ambiente possibilita a redução do stress, uma vez que a possibilidade de ter opção de escolha e resolução sobre qualquer situação, desde o volume e o tipo dos sons do entorno até o programa que passa em uma televisão, é um fator de incentivo a sensações agradáveis e de segurança. Em um ambiente hospitalar, a presença de televisores ligados constantemente, sem que seja facultada a escolha do canal ou o controle do som pelos telespectadores pode causar aumento dos batimentos cardíacos e da pressão arterial (CAVALCANTE, AZEVEDO E ELY, 2009). Da mesma forma é importante a possibilidade de controlar a temperatura do ambiente, a iluminação, a hora, o número de refeições e a incidência de luz externa no ambiente, aumentam a sensação de segurança percebida pelos pacientes. Ainda em relação ao ambiente construído, a possibilidade de acesso a outros ambientes, tais como jardins ou espaços coletivos para realização de atividades, para pacientes que possam se locomover, é bastante proveitosa no auxílio da recuperação dos pacientes (VASCONCELOS, 2004).

Juntamente com a privacidade, a falta de controle é um fator determinante para ocasionar insatisfação e desconforto em relação a um ambiente hospitalar. A primeira remete diretamente às questões de acesso ao indivíduo. A segunda, que trata do controle do ambiente ao seu redor e da possibilidade em optar pela forma como interagir com este, diz respeito ao espaço externo ao indivíduo. Ainda é possível mencionar a interação entre ambos os fatores, uma vez que a impossibilidade de atuar sobre atos como fechar uma porta, uma janela, diminuir o som de um equipamento (fig. 8) ou interferir nos arranjos ou organização espacial, também interferem diretamente com a dimensão fenomenológica da privacidade do paciente em um hospital (CAVALCANTE, AZEVEDO E ELY, 2009).

Figura 10 – Elementos de controle do ambiente – controle de equipamentos



Fonte: Blog da Saúde – MS – Hospital do Rocio – Campo Largo - PA
<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/materias-especiais/51855-hospital-do-parana-e-exemplo-de-gestao-e-atende-98-pelo-sus>

Figura 11 – Elementos de controle do ambiente – acesso ao meio externo



Hospital de Messejana – Fortaleza – CE - Foto da autora

Poder controlar as condições ambientais, para pacientes internados, também pode ser relacionado com o atributo da territorialidade, podendo-se citar como exemplo a possibilidade, para o paciente, de possuir um local onde possa exibir ou guardar seus pertences, o que contribuiria para a personalização, identificação e apropriação do local. A falta de um equipamento que dê suporte e segurança, para ter consigo e exibir itens pessoais, desencoraja o paciente a trazê-los consigo, minimizando as possibilidades de demarcação de território e domínio do lugar, diminuindo a sensação de controle. Buscar meios de ampliar o controle do paciente sobre o ambiente, além de favorecer a autonomia e o conforto destes, também pode auxiliar diminuindo a carga de tarefas para os profissionais e acompanhantes em alguns casos (CAVALCANTE, AZEVEDO E ELY, 2009).

Outros fatores, citados por Ulrich (1991), tais como ambientes com excesso de ruídos, confusão e falta de privacidade, minimizando a possibilidade dos pacientes

controlarem seu ambiente imediatamente entorno, faz com que estes tenham reduzida a sua sensação de autonomia, podendo ocasionar em consequência sintomas de depressão, passividade e aumento da pressão arterial.

Algumas ações simples tais como permitir aos pacientes a possibilidade de controlar luzes, temperatura, televisores, poder ter consigo em segurança e operar telefones e outros eletrônicos de uso comum atualmente, trazem ao paciente sensação de controle sobre si mesmo e sobre o ambiente onde está inserido, ainda que um ambiente de cuidado. Outras ações, citadas por Cavalcante, Azevedo e Ely (2009) incluem a utilização de maçanetas e esquadrias que facilitem o manuseio e a abertura, a utilização de um móvel onde possam ser armazenados e protegidos objetos pessoais, com fechadura, adequar os ambientes para utilização por pessoas portadoras de necessidades especiais.

2.3.3 Apropriação e identidade

Segundo apontam Cavalcante, Azevedo e Ely (2009), a apropriação é constituída por processos relativos à percepção, cognição e comportamento, uma vez que está diretamente ligada à interação dos sujeitos com as características e informações provenientes do ambiente. As autoras descrevem a apropriação como um processo subjetivo, que depende, além das características do ambiente em sua dimensão física, simbólica e cultural, mas também dos aspectos relacionados à percepção dos indivíduos, baseada em suas experiências, valores e sentimentos.

A identificação do indivíduo com o local acontece em função de sua identificação com o ambiente, da sensação de pertencimento e do reconhecimento de aspectos relativos à sua própria identidade. A apropriação está ligada diretamente a vivência dos espaços, à realização de quaisquer atividades nele efetuadas e à atribuição de significados ao ambiente, além do modo como o este responde aos anseios do indivíduo e reflete sua identidade. A identidade é um conceito que se refere ao “reconhecimento e pertinência”, relativos à forma como cada indivíduo consegue situar-se em uma “numa relação de igualdade ou diferença” com cada ambiente, permeando o ideal de como cada um quer ser visto e reconhecido, passando e estabelecendo sua imagem (SOARES E DALL’AGNOL, 2011).

O espaço pode gerar uma apropriação maior ou menor, em função de suas características e das possibilidades de ajuste, cuidado, controle, demarcação e personalização, entre outros fatores, permitindo o estabelecimento da identidade do indivíduo que o ocupa (CAVALCANTE, AZEVEDO E ELY, 2009).

A impossibilidade de identificação ou do sentimento de pertencimento em relação a um ambiente pode gerar indiferença, reações negativas ou de pouco cuidado em relação a este. No que se refere ao ambiente hospitalar e aos pacientes nele internados, tais reações podem ser comuns, em função da impossibilidade em desempenhar quaisquer papéis que não sejam relativos ao tratamento recebido, além da dificuldade da identificação com ambientes geralmente estéreis e que dificultam o estabelecimento de marcadores pessoais.

Uma das características da humanização do ambiente hospitalar trata justamente de tentar fornecer aos usuários condições para realização de atividades cotidianas e de expressarem-se como indivíduos, atribuírem significados aos ambientes e identificarem-

se com eles. A apropriação, neste caso, situa-se além da proposição de ambientes confortáveis e agradáveis estruturalmente, mas que permitam a criação de vínculos e reações afetivas (CAVALCANTE, AZEVEDO E ELY, 2009) por parte dos usuários, além da apropriação simbólica do espaço, de forma que os indivíduos possam moldar neste um lugar para si e para o desenvolvimento de sua identidade (SOARES e DALL'AGNOL, 2011).

As questões relativas à apropriação e identidade podem interferir no critério de confortabilidade diretamente nos aspectos que se referem à privacidade e individualidade. Para os pacientes, de forma relacionada à dificuldade em estabelecer algum tipo de ligação/identidade em ambientes onde não podem estabelecer seus gostos e opiniões, ou inserir objetos que lhes tragam referências pessoais e culturais. Para os usuários ligados aos serviços hospitalares, a territorialidade interfere diretamente com o estabelecimento das áreas de exercício de função, hierarquia e poder, bem como com os processos de trabalho realizados e a qualificação da função e do ambiente onde são exercidos.

A apropriação também interfere diretamente com o critério de produção de subjetividades em função da necessidade e quase inexistência da participação de todos os usuários na discussão das alterações espaciais, o minimiza a responsabilização e apropriação dos resultados.

Pacientes internados passam pela transição entre saírem de seu ambiente familiar, residencial, particular e privado, com dimensões reduzidas e no qual pode exercer seu gosto e vontades pessoais, para outro ambiente, público, muitas vezes de grandes dimensões e locais diversos, interligados por corredores extensos e impessoais, dificultando as sensações de pertencimento e bem estar e impedindo a apropriação. Outra problemática que influencia a dificuldade de apropriação em ambientes hospitalares é proveniente da impossibilidade de personalização, por parte dos pacientes, que não podem trazer para estes ambientes seus objetos e demarcar seu espaço, tal qual fazem em seus ambientes residenciais. A impossibilidade de apropriação e identificação aumenta a angústia e a insegurança já ocasionadas pela doença, e a sensação de estranheza e falta de controle prejudicam o processo de cura física e emocionalmente (LUKIANCHUKI E SOUZA, 2010).

Cavalcante, Azevedo e Ely (2009) mencionam que, pelo fato de os hospitais serem “locais de domínio de quem os administra”, principalmente aqueles da área pública, é bastante reduzido qualquer controle que possa ser realizado pelos indivíduos internados. Como já mencionado no item anterior, as reações mais comuns são de medo pela perda do cuidado de que necessitam ou de gratidão por recebê-lo, muitas vezes ocasionando reações de passividade ou inatividade. Estas características são ainda mais perceptíveis em hospitais públicos que atendem a áreas e populações carentes, com baixo padrão de exigência resultante da limitação de sua vivência cotidiana. É necessário, portanto, na busca da qualificação do projeto para tais ambientes, compreender a vivência e a apropriação, o significado e a preferência dos usuários, bem como fornecer aos locais, subsídios e meios para que sejam capazes de subsidiar as atividades que lá foram exercidas. Dentre as atividades consideradas, além das óbvias, relativas aos cuidados médicos, também devem considerar outros menos óbvios, tais como locais de entretenimento para pacientes e acompanhantes, de conforto aos funcionários e, de forma geral, locais que sejam apropriáveis e possam proporcionar alguma forma de expressão pessoal e identificação para os usuários (CAVALCANTE, AZEVEDO E ELY, 2009).

2.3.4 Privacidade

Entende-se por privacidade, o direito de cada pessoa em restringir o conhecimento e apreciação alheia do que lhe é pessoal e privado. A privacidade contempla o direito à individualidade, proteção da intimidade, respeito à dignidade e limitação de acesso tanto ao corpo quanto aos objetos íntimos, relacionamentos familiares e sociais de cada ser humano. Na percepção de pacientes a respeito dos aspectos relacionados à sua privacidade no hospital, a experiência de exposição do corpo de si e do outro, constituem condições geradoras de ansiedade, constrangimento e estresse, que repercutem em sua saúde e bem-estar. As pessoas internadas em hospitais em geral são passíveis de serem submetidas a procedimentos considerados invasivos, mesmo que destinados ao cuidado assistencial, podem causar constrangimentos, desconforto e perda de sua identidade e autonomia, podendo influenciando sua percepção sobre a qualidade do atendimento prestado, diminuindo a satisfação e as sensações positivas do paciente.

São recorrentes na literatura sobre o ambiente hospitalar e as interações que nele acontecem, as menções à exposição do corpo dos pacientes durante procedimentos médicos ou de enfermagem, incluindo as ações realizadas para exames, banho, troca de curativos, troca de roupas, somente para exemplificar. Os pacientes são expostos a situações de exposição e impotência que podem ocasionar sentimentos de constrangimento, desconforto, preocupação e stress psicológico que associados à situação de fragilidade já ocasionada pela doença podem interferir no processo de recuperação. Poder manter sua individualidade e perceber que existe respeito a sua privacidade são essenciais para que o paciente possa obter sensações de conforto no ambiente hospitalar (SOARES e DALL'AGNOL, 2011).

Figura 12– Pacientes internados em áreas hospitalares inadequadas



Fontes: 1 - Blitz Conquista – <http://www.blogdaresenhageral.com.br/corredor-3-mais-um-espaco-para-internacao-no-hospital-de-base-de-vitoria-da-conquista/>

2 - Página do Jornal “O Globo – G1 - <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2018/10/18/funcionario-diz-que-ha-pacientes-em-cadeiras-ha-quase-um-mes-no-hospital-federal-de-bonsucesso-no-rio.ghtml>

Um estudo feito por Pupulim e Savada (2012) verifica que os sujeitos apontaram com mais assiduidade, como fatores de caráter comportamental que podem interferir na sua privacidade pessoal, atitudes de respeito às suas preferências pessoais, bem como a possibilidade de sua autoridade sobre o espaço que ocupam no hospital, ainda que em espaços compartilhado com outros pacientes, além de outros aspectos, de cunho mais íntimo, tais como “uso do banheiro, ocasião do banho, dormir junto a estranhos”, por exemplo. A exposição e manipulação do corpo em função das práticas médicas, algumas vezes em locais com pessoas desconhecidas, além dos especialistas, causa constrangimento e falta de privacidade, mesmo com algumas alternativas de proteção, como cortinas e biombo.

Estas questões podem interferir diretamente com o critério de confortabilidade, diretamente nos aspectos que se referem à privacidade, estabelecida como um dos eixos primordiais da Cartilha de Ambiência. Este aspecto é mais percebido em relação aos pacientes, mas podem também atingir os funcionários, principalmente no que se refere às áreas não assistenciais e as relações de hierarquia social entre funções, extremamente comum nos hospitais.

A privacidade é um direito de cada pessoa, abrangendo em seu bojo a proteção da intimidade, a dignidade, o direito de limitar o acesso a seu corpo, seus relacionamentos e objetos particulares. Não é possível fixar uma “condição ideal” de privacidade, uma vez que esta é afetada pelas circunstâncias e pelo perfil pessoal de cada pessoa.

Figura 13- Individualização de espaço nos boxes de atendimento – sala de observação masculina e sala amarela - setor de emergência - Hospital Federal de Bonsucesso – RJ.



Sala de observação masculina - setor de emergência - Hospital Federal de Bonsucesso – RJ

Foto da autora (2018)



**Sala amarela - setor de emergência - Hospital Federal de Bonsucesso – RJ
Foto da autora (2018)**

No ambiente hospitalar são várias as situações e fatores que podem interferir na sensação de privacidade, algumas já mencionadas dentre aquelas que interferem também na sensação de espaço pessoal, uma vez que os conceitos se interligam e entrelaçam. Tais fatores podem passar pela divisão do espaço de internação com pessoas desconhecidas, compartilhamento de banheiros, exposição do corpo através de vestimentas hospitalares, exames em locais públicos e/ou na presença de pessoas desconhecidas, mesmo aquelas que pertencem à área assistencial. Da mesma forma, dada à particularidade e à singularidade do ambiente hospitalar, tanto a presença de uma só pessoa durante a realização de algum procedimento pode ser extremamente desconfortável, quanto à presença de muitas pessoas de muitas pessoas pode ser tolerada em função da necessidade do cuidado.

O estabelecimento de ambientes que propiciem privacidade aos pacientes auxilia na preservação da identidade, no alívio emocional e na predisposição dos indivíduos para a interação social. A sensação de falta de privacidade, ao contrário traz resultados prejudiciais e negativos, tais como ansiedade, diminuição da autoestima, insegurança, aborrecimento e agressividade (CAVALCANTE, AZEVEDO E ELY, 2009).

Quadro 2- Fatores que interferem na percepção da privacidade em ambientes hospitalares

| Privacidade em ambientes de atenção à saúde - Aspectos percebidos pelos pacientes | |
|---|--|
| Categoria de interferência | Aspecto percebido |
| Dignidade e respeito | Respeito ao desejo do paciente em não realizar alguma atividade |
| | Atendimento com educação e simpatia |
| | Evitar proximidade extrema desnecessária |
| | Solicitação de permissão para tocar e realizar procedimentos |
| Autonomia | Discrição sobre a doença e as condições de saúde do paciente |
| | Minimização do incomodo aos pacientes com tarefas realizadas ao seu redor |
| | Minimização de ruídos internos e externos |
| | Minimização da exposição do corpo do paciente |
| | Possibilitar que o paciente possa manter hábitos rotineiros |
| | Minimizar a restrição do direito de ir e vir |
| Espaço pessoal e territorial | A entrada e saída frequente de pessoas, a qualquer hora do dia ou da noite |
| | Necessidade de um espaço privado |
| | Poder fechar a porta do banheiro |
| | A presença de muitas pessoas no mesmo ambiente |
| | Não ser incomodado ou forçado a fazer coisas que não deseja |

Fonte: Baseado em Pupulim, 2009.

A sensação de aglomeração encontrada em ambientes hospitalares, tais como salas de espera, serviços de emergência, a impossibilidade de determinar os horários de suas próprias atividades, a dificuldade em receber seus amigos e familiares, a presença de diversas pessoas estranhas, o ruído ocasionado por tarefas ou serviços do ambiente são fatores diversos que interferem na sensação de privacidade nos ambientes hospitalares.

2.3.5 Territorialidade

Como pode ser lido em Monken e Barcellos (2005), a noção de espaço precede a de território, sendo o território formado a partir do espaço através das relações cotidianas, enraizamento, identidade e conexões nele estabelecidos por seus usuários relativas a fatores econômicos e culturais. Segundo Pupulim (2009), a necessidade de território é psicológica e oriunda da necessidade de segurança, motivação e identidade sentida pelos indivíduos, ou seja, trata-se da necessidade de uma área geográfica e/ou social, individual e particular para cada pessoa. A territorialidade descreve uma condição relativa à possessividade, controle e autoridade sobre um determinado espaço físico.

Pode ser efetuada uma análise do hospital como um território cuja organização é complexa e composta por múltiplos interesses, ocupando uma posição de “lugar crítico na prestação de serviços de saúde” (MONKEN E BARCELLOS, 2005) e contendo identidades profissionais de grande reconhecimento social. O ambiente hospitalar apresenta em sua composição, inúmeros territórios e territorialidades que funcionam de forma sobreposta, articulando-se no mesmo espaço geográfico, com atores das mais

diversas categorias e posições na hierarquia das relações de poder: médico, administrativo e social. São instituições permeadas por modelos administrativos que incentivam a fragmentação e a hierarquia, minimizando a autonomia dos sujeitos (FERREIRA; PENTEADO E SILVA JUNIOR, 2013).

Figura 14 – Ambientes hospitalares lotados, dificultando o estabelecimento de território e o exercício dos processos de trabalho.



Fontes: 1 – G1 – Globo

<http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2014/05/fantastico-percorre-hospitais-do-brasil-e-encontra-uti-sem-medicos.html>

2 - Fotografia de Germano Rorato – Agência RBS

<https://gauchazh.clicrbs.com.br/geral/noticia/2016/05/estado-aguarda-ministerio-da-saude-para-resolver-problema-de-ps-lotado-em-santa-maria-cj5wb1ea41jf4xbj0bq1r8jap.html>

Em meio a estas relações e exercício de poderes, encontra-se o paciente, com dificuldade extrema em posicionar-se de forma a conseguir estabelecer algum tipo de territorialidade, controle ou autoridade sobre si mesmo ou sobre o ambiente que o cerca nestes locais. Esta impossibilidade em estabelecer qualquer tipo de território em meio ao ambiente hospitalar, pode interferir diretamente com o critério de confortabilidade preconizado pela Cartilha da Ambiência do Ministério da Saúde: para os pacientes de forma relacionada à dificuldade em estabelecer algum tipo de ligação/identidade em ambientes completamente fora de seu cotidiano pessoal e onde muitas vezes precisam dividir o espaço com desconhecidos; para os usuários ligados aos serviços hospitalares interfere diretamente com o estabelecimento das áreas de exercício de função, hierarquia e poder.

Alguns aspectos podem ser considerados como intervenientes nas questões relativas à territorialidade, percebidos por pacientes em ambientes hospitalares, tais como o desconforto de alguns pacientes com a presença de outras pessoas internadas no mesmo ambiente, compartilhando o espaço, mas também outros aspectos pessoais, tais como conversas, informações médicas, exposição física e higiene, por exemplo, ainda que haja cortinas ou biombos separando os espaços.

Figura 15- – Ambientes hospitalares que favorecem a territorialidade.



Fonte: 1 – Hospital Copa Star – RJ – Foto de Eduardo Guedes para a revista Exame
[\(https://exame.abril.com.br/negocios/um-hospital-como-voce-nunca-viu/\).](https://exame.abril.com.br/negocios/um-hospital-como-voce-nunca-viu/)

2 - Hospital Vera Cruz – RS – Foto de divulgação
[http://www.hospitalveracruz.net/pages/pag.aspx?id=228&tit=HOTELARIA\)](http://www.hospitalveracruz.net/pages/pag.aspx?id=228&tit=HOTELARIA)

Outros aspectos considerados intervenientes são relativos ao acesso constante de seus espaços por profissionais de saúde ou outros trabalhadores, seja para realização de procedimentos médicos ou tarefas de rotina, sem a devida permissão, invadindo a privacidade e configura uma invasão territorial. Também podem ser considerados como invasivos a interrupção do sono e descanso, mesmo que para realização de procedimentos médicos; a utilização de banheiros com a restrição comum sobre trancar as portas - fator que também gera insegurança pela possibilidade de abertura da porta durante a utilização; a troca de roupas ou realização de procedimentos em áreas íntimas do corpo, pelas equipes assistenciais, sem utilização de biombo ou cortina de proteção. (PUPULIM, 2009; GASPARINO E GUIRARDELLO, 2006; COELHO FORATORI ET AL., 2012).

2.3.6 Percepção ambiental

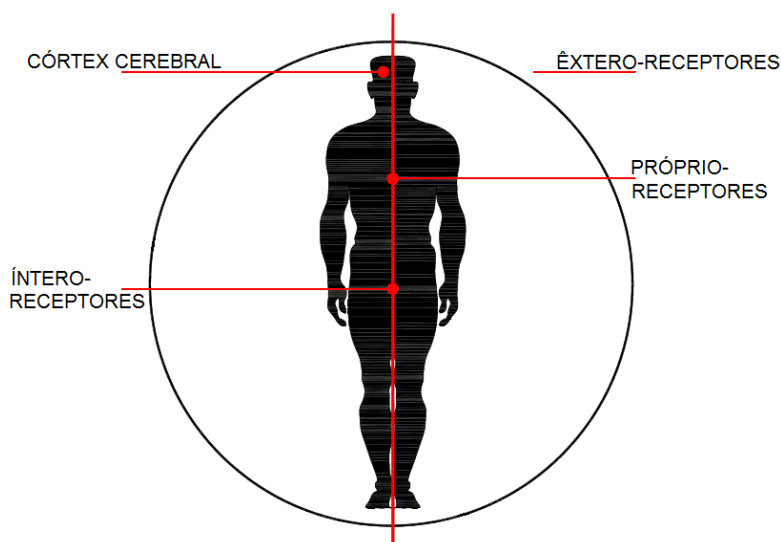
Um dos principais conceitos diretamente ligados ao estudo da ambiência, utilizado nos estudos de psicologia ambiental, é o da “percepção ambiental”. A percepção, segundo Simões e Tierdermann (1985) é “(...) a porta de entrada para toda a informação que a pessoa recebe e processa (...)”, o que faz dela um mediador entre o usuário e o meio ambiente. A percepção ambiental estuda esta relação homem x espaço, buscando verificar como ambos interagem e se modificam mutuamente (PAULA, 2003).

As primeiras pesquisas direcionadas à compreensão da percepção partiam do princípio de que os seres humanos captavam os estímulos ambientais de forma passiva e voltavam-se principalmente para suas reações a estímulos mais comuns, tais como a luz, a cor e a forma (PAULA, 2003). A partir do fim dos anos cinquenta, estes estudos passam a considerar o homem em relação entorno, situando-se dentro deste.

Segundo explica Okamoto (2002), a sensação do ambiente é transmitida pelos estímulos provenientes deste, com os quais somos bombardeados de forma inconsciente, e dentre os quais a mente humana seleciona o que lhe chama a atenção ou provoca interesse. Em seguida a este interesse ocorre a percepção, na forma da imagem, e a consciência, na forma de pensamento ou sentimento e, a partir deste, ocasionando uma resposta traduzida através do comportamento resultante. Há receptores sensoriais de informações que captam os estímulos exteriores através da visão, audição, olfato, paladar e tato (exteroceptores), que se relacionam com o movimento, a postura e o equilíbrio

(próprio receptores) e que são ligados às sensações subconscientes internas do nosso organismo, tais como fome, sede e frio, por exemplo (interorreceptores). (SIMÕES E TIERDERMANN, 1985).

Figura 16– Receptores do sistema nervoso



Fonte: Baseado em Okamoto (2002, pág. 55).

As pessoas estão constantemente cercadas pelo que Okamoto (2002) denomina como “campo de energia corpuscular e vibratória”, composta pelas cores, pelo frio, cheiros, claridade, pressão atmosférica, sons e temperatura. Todos estes estímulos agem para estimular os sistemas sensoriais, por meio dos sentidos do tato, paladar, audição, visão e olfato, bem como pelos sentidos interiores menos famosos, tais como sentido vestibular, orgânico e cinestésico.

É nas interseções entre corpo, “mundo externo” e “mundo interno” que a percepção toma forma. Não importa o quanto seja ressaltada a importância de um determinado canal sensitivo, seu funcionamento sempre é dependente da interação com os demais, ocorrendo de forma simultânea. “A percepção do ambiente que nos envolve é de fato uma interação de todos os sentidos, em múltiplas direções” (VON HARTENTHAL e ONO, 2011). A percepção ambiental não se dá somente segundo o sentido da visão, que é o mais obviamente observado quando se fala usualmente sobre ambiência e arquitetura. Em um primeiro momento sempre são observados os quesitos relacionados aos aspectos plásticos, que podem ser percebidos através do olhar. Todos os demais aspectos que são captados pela gama sensorial, e que formam em conjunto a sensação passada ao sujeito pelo ambiente, são automaticamente relegados ao segundo plano de grande parte dos projetos arquitetônicos, onde em geral ambiência é pensada como sinônimo de arrumação espacial. Considerando a multisensorialidade (VON HARTENTHAL E ONO, 2011) em conjunto com os aspectos culturais relativos a cada indivíduo, é facilitada a compreensão da percepção espacial, e mesmo arquitetônica, como diferenciada e singular para cada pessoa, segundo seu próprio ponto de vista, sensações e histórico pessoal. A conjunção

da “estrutura espacial, a linguagem arquitetônica, o significado e os valores culturais dados a este espaço e meio ambiente” ocasionam as reações aos estímulos proporcionados pelo meio ambiente, que dão origem, orientação e qualificação da vida para os seus usuários (OKAMOTO, 2002).

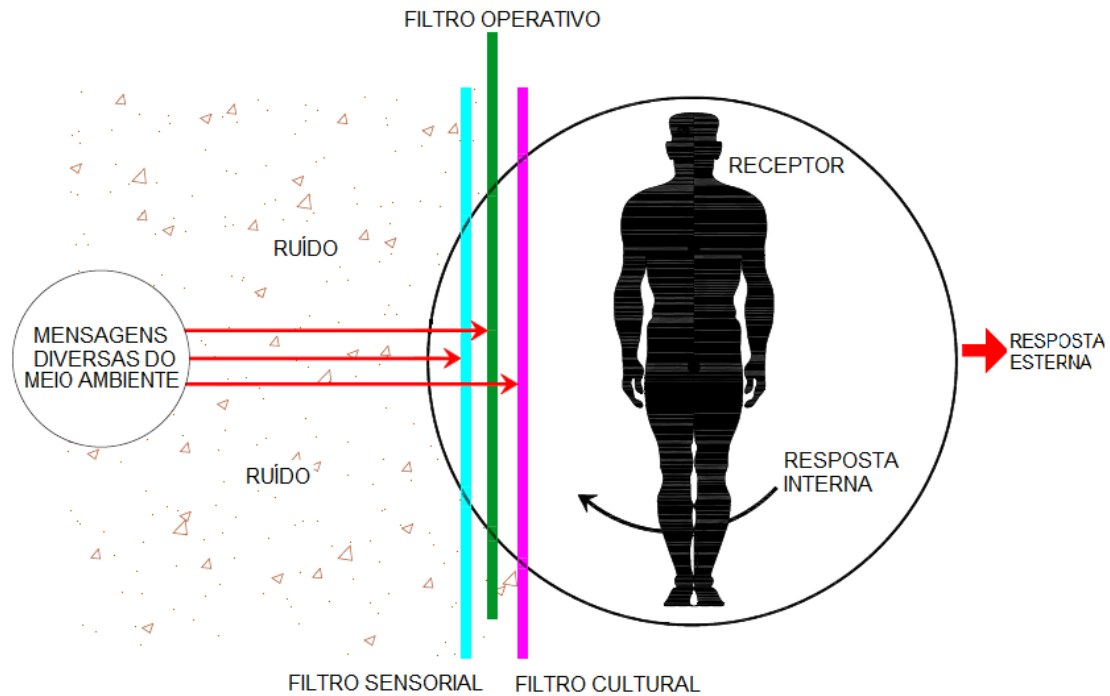
Quando averiguada a partir do ponto de vista da Psicologia Ambiental a percepção do ambiente construído pelos usuários permite a discussão das potencialidades do ambiente enquanto base-física, que propicia ou inibe a emissão dos comportamentos (ELALI, 1997. p.6).

O comportamento dos indivíduos se modifica em função da tipologia de espaço/ambiente em que se encontram, bem como em função da percepção e avaliação que fazem deste espaço, uma vez que estas influenciam diretamente a forma de cada um agir em um determinado ambiente. A psicologia ambiental estuda esta inter-relação entre os indivíduos e o meio ambiente físico e social, uma vez que as dimensões relativas à cultura e às dimensões sociais servem de mediadoras para a percepção, avaliação e comportamento dos usuários, que mudam de forma diferente, em função das características de cada local (MOSER, 1998).

Segundo Malard (1993) os fatores que interferem na percepção ambiental pelos indivíduos dividem-se entre aqueles que subjetivos e objetivos. Os primeiros são ativados pela composição dos ambientes por materiais, cores, texturas e formas, e relacionam-se diretamente à cultura dos usuários destes ambientes. Os aspectos fatores objetivos dizem respeito à condição humana, sendo ativados por condições térmicas, acústicas, lumínicas e dimensionais. Ambos os fatores, subjetivos e objetivos, têm influência na percepção ambiental e interferem no comportamento dos usuários em relação aos espaços. Conforme cita Malard (1993, p.4) “Se uma pessoa está sentindo muito frio ou muito calor ela não se sentirá confortável de maneira nenhuma, por mais bonito e atraente que seja o lugar onde ela estiver.”

Okamoto (2002) afirma que para o arquiteto o elemento básico para exercício de sua profissão é o espaço físico interno que resulta das edificações para atender às necessidades dos indivíduos que as habitam. Para criação destes espaços, são utilizados pelos arquitetos elementos objetivos, ou valores técnicos, tais como “forma, função, cor, texturas, temperatura ambiental, iluminação, sonoridade e simbologia”, que irão ter como resultado o espaço sensorial e perceptivo, o espaço arquitetônico sensível. Estes espaços fornecem aos indivíduos estímulos diferenciados, influenciando a atenção aos eventos, fatos e objetos de interesse que são percebidos da realidade de forma consciente. Outros elementos, os subjetivos, entram para o inconsciente humano, formando neste o contexto ambiental. Além dos sentidos interorreceptores e exterorreceptores já mencionados por Simões e Tierdermann (1985), que agem mais diretamente como elementos de ligação com a realidade, Okamoto menciona outros sentidos internos e mentais, que atuam complementando a compreensão da realidade externa, ampliando a visão do processo perceptivo, conforme demonstrado em seguida:

Figura 17– Filtragens diversas dos estímulos



Fonte: Baseado em Okamoto (2002, pág. 64)

Conforme afirma Vasconcelos (2004), a percepção ambiental pode sofrer modificações ou mesmo ser qualificada quando os componentes utilizados para construção e organização dos espaços são utilizados de forma equilibrada e harmônica. A autora também afirma que alguns elementos podem influenciar direta e positivamente a sensação de bem-estar físico e emocional dos indivíduos, interferindo na sua percepção sobre o ambiente em que se encontram. Dentre estes elementos, a luz, a cor, o som, os aromas, as texturas e a forma, o conforto térmico, a ergonomia, o acesso a vistas externas, áreas verdes e jardins, acessibilidade, legibilidade e compreensão dos ambientes, possibilidade de controle de luz, temperatura e privacidade, agem sobre a percepção com potencial até para interferir nos resultados dos tratamentos de pacientes em ambientes de atenção à saúde (SOETHE e LEITE, 2015).

Quadro 3 - Distribuição dos sentidos e valores subjetivos no processo de sentir, querer e pensar.

| Distribuição dos sentidos no processo de querer, sentir e pensar | | | |
|---|---|---|---|
| Valores subjetivos | SENTIR | QUERER | PENSAR |
| | Sintonia entre interior e exterior | Sensação de nós mesmos ao estabelecermos relação com o mundo | Sensação do mundo ao estabelecermos nossa relação conosco mesmos |
| Sentido perceptivo | Visão - olfato - paladar | Tato | Audição |
| Sentido espacial | | Movimento cinestésico vestibular (equilíbrio + gravidade) | |
| Sentido proxêmico | | Pessoal, territorial, privado | |
| Sentido-pensamento | | | Abdução (símbolo, mito, metáfora, alegoria, arte, estética, poesia, |
| Sentido da linguagem | | | Linguagem não verbal (linguagem corporal) |
| Sentido do prazer | Princípio afetivo | | |

Fonte: Baseado em Okamoto (2002) e Yaari (1991, citado por Okamoto, 2002).

A percepção ambiental depende ainda das condições físicas, psicológicas de quem observa, das informações proporcionadas pelo ambiente e de que forma se dá a relação pessoa ambiente em relação ao contexto social e cultural (VASCONCELOS, 2004). Principalmente no que se refere a ambientes hospitalares, é fundamental compreender que o ambiente físico projetado interage de forma direta com os pacientes, esta compreensão é fundamental para que os projetos proporcionem ambientes que auxiliem na prestação do cuidado e recuperação e cura dos pacientes.

No anexo 4 da pesquisa são apontados os fatores ambientais diversos da composição dos ambientes de saúde, que podem influenciar de forma positiva ou negativa à saúde e ao bem-estar de pacientes e demais usuários destes ambientes.

2.3.7 Aspectos afetivos e simbólicos - cultura

Os fatores subjetivos, dentre eles aqueles de caráter cultural, trazem consigo o poder de gerar interpretações diferentes e diversas dos espaços, por parte das também diversas pessoas que neles habitem ou deles usufruam interpretações estas que podem se revelar através dos fenômenos relativos à “territorialização, apropriação e personalização” (BRASILEIRO, DUARTE e RHEINGANTZ, 2004), que podem ser observados conforme cada ser humano se estabelece de alguma forma, em qualquer tipo de ambiente (SILVA, 2018a)

Von Hartenthal e Ono (2011), explicam que, por mais que a arquitetura tenha recebido sempre uma concepção extremamente voltada para a essência visual, a cada dia os estudos sobre percepção ambiental mostram que esta acontece através da associação de sentidos, racionalidade, sentimentos e cultura. Isto, segundo os autores, explicaria como algumas edificações e ambientes podem ser percebidos como “frios” por parte de seus usuários, não somente em função dos materiais, cores e formas utilizados em sua construção. Acrescentamos ainda a estas características, o uso dado a esta mesma edificação, como no caso dos hospitais, cujo domínio da tecnologia torna os ambientes percebidos como extremamente frios aos pacientes, a menos que haja grande cuidado na elaboração dos ambientes.

A influência da cultura como força transformadora da experiência espacial, pois a percepção se funda no corpo que é entidade construída culturalmente. (VON HARTENTHAL E ONO, 2011. p.8)

A cultura não diz respeito somente ao local de nascimento, ou a quantas riquezas possui, ou ainda e apenas, à posição social e econômica de um indivíduo em relação ao lugar onde vive. A cultura é um processo em constante transição, influenciado por elementos e fatores diversos, tais como idade, formação educacional e escolar, gênero, história pessoal, dentre outros que influenciam a forma de pensar e agir dos indivíduos (VON HARTENTHAL E ONO, 2011). Os aspectos culturais incluem conhecimento e costumes, delineados ainda por fatores como linguagem, religião, etnia e história, bem como fatores políticos, educacionais e o contexto em que todos são resumidos, representando uma mistura de significados interpretados, interferindo nas pessoas comportamento e percepção (ISEHARD ET AL., 2009 citado por SILVA, 2018a).

O conjunto de características e qualidades percebidas em um determinado espaço dá esse significado pessoal, tornando-o um lugar e constitui seu ambiente, revelado precisamente neste processo de apropriação do espaço. Malard (1993) explica que, com a apropriação de espaços, o homem também os humaniza, modificando-os para se adequar à sua própria natureza e olhar. A apropriação envolve a interação recíproca usuário / espaço, onde atua no sentido de moldar os locais de acordo com suas necessidades e desejos, tornando-os receptivos. Essa influência mútua entre o usuário / espaço é a razão pela qual as pessoas se identificam positivamente ou negativamente com os vários locais que passam e experimentam. Os lugares receptivos são aqueles com os quais as pessoas se sentem em harmonia e encontram sua identidade individual e coletiva, todo esse processo é através da comunicação fornecida pelo meio ambiente.

Cada indivíduo (ou grupo de indivíduos) a partir de sua vivência, de sua cultura, de seus rituais e ações cotidianas, age nos lugares de forma específica, criando vínculos com essas porções de território e as construindo como “lugares de identificação”. Acreditamos que aqui reside a importância e o poder das ambiências na construção destes territórios e identidades. (SANCOVSCHI E DUARTE, 2017. p.3).

Como já exposto neste capítulo, a ambiência é composta tanto por aspectos objetivos, definidos como as sensações corporais vivenciadas em um lugar, quanto por aspectos subjetivos, relacionados à identificação com este mesmo lugar. Enquanto os aspectos objetivos estão relacionados às condições térmicas, acústicas, leves e dimensionais, os aspectos subjetivos estão relacionados à composição física e estética dos ambientes. Ambos os aspectos atuam sobre o comportamento e a percepção humana, mas os aspectos subjetivos estão diretamente relacionados à cultura e os aspectos objetivos mais diretamente à condição humana. A dimensão subjetiva reside na relação entre pessoas e objetos funcionais, está relacionada ao sistema de significado dos objetos e é estritamente dependente dos padrões culturais dominantes no grupo. É um fenômeno que é revelado através de costumes e moda. Como subjetividade, o fenômeno da ambiência atua na estruturação do sistema de objetos funcionais, conferindo um caráter particular ao arranjo espacial desses objetos. A maneira como o ambiente se desenvolve é, de fato, dependente dos valores colocados pela cultura (MALARD, 1993). A influência da cultura atua como uma força transformadora da experiência espacial, pois a percepção é baseada no corpo, que é uma entidade construída culturalmente.

Von Hartenthal e Ono (2011) usam como exemplo de análise de moldagem do “sensório” através do contexto sociocultural, a utilização do conceito de habitus estabelecido pelo sociólogo Frances Pierre Bordieu (1996), através do qual seria possível demonstrar que forma a situação social e cultural das pessoas é incorporada, moldando seu corpo e sua forma de sentir. Estas modificações incorporadas abarcam desde a utilização do corpo (forma de andar, dançar, comportar-se) até preferências musicais e o paladar para alimentos, que, entre outros, são resultantes das influências provenientes dos grupos sociais que cercam cada indivíduo ou grupo de indivíduos, começando pela própria família. O *habitus* seria um conceito que auxilia no pensamento de uma identidade social, “um sistema de orientação, ora consciente, ora inconsciente”, uma “matriz cultural que predispõe os indivíduos a fazerem suas escolhas” (SETTON, 2002. p.2.). Os grupos culturais determinam juízos de valor sobre as predileções, comportamentos e preferências, incentivando o que atende aos seus critérios de correção e bom gosto, e da mesma forma, desestimulando o que consideram inadequado, e atuando desta forma, sobre a percepção e o comportamento de cada indivíduo sob sua influência. No que se refere diretamente à arquitetura, o conceito de *habitus* traz à luz que a percepção do espaço arquitetônico é diferenciada segundo a observação de diferentes pessoas ou grupos, uma vez que a cultura de cada uma destas pessoas ou grupos, se diferentes, darão a estes percepções diferenciadas dos espaços e edificações (VON HARTENTHAL E ONO, 2011). Malard (1993) afirma que até mesmo a disposição espacial das edificações no território urbano ou a disposição de mobiliários em locais diversos, desde residências até escritórios, têm por objetivo não somente obedecer a regras que possibilitem o cumprimento das funções para estes planejadas, mas também “comunicar os valores da cultura que os gerou”. Ainda segundo a autora, o ambiente configura por si só um sistema de comunicação, através do qual são veiculadas diretrizes diversas para o comportamento social (RAPOPORT, 1982, citado por MALARD, 1993).

Tratando-se especificamente de ambientes de atenção à saúde, Bezerra e Cardoso (2006) concordam que a cultura influencia o comportamento humano, desta forma os profissionais que pensam e projetam os edifícios de saúde devem tentar apreender a visão de mundo, crenças, valores e costumes dos pacientes e demais usuários destas edificações. Do mesmo modo, o cuidador das configurações de cuidados deve refletir sobre como a cultura, os valores, as crenças, as experiências e os significados dados pelos usuários irão interferir sobre sua percepção do cuidado nos ambientes a eles destinados. O planejamento de um ambiente de atenção à saúde, que considera os aspectos relacionados à cultura, no contexto local de sua implantação, pode proporcionar ambientes com maior capacidade para oferecer aos usuários uma experiência muito mais positiva.

Considerações sobre o capítulo:

O capítulo dois deixa claro que os estudos sobre as ambiências e, mais especificamente, os estudos sobre a ambiência em arquitetura, têm sido objeto de diversos grupos de pesquisas importantes, não somente no Brasil, mas também em outros países ao redor do mundo. A Ambiência tem sido estudada em diversas vertentes, porém nesta pesquisa o foco é direcionado aos estudos realizados por especialistas da arquitetura e da psicologia ambiental, em função de sua importância na relação de estabelecimento de vínculos com os espaços, através de diversos conceitos que influenciam a percepção e a relação e a experiência das pessoas com os ambientes. Estes conceitos tornam-se de importância ainda maior quanto tratamos de ambientes de atenção à saúde, onde o espaço construído interfere não somente na execução dos processos assistenciais, mas podem também influenciar diretamente o próprio processo de recuperação dos pacientes.

.....

3 ASPECTOS DOS AMBIENTES DE NASCER

ASPECTOS DOS AMBIENTES DE NASCER

O capítulo três aborda diversos aspectos relacionados aos ambientes de nascer, partindo do estabelecimento das “boas práticas” preconizadas pela organização Mundial da Saúde, passando pelas principais legislações, normativas e programas estabelecidos no Brasil, pelo Ministério da Saúde sobre o tema e sobre a necessária humanização do parto e dos ambientes a ele destinados.

Interlúdio sobre o parto

O parto é um acontecimento de relevância na vida da mulher, uma vez que constitui momento único para o binômio mãe e filho. As sensações que a parturiente vivencia durante a experiência de dar à luz são extremamente marcantes, fazendo com que perdurem durante anos as memórias e os sentimentos por ela experimentados durante o parto. O parto é um “evento de significância psicológica incontestável, e não apenas o meio pelo qual homens e mulheres se tornam pais” (LOPES, DONELLI, LIMA PICCININI, 2005), um evento que contém em seu desenvolvimento, grandes níveis de sensações tais como ansiedade, medo, excitação e expectativas diversas, com potencial até mesmo, para causar desde grandes benefícios até danos psicológicos às mulheres, em função das condições em que se dão o seu acontecimento (LOPES, DONELLI, LIMA PICCININI, 2005).

O momento do parto, geralmente é o resultado de uma espera cheia de significados, tanto aqueles construídos e reconstruídos culturalmente e socialmente, quanto aos relacionados com as expectativas, medos e conhecimentos trazidos pelas mulheres. Dentre estes conhecimentos podem ser destacados eventos, tais como “a preparação durante o período pré-natal, a história obstétrica anterior, o tipo de parto, os procedimentos e intervenções obstétricos sofridos, além das expectativas e dos medos gerados pela própria gestação” (LOPES, DONELLI, LIMA PICCININI, 2005). Esta experiência é, portanto, permeada e influenciada não somente por fatores fisiológicos, mas também psicológicos e emocionais, impactantes e cheios de significados para a grande maioria das mulheres. Caso sejam malsucedidas, tanto a experiência da gestação quanto a do parto podem trazer, além das consequências relativas à saúde da mulher e do bebê, consequências sobre a própria experiência da maternidade (TOSTES E SEIDL, 2016).

O parto pode ser considerado, ainda, como um momento importante de transição na vida da mulher, reunindo diversos significados e eventos em um só: o momento em que a mãe finalmente encontra seu bebê frente a frente, o bebê real, não aquele bebê imaginado durante a gestação; o momento de se deparar com o produto de seu corpo, que reafirma sua capacidade feminina para a geração de uma nova vida, sua competência para ser mãe, parir, cuidar e amamentar. Além de estes eventos concretizarem o “poder” da maternidade, trazem consigo, também, o status e a pressão social, inerentes ao papel de mãe (LOPES, DONELLI, LIMA PICCININI, 2005).

Ao longo do século passado, grandes mudanças ocorreram em relação aos eventos da gestação, parto e nascimento, definidas principalmente pela transformação do parto,

de evento fisiológico, privado e feminino, para um evento essencialmente medicalizado e público, fora do ambiente residencial e familiar, migrando para o ambiente hospitalar e sendo realizado, em sua maior parte, por médicos do sexo masculino. Essa hegemonia só começa a ser questionada com o surgimento entre os anos 60 e 90, da segunda onda dos movimentos feministas internacionais que, dentre outras pautas, questionam também as práticas utilizadas para o parto e nascimento. A partir do ano de 1992, através da reorganização da atenção ao parto e nascimento, feita pelo Ministério da saúde no Brasil, dá-se início à reformulação, desta tipologia assistencial, abrindo caminho para a criação do Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento e adotando as recomendações feitas pela Organização Mundial de Saúde - OMS (Santos-Neto et al., 2008).

O ideário da Política Nacional de Humanização tem como base a inserção e valorização de todos os sujeitos participantes dos processos de produção da saúde, incluindo entre estes sujeitos os usuários e, dando a estes, direito a autonomia e protagonismo no processo. No que se refere aos aspectos que envolvem a gravidez, o parto, o nascimento e o puerpério, é necessário que se mudem paradigmas que até o momento atual ainda possuem grande resistência, dentre eles, a necessidade de respeito à individualidade e à privacidade das mulheres, seu direito de protagonizar sua própria gestação e parto, escolhendo e opinando sobre método, lugar e acompanhamento, sempre que possível, respeito à sua cultura, crenças, valores e opiniões (TOSTES E SEIDL, 2016).

Os parâmetros apontados como qualificadores e voltados à humanização do parto e nascimento têm sido de suma importância no estabelecimento do diálogo para a qualificação da assistência e minimização da violência obstétrica, por exemplo, mas ainda não são suficientes para lidar com todos os problemas que permeiam esta área assistencial. O número ainda muito elevado de cesarianas, realizadas no país, indica a necessidade de que sejam observados ainda outras perspectivas relacionadas ao parto e nascimento. Existem ainda na cultura relacionada ao parto, de forma bastante intensa, aspectos que desfavorecem muito a opção pelo parto normal: a insegurança das mulheres sobre conseguir ou não parir naturalmente, principalmente em função do medo da dor ou de alguma intercorrência; a associação do trabalho de parto à agonia, sofrimento, provação e mesmo à morte; medo de riscos ao bebê e a lesões fisiológicas ou anatômicas também não são incomuns. Estes fatores são motivo de muitas mulheres optarem por um parto cesáreo, que teoricamente não envolveria maiores riscos ou dores e sofrimento, ainda que não haja indicação obstétrica que justifique a opção (TOSTES E SEIDL, 2016). Outro fator que implica diretamente na realização de partos cirúrgicos é a orientação de muitos dos próprios profissionais de saúde, seja pela real necessidade relativa à saúde, seja pelas conveniências envolvidas em partos com data e hora marcados previamente.

No que se refere à dor, inerente ao parto natural, esta pode ser ampliada significativamente pela ansiedade e pelo próprio medo de senti-la durante o processo do parto. Teixeira e Pereira (2006) afirmam que a dor está diretamente relacionada com os aspectos ligados à subjetividade de cada pessoa, sofrendo influência de sua cultura, vivências e experiências, deixando de ser um processo meramente fisiológico e transformando-se em uma construção simbólica. Desta forma, no parto, a presença da dor, ou meramente o medo de senti-la, se junta a uma série de outros sentimentos, medos, expectativas e pensamentos em um círculo (RODRIGUES & SIQUEIRA, 2008), que pode ou não ser retroalimentado, em função da forma como se dá processo e aos elementos que sejam utilizados para proporcionar conforto, segurança, alívio e cuidados

à parturiente. Ainda que este conhecimento já seja posse da maior parte dos profissionais de saúde envolvidos na gestação, parto e puerpério, através das discussões e diversos programas, manuais e normativas dedicados ao tema, alguns profissionais de saúde insistem em desconsiderá-los. Da mesma forma desconsideram a subjetividade das mulheres, seu direito de escolher entre as diversas formas disponíveis para vivenciar o trabalho de parto e o parto e, incrivelmente, deixam claro que esperam das mulheres um “bom comportamento”, que inclui “não gritar não se desesperar, obedecer às ordens e acatar os conselhos da equipe, sob pena de não serem atendidas ou serem submetidas a diferentes tipos de violência, caso se “comportem mal” (PINHEIRO & BITTAR, 2013).

Diferenças entre as tipologias de parto:

- Parto Natural: é o parto em sua versão mais tradicional: vaginal e sem nenhum tipo de procedimentos de intervenção, tais como anestesia, episiotomia ou indução. Neste tipo de parto, os profissionais de saúde acompanham os acontecimentos do processo no ritmo em que acontecem, intervindo somente se necessário para auxiliar e amparar a mulher. O parto natural pode acontecer em posições diversas, sendo prerrogativa da mulher escolher aquela na qual se sinta mais confortável;
- Parto Normal: o parto normal segue as mesmas prerrogativas do parto natural, tendo por principal diferença a possibilidade de utilização de métodos modernos de anestesia, tais como a peridural e a raquianestesia. A utilização destas anestésias minimiza as dores, porém permitem a participação intensa da mulher no trabalho de parto. Métodos para indução do parto somente são utilizados caso sejam diagnosticados como efetivamente necessários;
- Parto Cesariano: esta tipologia de parto é amplamente conhecida como cesariana. É o parto realizado por meio cirúrgico e sua indicação deve restringir-se a casos de real emergência ou risco à mulher e/ou ao bebê. Tal como em qualquer outra cirurgia, o parto cesariano implica em riscos durante sua execução e no período pós-operatório. Nesta tipologia de parto, em geral são utilizadas anestésias do tipo raquianestesia ou peridural, podendo ser utilizada anestesia geral em casos excepcionais. A recuperação da mulher, em partos cesarianos é mais lenta que no parto normal /natural, além de apresentar maiores riscos de infecções.

É imprescindível que sejam considerados e entendidos de forma ampla, todos os aspectos que envolvem e influenciam o parto e os resultados relativos a este para as mulheres. Estes aspectos envolvem fatores sociais, psicológicos e emocionais que, se melhores entendidos e assimilados, podem contribuir sobremaneira para a qualificação dos serviços de assistência dedicados à gestação, parto e puerpério, de forma a que atendam da melhor forma possível às necessidades integrais das mulheres que os procuram (TOSTES E SEIDL, 2016).

O trabalho de parto e o parto são momentos que devem ser cercados por vários cuidados, que vão além da atenção e o apoio clínico à parturiente e aos seus familiares, os aspectos psicológicos também podem e devem ser amplamente considerados. Mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações e serem incluídas na tomada de decisões relativas ao seu próprio parto. Para isso, os profissionais que as atendem deverão estabelecer uma relação empática, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas. Os profissionais devem considerar o momento especial e único que cada mulher vive durante sua gestação e trabalho de parto, e terem consciência da importância de todas as suas atitudes neste momento, onde até o tom de

voz e as próprias palavras usadas, bem como a forma como os cuidados são prestados podem influenciar nas condições de conforto e segurança percebidos pelas mulheres e, portanto, no desenrolar do processo de parto.

Além de todos os aspectos envolvidos na própria fisiologia e nos processos inerentes ao parto, já mencionados, que influenciam e direcionam o estado psicológico e emocional das mulheres, deve-se considerar ainda a transição do espaço de casa para o hospital, que importa em retirar-se do território familiar para o território desconhecido. Mesmo valorizando-se, atualmente, o ambiente hospitalar como ideal e seguro para o parto. A sensação de ser observada durante todo o processo, bem como os procedimentos e exames médicos invasivos, inerentes ao próprio parto, também podem provocar respostas neuro-hormonais que dificultem o processo e o nascimento (JENKINSON, JOSEY e KRUSKE, 2014), relacionadas à falta de privacidade e sensações de exposição e insegurança. É fundamental, então, que o ambiente de nascer seja projetado com atenção nos itens primordiais que possam propiciar sensações de privacidade, segurança, controle pessoal, conforto e acolhimento, de forma a incentivar o estado de relaxamento e bem-estar para as mães minimizar a ansiedade e auxiliar a fisiologia do trabalho de parto e o próprio nascimento.

3.1 Arquitetura do lugar de nascer - legislação e normatização

O estabelecimento pela Organização Mundial da Saúde (OMS), de recomendações para avaliação das tecnologias mais adequadas para o nascimento, bem como as discussões sobre a necessidade de humanização nos serviços de saúde ao longo das últimas décadas, mostrou a necessidade de que os projetos para tais ambientes sejam elaborados dentro de uma nova dimensão conceitual. Uma dimensão voltada para o protagonismo dos usuários e não somente para o serviço assistencial e clínico, desconsiderando a dimensão humana. Bitencourt; Barroso-Krouse e Costa (S/D), afirmam que a mudança dos conceitos relativos ao parto, bem como as mudanças nas demandas sociais a este, tais como o incentivo ao parto normal, à proximidade da mãe com o bebê após o nascimento e o incentivo ao aleitamento, a presença de acompanhante, entre outros, determinam que os projetos elaborados para maternidades, centros obstétricos e afins acompanhem as mudanças e adequem os espaços para atendê-las.

Tais adequações passam pelos elementos de controle ambiental, como ferramentas necessárias a dar condições à mudança do modelo arquitetônico desta tipologia de ambiente de saúde, de forma a que seja facilitada a humanização dos serviços assistenciais prestados. O desafio trazido aos projetistas é, justamente, atender à necessidade obrigatória de inserção e adequação às tecnologias destinadas ao cuidado médico, constantemente em evolução, considerando, porém, que o projeto seja fundamentado e adequado, tendo o usuário como ator principal e fundamental do processo de cuidado, uma vez que sua percepção do ambiente é um dos fatores que podem interferir no resultado do processo terapêutico (BITENCOURT; BARROSO-KRAUSE; COSTA, s/d).

Segundo o Ministério da Saúde, a atenção adequada no momento do parto é um direito fundamental de toda mulher, sendo indispensável para que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar. Fatores como o preparo das equipes de saúde, o acolhimento da grávida e seus familiares ou acompanhantes foram fundamentais para a criação de vínculos e o estabelecimento de condições de tranquilidade para a gestante,

trazendo-lhe confiança para o parto. Da mesma forma, as condições relativas à sua história e experiências pessoais são condições intrínsecas de cada paciente. Estas condições intrínsecas, em conjunto com as condições relacionadas ao sistema de saúde, tais como a assistência pré-natal, o tipo de atenção recebida durante o parto, bem como as condições ambientais de conforto, foram determinantes da experiência de cada mulher com o parto (BRASIL, 2001).

Na visão dos usuários como protagonistas do processo de parto e nascimento, obviamente o foco da atenção e do cuidado são a mulher e o bebê, principais personagens deste processo. Porém, mesmo sendo os principais, não são os únicos usuários a serem considerados. O próprio Ministério da Saúde considera, no contexto do serviço obstétrico, que o termo usuário “compreende tanto a mulher e o recém-nascido, como seu acompanhante, seus familiares, visitantes (usuários externos), o trabalhador da instituição e o gestor do sistema (usuários internos)” (BRASIL, 2008, p.3). As modificações necessárias para a efetiva qualificação e humanização da assistência ao parto, portanto, devem considerar a presença e o papel de cada um destes usuários no espaço de nascer. A humanização é um processo que engloba desde mudanças nas atitudes e na postura dos profissionais de saúde, adequações físicas nos ambientes destinados ao cuidado obstétrico para propiciar o êxito nos processos de trabalho assistencial e para o conforto de pacientes, acompanhantes e trabalhadores (BRASIL, 2001).

As recomendações e determinações sobre boas práticas e condições ambientais para maternidades e centros obstétricos, estabelecidas pela OMS e pelo Ministério da Saúde do Brasil em 198, foram fundamentais para as mudanças nas determinações projetuais para tais ambientes, devendo ser consideradas pelos arquitetos e projetistas ao pensar os espaços de nascer.

3.1.1 Boas práticas preconizadas pela OMS

Em 1985, realizou-se em Fortaleza, no Brasil, realizou-se uma conferência da qual participaram mais de cinquenta profissionais, representando áreas como, obstetrícia, pediatria, epidemiologia, sociologia, psicologia, economia, administração de saúde, entre outros. Esta conferência foi patrocinada por dois órgãos principais, Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e teve por objetivo fomentar uma discussão interdisciplinar sobre as tecnologias apropriadas ao nascimento. O termo tecnologia, no contexto desta conferência, considerava não somente os aspectos relacionados diretamente aos meios e métodos do cuidado assistencial, mas também questões relativas ao protagonismo da mulher nas decisões sobre o parto, ao cuidado proporcionado nos serviços assistencial, às condições de conforto das mulheres e seus acompanhantes e o estabelecimento da necessidade de serem pesquisadas e desenvolvidas ferramentas de qualificação das tecnologias destinadas ao cuidado no nascimento (WHO, 1995).

O resultado da conferência foi uma listagem de recomendações, subdivididas de forma a listar práticas que sejam recomendadas como facilitadoras e qualificadoras ou prejudiciais ao processo de parto e nascimento. Dentre as considerações e recomendações resultantes da conferência, podemos mencionar o direito da mulher em exercer o controle sobre as condições de seu trabalho de parto, a comunicação entre as mães, acompanhantes e trabalhadores da saúde, a necessidade do uso criterioso de tecnologias de monitoramento fetal, bem como a necessidade da criação de grupos ligados às áreas afins

para estudo e avaliação de novas tecnologias, com patrocínio da OMS e da OPAS (WHO, 1995).

Segundo a OMS, a viabilidade de atendimento de suas recomendações estaria diretamente ligada a uma necessária transformação completa da estrutura dos serviços de saúde, em conjunto com a modificação de atitudes de profissionais e trabalhadores de saúde, bem como com a redistribuição dos recursos humanos e físicos para os serviços obstétricos. As recomendações consideraram as diferenças entre regiões e países, determinando que a implantação das recomendações fosse adaptada aos locais de aplicação (WHO, 1985).

Quadro 4: Recomendações gerais sobre inserção de Tecnologia para ambientes de parto e nascimento.

| Recomendações gerais sobre inserção de Tecnologia para ambientes de parto e nascimento. | |
|--|--|
| Recomendação | Interferência |
| Estabelecimento de políticas específicas sobre a incorporação de tecnologia nos mercados comerciais e serviços de saúde. | Tecnologias relativas a equipamentos e tipos de parto, por exemplo, demandam interferência nas áreas físicas e infraestrutura instalada nas edificações |
| Os países devem desenvolver o potencial para realizar pesquisas cooperativas a fim de avaliar a tecnologia do cuidado no nascimento | Tais pesquisas podem e devem abranger os estudos sobre os aspectos relativos ao ambiente construído e seus efeitos em relação ao resultado do cuidado assistencial. |
| O treinamento das pessoas no cuidado do nascimento deve melhorar seu conhecimento quanto aos aspectos sociais, culturais, antropológicos e éticos. | Estes aspectos, em conjunto com o ambiente construído, são determinantes para a criação de subjetividade dos usuários, interferindo diretamente na ambiência. |
| A avaliação da tecnologia deve ser multidisciplinar e envolver todos os tipos de provedores que utilizam tecnologia: epidemiologistas, cientistas sociais e autoridades de saúde. As mulheres em quem a tecnologia é utilizada devem estar envolvidas no planejamento da avaliação, bem como na avaliação e divulgação dos resultados. | Esta recomendação está diretamente ligada necessidade de estudos multidisciplinares relativos aos aspectos do parto e nascimento. Dentro dos aspectos a serem estudados/pesquisados, pode ser considerado o ambiente construído como um dos fundamentais para a qualificação do processo assistencial. |
| Informações sobre práticas de nascimento nos hospitais devem ser entregues ao público servido pelos hospitais. | Tais informações também são determinantes no dimensionamento da área física. |
| O bem estar psicológico da nova mãe deve ser assegurado não somente através do acesso gratuito a um acompanhante de sua escolha durante o nascimento, mas também através da facilitação de visitas durante o período pós-natal. | Esta recomendação interfere diretamente no projeto das áreas físicas |
| o recém nascido saudável deve permanecer com a mãe sempre que as condições de saúde de ambos o permita. Nenhum processo de observação do recém nascido saudável justifica uma separação da mãe. | Esta recomendação interfere diretamente no projeto das áreas físicas |
| As mulheres grávidas não devem ser colocadas em uma posição de litotomia durante o trabalho de parto ou parto. Elas devem ser encorajadas a caminhar durante o trabalho de parto e cada mulher deve decidir livremente qual posição adotar durante o parto. | Esta recomendação interfere diretamente no projeto das áreas físicas |

Fonte: WHO, 1985.

Muitas destas recomendações referem-se a aspectos ligados especificamente ao cuidado assistencial e procedimentos médicos e foram abordadas neste estudo somente se sua possibilidade de execução ou não, seja determinada pelo espaço físico de sua realização, bem como aos estudos e pesquisas referentes à edificação, conforme destacado no quadro 4.

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas no mundo todo (OMS, 1986).

Quadro 5: Práticas comuns na condução do parto normal.

| Práticas comuns na condução do parto normal - OMS (1996) |
|--|
| Categoria A - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas |
| Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto |
| Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto |
| Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto |
| Métodos não invasivos não farmacológicos de alívio da dor, tais como massagens e técnicas de relaxamento durante o trabalho de parto |
| Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto |
| Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto |
| Categoria A - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas |
| Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho |
| Uso de rotina de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto. |

Fonte: WHO (1985)

Esses princípios asseguram fortemente a proteção, a promoção e o suporte necessário para se atingir um cuidado perinatal efetivo. Eles estão sendo incorporados nos materiais técnicos, bem como nas ferramentas de monitorização e avaliação da OMS (OMS, 1985).

O Ministério da saúde, em seu Manual Técnico sobre Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada (BRASIL, 2005a), destaca alguns destes pontos colocados pela OMS como determinantes da humanização do parto. Dentre estes pontos estão: a presença do acompanhante escolhido pela mulher; a consideração das necessidades intelectuais, emocionais, sociais e culturais das mulheres, seus filhos e famílias, e não somente o cuidado; o respeito à privacidade e a confidencialidade das mulheres.

3.1.2 Principais normatizações e recomendações do Ministério da Saúde do Brasil.

A partir do Estabelecimento do PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, do Ministério da Saúde, do Ministério da Saúde, no ano de 2000, diversas normativas e programas do Governo federal foram implementados, visando a especificamente a qualificação e a humanização dos espaços destinados à maternidade e obstetrícia e o enquadramento às boas Práticas determinadas pela Organização Mundial da Saúde em 1985.

Dentre as normativas, manuais e legislação direcionados a estas áreas, alguns tem interferência direta nos processos projetuais para as unidades de saúde ou serviços hospitalares destinados ao parto e ao nascimento, seja por demandas que solicitem a

interferência nos espaços construídos para a implantação de suas diretrizes, seja por estabelecer critérios de projeto e dimensionamento:

A Portaria Nº 569, de 1º de junho de 2000, institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, do Sistema Único de Saúde, tendo por objetivo principal “o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos”. Esta Portaria também teve por objetivo promover a ampliação do acesso da população às ações mencionadas, bem como o incremento da qualidade e da capacidade instalada, a organização e a regulação da assistência obstétrica e neonatal no Brasil. A Lei trata de uma alteração na anterior Lei no 8.080, de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme recomendado pela organização Mundial da Saúde em 1985. Determina ainda que o acompanhante foi indicado pela parturiente, segundo sua própria escolha e que os serviços de saúde, públicos ou privados ficam obrigados a permitir a presença deste acompanhante em todo o período do trabalho de parto e pós-parto (BRASIL, 2000a).

A Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 036, de 2008, regulamenta tecnicamente o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. Esta resolução também tem por objetivo a qualificação e a humanização destes serviços, voltando-se para o controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente. Trata-se da principal normativa relativa ao dimensionamento e ao projeto para estabelecimentos e ambientes destinados ao parto e ao nascimento, sobrepondo-se até mesmo à Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 050/2002 da ANVISA, que estabelece os critérios técnicos para estabelecimentos assistenciais de saúde em geral.

Pontos importantes da RDC 036/2008 são as definições dadas ao acolhimento, ambiência e humanização, considerados como fundamentais para a qualificação dos ambientes de que trata o regulamento:

- O acolhimento é definido como um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender e ouvir a todos que procuram os serviços de saúde, com uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários;
- A ambiência é definida como ‘ambientes físico, social, profissional e de relações interpessoais’, que devem estar relacionados e voltados a uma atenção acolhedora, resolutiva e humana nos serviços de saúde;
- A Humanização é definida como a valorização da dimensão subjetiva e social, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão e destacando o respeito pelas questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas.

Outras definições dadas pela RDC 036/2008, não menos importantes, referem-se ao Método Canguru⁴, às tipologias de quartos (PPP – pré-parto, parto e pós-parto – ou

⁴ O método Canguru, que integra a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, busca melhorar a qualidade da atenção prestada à gestante, ao recém-nascido e sua família, promovendo, a partir de uma abordagem humanizada e segura, o contato pele a pele (posição canguru) precoce entre a mãe/pai e o bebê, de forma gradual e progressiva, favorecendo vínculo afetivo, estabilidade térmica, estímulo à amamentação e o desenvolvimento do bebê. (Fonte: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/pre-natal-e-parto/metodo-canguru>.)

quarto e enfermaria de alojamento conjunto) e finalmente, a definição de usuário destes serviços. A RDC 036/2008 estabelece ainda as condições de infraestrutura física e processos operacionais assistenciais adequados às maternidades, centros obstétricos e afins. Finalmente, em seu anexo II, a RDC 036/2008 estabelece programas básicos para os setores e serviços existentes em uma maternidade ou centro obstétrico, determinando quais os ambientes devem ser contidos em cada um de seus serviços/setores, bem como o dimensionamento destes ambientes. Trata-se, portanto de ferramenta fundamental aos projetistas e arquitetos para o processo projetual desta tipologia de estabelecimento assistencial.

A Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011 institui, no âmbito do sistema único de saúde - SUS - a Rede Cegonha, que consiste numa rede de cuidados que tem por objetivo assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Outro importante objetivo da Rede Cegonha é a redução da mortalidade infantil com ênfase no componente neonatal. Dando sequência a esta Portaria, deve também ser mencionado e tratado, por sua interferência direta no dimensionamento e nos projetos das unidades de saúde que participam do Programa Rede Cegonha, o “Manual de Orientações para elaboração de projetos arquitetônicos Rede Cegonha: ambientes de atenção ao parto e nascimento”, originalmente lançado em 2013 e revisado e reeditado em 2018. Os itens do manual para projetos da Rede Cegonha serão abordados no item 2.4, em função de tratarem especificamente dos Centros de Parto Normal, tema deste estudo.

3.1.3 Acolhimento, privacidade e acompanhante – desafios da estrutura física e da cultura institucional

Questões como acolhimento apropriado, direito e presença de acompanhante e direito à privacidade são aspectos relativos às maternidades e centros obstétricos que interferem diretamente com a percepção positiva ou negativa que as parturientes e seus familiares têm do ambiente de atenção à saúde que os recebe no momento do parto. Estas questões em conjunto ou separadamente têm influência direta nas condições psicológicas com que as mulheres irão lidar com um momento pessoal delicado e no qual passam por diversos sentimentos contraditórios, desde a felicidade pela chegada de um filho, quanto o medo, a insegurança e as dores inerentes ao parto. A forma como são acolhidas e tratadas, as condições de conforto e mobilidade, a possibilidade da presença de uma pessoa de suas relações pessoais, a fim de proporcionar conforto e apoio, bem como necessária privacidade em meio a procedimentos que a expõem em função do próprio trabalho de parto, são aspectos fundamentais que interferem nas sensações e na qualidade do serviço assistencial percebido. Podem interferir também na forma com que a mulher irá lidar com o trabalho de parto e, mesmo em seus resultados.

Domingues, Santos e Leal (2004) em seu estudo sobre a percepção das mulheres à atenção recebida no parto, receberam os seguintes percentuais de satisfação: quase 70,0% das mulheres avaliaram seu parto como “bom” ou “muito bom”, e 16,7% acharam “ruim” ou “muito ruim”. Os principais motivos para o alto índice de avaliações negativas foram o sofrimento no parto, a má atenção da equipe, complicações do bebê e o parto demorado e/ou difícil. As mulheres cuja avaliação foi positiva, o parto rápido, levaram em consideração o bom tratamento da equipe, o pouco sofrimento e o bom estado da mãe e do bebê após o nascimento. Outro fator considerado no estudo foi a presença do (a)

acompanhante, atuando como um fator de contribuição para a satisfação com o trabalho de parto e o parto, sendo citado como razão da satisfação por 7,9% do total de mulheres que avaliaram o parto como “muito bom/bom”. Esse valor se eleva para 12,4% quando são selecionadas apenas as mulheres que tiveram acompanhante no trabalho de parto ou parto.

Em outro estudo mais recente, relativo a tais ambientes, Ferreira ET AL. (2013) avaliaram as necessidades apontadas por mulheres que haviam passado pelo processo de parto, a presença do acompanhante permanece como um dos principais desejos destas mulheres e a ausência deste acompanhante é considerada como um fator de angústia, após admissão no centro obstétrico. O Ministério da Saúde entende que a presença do acompanhante causa inúmeros benefícios no processo de parto, e recomenda os benefícios e a ausência de riscos associados à inserção do acompanhante, recomenda que seja garantido a toda parturiente o direito, estabelecido por lei (BRASIL, 2005) de que esta tenha uma pessoa de sua escolha para encorajá-la e dar-lhe conforto durante todo o processo do nascimento (FERREIRA ET AL., 2013).

Outra consideração constante nos questionamentos dos ambientes de atendimento obstétrico é a falta de privacidade, questionada pelas mulheres e seus acompanhantes. Ferreira ET AL. (2013) mencionam que foram levantadas questões relativas ao ambiente físico inadequado, interferindo diretamente como causador desta falta de privacidade, não atendendo às necessidades de preservação do corpo feminino nos estágios do parto e contrariando a ideia de humanização. Esta situação de tensão causada pela falta de privacidade pode ser pior se observada por pessoas que participem de religiões ou que pertençam a culturas que preservem mais rigidamente a ideia de referem-se diretamente aos procedimentos médicos e exames exploratórios durante o período pré-parto.

As questões relativas ao acolhimento, à presença do acompanhante e à privacidade nos ambientes de nascer não se resumem nem finalizam com o tratamento dado ao ambiente construído, mas estes têm papel fundamental na possibilidade ou não de que sejam proporcionados às mulheres e a seus acompanhantes. Estes, juntamente com outros aspectos tratados nos estudos de ambiência, conforme apresentados no capítulo I deste estudo que neles interferem diretamente, tais como sensações de controle, segurança, territorialidade e apropriação, além da percepção ambiental e a formação cultural dos usuários, têm em conjunto um papel fundamental na experiência do processo de parto e do parto. Por sua importância devem ser tratados e considerados no processo de projeto como importantes meios de qualificação dos ambientes e dos resultados assistenciais que nele foram obtidos.

3.2 Lugares de nascer no Brasil – 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, tais como Galba de Araújo no Ceará e Moisés Paciornick, no Paraná. A década de 1980 traz consigo a criação de vários grupos que não somente oferecem assistência humanizada à gravidez e parto, mas também propõem mudanças nas práticas a estes relativas. Em 1993, é fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA), que congrega participantes entre indivíduos e instituições, e os dias atuais ainda têm importância fundamental na estruturação dos movimentos relativos à Humanização do parto e nascimento. Em seu documento de fundação, denominado como “A Carta de Campinas”, a Rede apresenta um texto que denuncia a violência obstétrica direcionada às parturientes sob forma verbal ou física, que compreende desde maus tratos até a realização de procedimentos desnecessários. A REHUNA apoia, promove e reivindica 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. Essa missão vem sendo buscada na prática diária de pessoas, profissionais, grupos e entidades filiados à rede e preocupados com a melhoria da qualidade de vida, o bem-estar e bem nascer (DINIZ, 2005).

Ainda segundo Diniz (2005) de uma forma geral, as múltiplas manifestações dos movimentos de humanização convergem e compactuam de objetivos similares, todos voltados à “valorização do protagonismo feminino no evento fisiológico e cultural do parto”. Dentre tais 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. Em 1984, foi instituído o Programa de Assistência Integral à Saúde a Mulher (PAISM) que incluía a assistência pré-natal, entre outras. A implantação deste programa ocorreu de modo heterogêneo no país, sendo difícil avaliar seu impacto global sobre a saúde da mulher, dada a complexidade das ações e o grande conjunto de variáveis envolvidas (BRASIL, 2001).

As determinações sobre as “boas práticas para o parto e nascimento”, resultantes da iniciativa proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 1986, que buscavam uma discussão interdisciplinar sobre as tecnologias apropriadas ao nascimento, teve grande efeito nas futuras determinações e regulamentações estabelecidas pelo Ministério da Saúde no Brasil até os dias atuais. Inúmeras Portarias, leis, manuais e cartilhas voltados às mudanças nos procedimentos ações relativas ao parto e ao nascimento, tendo por objetivo intensificar as ações referentes à humanização, foram lançados pelo governo brasileiro deste então.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento instituído pelo Ministério da Saúde baseou-se nas análises sobre as necessidades de atenção específica à mãe e ao recém-nascido, considerando como prioridades: reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal; adotar medidas que assegurassem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal e outras ações, destacando-se também, entre elas, a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes das redes de saúde ligadas ao atendimento obstétrico. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi fundamentado segundo o preceito de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério.

Esta humanização compreende dois aspectos fundamentais: o primeiro determina 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).

No contexto da influência na arquitetura, a medicalização do parto o retirou não somente de seu papel de ato fisiológico e natural, mas também de seu lugar mais tradicional, a casa, trazendo-o para o hospital. Esta mudança certamente acarretou outras, tanto benéficas quanto prejudiciais em aspectos diversos do processo de parto e nascimento. Ganhou-se muito nos quesitos relativos à segurança para a saúde e os cuidados especializados das gestantes e seus filhos, mas perdeu-se o ambiente conhecido, acolhedor, bem como a dimensão pessoal, de mãe, filho e família como sujeitos e protagonistas do processo. O ambiente controlado, hospitalar, pode ser percebido como um local “impessoal e desconhecido”, criando situações que vão do desconforto e frieza (COELHO, 2003), à solidão e depressão.

Algumas das medidas sugeridas para humanizar a atenção obstétrica em relação aos ambientes e ao processo como um todo, foi a permissão da presença de acompanhante nas salas de parto, antes quase completamente restrita, objetivando fornecer à parturiente a segurança e tranquilidade proporcionadas pela presença de alguém de seu conhecimento e confiança. Outra proposta foi a dar às salas de parto a conformação de ambientes familiares, semelhantes ao quarto de uma casa, o que pode ser visto nos Centros de Parto Natural (CPN), mais especificamente no modelo peri-hospitalar, conhecido como Casas de Parto.

Os projetos arquitetônicos destinados ao parto e nascimento têm sido revistos e repensados, em conjunto com as demais questões relacionadas às práticas dos cuidados obstétricos no Brasil, com grande incentivo de programas institucionais, através de normas, manuais e cartilhas específicos que delineiam propostas para a estrutura física dos ambientes de nascer. As principais recomendações normativas relativas ao tema, que influenciam diretamente a composição dos espaços, serão apresentadas em seguida.

3.2.1 Maternidades e centros obstétricos

A RDC 050/2002, define Centro obstétrico como “unidade destinada à higienização da parturiente, trabalho de parto, parto (normal ou cirúrgico) e os primeiros cuidados com os recém-nascidos”. A descrição da SMS-SP (2012) é mais completa, definindo-os como “a unidade de atendimento ao parto normal localizada próximo ao Centro Cirúrgico, com um conjunto de elementos destinados a receber a parturiente e seu acompanhante, de forma humanizada e que permita a evolução do parto o mais fisiológico possível, ativo, participativo e, sobretudo seguro”. A RDC 036/2008 não elabora uma conceituação que descreva os centros obstétricos, apenas os divide em ambientes fins, ambientes de apoio e internação obstétrica, definindo em suas descrições as dimensões e equipamentos relativos a cada ambiente discriminado.

Os centros obstétricos podem estar contidos em hospitais gerais, que ofereçam em sua composição assistencial serviços de maternidade, ou em hospitais maternidade, destinados unicamente a esta tipologia de atendimento. Os ambientes que compõem uma

unidade de centro obstétrico e internações obstétricas, para puérperas ou grávidas com possibilidade de intercorrências, são descritos na RDC nº036/2008.

O Manual prático para implantação da Rede Cegonha (BRASIL, 2011^a; 2018) determina todas as condições que as unidades hospitalares devem obedecer a fim de tornarem-se adequadas ao credenciamento como participante da rede e com condições de receber os benefícios por ela prestados às unidades cadastradas. Dentre as determinações descritas neste manual, encontram-se a necessidade de que, para todas as maternidades novas, conste no projeto técnico descritivo as áreas previstas para dentro das normas gerais da RDC 50 (BRASIL, 2002) e as normas específicas da RDC 36 (BRASIL, 2008) para maternidades, além de garantir espaço para o acompanhante da mulher, no pré-parto, parto e no alojamento conjunto e garantir espaço para permanência da mãe como acompanhante para o recém-nascido retido em CTI e UCI. Estas instalações deverão ainda prever a existência de unidade de Centro de Parto Normal, para partos de baixo risco e, para maternidades de alto risco, possuir Casa de Gestante, Bebê e puérpera (CGBP). As unidades de CGBP e os de Centro de Parto Normal serão tratados mais adiante, de forma mais ampla, nos itens 3.2.2 e 3.3.

Outras determinações constantes do Manual para reformas e adequações da Rede Cegonha (BRASIL, 2018) referem-se à adequação da “ambiência”⁵, complementando aquelas já dispostas pela RDC 36/2008, que regulamenta os Serviços de Obstetrícia e Neonatologia.

A maior parte dos itens relativos à programação espacial e infraestrutura determinados e recomendados no Manual da Rede Cegonha interfere diretamente nos projetos para tais ambientes, como pode ser visto nas recomendações gerais (quadro 4), recomendações referentes às portas de entrada (quadro 7) e recomendações sobre os ambientes destinados a alojamento conjunto (quadro 8).

⁵ Neste contexto, o termo ambiência descreve a organização espacial e os equipamentos utilizados em cada ambiente.

Quadro 6 - Exigências para adequação da ambiência nos serviços de obstetrícia e neonatologia – itens que afetam diretamente a organização espacial e infraestrutura necessária.

| Manual para unidades da Rede Cegonha | |
|--|--|
| Exigências para adequação da "ambiência" | |
| 1 | Adequar a “ambiência”, possibilitando que os períodos clínicos do parto sejam assistidos no mesmo ambiente com a presença de acompanhante; |
| 2 | Transformar os tradicionais pré-partos coletivos em espaços individualizados de pré-parto/parto e pós-parto imediato (PPP) com acesso a banheiro, onde a mulher desenvolva todo o processo de trabalho de parto e parto, podendo ser transferida após o pós-parto imediato para o alojamento conjunto, quando em função da demanda não for possível que todo o período do pós-parto aconteça neste mesmo espaço sempre com a presença do acompanhante de livre escolha. |
| 3 | Os espaços de pré-parto/parto/ e pós-parto imediato devem garantir a privacidade da mulher e seu acompanhante, com a dimensão mínima orientada na RDC 36/2008, possibilitando a inclusão no ambiente de métodos não farmacológicos de alívio à dor e estímulo ao trabalho de parto ativo, criando condições na ambiência que garantam à mulher a escolha das diversas posições no trabalho de parto; |
| 4 | Adequar no quarto de pré-parto/parto e pós-parto imediato (PPP) área para cuidados com o recém-nascido no mesmo ambiente do parto; ou seja, que o atendimento imediato ao recém-nascido seja realizado no mesmo ambiente do parto, sem interferir na interação mãe e filho, com espaços adequados para as atividades, por exemplo, com a instalação de bancadas para os cuidados, torneira aquecida para o banho do bebê, espaço para o berço, entre outros. |
| 5 | Criar espaços internos e/ou externos as maternidades que permitam a deambulação e a movimentação ativa da mulher; |
| 6 | Proporcionar acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio à dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto, desde a deambulação até disponibilizar bolas de bobat, escadas de ling, cavalinho, banheira e /ou chuveiro com água quente, entre outros; |
| 7 | Prever espaços adequados para se realizar ausculta fetal intermitente; controle dos sinais vitais da parturiente e do bebê; |
| 8 | Possibilitar condições de conforto lumínico, térmico e acústico com o controle de luminosidade, de temperatura e de ruídos no ambiente; |
| 9 | Estimular o aleitamento materno ainda no ambiente do parto, criando espaços que proporcione o conforto e a privacidade para essa situação; |
| 10 | Quando forem realizados partos cirúrgicos, estes, devem obrigatoriamente ocorrer em ambiente cirúrgico. Desta forma, também se deve observar a adequação da área cirúrgica do Centro Obstétrico, garantindo os fluxos adequados, os ambientes mínimos necessários que fazem parte de um centro obstétrico para além da sala cirúrgica, como a sala de recuperação pós-anestésica, os vestiários de barreira, área para assepsia das mãos, posto de enfermagem, sala para curetagem, entre outros de acordo com RDC 36/2008 e RDC 50/2002 e as condições de biossegurança, possibilitando sempre que desejável pela mulher a presença do acompanhante também no momento do parto; |
| 11 | Espaços adequados de modo a favorecer o atendimento multiprofissional, quando necessário; |
| 12 | Prever sinalização adequada, com identificação das áreas de modo a orientar os usuários na sua mobilidade dentro da maternidade; |
| 13 | Deve-se prever espaços também que garantam a privacidade da mulher em situação de aborto. |

Fonte: adaptado de Brasil (2011a)

Quadro 7 - Exigências para adequação da ambiência nas Portas de Entrada dos Serviços de Obstetria

| Manual para unidades da Rede Cegonha | |
|---|---|
| Adequação ambiência das Portas de Entrada | |
| 1 | A previsão de espaços que favoreçam o acolhimento da gestante e seus acompanhantes; |
| 2 | A criação de sala para a Classificação de Risco próxima à equipe de acolhimento, com acesso direto tanto para a sala de espera quanto para o interior do hospital de modo a facilitar o atendimento e a monitoração das usuárias; |
| 3 | A criação de ambiente confortável na Sala de Espera para a mulher e seus acompanhantes, com quantidade de cadeiras adequadas à demanda para as usuárias e acompanhantes; |
| 4 | A garantia do atendimento da mulher/acompanhante no momento da sua recepção para fazer o registro, em bancadas baixas, com cadeiras e sem barreiras. |
| 5 | Que sejam possibilitadas as condições de conforto lumínico, térmico e acústico com o controle de luminosidade, de temperatura e de ruídos no ambiente; |
| 6 | A criação de um sistema de sinalização e comunicação visual acessíveis, de fácil compreensão e orientação conforme regulamentado na norma da ABNT NBR 9050; |
| 7 | Previsão de sistema de telefonia pública de modo a atender as necessidades dos usuários. |

Fonte: Adaptado de Brasil (2011a)

Quadro 8 – Exigências para adequação da ambiência nos Alojamentos Conjuntos dos Centros Obstétricos

| Manual para unidades da Rede Cegonha | |
|---|--|
| Adequação ambiência dos Alojamentos Conjuntos | |
| 1 | Deve-se garantir a privacidade da mulher/bebê e seu acompanhante, instalando-se cortinas, biombos ou divisórias quando o quarto não for individual; |
| 2 | Deve-se sempre contemplar a presença do acompanhante, prevendo uma cadeira/poltrona para sua acomodação; |
| 3 | Os cuidados com o recém-nascido deverão ser realizados no próprio alojamento conjunto, desta forma deve-se prever bancadas, armários e especialmente água quente para o banho; |
| 4 | O acesso do alojamento conjunto ao banheiro deve ser direto e este conter chuveiro com água quente; |
| 5 | É importante garantir uma ambiência confortável e acolhedora com conforto térmico, luminoso e acústico; |
| 6 | Deve-se adequar espaços para solário (banho de sol) para os bebês e movimentação das mães; |
| 7 | Deve-se prever na adequação da “ambiência” sala multiuso para orientação e conversas com as mães e acompanhantes; |
| 8 | Devem ser previstos sanitários para os acompanhantes; |
| 9 | Devem ser adequadas áreas de apoio (salas de materiais, depósito de material de limpeza, sala de utilidades, rouparias) que podem ser exclusivas para os alojamentos conjuntos ou compartilhados com outras áreas do estabelecimento de saúde; |

Fonte: adaptado de Brasil (2011a)

3.2.2 Casas da Gestante, Puérperas e Bebês

A Portaria de Centro de Parto Normal nº 1020 de 29 de maio de 2013, institui diretrizes para a organização da atenção à saúde na gestação de alto risco, definindo os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência para esta tipologia de gestação, dentre os quais está incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com o que é preconizado pela Rede Cegonha. A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera é uma unidade de cuidado na qual são acolhidas, orientadas, cuidadas e acompanhadas: gestantes e puérperas de risco que exigem vigilância constante em ambiente não hospitalar e/ou não podem retornar ao domicílio, mães que têm bebês internados na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) ou unidade de cuidado intermediário neonatal convencional (UCINCo) e bebê em recuperação nutricional que demandam acompanhamento da equipe de referência do alto risco, mas que não necessitam do ambiente hospitalar (BRASIL, 2018) e/ou que necessitam de informação, orientação e treinamento em cuidados especiais com seu bebê (BRASIL, 2013).

A CGBP tem por objetivo fornecer as usuárias: hospedagem; acompanhamento por enfermeiros e técnico de enfermagem nas 24 horas do dia e nos sete dias da semana, além de atendimento diário e acesso à assistência à saúde por parte da equipe multiprofissional do estabelecimento hospitalar de referência, durante a permanência na CGBP (BRASIL, 2018).

A implantação desta tipologia de serviço assistencial destina-se a ampliar o acesso à assistência obstétrica e neonatal, de forma a:

- Contribuir para a redução da mortalidade materna e neonatal;
- Garantir a integralidade da assistência às gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de risco;
- Contribuir para a racionalização na utilização de leitos de alto risco nas maternidades de referência;
- Oferecer um ambiente mais acolhedor às gestantes, puérperas e recém-nascidos.

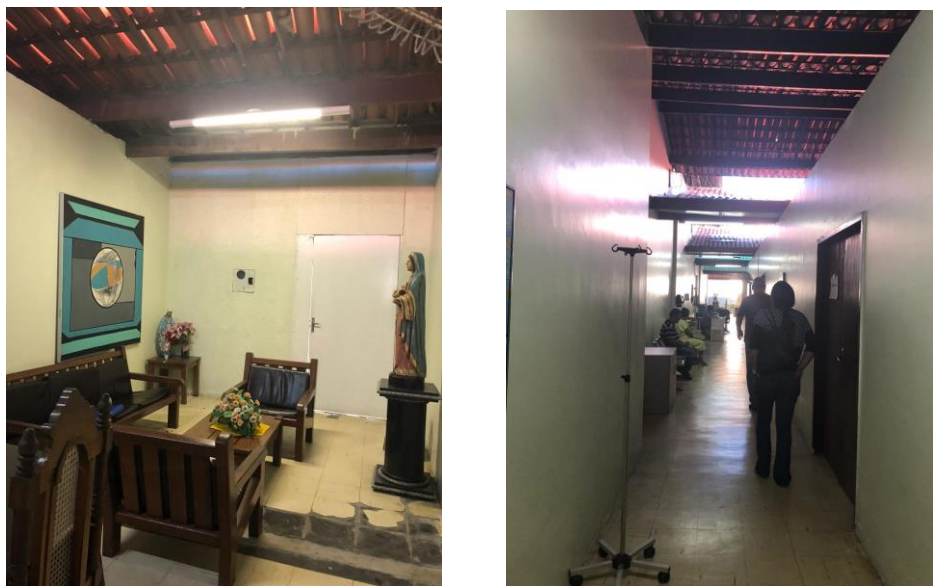
O modelo de casa da gestante e puérpera atual, preconizado pela Rede Cegonha para implantação nas maternidades brasileiras, foi inspirado na Casa da Gestante Zilda Arns fundada há quase uma década em Belo Horizonte – MG. A possibilidade de obter acolhimento nessas casas seja para observação intensa das condições de saúde da mulher cuja gravidez gera cuidados, mas não demanda internação ou da mãe que tem seu filho recém-nascido internado, gera mais tranquilidade e segurança. A CGBP Zilda Arns oferece desde outubro de 2007, às mulheres atendidas, condições de permanência, alimentação e acompanhamento por equipe de referência obstétrica, além de apoio psicológico, terapia ocupacional, serviço social, educadora física e nutricionista.

**Figura 18- Ambientes para alojamento de mães e puérperas
Casa da Gestante e Puérpera Zilda Arns - Hospital Sofia Feldman – Belo Horizonte – MG**



Fonte: Fotos de divulgação

**Figura 19- Ambientes para alojamento de mães e puérperas
Casa da Gestante e Puérpera do Hospital Geral Dr. Cesar Cals – Fortaleza - CE**



Fonte: Fotografias de Joanne Ximenes

As Casas de Gestantes Bebês e Puérperas devem sempre estar vinculadas a uma maternidade ou hospital de referência em gestação, parto, nascimento e puerpério de alto risco, em uma distância máxima de quinhentos metros e possuem condições de abrigar, pelos parâmetros mínimos, entre dez a vinte camas. Devem também oferecer condições de permanência, alimentação e acompanhamento pela equipe de referência, empenhando-se na manutenção da autonomia da mulher e a visita aberta. O funcionamento da CGBP também deve respeitar os valores das suas usuárias, familiares e visitantes, concebendo ambientes que considerem os costumes e as diferenças culturais. As CGBP devem, ainda, garantir às mulheres atendidas, que necessitem de acompanhamento supervisionado pela equipe de referência do estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada, acolhimento, orientação, acompanhamento, hospedagem e alimentação (BRASIL, 2012).

Figura 20- Exemplo de quarto para alojamento de Casas de gestantes, bebês e puérperas com quatro camas.



Fonte: A autora, - baseado em Brasil (2018).

3.2.3 Parto Adequado

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o parto normal é um processo natural, fisiológico e, conseqüentemente, não deve sofrer intercorrências no seu curso. Ainda assim, segundo a ANS (2016),” no campo da atenção ao parto e nascimento, o Brasil apresenta um panorama com problemas sistêmicos e crônicos, constituindo uma realidade única no mundo”.

Estatísticas comprovam que o Brasil é o campeão mundial de cesarianas, mesmo que as médias nos últimos quatro anos tenham tendido a diminuir percentualmente. Em 2017, foram realizados 2,7 milhões de partos no país. Considerando apenas partos nos serviços de saúde públicos, o número de partos normais é maior, sendo 58,1% e 41,9% de cesarianas (BRASIL, 2018). O percentual atual ainda é um número do qual não devemos nos orgulhar, já que está na contramão das evidências científicas e das melhores práticas internacionais, sem qualquer relação com fatores clínicos. Ainda segundo a

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), esta condição se mostra ainda mais alarmante quando observada a proporção de partos cesáreos no setor suplementar de saúde brasileiro (84,4% de cesarianas no ano de 2015), quando a recomendação da Organização Mundial de Saúde de até 15% desta tipologia de parto. O sistema privado de atendimento ao parto e nascimento, na contramão de todos os programas nacionais pela humanização do parto, apoio e incentivo ao parto normal, continua fornecendo números gritantes de cesarianas, seja para atender a uma real necessidade de saúde das mães e bebês, seja para atender à programação e conveniência dos médicos e, até, das próprias mulheres, seja para outros interesses das organizações.

Diante desse panorama, a ANS pretende, através da implantação do “Programa Parto Adequado” influir na sensibilização dos atores da saúde suplementar para a redução da proporção de cesarianas também nestas instituições. O “Projeto Parto Adequado” foi viabilizado a partir de parceria estabelecida entre a ANS, o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) e o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), contando o apoio do Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de ampliar a possibilidade de reversão do quadro de cesarianas indiscriminadas no país, com vistas à melhoria da atenção ao parto e nascimento.

A ideia deste programa partiu de uma ação civil pública ajuizada pelo Ministério Público Federal (BRASIL, 2015) contra a ANS, cobrando ações mais eficazes e efetivas para a redução do elevado percentual de cesarianas desnecessárias realizadas no país, dentre elas mudanças relativas à remuneração dos profissionais por tipologia de parto (normal ou cesáreo). A ANS, considerando não ser somente este o fator decisivo que influencia na determinação do tipo de parto, optou por um projeto mais abrangente, a ser realizado com hospitais privados que atendem o setor de saúde suplementar. Este projeto consta da elaboração de um programa de mudança do modelo de atenção ao parto, desenvolvido em diversas fases, a partir de estudos piloto, prosseguindo com uma avaliação exploratória e finalizando em uma intervenção definitiva sobre o problema.

Segundo a ANS (2016) o “Projeto Parto Adequado” é centrado na hipótese de que mudanças baseadas em evidências científicas no modelo de atenção ao parto, com participação dos diversos interessados (gestantes, profissionais, hospitais e operadoras), contribuem para promoção de boas práticas e redução de cesarianas e intervenções obstétricas desnecessárias. Uma das metas do programa é elaborar, testar, avaliar e disseminar, em conjunto com o grupo de hospitais participantes, “um modelo de atenção ao parto e nascimento que favoreça a qualidade nos serviços, valorize o parto normal e contribua para a redução de cesarianas desnecessárias e dos riscos delas decorrentes”.

Um dos principais parceiros no desenvolvimento do projeto e também participante piloto de sua implantação, o Hospital Israelita Albert Einstein inaugurou, em 2016, seu centro de parto destinado ao parto natural, segundo os conceitos do parto adequado. O Centro de Parto recém-inaugurado no Hospital Albert Einstein é uma nova área da maternidade voltada completamente ao parto normal e ambiciona tornar-se um espaço especialmente dedicado à atenção acolhedora e humana da gestante com a participação da família no momento do nascimento.

Figura 21 - Acomodações do Centro de Parto Natural – Hosp. Albert Einstein – SP



Fonte: ANS (2016) e web site do HAE

A estrutura do Centro de Parto Einstein inclui cinco quartos PPP (pré-parto e parto), com todos os equipamentos de apoio ao trabalho de parto, entre os quais: a banheira descartável integrada ao quarto, o chuveiro para o banho de aspersão, o balanço pélvico tipo cavalinho, a bola suíça, barra de Ling, e a banqueta de parto⁶. Outros recursos não farmacológicos para alívio da dor fazem parte do processo, como a massagem, exercícios respiratórios e a deambulação. Os quartos contam com equipamentos de ponta para adequado monitoramento materno e fetal, além de estrutura para analgesia dentro do conceito de humanização Planetree⁷. Ainda assim, com toda a tecnologia envolvida, materiais e equipamentos de excelente qualidade e todas as teorias sobre a humanização do parto bem decoradas, as imagens dos modelos de quartos PPP do hospital modelo passam ainda, segundo a percepção desta pesquisadora, a impressão de quartos de hotel, limpos estéreis, elegantes e sem quaisquer elementos que pretendam remeter ao reconhecimento e apropriação por seus usuários.

⁶ Informações obtidas diretamente no home Page do Hospital israelita Albert Einstein: <https://www.einstein.br/estrutura/maternidade/centro-de-parto>

⁷ A **Planetree** promove o desenvolvimento e a implementação de modelos inovadores de saúde que enfocam a cura e a saúde de corpo, mente e espírito.

3.2.4 A Rede Cegonha

Tratamos como último tópico do item relacionado aos caminhos percorridos na busca da humanização do parto, não para minimizar sua importância, mas sim para estabelecer uma ligação direta com o item seguinte, os Centros de Parto Normal, nosso objeto de estudo, em conjunto com a ambiência, nesta tese.

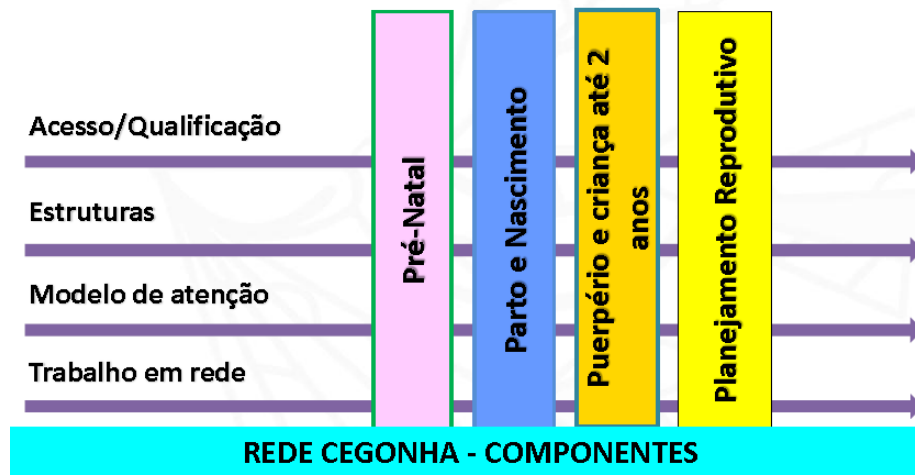
A Rede Cegonha foi a estratégia lançada, em 2011, pelo Ministério da Saúde do Brasil, consistindo em uma rede de cuidados voltada a assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Tem como base os princípios do SUS, de garantir a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde e, como objetivo reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes. (BRASIL, 2011; 2013). Partindo-se do princípio que a gravidez, bem como dar à luz de forma natural, a um bebê saudável, é uma experiência intensa e significativa para qualquer mulher, passar por este momento com condições favoráveis, com uma boa qualidade de atenção pré-natal, durante o parto e após o nascimento pode interferir de forma marcante não somente na experiência do parto, mas também na vida da mãe e do bebê (BRASIL, 2013).

A Rede Cegonha sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no País desde a década de oitenta, com base no pioneirismo e na experiência de médicos e enfermeiras obstetras e neonatais, obstetras, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, grupos feministas, ativistas e instituições de saúde, dentre muitos outros (BRASIL, 2013. p.3).

Uma das redes prioritárias do Departamento de Atenção básica do Ministério da saúde, a Rede Cegonha é organizada a partir de quatro componentes principais: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico, que se refere ao transporte sanitário e regulação. Cada um destes componentes compreende uma série de ações de atenção à saúde e dentre eles, o componente parto e nascimento é o que se relaciona com as condições das edificações e seu planejamento, em função dos seguintes itens (BRASIL, 2011):

- Suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;
- Ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- Garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- Realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal.

Figura 22– Componentes da Rede Cegonha



Fonte: MS

Como já mencionado, o modelo de parto predominante no Brasil não se mostra adequado e de acordo com o que é preconizado pela OMS e pela OPAS desde 1986, apresenta um percentual nacional altíssimo de partos cesáreos e índices de morte materna incompatíveis com o nível de desenvolvimento do país. A atenção ao parto normal, por sua vez, também é marcada, ainda, por práticas não recomendadas pelas evidências científicas e pelas mesmas organizações internacionais de saúde, trazendo sofrimento às mulheres que passam pela experiência. A Rede Cegonha preconiza que sejam priorizadas ações para mudança do modelo vigente, com o objetivo de que o parto retorne para a vivência íntima e pessoal de cada mulher, dentro de uma ambiência adequada para a boa evolução do nascimento do bebê, com a inclusão da presença de um acompanhante de livre escolha da mulher (BRASIL, 2005). Preconiza ainda que sejam adotadas as boas práticas de atenção recomendadas pela OMS e pela OPAS há três décadas, centradas no bem-estar da mulher, da criança, do pai e da família (BRASIL, 2013).

A proposta da Rede Cegonha é uma mudança na lógica do modelo de cuidado, oferecendo boas práticas o cuidado pré-natal, no parto e nascimento, melhoria nos cuidados da saúde para as mães e das crianças, prevenção e acompanhamento com a finalidade de minimizar a morbidade e a mortalidade que sejam evitáveis através do acompanhamento e cuidado prévios, incentivo ao parto normal, visto como evento fisiológico e de cunho também social, além de incentivar que seja dado o devido protagonismo à mulher e às suas escolhas em relação ao parto. Propõe ainda que seja garantida a presença do acompanhante, de livre escolha da mulher antes, durante e após o parto, bem como do acompanhamento da criança na atenção básica, especialmente na primeira infância, apoio ao aleitamento materno, ao desenvolvimento saudável infantil e suporte intersetorial às famílias que apresentem situações de violência ou dinâmica familiar alterada. No que se refere às necessárias mudanças na gestão e na cultura do atendimento assistencial, a Rede Cegonha propõe que sejam elaboradas e validadas diretrizes e protocolos clínicos estruturados, além de ações que estimulem a mudança de comportamento dos profissionais de saúde através de educação permanente, programação, monitoramento e avaliações. A linha de cuidados e cada território, a partir da confirmação da gravidez até o nascimento. Estabelece ainda as ações a serem tomadas,

considerando a os resultados obtidos através das avaliações sobre o risco gestacional, de forma que possa ser dado o encaminhamento necessário a cada gestante para o atendimento adequado (DI GIOVANNI, 2013).

A Rede Cegonha desenvolve diferentes ações voltadas para a formação e capacitação de Enfermeiras Obstétricas, consideradas como profissionais estratégicas para mudança no modelo de atenção obstétrico e neonatal. Desenvolve e oferece ainda normas técnicas, manuais, guias e materiais de orientação técnica diversos, tais como: Manual Técnico de Gestação de Alto Risco, Manual Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância - AIDPI Neonatal: normas e manuais técnicos e quadros de procedimentos; Atenção à Saúde do Recém-Nascido - Guia para os Profissionais de Saúde, Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o programa trabalhando com parteiras tradicionais e experiências exemplares; Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica, Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde e outros.

Figura 23 – Linha de cuidado da gestante e do recém-nascido



Fonte: DI GIOVANNI (2013)

As ações e determinações da Rede Cegonha são orientadas pela buscando seguir as ideias da humanização, resgatando o ato de “dar à luz” como uma função fisiológica e natural, e uma experiência única para a mulher e de mudança para toda a família envolvida com a chegada de um novo membro. A implantação dos Centros de Parto Normal é uma das principais estratégias desta rede. Locais de nascer, onde a mulher recebe o acompanhamento de enfermeiros obstetras ou por obstetrias, em ambientes projetados para dar a estas mulheres a possibilidade de exercer suas escolhas quanto ao tipo de parto desejado, de movimentarem-se livremente, de terem acesso a métodos não farmacológicos para controle/alívio da dor durante o trabalho de parto e de terem o acompanhamento de pessoas de sua livre escolha e vínculo pessoal durante todo o processo do parto e nascimento. Os Centros de Parto Normal funcionam em conjunto com as maternidades com o intuito de humanizar o parto, oferecendo às gestantes um ambiente mais adequado, privativo e um atendimento centrado na mulher e na família. (WEBSITE DO MS, 2018).

3.3 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 sua cultura e 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 esta gama de sensações atuam sobre e, em conjunto com a percepção do ambiente, ocasionando a experiência sensível vivida pelos sujeitos a ele expostos.

Embora tenha se ampliado o conceito de cuidados centrados na mulher e no bebê durante o processo do parto, e que estas mudanças de comportamento e protagonismo tenham modificado a forma de serem pensados e organizados os serviços de maternidades e, ainda, mesmo com inúmeras normativas e recomendações sobre a humanização dos lugares de nascer, 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 estas 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).

Silva (2017) explica que o nível de estresse experimentado pela parturiente pode interferir diretamente na percepção do parto como uma experiência segura e gratificante para a mãe. Ambientes que contenham elementos que contribuam para a sensação de segurança, conforto e privacidade, por exemplo, “minimizam o estresse materno e facilitam o trabalho de parto, contribuem para experiências de parto mais seguras e satisfatórias”. O projeto de ambientes destinados ao parto deve considerar a necessidade de proporcionar às mulheres a sensação de liberdade para ir e vir, para escolher e adotar

a posição que achar mais confortável para o nascimento de seu filho, para que se sintam seguras e protegidas, com a possibilidade de receberem a companhia de seus 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. Estes são os conceitos que permeiam as recomendações, normativas e a filosofia dos projetos destinados às edificações para o parto normal e/ou natural⁸ (SILVA, 2018c).

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 distócia⁹ 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 seu 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). A legislação referente à implantação e estrutura física dos Centros de Parto Normal foi redefinida em janeiro de 2015, através da Portaria nº 11 do MS, que estabeleceu definições para alojamento conjunto, a atenção humanizada, a gestação de baixo risco, o parto normal e o quarto PPP - pré-parto, parto e puerpério (BRASIL, 2015). A Portaria estabelece ainda três classificações/tipologias para os CPNs, basicamente diferenciadas por serem internos (intra-hospitalares) ou externos (peri-hospitalares) a algum hospital e pelo tempo de permanência das mães e seus bebês nos quartos PPP.

As nomenclaturas dos CPNs podem ocasionar alguma confusão sobre a caracterização de cada tipologia de unidade de atendimento. No sistema de informações de saúde do Ministério da Saúde – TABNET/DATASUS, nas definições sobre tipologias de estabelecimentos, existe a seguinte denominação: Centro de parto Normal Isolado, definido como “Unidade intra-hospitalar ou isolada, especializada no atendimento da mulher no período gravídico puerperal, conforme especificações da PT/MS 985/99”. Esta nomenclatura – Centro de Parto Normal Isolado – também é utilizada para estabelecer a tipologia no CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (quadro 9), dificultando a identificação dentre os estabelecimentos listados como Centros de Parto Normal ou Casas de Parto, sobre quais podem ser identificados como CPNi I, CPNi II e

⁸ 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.

⁹ 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.

CPNp. A identificação encontrada no CNES, portanto, não permite identificar definitivamente a tipologia de CPN a que pertencem às instituições cadastradas.

Quadro 9 – Cadastro no CNES da Casa de Parto David Capistrano Filho – RJ.

| CNES | | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde | |
|--|---|---|-----------------|
| Ficha de Estabelecimento Identificação | | | |
| CNES: 3567486 | Nome Fantasia: SMS CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO AP 51 | CNPJ: - | |
| Nome Empresarial: SMS RIO CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO | Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA | | |
| Logradouro: AVENIDA PEDRO DA CUNHA | Número: S/N | Complemento: - | |
| Bairro: REALENGO | Município: 330455 - RIO DE JANEIRO | UF: RJ | |
| CEP: 21710-110 | Telefone: (21) 3462-5593 | Dependência: MANTIDA | Reg de Saúde: - |
| Tipo de Estabelecimento: CENTRO DE PARTO NORMAL - ISOLADO | Subtipo: - | Gestão: MUNICIPAL | |
| Diretor Clínico/Gerente/Administrador: INAIA DE SANTANA MATTOS | | | |
| Cadastrado em: 31/08/2005 | Atualização na base local: 24/09/2018 | Última atualização Nacional: 27/11/2018 | |
| Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO | | | |

Fonte: CNES (2018)

Para melhor esclarecer as nomenclaturas e classificação dos CPNs, pensamos ser bastante coerente e mais clara que a encontrada nos Manuais (Brasil, 2010; 2018), as definições encontradas em Basile; Pinheiro e Miyashita (2010), explicando que os Centros de Parto Normal Intra Hospitalares - CPNi são unidades de atendimento situadas dentro de hospitais ou maternidades, mas que localizam-se fora dos centros cirúrgicos obstétricos, mesmo que devam ser implantadas próximas a estes e às UTIs neonatais e obrigatoriamente possuam infraestrutura destinada a atender à mulher e seu acompanhante. Estes CPNs, por sua vez, subdividem-se em CPNi Tipo I, que possui ambientes exclusivos para seu funcionamento e CPNi Tipo II, que compartilha ambientes com a unidade de saúde onde se situa.

Já os Centros de parto normal peri-hospitalares – CPNp, mais conhecidos como “Casas de Parto”, são localizados nas imediações de um estabelecimento hospitalar de referência, a uma distância que deve ser percorrida em tempo inferior a 20 (vinte) minutos do respectivo estabelecimento, em unidades de transporte adequadas e garantir a transferência da mulher e do recém-nascido para o estabelecimento hospitalar de referência, nos casos eventuais de risco ou intercorrências. Esta transferência deve ser feita obrigatoriamente em unidades de transporte adequadas, que devem também estar disponíveis 24 (vinte e quatro) horas por dia e nos 7 (sete) dias da semana. Os CPNps necessitam ter como referência os serviços de apoio de um estabelecimento ao qual pertença ou esteja vinculado, além de garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP, desde a admissão até a alta.

A reformulação da normativa sobre a composição das instalações físicas dos Centros de Parto Normal, relativas à capacidade de realização de partos mensais, determina que eles sejam compostos da seguinte forma (BRASIL, 2015):

Tabela 1– Número de quartos PPP mínimo para os CPNs em função do número de partos realizados por mês/ano.

| Composição dos Centros de Parto Normal - quartos PPP | | | |
|---|------------------------------|--|--------------------------------|
| tipo | número de quartos PPP | produção mínima de partos normais/ano | média de partos mensais |
| I | 3 | 480 | 40 |
| II | 5 | 840 | 70 |

Fonte: Brasil (2015)

Sobre estrutura física, o anexo II da mesma Portaria nº 11/2015, determina um programa mínimo, listando os ambientes a neles serem contidos, distribuídos de acordo com a capacidade e especificidade de cada tipo de CPN instalado. A composição física estabelecida por esta Portaria foi atualizada e sofreu algumas pequenas alterações recentemente, no ano de 2018, explicitadas no Manual de Orientações para Elaboração de Projetos Arquitetônicos da Rede Cegonha. Neste manual são estabelecidas algumas peculiaridades referentes a cada tipologia de CPN (BRASIL, 2018):

- Os CPNi tipo I possuem alguns ambientes que lhe são exclusivos: sala de exames, quartos PPP, área para deambulação, posto de enfermagem e sala de serviço. Esta tipologia de CPN *deve abrigar a mãe e o seu bebê desde a admissão à alta* em suas instalações – estes permanecem nos quartos PPP;
- Os CPNi tipo II poderão compartilhar alguns dos ambientes de apoio com outros setores mesmo hospital a que pertencem (recepção, sala de exames, posto de enfermagem e sala de serviço) desde que estejam localizados em áreas próximas, com fácil acesso e que suas dimensões sejam compatíveis com a demanda de serviços a serem atendidos;
- Os CPNp deverão possuir todos os ambientes fins e de apoio em suas dependências internas, possuir entrada externa independente do hospital/maternidade de referência e estar localizados fora da área crítica da instituição (quando localizados próximos a estes), a fim de evitar a necessidade de utilização de paramentação e de vestiários de barreiras. Além disso, nos CPNs que possuem cinco quartos PPPs, o somatório da metragem específica de todos os ambientes deve ser acrescido em 30% referente às áreas de circulação e elementos construtivos (paredes).

Segundo Machado e Praça (2004), 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”, permitindo que esta dê à luz em condições semelhantes às que encontraria no seu ambiente residencial e familiar sem, contudo, abrir mão de acesso a recursos tecnológicos caso haja alguma intercorrência no parto. Os CPNs, sejam internos ou externos a uma unidade hospitalar, seguem padrões pré-estabelecidos para direcionamento e protocolo de ações a serem tomadas nestes casos.

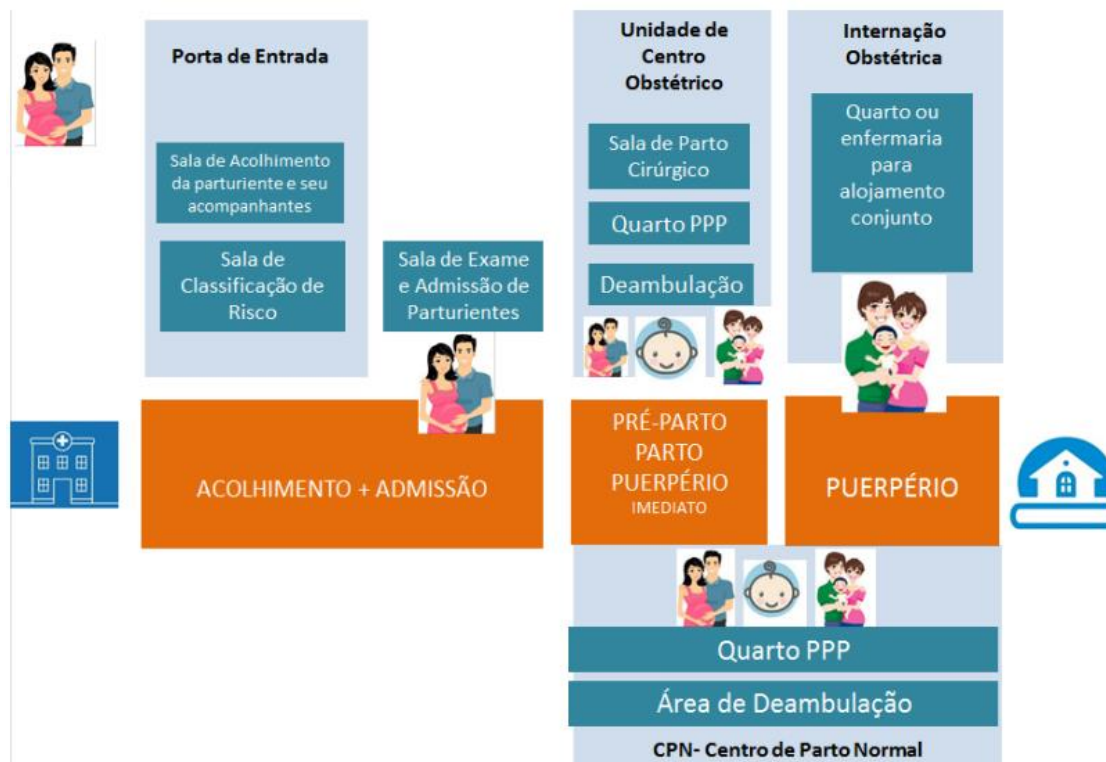
O modelo de assistência dos CPNs minimiza a hierarquização da relação paciente/profissional de saúde, traz a família para o processo de parto, através do direito ao acompanhante em todo o processo e visa tornar o momento do parto mais prazeroso e seguro (SILVA, 2015). Para que estas necessidades sejam alcançadas, obrigatoriamente o ambiente físico destinado ao parto precisou passar por mudanças, fazendo com que o projeto arquitetônico para dos CPNs passe 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 ergonomia. A estrutura física os CPNs deve ser adequada às especificidades da atenção ao parto e nascimento humanizados, possibilitando, “sempre que possível”, que os períodos clínicos do parto sejam assistidos no mesmo ambiente pré- parto/parto/puerpério (PPP) com a presença do acompanhante (BRASIL, 2012). O grifo em “sempre que possível” parte da verificação de que nem todos os centros de parto normal possuem a capacidade de manter a gestante e posteriormente seu bebê no mesmo ambiente além do período de puerpério imediato, em função da demanda de partos que realiza.

Considerando-se que a média de permanência em partos normais é de dois dias (ANS, 2013), usualmente é necessária a transferência de ambos para as enfermarias de alojamento conjunto, com um máximo de seis leitos, previstas no dimensionamento dos centros de parto intra-hospitalares. Somente os centros de parto normal peri-hospitalares, ou “Casas de Parto”, são dimensionados para prestarem atendimento somente em quartos PPPs, sem a utilização de enfermarias compartilhadas. O fluxograma com o caminho da parturiente nos centros de parto normal, preconizado pelo Ministério da Saúde pode ser visto na figura 24.

A atualização do manual de “Orientações para Elaboração de Projetos Arquitetônicos Rede Cegonha” (BRASIL, 2018) – disponível *online* - possui pequenas alterações nas áreas físicas constantes nas versões anteriores, incluindo o projeto de referência apresentado na figura 25.

A listagem de ambientes, quantitativos e áreas, difere pouco da edição anterior do mesmo manual, ainda que este ofereça um novo projeto modelo para os CPNs. O Manual, apesar de auxiliar os projetistas no estabelecimento do programa e no dimensionamento dos CPNs, ainda assim não tece considerações sobre o arcabouço de atributos, sejam estes mensuráveis ou não, que interferem na percepção do espaço pelos usuários e podem influenciá-los de forma positiva ou negativa. Estes aspectos vão de encontro à subjetividade de cada indivíduo e esta interação dá a forma de como os ambientes são compreendidos e assimilados pelos sujeitos, tornando-se importantes ferramentas para a qualificação do espaço.

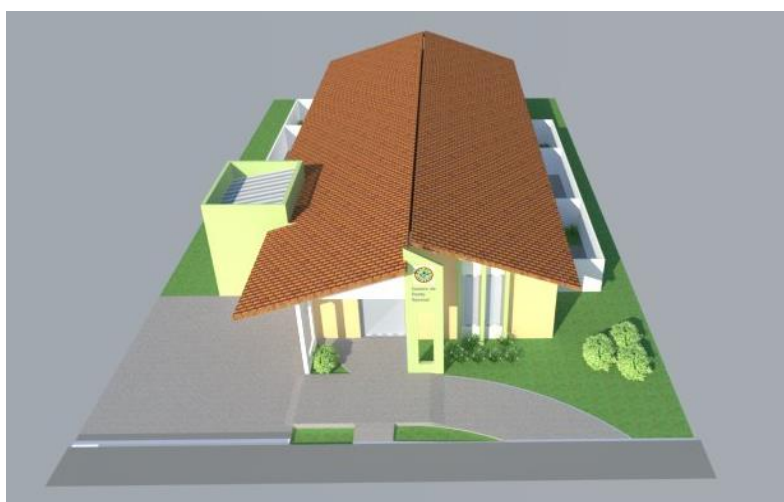
Figura 24- Fluxograma da parturiente – RDC nº 36/ANVISA



Fonte: Brasil (2018)

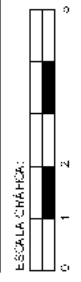
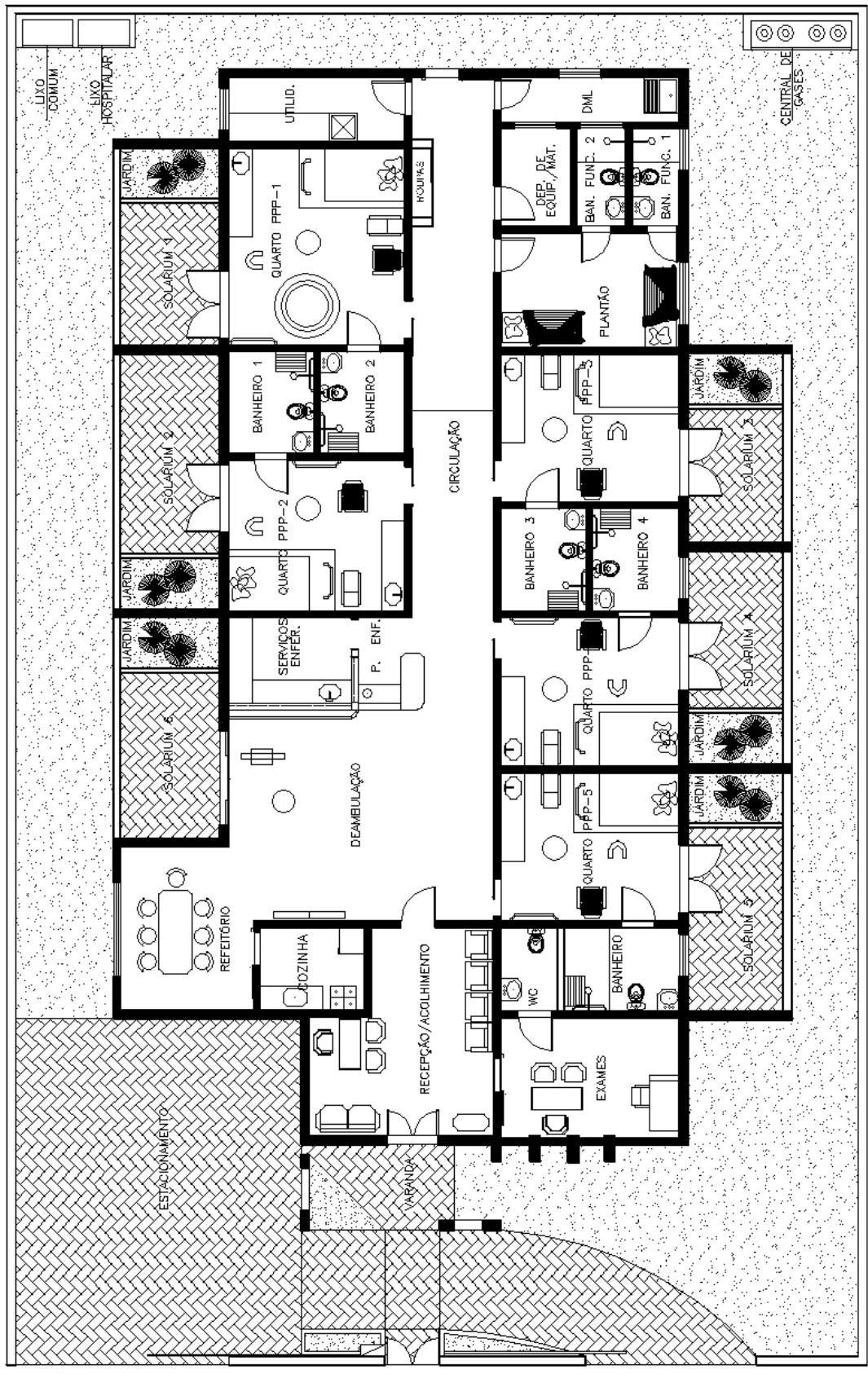
O projeto executivo de referência, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, através da área Técnica da Saúde da Mulher, por meio do manual de “Orientações para Elaboração de Projetos Arquitetônicos Rede Cegonha”, é um modelo preliminar para um Centro de Parto Normal Peri-hospitalar com cinco Quartos PPPs (pré-parto, parto e puerpério). A Coordenação-Geral da Saúde das Mulheres, que faz parte do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde, visa com a distribuição deste projeto de referência, levar apoio aos estados e os municípios com pouca disponibilidade técnica para projeto e construção de CPNs, a fim de que estes possam ser construídos em conformidade com a legislação da ANVISA e seguindo as premissas da humanização. O Projeto executivo, disponibilizado *online* pelo HumanizaSUS desde 2014, contém os seguintes documentos: projeto arquitetônico, detalhes arquitetônicos, projeto elétrico, projeto hidrossanitário, memorial descritivo, projeto estrutural, imagens de maquete eletrônica, ART (Anotação de Responsabilidade Técnica dos projetos) e planilha orçamentária (BRASIL, 2018).

Figura 25- Maquete eletrônica do Centro de Parto Normal referência, fornecido pela área Técnica da Saúde da Mulher – HumanizaSUS – Ministério da Saúde.



Fonte: Brasil - Rede HumanizaSUS (2014).

Figura 26 – Layout projetado para o Centro de Parto Normal referência da área Técnica da Saúde da Mulher – HumanizaSUS – Ministério da Saúde



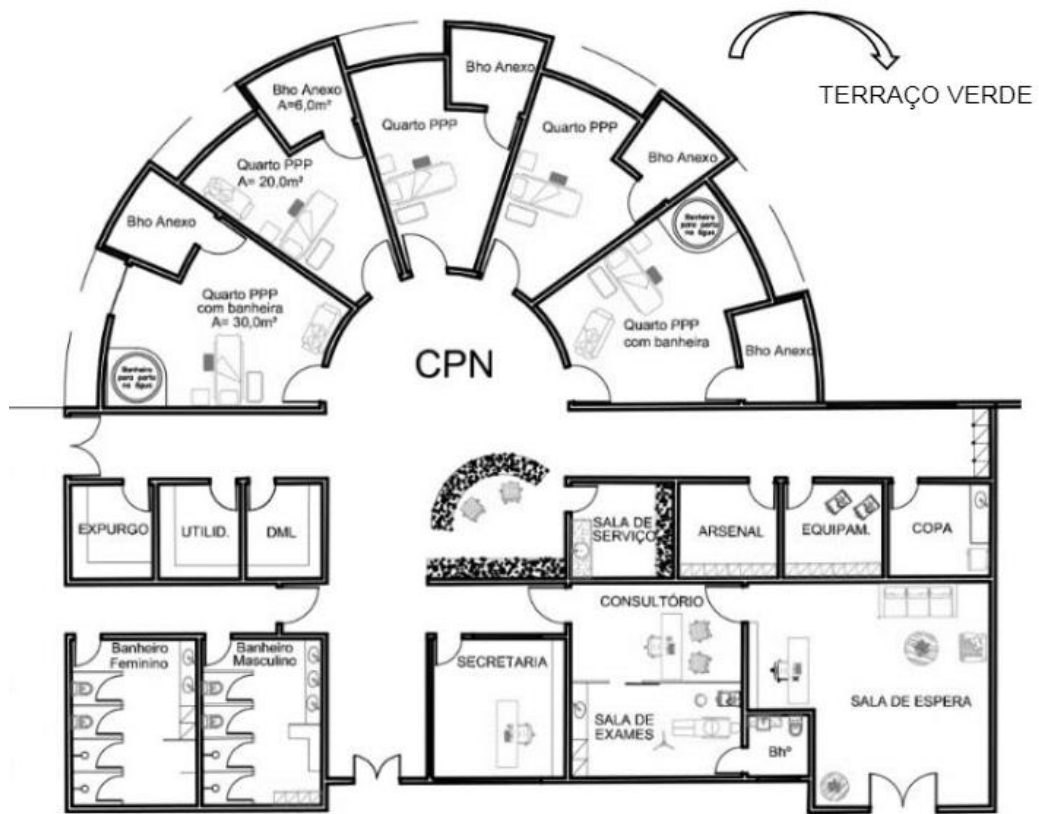
Fonte: Brasil - Rede HumanizaSUS (2014)

Estes documentos elaborados e distribuídos no ano de 2014, segundo a Frente de Ambiência da PNH, foram pensados para apresentar um arranjo que favoreça a humanização e a presença do acompanhante, uma vez que a RDC 36/2008 fala dos ambientes necessários, porém não discorre sobre os arranjos possíveis de serem elaborados para estas unidades de saúde. Ainda assim, a coordenadora da Frente de Ambiência da PNH, Mirella Pessati, reitera que a utilização deste projeto não é obrigatória, uma vez que isto poderia destoar do próprio processo de construção coletiva dos ambientes, preconizado pela PNH e pela Cartilha da Ambiência (REDE HUMANIZASUS, 2014). O objetivo em disponibilizar esta documentação é justamente facilitar a licitação e contratação das obras para os CPNs nos municípios, uma vez que os projetos já possuem grande parte da documentação técnica necessária, ficando ao encargo da administração local apenas o desenvolvimento dos projetos de SPDA, instalação de gases medicinais, e prevenção e combate a incêndio e pânico, que deverá ser submetido ao Corpo de Bombeiros local.

Observando-se brevemente este modelo padrão, pela ótica dos aspectos da ambiência considerados nesta pesquisa, podemos dizer que mesmo sem ousadias formais ele atende a boa parte dos itens relacionados. Os quartos PPP, se utilizados conforme as prerrogativas elaboradas para esta tipologia de alojamento atendem aos quesitos relativos à privacidade, discricção, possibilidade de acompanhamento durante todo o processo de parto e às questões relativas à sensação de segurança. A presença nos layouts dos equipamentos destinados a proporcionar à mulher, alternativas de posicionamento no parto, possibilita o exercício de seu protagonismo e participação nas decisões sobre este. A possibilidade de existência de varandas com áreas ajardinadas busca, ao mesmo tempo, fornecer acesso à natureza e ao meio externo e, ao mesmo tempo, proteger a mulher e sua família da visão invasiva externa. Aspectos como o controle de acesso, de iluminação e temperatura não são passíveis de avaliação somente através da leitura de uma planta baixa genérica, mas é possível visualizar que existem poucas áreas destinadas ao conforto e atividades dos funcionários.

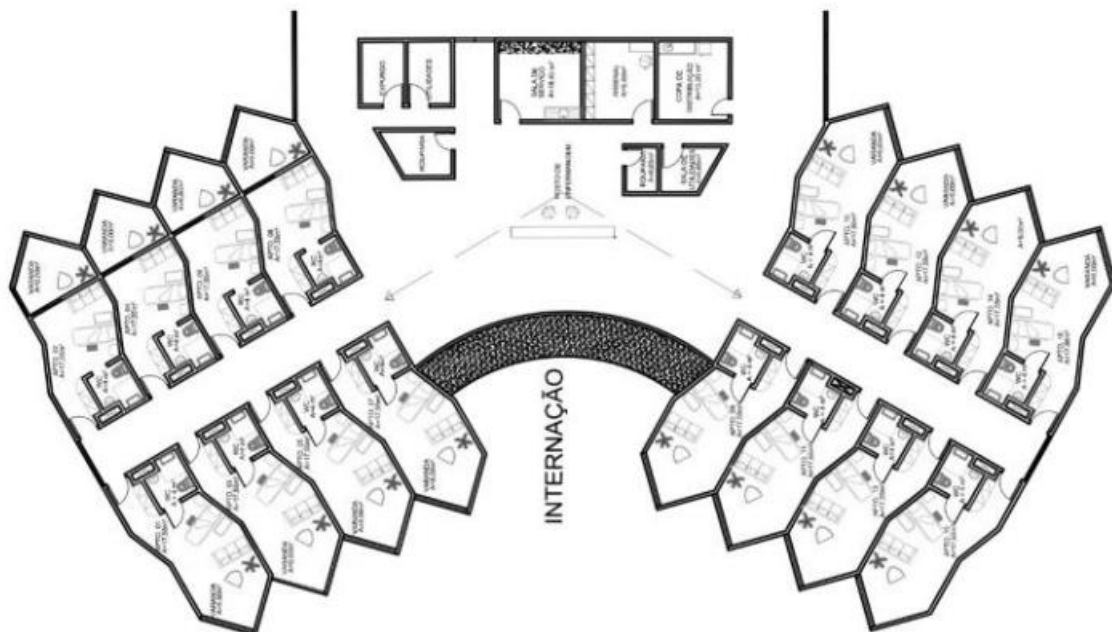
Mesmo com a disponibilização de um modelo preliminar e seus referentes projetos executivos como um “padrão” fornecido pelo Ministério da Saúde, com o estabelecimento dos ambientes mínimos obrigatórios a um centro de parto normal, segundo entendemos não é pretensão do MS “engessar” arquitetonicamente esta tipologia de unidade de atenção à saúde em um modelo, restando a cada arquiteto o direito e a responsabilidade de criar projetos que supram as necessidades assistenciais e normativas sem abrir mão da criatividade, como exemplificam as figuras 27 a 31, bem como de inserir nestes projetos os conceitos e pressupostos para qualificação da ambiência em cada um deles.

Figura 27 – Modelo de Projeto para Centro de Parto normal



Fonte: Elias (2016)

Figura 28 – Modelo de Projeto para Centro de Parto normal



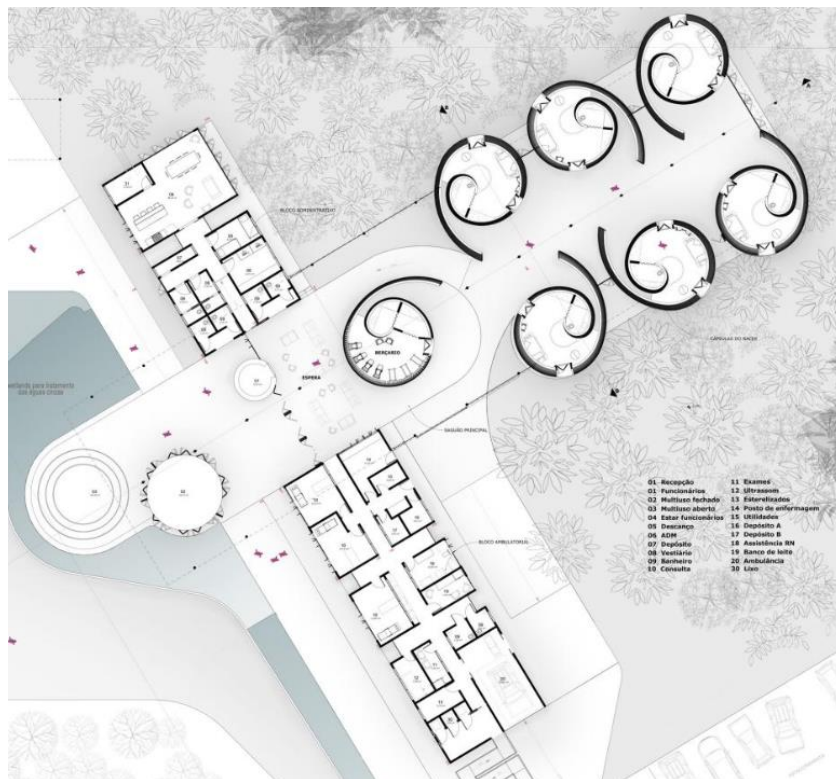
Fonte: Elias (2016)

Figura 29 – Modelos de Projeto para Centro de Parto normal



Fonte: Pereira (2016)

Figura 30 – Modelos de Projeto para Centro de Parto normal



Fonte: Pereira (2016)

Figura 31 – Modelos de Projeto para Centro de Parto normal



Fonte: Matos (2016)

O cuidado adequado no momento do parto é um direito fundamental de cada mulher, e é indispensável para que ela possa exercer a maternidade com segurança e segurança. As condições relacionadas à sua cultura, história e experiências pessoais são condições intrínsecas que, juntamente com as relacionadas ao sistema de saúde, bem como as condições ambientais de conforto, foram determinantes da experiência de cada mulher com parto (SILVA, 2018b). O projeto voltado para os ambientes destinados ao parto necessita, então, considerar questões além da forma, que pode ser tão diversificada quanto a criatividade e as limitações práticas permitam ao arquiteto que planeja. Devem ser considerados todos os intervenientes que possam influenciar a experiência da mulher em relação ao ambiente e como este interfere pode interferir no processo do parto.

3.3.1 Centros de Parto Normal e a 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 seu 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 estas questões pela ótica dos projetos para os ambientes destinados ao parto, mais ainda se tratarmos dos centros de parto normal, que por definição são destinados a propiciar sensações de proximidade, conforto, familiaridade e segurança às parturientes, torna-se ainda mais importante verificar quais sejam os elementos físicos destes ambientes que possam ser relacionados aos atributos das ambiências na busca da qualificação do projeto e do próprio ambiente para o parto. Um ambiente que possa trazer às mães e suas famílias as sensações de conforto, controle e privacidade e, além disso,

proporcionar aos profissionais assistenciais um ambiente de trabalho seguro e agradável para auxiliar às mães a darem seus filhos à luz.

Este conjunto de sensações geradas pelos elementos materiais e imateriais e 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, o som e à temperatura dos ambientes (AMPHOUX, 2004 citado em SILVA, 2018b), bem como as sensações relacionadas à 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, 2018b).

3.3.1.1 Recepção e acolhimento (porta de entrada)

A recepção da maternidade é o primeiro lugar onde a mulher e sua família devem sentir-se abraçados 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 a proporcionada para seus usuários.

Segundo a PNH (BRASIL, 2006, p.51), o “acolhimento traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações”. Visto como uma das estratégias do Sistema Único de Saúde que buscam a qualificação da assistência, não somente através do acesso e atendimento resolutivo para os pacientes, mas também por estabelecer a necessidade em incentivar relações humanas e de solidariedade entre os profissionais de saúde e usuários das unidades de saúde. Ainda conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, o ato de acolher, quando feito de forma adequada, proporciona o estabelecimento de uma relação de confiança e compromisso, não se tratando de uma relação de “*bondade e favor*” e não se reduzindo a uma “reorganização espacial, com adequação de recepções administrativas e outros ambientes, nem também a uma ação de triagem (...) com seleção daqueles que foram atendidos pelo serviço naquele momento” (BRASIL, 2014. p. 8).

Em relação às maternidades e centros de parto, a porta de entrada, bem como o acolhimento nela fornecido devem considerar todas as peculiaridades inerentes ao tipo de atendimento a que se destinam. O parto, conforme Lopes et al. (2005) é o momento em que as expectativas e ansiedades pelas quais as mulheres passaram durante toda a gravidez, tomam uma dimensão que irá confirmar ou não todos estes medos, esperanças e sentimentos contraditórios inerentes à gravidez. Os autores afirmam que mais da metade das mulheres pesquisadas mencionou alguma expectativa negativa em relação ao parto, seja medo da dor, dos procedimentos médicos e obstétricos, de insegurança quanto à própria capacidade de dar à luz, de que tipo de atendimento receberiam no hospital e, até mesmo, pelas mudanças geradas pela chegada de um bebê em suas vidas. O acolhimento adequado da mulher e de seu acompanhante, considerando todos estes 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. Outro aspecto a ser

considerado no acolhimento obstétrico é a necessidade em observar situações clínicas em que sejam necessárias ações imediatas, o que passa por uma escuta qualificada, que consiga diferenciar reclamações comuns inerentes à gestação de outras que possam indicar uma situação de emergência. Esta escuta qualificada deve acontecer desde a recepção passando por todo o processo e todos os setores destinados ao parto (BRASIL, 2014).

Por mais que os centros de parto normal possam passar a pressuposição que suas usuárias/pacientes sejam principalmente mulheres com saúde e pré-natal sob controle e risco mínimo, a possibilidade de que possam receber mulheres em trabalho de parto, no qual possa surgir alguma intercorrência, não pode ser desconsiderada. O “Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia” (BRASIL, 2014a) estabelece de que forma deve ser efetuada a classificação de risco das gestantes em qualquer unidade de saúde e, mais especificamente, naquelas destinadas à realização de partos.

No que se refere aos arranjos espaciais, a Cartilha de Ambiência do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), explica que o acolhimento pressupõe a criação de diversos espaços para interação entre os sujeitos – “usuários e trabalhadores” bem como entre “trabalhadores e trabalhadores”. Estes espaços devem ser destinados à escuta e à recepção, planejados de forma a serem confortáveis, com a inserção de “vegetação, iluminação e ventilação naturais, cores e arte”. Preconiza ainda a utilização de mobiliário adequado e em quantidade suficiente, situado em uma disposição que promova o encontro e a interação dos usuários; a utilização de balcões baixos e sem grades, que possibilitem a acessibilidade de usuários sentados; que proporcionem a privacidade necessária ao atendimento procurado e ainda que possuam sistemas de informação e orientação eficientes nas áreas de espera (BRASIL, 2010). Especificamente no que se refere aos serviços de saúde destinados ao parto, o “Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia” (BRASIL, 2014) estabelece as orientações específicas para as áreas de recepção das maternidades e demais serviços que realizam partos.

Na recepção das unidades destinadas ao parto, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), o serviço deve garantir os seguintes direitos à mulher:

- Ambiente confortável para espera e atendimento e orientação clara sobre sua condição e procedimentos a serem realizados;
- Avaliação inicial imediata da saúde materna e fetal, para definir atendimento prioritário e do risco gestacional, além da definição do nível de assistência necessário na consulta inicial;
- Permanência da parturiente, quando necessária, em ambiente para observação e reavaliação;
- Transferência da mulher, em caso de necessidade, realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições de saúde da mulher e do bebê.

3.3.1.2 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 de um ambiente para outro das mulheres em trabalho de parto, além de proporcionarem à mulher, ao bebê e seus 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 seu 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. Outra característica desta tipologia de ambiente é permitir a presença de familiares acompanhando todo o processo de parto e ao mesmo tempo proporcionar privacidade para o acontecimento, em função de serem individuais e atenderem a um parto por vez. Tais ambientes contam com uma infraestrutura pré-determinada, com ambientes mínimos delimitados normativamente, possuem sanitários próprios, podem ou não ter banheiras, cama e espaço suficiente para a parturiente movimentar-se o quanto quiser. A utilização dos quartos PPP é primordialmente destinada à humanização do atendimento ao parto, de forma a resgatar: “o vínculo mãe-filho com a presença de acompanhante, com vista a reduzir o risco à saúde e melhorar o bem-estar de quem utiliza a atenção obstétrica e neonatal” (STANCATO; VERGILIO e BOSCO, 2011, p.8).

Figura 32- Exemplos de Quartos PPP - Hospital Sofia Feldman - Belo Horizonte – MG



Fonte: 1- Foto de divulgação – HSF

Figura 33- Exemplos de Quartos PPP - Centro de Parto Normal do Hospital Regional Tibério Nunes – Floriano/PI



Fonte: Brasil (2018)

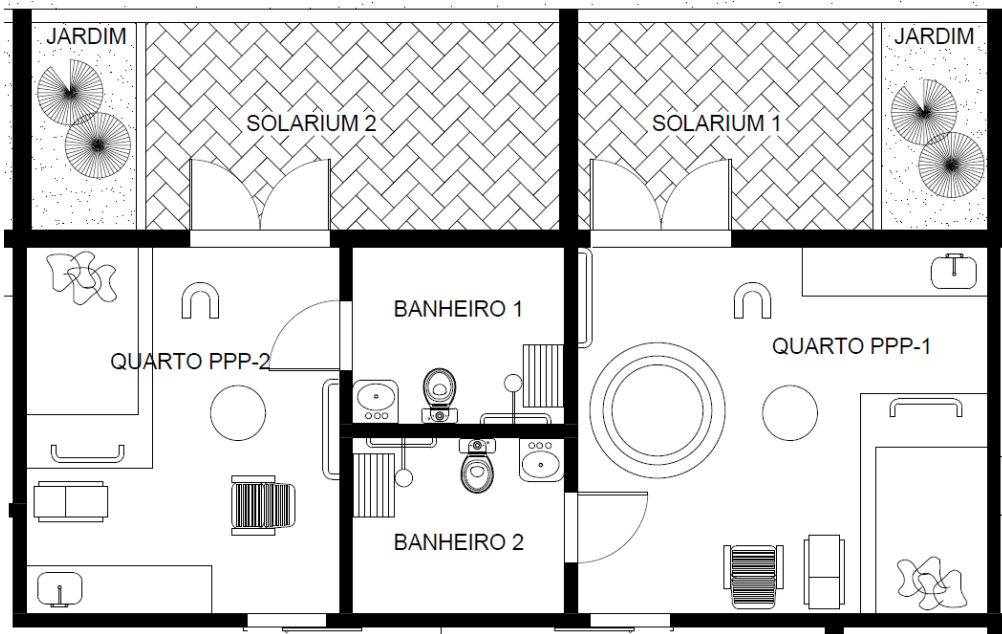
O “Manual de Orientações para elaboração de Projetos de Centros de Parto Normal da Rede Cegonha” (BRASIL, 2018), indica os seguintes procedimentos e medidas a serem adotados nesta tipologia de ambiente, em conformidade com as recomendações da Organização Mundial da Saúde: a presença de acompanhante de livre escolha da mulher; o acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio à dor; o estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto; que os períodos clínicos do parto sejam assistidos no mesmo ambiente; a livre escolha das diversas posições no trabalho de parto pela mulher; o contato imediato da mãe com o recém-nascido; o estímulo ao aleitamento materno ainda no ambiente do parto e a utilização do Método Canguru, quando indicado (STANCATO, VERGILIO e BOSCO, 2011).

Figura 34- Modelos de quarto PPP - HumanizaSUS/MS



Fonte: Brasil (2012; 2014)

Figura 35- Modelos de quarto PPP - HumanizaSUS/MS



Fonte: Brasil (2012; 2014)

Figura 36- Modelos de quarto PPP – projetos de graduação.



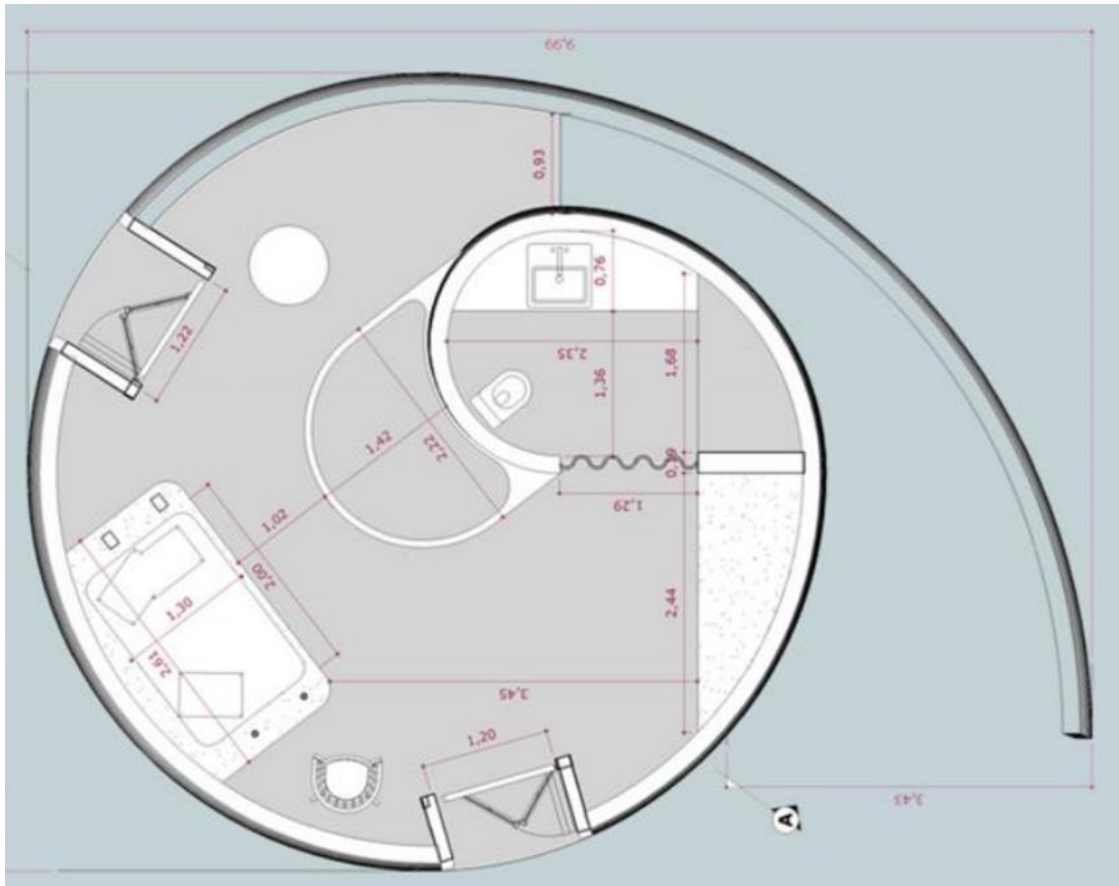
Fonte: Elias (2016)

Figura 37- Modelos de quarto PPP – projetos de graduação.



Fonte: Elias (2016)

Figura 38 - Modelos de quarto PPP – projetos de graduação



Fonte: Pereira (2016)

Figura 39 - Modelos de quarto PPP – projetos de graduação.



Fonte: Pereira (2016)

O objetivo dos quartos PPP é a criação de um espaço no qual as mulheres são mais propensas a se sentirem seguras e relaxadas durante o parto e nascimento, em um ambiente que remeta a uma atmosfera residencial e não medicalizada. Esse ambiente é caracterizado pela privacidade e familiaridade, e proporciona à mulher uma sensação de controle pessoal e segurança. Alguns fatores do ambiente são fundamentais para incentivar ou diminuir estas sensações nas parturientes, podendo incentivar um trabalho de parto tranquilo e satisfatório ou ocasionar experiências estressantes e traumáticas que possam influenciar no nascimento e em gravidezes futuras.

O ambiente físico pode dar suporte, proporcionando sensação de controle sobre a privacidade. A possibilidade de controle pessoal sobre a interação social, especialmente não familiar, é muito importante para as mulheres. Os quartos PPP utilizados nos centros de parto normal, que acomodam as mulheres desde a admissão no trabalho inicial até a alta pós-natal proporcionam esta sensação de privacidade, tanto pela possibilidade da parturiente estar em um local privado, acompanhada de seus familiares quanto por evitar deslocamentos entre ambientes durante o trabalho de parto, a menos que seja de sua vontade. São locais onde as mulheres podem vivenciar seu 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).

Nos aspectos relativos ao parto, uma das recomendações da Organização Mundial da Saúde trata justamente do respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto. Todas as etapas de um parto normal, rompimento da bolsa, dilatações, contrações, são ações fisiológicas, involuntárias, guiadas pelo próprio corpo da parturiente e, em geral, acontecem sozinhas, em função das informações enviadas pelo cérebro através de uma cadeia de hormônios que conduzem ao parto. Neste processo, quaisquer inibições que possam ocorrer são provenientes do córtex ou néo-córtex, que corresponde à atividade intelectual e racional (ODENT, 2018). Segundo Lothian (2004), a privacidade é crucial para acalmar o neocórtex e apoiar a liberação dos hormônios necessários para o trabalho e nascimento. A não percepção da privacidade pode prejudicar a liberação da oxitocina, por exemplo, necessária para o parto e a ligação entre mãe e bebê. (SILVA, 2018c). Quanto maior for a sensação de privacidade, melhores chances existem de que o trabalho de parto proceda de forma tranquila, podendo ser influenciada até pela posição do médico ou da parteira no momento do parto ou pelas fotografias e filmagens que se tornaram tão comuns nestes momentos.

Outros aspectos físicos dos ambientes, relacionados ao aprimoramento da sensação de privacidade podem ser listados, tais como: evitar a instalação de grandes vãos de janelas, a fim de não propiciar exposição. As janelas devem permitir iluminação natural, mas não a visão das atividades por pessoas externas; evitar instalação de portas abrindo-se diretamente para os locais de nascimento; a instalação de cortinas secundárias ou telas devem ser usadas para criar uma barreira visível, protegendo a privacidade das mulheres e acompanhantes, mesmo quando a porta está aberta (JENKINSON, JOSEY e KRUSKE, 2014). A composição física dos quartos PPP, conforme pode ser encontrada no Manual da Rede Cegonha (BRASIL, 2018).

Considerando-se o ambiente de nascer como foco, alguns elementos básicos podem interferir de forma significativa na percepção ambiental e nas sensações geradas por esta, devendo ser observadas na elaboração dos projetos, tais como, por exemplo;

layouts com a centralização da cama nos quartos, contribuindo para a sensação de vigilância percebida pela parturiente e direcionando-a para uma quase obrigatoriedade de que seu parto seja realizado nesta mesma cama; o cuidado a distribuição da iluminação tornando o ambiente mais caloroso, confortável e menos clínico, com a redução da utilização da luz mais brilhante e passível de controle para sua redução, de forma a dar a possibilidade em criar mais tranquilidade, segurança e sensação de privacidade; da mesma forma, a possibilidade em obter iluminação natural é primordial para proporcionar a noção de passagem do dia e da noite, no acompanhar da passagem do tempo, proporcionando o sentido de orientação; o ruído ambiental contínuo, inerente ao ambiente hospitalar, pode causar agitação aumentada e reduzir a tolerância à dor além de serem estressantes para pacientes, familiares e funcionários; em contrapartida, as mulheres precisam se sentir confortáveis para fazer barulho durante o trabalho de parto, sem o medo de serem ouvidas, nem devem estar preocupadas ao ouvir os sons de outras mulheres, o que pode gerar stress e sensação de falta de privacidade (SILVA, 2018c) São inúmeros os pontos que podem ser considerados no projeto, levando-se em conta as sensações e resultados provenientes da percepção ambiental. O tratamento dos espaços considerando a multisensorialidade, e não somente a percepção gerada pela visão, pode ser um fator fundamental para a qualificação da ambiência resultante nos espaços de nascer.

3.3.1.3 Aspectos relativos à cultura e a questão dos acompanhantes.

É necessário também observar outros aspectos relacionados aos espaços de nascer, aspectos 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.

Na maioria das sociedades humanas, a gravidez e o parto geralmente têm um significado maior do que eventos biológicos simples, e também funcionam como marcadores da transição do status social de "mulher" para "mãe" exigindo rituais e comportamentos específicos para proteção das mulheres e do bebê, bem como a apresentação deste como um novo membro para a sociedade. Ao longo da história e com a medicalização da medicina obstétrica, a maioria dos rituais também se tornaram formas de transmitir valores mais básicos da sociedade à mulher que dá à luz, como a impotência feminina contra os sistemas patriarcais, a fragilidade da necessidade de remédio para exercer poder e controle sobre seus processos naturais e depender da ciência e da tecnologia e sobre a superioridade das instituições e máquinas sobre as crenças e significados individuais (HELMANN, 1994). A visão do parto, como fenômeno natural ou médico, varia de cultura para cultura. A forma como é considerada determina muitas outras diferenças também observadas em aspectos importantes do parto, como o tipo de preparação, o local onde ocorrerá, as pessoas que acompanharão ou ajudarão, a tecnologia disponível, a medicação e a participação da mulher em decisões, tornando a experiência de parto culturalmente determinada (FIGUEIREDO, COSTA E PACHECO, 2002).

Pode-se considerar que muitos dos fatores considerados naturais na maternidade são frutos da cultura do indivíduo, influenciados em suas percepções, suas crenças, valores, atitudes, sua visão do mundo e do outro, e sua política social e política. A partir desses atores, diferentes representações de saúde, doença, crenças e práticas de proteção à saúde que diferem de pessoa para pessoa, de acordo com grupos culturais, classes sociais, culturas e contextos de desenvolvimento resultantes (SOPA, 2009). Mesmo considerando a gravidez e o parto como aspectos normais e fisiológicos das mulheres, cada uma delas o experimenta como um momento especial e diferente, com experiências únicas sobre mudanças súbitas físicas, emocionais, sociais e familiares, e é compartilhada com familiares, amigos e grupos sociais a que ela pertence. É precisamente neste contexto que a cultura se destaca e permite que a mulher grávida ou a nova mãe expressem suas necessidades, valores, conhecimento, crenças e sua visão de mundo.

Os costumes relacionados a cada etnia ou cultura, interferem diretamente com a noção de privacidade, abrigo, conforto, tranquilidade e segurança das mulheres grávidas, e devem ser considerados no pensamento dos espaços. Permitir a presença do companheiro/acompanhante de escolha livre 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 destas condições de conforto, tranquilidade e segurança desejadas no processo de parto e nascimento.

No Brasil, a presença do acompanhante é garantida por lei desde o ano de 2005, através da “Lei do Acompanhante”, como é comumente conhecida a Lei 11.108/2005, que determina o direito de escolha pela mulher de quem lhe fará companhia durante todo o processo de pré-parto, parto e pós-parto imediato. Outras regulamentações complementares, tais como a Portaria MS nº 2.418/2005 e a Resolução Normativa n. 21/2008 da ANSS, garantem o pagamento das despesas com acomodação e refeições do acompanhante durante todo este período, nos âmbitos público e privado. No que se refere às instalações físicas, a RDC nº 36/2008 possui breves determinações sobre as instalações destinadas aos acompanhantes, sendo este um dos principais problemas relacionados à presença dos acompanhantes até o momento atual. 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 este momento sem acompanhamento de alguém de sua livre escolha, seja por desconhecimento de seus 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 pesquisa “Nascer no Brasil”, feita pela Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, da Fundação Oswaldo Cruz, realizou diversos estudos nesta área desde o ano de 2009. Um destes estudos envolveu o levantamento dos fatores sócio demográficos, obstétricos e institucionais associados à presença do acompanhante, foi realizado em 266 hospitais, com noventa puérperas em cada um, tendo como amostra final a participação de 23.940 pessoas (DINIZ ET AL, 2014). Os resultados deste estudo específico demonstraram que 24,5% das mulheres não tiveram nenhum tipo de acompanhante, 18,8% tiveram acompanhante de forma contínua e 56,7% tiveram acompanhe de forma parcial. Ainda segundo dados deste estudo, a razão atribuída para a maior parte das mulheres que não tiveram acompanhantes no parto foi, em primeiro lugar (52%) a restrição por parte da instituição – não permissão – contrariando diretamente a legislação; outras restrições mencionadas referem-se à permissão de acompanhantes somente para

cesarianas ou para grávidas adolescentes, somente acompanhantes do sexo feminino, ou que tivessem participado de um “curso”, ou somente se pagassem por este direito; o estudo menciona ainda que 18% das mulheres não possuíam alguém que pudesse acompanhá-las, seja por falta de apoio de uma rede social ou familiar, seja pelo acontecimento do parto em um momento inesperado ou emergencial e, ainda, pela não permissão do acompanhante na ambulância. Outro fator identificado dentre as mulheres desacompanhadas no parto foi a falta de informação e conhecimento sobre seus direitos em relação a isto. Do total geral, apenas 5,7% das mulheres entrevistadas afirmou que ela mesma não desejou nenhum acompanhante durante o parto (DINIZ ET AL, 2014).

As restrições dos profissionais da assistência em relação à presença do acompanhante durante o parto perpassam também questões culturais, proveniente da evolução histórica da medicalização do parto, desde que as mulheres começam a parir sem a presença de alguma pessoa de sua família, na década de 20, os países industrializados. No Brasil, essa também foi uma regra estabelecida e incorporada à formação dos profissionais de medicina e enfermagem ligados à obstetrícia (DINIZ ET AL, 2014). Perpassam ainda as questões ligadas ao controle e poder médico, bem como ao receio da influência e fiscalização e, até, da própria exposição do acompanhante durante o andamento do parto. Muitos profissionais ainda rejeitam firmemente a presença do acompanhante no parto, e interligadas às restrições institucionais e profissionais, são mencionadas questões relativas à cultura de negligência e do bem estar da mãe, o uso de intervenções invasivas ou não recomendadas pela OMS (NAKANO ET AL, 2007; DINIZ ET AL, 2014), hostilidade e abusos explícitos com as parturientes e, até mesmo, criar obstáculos ao trabalho assistencial (PAZ e FENSTERSEIFER, 2011; DINIZ ET AL, 2014) e até mesmo a associação do parto normal com deformação genital da mulher em conflito com sua “função adequada” relativa ao prazer sexual/heterossexual (DINIZ ET AL, 2014).

A implementação do acompanhante foi associada com ambiência adequada e regras institucionais claras sobre os direitos das mulheres ao acompanhante, portanto outra questão diretamente associada à falta de acompanhante durante o processo de parto são as condições de infraestrutura e instalações físicas que comportem a presença desta (s) pessoas durante o processo de parto. Dentre os dados da pesquisa “Nascer no Brasil”, identificou-se também que maior parte das mulheres que teve acompanhamento de sua livre escolha durante todos os períodos do parto foram aquelas que tiveram seus bebês em serviços que possuíam minimamente uma estrutura básica capaz de alojar estes acompanhantes e oferecer alguma privacidade à mulher. Esta mesma privacidade, ou sua falta em função da falta de infraestrutura adequada nos ambientes destinados parto, é utilizada também como obstáculo à presença de acompanhantes, principalmente do sexo masculino. A razão apresentada é o constrangimento, passível de ser ocasionado com a presença de acompanhantes do sexo masculino em enfermarias coletivas (PAZ e FENSTERSEIFER, 2011; RODRIGUES et al, 2017), em função da exposição proveniente da tipologia de atendimento, procedimentos e da própria amamentação dos bebês na presença de homens estranhos à rede social e familiar da mulher.

Com efeito, a adequação da estrutura física é um fator condicionante da possibilidade da presença do acompanhante nestes ambientes, sendo imprescindível para proporcionar condições favoráveis a que este possa exercer seu papel junto à mulher antes, durante e após o parto (KOMURA E DE SOUZA, 2007; PAZ e FENSTERSEIFER, 2011). Ainda assim, seja por questões de financiamento, administrativas ou de filosofia

assistencial, ainda existem unidades de atenção à saúde que não possuem instalações adequadas a acolher o acompanhante durante os períodos do parto e garantir sua privacidade, necessitando de adequações e reformas para ajustarem-se às normativas referentes. A adequação do espaço físico importa também em que o acompanhante possa sentir-se aceito, respeitado, que existe uma área pensada para acolhê-lo, considerando sua importância no processo de parto e nascimento, que sua presença é necessária e importante neste processo (PAZ e FENSTERSEIFER, 2011).

Como mencionam Rodrigues et al (2017), quatorze anos após o estabelecimento legal do direito ao acompanhante no parto e dez anos após surgirem as primeiras determinações específicas para a adequação das estruturas físicas dos ambientes destinados ao parto, através da RDC nº 36/2008, a falta desta adequação física em tais ambientes não pode mais ser utilizada como desculpa ou impeditivo para que as mulheres exerçam seu direito de ter ao seu lado o acompanhante de sua preferência, com os devidos respeito e privacidade. Cabe aos gestores, administradores e instituições garantirem condições para que seja cumprido o que determina a Lei nº 11.108/2005.

Em sua maior parte, as recomendações e discursos de âmbitos nacional e internacional, relativos à implementação de políticas ligadas ao parto e à sua humanização, reconhecem e preconizam a necessidade e os benefícios da presença do acompanhante no parto e pós-parto, mas não há uma definição clara de quem seja este acompanhante, uma vez que é direito da mulher escolher quem deseja para acompanhá-la nestes momentos, ainda que os movimentos ligados à humanização do parto defendam a necessidade de que se amplie a participação masculina na paternidade e incluam os pais em campanhas e programas de pré-natal, de forma a incentivar sua presença nos momentos ligados ao parto (DINIZ ET AL, 2014).

Os benefícios trazidos pela presença dos acompanhantes são documentados desde a década de 90, registrando-se os benefícios emocionais, de saúde e de satisfação materna, como resultado de obterem apoio contínuo de acompanhantes durante o parto. A Organização Mundial de Saúde – OMS estabeleceu desde 1990 a existência de benefícios clinicamente significativos para as mulheres e crianças e nenhum prejuízo conhecido. Estabeleceu também que todas as mulheres devem ter apoio durante o parto e nascimento (OMS, 1996.p.2 citado por DINIZ ET AL, 2014). Diversos estudos realizados até o momento atual documentaram resultados positivos para a saúde materna e neonatal com a presença e apoio de acompanhantes no parto, como pode ser visto no quadro 10.

Cabe ainda mencionar a necessidade de preparo e orientação prévios, quando possível, dos prováveis acompanhantes que irão participar do processo de parto. Nos casos em que este acompanhante acompanhe a mulher desde a gravidez, o processo de acompanhamento deve ser feito desde o pré-natal, proporcionando familiaridade com os procedimentos, os ambientes assistenciais e, se possível, a equipe profissional que atua na unidade onde a mulher terá seu bebê, a fim de evitar o medo, a angústia, e a falta de esclarecimento sobre o trabalho de parto e parto. A participação em oficinas e cursos de pré-natal são um importante meio para propiciar a modificação de atitudes, tanto nos acompanhantes quanto nos profissionais, com o conhecimento e o reconhecimento mútuo destes personagens – profissional/accompanhante, bem como para incentivar o conhecimento e a maior autoconfiança em relação às rotinas profissionais do parto (KOMURA ET AL, 2007; PAZ e FENSTERSEIFER, 2011; SOUZA E GUALDA, 2016).

Quadro 10 – Benefícios da presença do acompanhante no processo de parto.

| Benefícios diretos da presença do acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto |
|---|
| Diminuição do tempo do trabalho de parto |
| Suporte físico para que a mulher possa adotar suas posições preferidas, incentivo à mobilidade da mãe e do uso eficaz da gravidade no nascimento |
| Diminuição da necessidade de medicação e de analgesia |
| Mais satisfação com o atendimento, aumento na proporção de informações fornecidas às mulheres, maior percepção de respeito pelos profissionais durante a internação |
| Suporte aos aspectos emocionais, tais como encorajamento, tranquilização e incentivo |
| Apoio emocional que aumenta o sentimento de confiança, controle e poder de comunicação para a mulher |
| Melhor formação de vínculos mãe-bebê |
| Proteção através da vigilância dos processos utilizados, como exames e avaliações médicas. |
| Maior suporte para compartilhar alegrias |
| Menores taxas de dor, pânico e exaustão durante o parto |
| Elevação da autoestima e sensação de apoio |
| No aspecto do contato físico, segurar na mão, fazer massagem e auxiliar na troca de posição são formas importantes de apoio |
| Aumento na sua capacidade para se expressar, auxiliando em que as mulheres sejam ouvidas quando o atendimento de urgência é necessário |
| Indicador de segurança, de qualidade do atendimento e de respeito pelos direitos das mulheres na assistência |
| Redução de cesarianas, incentiva o aleitamento e a percepção positiva da mulher sobre o evento |
| Contato imediato do bebê com a família, principalmente com o pai, o que proporciona maior vínculo e fortalece os laços entre pai e filho sendo benéfico para o recém-nascido e seus pais. |
| Ajuda em situações práticas, como: carregar o bebê, ajudar no banho e outros, além de observar os procedimentos realizados com a mulher e bebê. |
| Menores escores de Apgar abaixo de 7 nos bebês |
| Aumento dos índices de amamentação |
| Compilados de: NAKANO ET AL, 2007; KOMURA E DE SOUZA, 2007; KONDO, 2010; PAZ E FENSTERSEIFER, 2011; DINIZ ET AL, 2014; FERREIRA E MADEIRA, 2016; SOUZA E GUALDA, 2016 |

Considerando-se o panorama total desde a promulgação da Lei do Acompanhante, em 2005, pode-se dizer que aconteceram inúmeros processos positivos, na forma de programas e ações institucionais e governamentais que visam à incorporação deste personagem no processo do parto e nascimento. Ainda assim é necessário também pontuar que existe ainda um grande caminho, relativo principalmente à possibilidade de acesso e equidade no exercício deste direito por todas as mulheres. A pesquisa Nascer no Brasil concluiu que contar com um acompanhante durante todo o seu processo de parto, mesmo que seja um direito, ainda acontece como uma forma de privilégio, alcançado majoritariamente por mulheres de maior renda, nível de escolaridade, cor branca e que pagam pela assistência recebida. Questões como a falta de informação às mulheres sobre

os seus direitos, a interpretação direcionada de gestores e profissionais de saúde sobre o texto não suficientemente claro da Lei nº 11.108/2005, que propicia a recusa do acompanhante com base na autonomia médica, além dos problemas relativos à falta de privacidade nas enfermarias coletivas (DINIZ et al, 2014) e as possibilidades ou não de adequações da infraestrutura física das unidades destinadas ao parto, ainda são entraves que permeiam, impedem ou dificultam a presença do acompanhante no parto.

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, tais como aumento da sensação de segurança e apoio, respeito, conforto e estabelecimento de vínculo com sua rede familiar e social; para as equipes o 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).

.....
O capítulo três deixa claro que, ao longo das últimas décadas, no Brasil, tem havido esforços diversos em prol da humanização do parto, bem como para a qualificação dos ambientes a ele destinados. São diversas as normativas e programas governamentais destinados a este fim, e a criação dos parâmetros para a construção/adaptação dos centros de parto normal traz consigo, a busca de um espaço que tem por finalidade priorizar o protagonismo da mulher e do bebê. Ainda assim, diversos aspectos relacionados à forma de ver e sentir os ambientes em um momento tão diferenciado, por cada mulher, ainda são pouco considerados na concepção e utilização dos centros de parto, principalmente aqueles relativos às sensações de privacidade, respeito e segurança. Alguns dos aspectos considerados como influenciadores diretos na percepção da ambiência, e desta, na relação com as mulheres com os espaços e em todo o processo de parto, são deixados ao largo no planejamento dos CPNs, no processo assistencial e no próprio cuidado oferecido. A conclusão é a necessidade de que todos os intervenientes que interferem na ambiência percebida nos Centros de Parto necessitam ser observados em conjunto, uma vez que agem e interagem em conjunto – ambiente adequado, cuidado qualificado e assistência empática, dentre muitos – para gerar a tão desejada humanização do parto e nascimento.
.....

4 METODOLOGIA E MÉTODOS

METODOLOGIA E MÉTODOS

O capítulo três apresenta as metodologias e métodos utilizados para levantamento dos dados utilizados na pesquisa, bem como apresentará e descreverá, segundo os aspectos técnicos e normativos, os dois ambientes de investigação elencados para o estudo de campo: A Casa de Parto David Capistrano Filho, no bairro de Realengo-RJ e o Hospital Maternidade Maria Amélia

Buarque de Hollanda, no bairro do Centro – RJ. Como a pesquisa trata das questões relativas à ambiência nos Centros de Parto Normal e, por tratar-se o Hospital Maria Amélia de um hospital maternidade que possui em suas instalações um CPN, o hospital será apresentado de forma geral, em todas as suas instalações, mas a pesquisa de campo restringiu-se aos ambientes relativos aos ambientes recortados no estudo.

Delineou-se para este estudo, conforme, conforme Marconi e Lakatos (2003), uma investigação aplicada, considerando a relação dinâmica entre o espaço edificado, o sujeito e sua subjetividade, relação essa indissociável e não contabilizável estatisticamente. Entendeu-se, portanto, a apropriação do uso de pesquisa quali-quantitativa, uma vez que são utilizados métodos de coleta, quantificação e avaliação dos resultados obtidos, relativos ao objeto de estudo - a ambiência nos “espaços de nascer” - utilizando-se como recorte para observação os centros de parto normal e os ambientes considerados a eles diretamente ligados no “caminho da paciente”, tais como recepção e admissão (porta de entrada), quartos PPP e/ou enfermaria conjuntas. A inclusão do termo “ambiente de nascer”, cunhado pelo arquiteto Fabio Bitencourt em sua tese de doutorado (2007), deriva do fato de que, mesmo sendo as maternidades a principal referência generalizada de “lugar adequado” para o parto e nascimento, estes podem acontecer e acontecem em outros ambientes, tanto pré-determinados para esta função, como as casas de parto, por exemplo, quanto historicamente conhecidos, como a própria residência da parturiente, ou até inesperados, como em veículos ou na porta dos próprios hospitais, o que acontece não raramente.

Segundo Thibaud (2004), “não se percebe a ambiência, mas sim de acordo com a ambiência”, a percepção ambiental é uma “decodificação dos aspectos da ambiência” concentrada em alguns itens, relacionados às características individuais de cada indivíduo e com sua relação com os ambientes em um determinado período de tempo e situação. Relacionando-se a estes aspectos a gama de sensações potencialmente geradas nos períodos pré e pós-nascimento, para os sujeitos envolvidos é grande a possibilidade de que estas relações afetem a percepção do ambiente construído e que este ambiente possa, também, interferir com os processos nele observados.

A utilização de técnicas qualitativas permitiu que os indivíduos da amostra pudessem exprimir suas sensações relativas aos ambientes de estudo durante seu período de utilização dos mesmos, produzindo explicações contextuais e significando o fenômeno em relação à sua percepção (RIBEIRO, 2015).

Mesmo tratando-se de um estudo específico sobre a ambiência nos espaços de nascer, se considerarmos que aspectos culturais relativos a países, regiões e até religiões podem estabelecer diferentes formas para estes ambientes, é perceptível a necessidade em ampliar e comparar, mesmo que em amostra, diferentes situações relacionadas com esta tipologia de edificação.

O caráter da pesquisa tornou-se, portanto, exploratório e descritivo, visando proporcionar um melhor entendimento e familiaridade com o fenômeno em estudo,

“especificando suas propriedades e características, de forma a identificar os fatores que determinam ou contribuem para sua ocorrência” (RIBEIRO, 2015).

Como ferramentas do processo de pesquisa foram utilizados levantamento bibliográfico e estudos de campo, contando de observação participante e da aplicação de formulários adaptados do sistema de avaliação “ASPECT” - *Staff and Patient Environment Calibration Toolkit* (NHS, 2008), ferramenta de suporte derivada do Sistema de Avaliação do Espaço Físico “AEDET” - *Achieving Excellence Design Evaluation Toolkit* (GUELLI, 2006). O ASPECT foi desenvolvido para ser mais especificamente utilizado em avaliações relativas à ambiência de espaços hospitalares.

4.1 Delineamento da pesquisa qualitativa

Na pesquisa de campo realizada pela autora para embasar a pesquisa qualitativa, em conjunto com a avaliação dos dados quantitativos, foi utilizada a técnica de observação participante. Segundo Minayo (2001) esta técnica se dá por meio do “contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos”. A Observação Participante possibilita obter uma perspectiva holística e natural das matérias a serem estudadas, possibilitando ao observador identificar problemas, entender conceitos e analisar relações (MONICO et al, 2017).

A observação participante supõe a interação pesquisador/pesquisado, de forma a gerar informações e respostas aos seus questionamentos, mas sempre considerando-se que estas respostas e informações são influenciadas pelo seu próprio comportamento e as relações desenvolvidas com o grupo estudado. Importa, portanto, que o pesquisador saiba fazer uso dos sentidos, observar, ouvir, aprender a hora certa de perguntar ou não, além de coletar os dados que surjam sem que necessite fazer qualquer esforço, através da simples observação (WHYTE, 2005).

O pesquisador/observador inserido no contexto do objeto observado passa a ter uma relação direta com este objeto, podendo modificar e ser modificado pelo contexto desta relação. Através da observação participante, é possível apreender situações ou fenômenos que não podem ser obtidos meramente pela aplicação de questionários ou ferramentas de avaliação quantitativa. É possível observar tais fenômenos “diretamente na própria realidade”. No âmbito desta pesquisa, não houve participação plena da pesquisadora, com envolvimento total nas atividades do grupo estudado, em função da tipologia de atividades realizadas, de caráter médico e assistencial de saúde. A prioridade foi dada somente à observação de eventos do dia a dia em ambas as unidades de saúde participantes como estudo de caso, anotações nos diários de observação, apreensão das rotinas e costumes de ambos os Centros de Parto Normal, conversas informais com os diversos usuários, tanto no processo de aplicação da ferramenta de análise quanto fora deste processo. Os dados e experiências oriundos da observação foram utilizados para ilustrar ou embasar as avaliações obtidas na aplicação da ferramenta ASPECT, utilizada para a pesquisa quantitativa.

4.1.1 Universo da pesquisa

Dentre os aspectos ligados aos estudos fenomenológicos, encontram-se a busca da descrição de experiências vividas pelos indivíduos, com a maior fidelidade possível, bem como a compreensão dos meios e formas que permitem a aquisição de experiência, a interpretação do mundo e a atuação dentro dele pelos seres humanos (GUALDA; MERIGY E OLIVEIRA, 1995). A presente pesquisa teve então, como ambiente de investigação uma Casa de Parto e um Hospital maternidade com centro de Parto Normal (CPN), ambientes descritos pela literatura especializada e pela normatização relativa a iniciativas de humanização do parto, como ambiente ideal para o nascimento, resgatando características deste evento como “natural” e/ou “normal”.

4.1.2 Amostra utilizada

Segundo Minayo (2010), a justificativa em pesquisa que produz maior impacto é aquela que articula a relevância intelectual e prática do problema investigado à experiência do investigador, ou seja, todos os sujeitos considerados para serem investigados em uma pesquisa devem deter conhecimentos, informações ou experiências sobre relativas ao objeto do estudo determinado pelo pesquisador, proporcionando a possibilidade de melhor investigação por parte deste, dos aspectos onde estas experiências e informações proporcionem resultados semelhantes ou diferentes (RIBEIRO, 2015).

No Brasil, o principal regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal é a Resolução da Diretoria Colegiada da Vigilância Sanitária nº 36/2008. Esta RDC estabelece em como usuário dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, “tanto a mulher e o recém-nascido, como seu acompanhante, seus familiares, visitantes (usuários externos), o trabalhador da instituição e o gestor do sistema (usuários internos)”.

O estudo busca a análise da ambiência destes locais, partindo da percepção de alguns destes usuários, mais especificamente a mulher, seu acompanhante – familiar ou não – e os trabalhadores da instituição escolhida. A escolha destes usuários é permeada pela intenção de verificar os aspectos ligados a ambiência que possam interferir na percepção do espaço daqueles que tenham com este mesmo espaço maior contato e permanência, bem como sejam por eles influenciados. Conforme discrimina Godoy (2005) a pesquisa qualitativa deve ser empregada quando a busca é justamente verificar, descobrir e entender os significados dados a um fenômeno por aqueles que dele participam e que o percebem.

4.1.3 Critérios de Inclusão

- Mulheres grávidas a partir do último trimestre de gravidez, que darão à luz os seus filhos nas unidades de saúde escolhidas para estudo entre setembro e novembro de 2018. Este critério determina a possibilidade do contato da pesquisadora com estas mulheres nos períodos anteriores e posteriores ao nascimento.
- Acompanhantes das mulheres determinadas no item anterior, sem restrição de gênero, parentesco ou idade;
- Profissionais de enfermagem das duas unidades de saúde que atuem no centro de parto normal.

4.1.4 Critérios de exclusão/riscos e benefícios

Quanto aos critérios de exclusão, não foram consideradas na pesquisa as repostas fornecidas por mulheres da amostra que, por alguma intercorrência ou fato inesperado, não deram à luz os seus filhos nas unidades pesquisadas, mesmo que tenham concordado antecipadamente em participar da pesquisa.

Não foram detectados riscos para os participantes da pesquisa.

No que se refere aos benefícios esperados com a realização da pesquisa, foram contabilizados:

- A aplicação e avaliação da metodologia utilizada;
- A ampliação da base que serve como referência para a qualificação de projetos para os centros de parto normal, através da avaliação dos aspectos ligados à percepção da ambiência;
- A possibilidade de melhoria nas especificações da arquitetura para os centros de parto normal, qualificando os ambientes neles existentes, destinados ao parto/nascimento e todos os seus participantes, desde a mulher e seu acompanhante, até aos profissionais de saúde. A qualificação dos ambientes, através da consideração dos aspectos subjetivos que influenciam na percepção da ambiência é fundamental para auxiliar em uma experiência positiva em relação ao parto.

4.2 Delineamento da pesquisa quantitativa - Instrumentos e operacionalização da coleta de dados

A pesquisa quantitativa foi efetuada com a utilização de uma ferramenta para coleta, pontuação e classificação dos dados apontados pelos participantes. A coleta de dados junto aos usuários foi realizada através da pontuação dada a diversos itens, relativos aos espaços em avaliação, feita por pacientes, acompanhantes e funcionários de ambas as unidades de saúde. Os formulários de pontuação foram baseados e adaptados do sistema inglês ASPECT (*A Staff and Patient Environment Calibration Toolkit*), originário de outro sistema, o AEDET (*Achieving Excellent Design Evaluation Toolkit*).

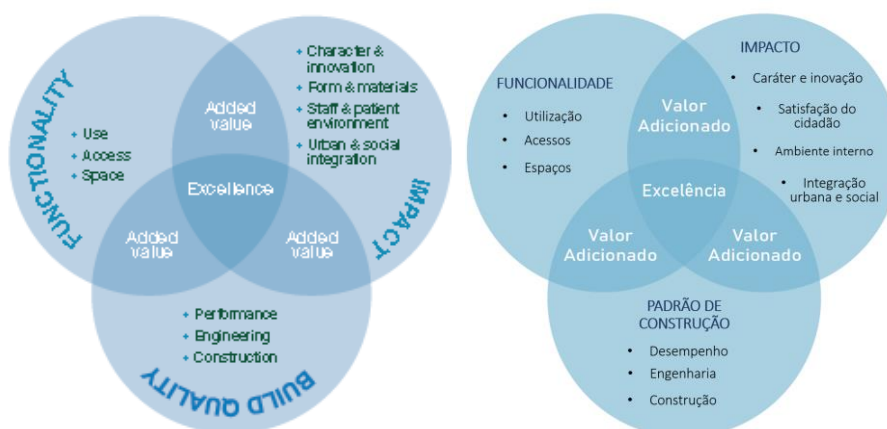
O sistema AEDET foi desenvolvido na Inglaterra no ano de 2002, para o Ministério da Saúde da Inglaterra, objetivando aplicação nos projetos e avaliações de edificações de atenção à saúde naquele país. O sistema surgiu com a proposta de avaliar e verificar a qualidade do espaço mais especificamente quanto à função e técnica. É um instrumento de avaliação que considera a funcionalidade, a técnica e a percepção do espaço, utilizado para avaliações que envolvem processos de melhoria contínua e que necessitam de certificações. O AEDET foi traduzido e adaptado em sua versão brasileira, através da dissertação de mestrado do arquiteto Augusto Guelli, especialista em arquitetura para ambientes de saúde, e aplicado como exemplo na avaliação do Hospital Geral de Pirajussara, efetuada como recorte para a mesma dissertação (GUELLI, 2006).

O sistema de avaliação AEDET inclui um conjunto de critérios de avaliação do projeto, tais como a qualidade do espaço quanto à percepção (impacto), a função e a técnica, durante as várias fases do processo de projeto e construção de edifícios de saúde, partindo do princípio que a excelência é atingida na intersecção destes aspectos, conforme representação da Figura 40.

O instrumento da avaliação do projeto compreende:

- As Instruções;
- Os formulários/questionários;
- O sistema de pontuação em Excel;
- Um exemplo de aplicação do sistema de pontuação do questionário.

Figura 40 - Diagrama que apresenta os aspectos avaliados pelo “AEDET”



Fonte: “AEDET (Achieving Excellent Design Evaluation Toolkit)” – 2002; Guelli, 2006)

Os formulários são compostos por uma série de afirmativas simples a serem pontuadas por um grupo multidisciplinar de profissionais envolvidos no processo de atenção e construção. Os formulários são divididos em três categorias principais: funcionalidade, percepção (impacto) e técnica. Estas três categorias subdividem-se num total de dez aspectos, aos quais são feitas várias questões e estabelecidas notas de forma objetiva ou subjetiva. Nas três categorias e nos seus respectivos aspectos, são avaliados os atributos do espaço físico, considerados parte integrante na conquista da excelência. O formulário aprofunda cada um dos aspectos abrindo de três a doze itens para cada um deles para que o avaliador atribua uma pontuação entre 1 a 10, onde 1 equivale a muito ruim/discorda e 10 a excelente/concorda. Para auxiliar o processo de atribuição de pontuação, o formulário apresenta questões que devem ser consideradas na avaliação de cada item. A pontuação final de cada um dos aspectos é resultado da média aritmética das pontuações dos itens avaliados por todos avaliadores.

A avaliação de cada uma das questões a considerar, sobre cada um dos itens, de cada um dos dez aspectos, é introduzida numa planilha de cálculo do “software” Excel que processa automaticamente a média aritmética da pontuação de cada um dos aspectos e então apresenta o resultado num diagrama tipo radar, chamado Perfil de Avaliação, através do qual, podem-se ver de forma sintética quais são os pontos fortes e fracos do edifício avaliado. Diagnosticados os aspectos mais deficientes do edifício, identificados nos pontos de maior afastamento da circunferência de contorno, a ferramenta recomenda que devam ser desenvolvidos planos, programas e projetos para aperfeiçoar estes aspectos em busca da excelência na atenção à saúde.

4.3 ASPECT - A Staff and Patient Environment Calibration Toolkit

O ASPECT (A Staff and Patient Environment Calibration Toolkit) surge no ano de 2008, como um complemento do AEDET, direcionado a avaliar os aspectos relativos à ambiência dos espaços destinados ao tratamento da saúde. Aborda a forma como o ambiente de saúde pode afetar os níveis de satisfação demonstrada pela equipe, pelos pacientes e seus acompanhantes, além de considerar os resultados de saúde dos pacientes e o desempenho de funcionários, baseando-se na avaliação de algumas vertentes principais para obtenção de resultados: a noção de privacidade e dignidade, a visão do acompanhante, o acesso à visão/contemplação do exterior dos ambientes (vistas externas), a avaliação dos aspectos relativos ao acesso à natureza no interior e exterior da edificação, o conforto encontrado e o controle passível de ser exercido nos ambientes, a legibilidade/entendimento do lugar, a aparência interior, as instalações existentes e os aspectos relativos ao conforto dos funcionários.

Compreende também uma série de afirmativas chave, apoiadas por listas de questões relacionadas, que precisam ser consideradas para o melhor entendimento das questões. As afirmativas, tal qual no *Aedet*, são pontuadas através de uma contagem numérica (entre 1 e 6) em uma planilha do Excel previamente formatada. A planilha calcula então, automaticamente, a média das respostas para cada uma das seções e introduz os resultados em uma tabela, que gera um gráfico do tipo radar, criando o Perfil da Avaliação.

Os formulários do *Aspect*, conforme recomendação de seus criadores, podem ser aplicados tanto individualmente quanto em grupos constando de oito a dezesseis pessoas. Quando aplicado em grupos, a avaliação aceita para cada afirmativa do questionário é aquela que obtiver o consenso ou o maior número de votos dos participantes. Para que haja um melhor entendimento das questões apresentadas, seja individualmente ou em grupo, a condução da aplicação da ferramenta é feita sempre com a presença de um “facilitador” com capacidade para esclarecer cada ponto discutido nos questionários sobre os aspectos do ambiente considerados. Para esta pesquisa, o “facilitador” foi a pesquisadora, embora em quase toda a sua totalidade, os formulários tenham sido aplicados individualmente ou em dupla, no caso de pacientes e acompanhantes. Foram fornecidas explicações detalhadas sob todos os aspectos considerados na elaboração das afirmativas constantes dos formulários, não ficando por conta do “facilitador” determinar quais seriam estes aspectos por sua conta e vontade próprias. As afirmativas foram formuladas sobre premissas já comprovadas em estudos e pesquisas como pertinentes para os questionamentos elaborados para utilização nos formulários.

4.3.2 Tradução, adaptação e aplicação da ferramenta ASPECT.

Os formulários utilizados do ASPECT, disponíveis no site do Serviço nacional de saúde do reino Unido (NHS, 2008), foram traduzidos pela pesquisadora para verificação e aplicação. Os eixos principais de cada seção (formulário) tratam de um assunto relativo à ambiência das áreas em estudo, solicitando aos usuários que respondam sobre seu nível de concordância com cada afirmativa apresentada. Um exemplo básico para entendimento: No formulário que trata de vistas externas, uma afirmativa é de que existem janelas em número e dimensões suficientes para que o meio externo possa ser visualizado com facilidade. Os participantes podem pontuar de 6 até zero, em ordem

decrecente, que significa desde concordância total com a afirmativa até não saber responder/pontuar tal item.

Após a tradução, foi possível perceber que algumas das afirmativas necessitariam de adaptação, uma vez que se referiam a itens relacionados, como exemplo, à percepção do conforto térmico, dentre outros, que pode variar imensamente em países com clima tão diferenciado quanto Brasil e Inglaterra. Todas as afirmativas do ASPECT são baseadas em estudos posteriores sobre os itens apresentados e sua aplicação/percepção em ambientes de saúde. Para a adaptação utilizada neste estudo, as afirmativas também foram baseadas em estudos posteriores, realizados no Brasil, sobre os itens abordados, também em ambientes de saúde, como pode ser visto no item 3.3.5.

Em seguida à tradução e adaptação do instrumento, bem como à aprovação de sua utilização pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UFRJ e da SMS-RJ, foi iniciada a sua aplicação de teste no Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda. As primeiras abordagens logo demonstraram a necessidade de outras adaptações importantes, a primeira relacionada a simplificar o máximo possível o texto das afirmativas, a fim de facilitar o entendimento dos participantes, a segunda relacionada a simplificar os termos das camadas de pontuação, também de entendimento complexo. Outra modificação necessária, não relacionada diretamente ao ASPECT, mas sim à solicitação de algumas informações voltadas a caracterizar a amostra de respondentes em ambos os CPNs em estudo, uma vez que atendem a regiões, população e tipologia de serviços assistenciais com configurações bastante diversas.

Em função da situação assistencial singular, relativa ao atendimento ao parto e nascimento, bem como às informações que se desejava obter dos participantes, que obrigavam o necessário convívio destes com as áreas em estudo, principalmente durante e depois do evento, a aplicação dos formulários do ASPECT foi realizada no período posterior ao nascimento, o puerpério, em geral no primeiro ou segundo dia de internação. Especificamente na Casa de parto, alguns participantes responderam em períodos posteriores mais distantes, em visitas para observação/avaliação das mães e bebês nas primeiras semanas pós-parto ou em visitas realizadas em reuniões de grupos realizados na Casa de Parto, destinadas à discussão de temas relativos à incorporação dos bebês na vida da família e adaptação da mulher à maternidade e da família a este novo membro.

Os formulários foram repassados juntamente com cada participante, em sua forma resumida, sem a explicação item a item que consta das planilhas em Excel da ferramenta original, a fim de não confundir os participantes com o excesso de informações. Os itens do formulário foram explicados um a um pela pesquisadora, de forma facilitar o entendimento e dirimir quaisquer dúvidas apresentadas pelos colaboradores. Foram utilizados os mesmos formulários em ambas as unidades de saúde, a fim de que pudessem ser avaliados os resultados obtidos sobre os mesmos pontos, independente das características de cada um dos locais de investigação. Essa decisão trata justamente de observar a forma com que cada um dos itens é percebido por diferentes personagens, em diferentes edificações e situações de atendimento, mas com o objetivo comum de acompanharem o parto e nascimento.

Ficou clara a dificuldade de aplicação desta ferramenta específica no ambiente assistencial em estudo, principalmente em função da quantidade de formulários e afirmativas a serem pontuados, tornando-a extremamente longa e cansativa,

principalmente para mulheres com partos recentes, desconfortos inerentes ao pós-parto, locais com pouca privacidade, bebês chorando e necessitando de atenção, procedimentos assistenciais realizados durante as entrevistas, dentre outros. Foram necessários aproximadamente três meses e inúmeras visitas que duravam dias inteiros, a ambos os CPNs, para coleta das informações utilizadas na amostra apresentada.

4.3.3 Sistema de pontuação

O Aspect tem oito seções principais, que pretendem resumir quão bem um edifício de saúde está em conformidade com as melhores práticas. As seções têm várias afirmativas que, tomadas em conjunto, constroem uma pontuação para cada seção. As camadas de pontuação e orientação já vêm disponibilizadas e formatadas em uma planilha do Microsoft Excel.

Para cada um dos formulários, deve ser feita a tentativa de responder a todas as afirmações apresentadas, no entanto, não são os resultados individuais de cada resposta/declaração que importam, mas sim a pontuação de cada seção geral. As pontuações/declarações servem principalmente para dividir cada seção de forma gerenciável, em conjuntos limitados de questões que são mais fáceis de considerar que, simplesmente, tentar chegar diretamente a uma pontuação para a seção geral. Trabalha-se a camada de pontuação em uma escala de pontuação de até seis pontos máximos, de acordo com a percepção positiva ou negativa do participante sobre cada item.

A camada de orientação, que pode permanecer oculta ou aberta na aplicação dos formulários, fornece uma explicação mais detalhada das declarações, a fim de ajudar no entendimento sobre os critérios utilizados. A camada de orientação também ajuda a interpretar as declarações em relação a tipos de construção específicos como, por exemplo, destinados cuidados primários ou saúde mental. A camada de evidência resume as evidências de pesquisa que suporta cada seção e suas afirmativas e, quando possível aponta para as principais fontes publicadas. Como no Aspect, as evidências foram direcionadas a basear aspectos sobre a percepção baseados nos cidadãos ingleses, buscou-se estudos em fontes publicadas no Brasil, a fim de confirmar a correspondência de cada evidência apropriada, conforme demonstrado no item 3.4.5.

Depois de marcada cada afirmação em uma seção, a ferramenta calcula uma pontuação média para a toda a seção, levando em conta qualquer ponderação que possa ter sido utilizada.

Na camada de pontuação, cada declaração pode receber uma ponderação de Alta (2), Normal (1) ou Zero (0). Isso visa determinar o efeito da afirmação ao chegar a uma pontuação geral para essa seção. Por padrão, as declarações têm ponderação normal (1), alternativamente, em alguns casos, uma declaração pode ter uma importância maior do que a habitual e pode ser dada uma ponderação de 2 para duplicar o seu efeito em chegar ao resultado para a seção. O pesquisador/aplicador pode decidir por si mesmo quando usar essas ponderações, para refletir o modelo de atenção para o edifício em análise, porém a camada de orientação também dá algumas dicas sobre circunstâncias ou tipologia de construção em que se deve considerar o uso de ponderação dupla.

As respostas dos colaboradores devem seguir uma escala de pontuação pré-definida. Ao utilizar-se a escala de pontuação de 6 pontos, a melhor pontuação é 6 e a pontuação mais baixa é 1. A classificação deve ser feita da seguinte forma:

- Concordo sem restrições (6)
- Concordo na maior parte (5)
- Concordo um pouco (4)
- Discordo um pouco (3)
- Discordo na maior parte (2)
- Discordo completamente (1)

Caso os participantes sintam-se com dificuldades e encontrem algumas declarações que sejam difíceis de responder devido à falta de conhecimento ou falta de informação disponível, pode ser utilizada a opção de pontuação "**incapaz de marcar**".

Um campo de notas é utilizado para gravar dados adicionais e comentários sobre os valores de ponderação e pontuação para cada declaração. O campo da nota deve ser sempre completado quando uma pontuação de 'incapaz de pontuar' for dada.

As primeiras aplicações dos formulários, que serviram como modelo de teste, demonstraram a dificuldade dos participantes em diferenciar/classificar cada um dos itens conforme a graduação original da pontuação. A fim de facilitar a compreensão desta graduação e a pontuação por cada participante, foi apresentada uma tabela alternativa de classificação aos participantes, distribuída da seguinte forma:

- É exatamente assim (6)
- Tem muito disso (5)
- Tem um pouco disso (4)
- Tem potencial, mas... (3)
- Difícil de acontecer (2)
- De jeito nenhum (1)

A linguagem mais informal facilitou a visualização dos participantes em relação à correção da afirmativa quanto à presença do item mencionado no local analisado, possibilitando que estes pontuassem as questões conforme sua própria percepção do ambiente.

4.3.4 Classificação dos cabeçalhos gerais

A versão da planilha do Excel dos kits de ferramentas AEDET e ASPECT calculam as pontuações médias da seção automaticamente. Após concluir a pontuação na pesquisa, foi calculada a pontuação média de todas as declarações de cada seção. A maneira correta de fazer isso, apontada pelos desenvolvedores da ferramenta, é a seguinte:

- As declarações ponderadas com **zero** (0) são excluídas dos cálculos
- As declarações ponderadas como **normais** (1) têm sua pontuação adicionada em uma vez;
- As declarações ponderadas como **altas** (2) têm sua pontuação adicionada em duas vezes;

Em seguida, foi calculado o número de instruções usadas. Adicionado um (1) para cada declaração ponderada normalmente e dois (2) para cada declaração dupla ponderada. Não foi adicionado nenhum ponto para declarações ponderadas em zero (0). Por fim, foi dividida a pontuação total da seção por esse número de declarações para obter uma pontuação média.

4.3.5 Aplicação dos questionários

Seguindo o modelo descrito no item 4.3.3, foram aplicados em ambas as unidades de atenção à saúde, para cada participante nove formulários, contendo as camadas de pontuação descritas no item 4.3.6, apresentado em seguida. Os formulários dividiram-se em tipologias diversas de itens observados pelos mesmos, saber: privacidade, companhia e dignidade; acesso a vistas externas; acesso à natureza e ao ar livre; conforto e controle; legibilidade do lugar; aparência interna; instalações; condições de conforto dos funcionários e acessibilidade. As questões apresentadas foram pontuadas da seguinte forma: pacientes e acompanhantes pontuaram oito dos questionários, excetuando-se aquele que diz respeito especificamente a questões relativas aos funcionários. Em sua maior parte, os funcionários preferiram responder somente às questões que lhes diziam respeito diretamente, o que não influencia o resultado, pois as médias foram elaboradas com base no número de respondentes de cada questionário específico. Foi percebido pela pesquisadora que em sua maior parte, em ambas as unidades de saúde, os funcionários não tinham grande interesse em participar da pesquisa e manifestar-se sobre as condições físicas e os ambientes de trabalho, o que pode ser uma decorrência de, também em sua maior parte, tratarem-se de funcionários terceirizados – com raras exceções – em um momento específico de grandes dificuldades em relação a recebimento de salários e manutenção de empregos pelo qual passam estas categorias na cidade do Rio de Janeiro. Mesmo com o esclarecimento de que os participantes não seriam identificados e de que suas respostas seriam compiladas e computadas em conjunto com todas as demais, ainda assim ficou clara a insegurança em opinar para uma pesquisa sobre as condições encontradas em seus locais de trabalho, o que por si já é um interveniente significativo em sua percepção e apropriação sobre esses locais.

Serão apresentados em seguida os dados gerais das camadas de pontuação utilizadas para avaliação constantes dos formulários e, em seguida, os resultados encontrados para cada uma das unidades de saúde, separadamente, juntamente com a avaliação item a item levantada pela pesquisadora em função do perfil dos respondentes e de situações particulares que se apresentaram durante o trabalho de campo.

4.3.6 Camadas de pontuação utilizadas

Os modelos dos formulários de pontuação utilizados na pesquisa, bem como a explicação item a item de cada afirmativa encontram-se disponíveis no anexo 5 da pesquisa. Apresentamos em seguida as questões centrais que direcionam as afirmativas de cada formulário do Aspect utilizado na pesquisa de campo:

4.3.6.1 Formulário A: Privacidade, companhia e dignidade

A Seção A trata da forma como as pessoas, em uma edificação de saúde, são capazes de controlar sua privacidade e sua interação com os outros. Concentra-se na forma como as pessoas podem manter a sua dignidade, sob condições que

necessariamente podem não ser encontradas em seu cotidiano. A importância dos aspectos ligados à privacidade, possibilidade da mulher obter a companhia que lhe traga segurança e apoio e condições de dignidade atreladas a ambas as condições, foram discutidos no capítulo 1 (item 1.3.4), mencionados em estudos diversos e normativos (SOMMER, 1973; SAWADA Et al., 1998; GASPARINO E GUIRARDELO, 2006; AZEVEDO E ELY, 2009; ELALI, 2009; BRASIL, 2010; BRASIL, 2011; CAVALCANTE, SOARES E DALL'AGNOL, 2011; COELHO FORATORI Et al. 2012; PUPULIM E SAVADA, 2012; BRASIL, 2018) como atributos que interferem na ambiência percebida pelos usuários, sendo, portanto um dos aspectos do Aspect considerados como primordiais na avaliação dos ambientes de investigação.

4.3.6.2 Formulário B: Acesso a Vistas externas

A seção B trata da medida em que os funcionários e os pacientes podem enxergar o exterior e ao redor da edificação. Questiona o que pode ser visualizado pelos usuários e relaciona com sua atual atividade e condição. A possibilidade de perceber a passagem do dia através de aberturas que facilitem a visualização do exterior da edificação interfere no ciclo circadiano e, conseqüentemente nas condições de saúde dos pacientes. Interfere também na possibilidade de visualizar cenas cotidianas no ambiente externo, minimizam a sensação de isolamento. Em diversos setores dos ambientes de saúde, principalmente aqueles destinados à internação, tanto pacientes quanto profissionais podem passar muito tempo sem acesso aos ambientes externos e à iluminação natural. Muitos ambientes não possuem janelas, ou estas são instaladas em uma altura tal que não permitem aos usuários a visão do céu ou de qualquer paisagem exterior, o que impacta diretamente em sua qualidade de vida e saúde, bem como nas condições de conforto, sendo primordial a proximidade e o contato, ainda que somente visual, com os ambientes externos (VASCONCELOS, 2004; SAMPAIO e CHAGAS, 2010; BITENCOURT, 2013).

4.3.6.3 Formulário C: Natureza e ar livre

A seção C lida com a extensão em que os pacientes em particular, tenham contato com a natureza e o ar livre, paisagismo e áreas ajardinadas durante sua permanência na edificação de saúde. Questiona se os usuários em geral podem ver e acessar estas áreas tanto no entorno quanto no interior da edificação. Estudos sobre a importância do contato de pacientes e funcionários com elementos naturais, áreas ajardinadas, o céu, a luz do sol e com espaços coletivos externos, afirmam que este contato pode interferir sobre a percepção e podem ser muito proveitosas no auxílio à recuperação da saúde. (VASCONCELOS, 2004; SAMPAIO, 2005; DOBBERT, 2010; SOETHE e LEITE, 2015; BRASIL, 2010; SOUZA, 2018). Áreas ajardinadas trazem consigo diversidade de cores, texturas e formas, harmonizando a paisagem percebida pelos usuários, além de proporcionarem a possibilidade de melhoria climática, minimizar a poluição sonora, funcionar como elemento de proteção visual das áreas internas e servir como ferramenta de diminuição do stress, contribuindo para o bem-estar dos usuários.

4.3.6.4 Formulário D: Conforto e controle

A Seção “D” trata dos níveis de conforto da equipe e pacientes em edifícios de saúde, bem como em que medida esses níveis podem ser controlados por eles. Pesquisas mostram que não apenas condições confortáveis, mas a capacidade de controlar os níveis de conforto pode ser muito importante na redução do estresse. Permitir que os pacientes controlem seu ambiente é importante pessoalmente e pode também reduzir algumas demandas de pessoal, particularmente da enfermagem.

A sensação de confortabilidade relaciona-se diretamente com a atenção às diversas necessidades dos sujeitos em relação aos ambientes que os acomodam, sendo consequência direta de elementos mensuráveis, tais como som, temperatura e pelos aspectos relacionados ao tratamento plástico dado a estes ambientes, mas também é influenciada pelos aspectos intangíveis, relacionados às emoções geradas nos indivíduos pela convivência com os ambientes durante sua estadia. A sensação de conforto pode ser responsável pela sensação de bem estar físico, segurança e autonomia dos usuários, bem como incentivar as boas práticas relacionadas aos processos de trabalho executados nos ambientes (BRASIL, 2001; VASCONCELOS, 2004; CAVALCANTE, AZEVEDO E ELY, 2009; ELALI 2009; BRASIL, 2010; SOARES E DALL’AGNOL, 2011; RIBEIRO, 2015; SOETHE E LEITE, 2015).

No que se refere à sensação de controle, esta tem influência direta sobre a percepção da segurança, da redução dos níveis de ansiedade e do bem estar, dos usuários, tornando-se fundamental para pacientes hospitalizados e com a saúde fragilizada, uma vez que diversos estudos (ULRICH, 1991; SAWADA ET AL., 1998; GASPARINO E GUIRARDELO, 2006; NAKANO ET AL, 2007; COELHO FORATORI ET AL., 2012; DINIZ ET AL, 2014; VASCONCELOS, 2004; CAVALCANTE, AZEVEDO E ELY, 2009) apontam o fato de que a falta de sensação de controle sobre os ambientes onde estão inseridos, podem ocasionar aos indivíduos, sensações de ansiedade, depressão e desânimo, não somente no ambiente hospitalar, mas em quaisquer outros que apresentem tais características.

4.3.6.5 Formulário E: legibilidade do lugar.

A Seção “E” trata de como as edificações destinadas aos cuidados de saúde são compreensíveis para funcionários, pacientes e visitantes que os usam. Edifícios, departamentos, áreas, setores e salas devem ter identidades claras e ser diferenciadas, além de possuir uma hierarquia estrutural. As pessoas geralmente apreciam lugares que não são uniformes e homogêneos, além de possuírem variação de escala. Os layouts devem ser claros e compreensíveis para que a orientação seja fácil, mesmo apoiada pela sinalização e por mapas. A sinalização é outro fator fundamental para a legibilidade do lugar e a orientação dos usuários (MOLLERUP, 2009; DISCHINGER; BINS ELY; PIARDI, 2012; COSTA e SCARANO, 2014; FIALHO BRITO e OLIVEIRA JUNIOR, 2016), fornecendo um conjunto de informações visando propiciar aos indivíduos melhores formas de reagir diante de determinadas circunstâncias ou situações, abrangendo “a relação funcional entre o espaço e o comportamento dos indivíduos, com o objetivo de organizar os problemas de comunicação visual existentes no ambiente físico” (FIALHO BRITO e OLIVEIRA JUNIOR, 2016).

A orientação espacial, proveniente de uma correta sinalização e da utilização de elementos que facilitem a legibilidade dos diversos ambientes e setores em uma edificação, refere-se a características que auxiliam os usuários a “reconhecer a identidade e as funções dos espaços, para definir estratégias para seu deslocamento e uso” (DISCHINGER, BINS ELY e PIARDI, 2012), desenvolvendo seu mapa cognitivo a partir da configuração espacial, bem como das informações disponíveis no ambiente aliadas às condições características e condições de cada usuário (FIALHO, BRITO e OLIVEIRA JUNIOR, 2016).

4.3.6.6 Formulário F: Aparência Interna.

A Seção “F” trata da aparência interior dos edifícios de saúde e, em particular, de como que eles parecem para cada indivíduo que os frequentam. Este é provavelmente um dos itens mais subjetivos de todos os formulários, pois depende da percepção e interpretação de cada pessoa sobre a conformação dos espaços e dos elementos de sua composição. O espaço projetado, com a utilização de componentes que favoreçam a identificação, o conforto e a confiança dos usuários, contribui para o bem-estar e destes e para a melhoria da imagem percebida, tornando-se também parte da terapêutica e favorecendo a melhoria dos pacientes.

Conforme mencionam (ALVEZ; FIGUEIREDO E SÁNCHEZ, 2018), o ambiente é um “estimulador de ações e oferece condições para o comportamento do usuário e para sua percepção, que tende a dirigir-se para o equilíbrio das formas visualmente percebidas, a harmonia, e a clareza”. Segundo os autores, aos projetarem-se espaços passíveis de gerar sensações de identificação, acolhimento, conforto e bem-estar físico e psicológico e organização visual, maiores são as possibilidades de que estes ambientes sejam vistos de forma positiva e agradável pelos usuários, auxiliando na diminuição da ansiedade e no processo de cura. Sampaio (2005) cita a iluminação e a ventilação naturais, a garantia de privacidade ao paciente, cores e texturas diferenciadas em paredes, tetos e pisos, dentre outros, como alguns dos recursos que podem ser adotados em projetos para edificações de saúde a fim de qualificar os ambientes internos.

4.3.6.7 Formulário G: Instalações físicas e comodidades

A Seção "G" lida com um número de instalações físicas e comodidades fornecidas nas edificações de saúde, que podem ser importantes para os usuários destes edifícios, em particular para os pacientes e acompanhantes. Esta seção trata também das condições de segurança e conforto fornecidas aos usuários destas instalações físicas, incluindo itens como o fornecimento de barras de segurança e equipamentos para conforto de pacientes durante a utilização de banheiros, acesso a locais onde possam exercer atos relacionados à sua religião, assistir ou participar de atividades em grupo, receber e interagir com seus visitantes e familiares com conforto e privacidade.

4.3.6.8 Formulário H: Funcionários

A Seção "H" é parte do AEDET, e está voltada para a preocupação com os aspectos da edificação de saúde que se referem especificamente aos funcionários. Ao obter pontuação expressiva nesta seção, um edifício de saúde sinaliza propiciar boas condições para os funcionários obterem condições de resolver aspectos relativos às suas vidas pessoais, bem como exercer as suas funções profissionais. Sinaliza também

fornecer condições de conforto e preocupação com o bem-estar dos funcionários, condições que favorecem a identificação e a apropriação e funcionando como "ferramenta facilitadora do processo de trabalho" (BRASIL, 2010).

Além dos questionários acima listados, referentes ao Aspect, foi utilizado ainda outro questionário do original AEDET, referente à avaliação sobre questões relativas ao acesso às unidades de saúde.

4.3.6.9 Formulário I – Acessos

A seção "I" enfoca a maneira como os usuários do prédio podem ir e vir. Questiona se as pessoas podem entrar e sair do local de maneira fácil e eficiente, usando uma variedade de meios de transporte e se podem, logicamente, com facilidade e segurança, entrar e sair da edificação. As questões relativas à acessibilidade em edificações de saúde devem ser observadas e garantidas "do ponto de vista geográfico, econômico, cultural e funcional" (CIRINO ET AL, 2016), sendo necessário facilitar o acesso aos usuários em termos de localização, disponibilidade de transportes públicos em áreas próximas, prever a possibilidade de estacionamento, principalmente em unidades de saúde com atendimento emergencial, diferenciar acessos públicos e de serviço e planejar estratégias de sinalização e segurança de chegada e saída para todos os usuários.

4.4 Ambientes de investigação

Conforme explicitado na introdução, o recorte e objeto de estudo escolhidos para avaliação da ambiência nos espaços de nascer, foram os Centros de Parto Normal (CPN). A fim de ilustrar este recorte, foram utilizados como estudos de caso dois centros de parto na cidade do Rio de Janeiro, ambos com histórico de referência no atendimento ao parto natural.

O primeiro estudo de caso foi realizado na *Casa de Parto David Capistrano Filho*, único Centro de Parto Normal Peri hospitalar com esta configuração na cidade do Rio de Janeiro. O segundo estudo de caso foi realizado no *Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda*, onde foram aplicados os formulários de pontuação adaptados da ferramenta de pesquisa ASPECT, como ferramenta de análise quantitativa, a fim de obter o diagnóstico sobre a percepção da ambiência destes locais na amostra de público pré-determinada.

Ambas as unidades de saúde foram escolhidas como objeto dos estudos de caso em função de sua importância, não somente no histórico do desenvolvimento das ações destinadas à humanização do parto na Cidade do Rio de Janeiro, mas também pelo papel que desempenham até o momento no incentivo ao parto natural, à minimização da violência obstétrica e à qualificação dos profissionais de saúde que atuam nas áreas de gestação, pré-natal, parto e puerpério.

4.4.1 Estudo de caso 1 – Casa de Parto David Capistrano Filho

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.

Figura 41 – Fachada principal da Casa de parto David Capistrano Filho



Imagem cedida por Adriana Medeiros (2018)

Estas discussões crescem 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. Estes debates e movimentos incentivam diversas ações governamentais na busca da humanização do parto, tais como a inserção da enfermagem obstétrica nos partos, a qualificação desta categoria profissional, a limitação da quantidade de cesarianas realizadas através 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”, e não da enfermagem, para atuar na condução e auxílio às mulheres neste 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 episiotomia¹⁰ e de outras intervenções desnecessárias (PEREIRA ET AL., 2012). Neste contexto das ações e discussões sobre ações para a humanização do parto, são instituídos

¹⁰ **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)

também no país, através 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 esta 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 e nem 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 Capistrano¹¹, que em 1999 coordenava a regulamentação e implantação desta tipologia de unidade de saúde para o SUS.

Antes da Casa de Parto carioca, foram construídas ainda uma unidade em Belo Horizonte e outra em Juiz de Fora, no estado de Minas Gerais. Finalmente, em julho do ano 2000 é celebrado um convenio entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Municipal de saúde do Rio de Janeiro, para liberação de recursos visando à construção de três centros de parto normal no município (PEREIRA E MOURA, 2009) e pode ser dado andamento ao seu planejamento.

O primeiro – e único – dos três CPNs projetados para serem construídos no Rio de Janeiro é a Casa de Parto David Capistrano Filho, inaugurada em 08 de março de 2004, e que protagonizou ao longo de seu histórico de existência inúmeros conflitos resultantes das disputas entre os segmentos favoráveis e desfavoráveis a esta tipologia de assistência, chegando a envolver até ações no Ministério Público (PEREIRA ET AL., 2012).

Figura 42– Convite de inauguração da Casa de parto David Capistrano Filho



¹¹ 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 seu 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)

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro

No ano de 2002, durante a construção da Casa de Parto, os representantes dos segmentos médicos participavam de inúmeras reuniões com a secretaria Municipal de Saúde, sempre buscando a desistência do órgão para esta iniciativa. A manutenção de posição da SMS quanto à construção e abertura da Casa de Parto levou o CREMERJ (Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro) a instituir um processo no Ministério público, por meio de Inquérito Civil Público, denunciado a ilegalidade do serviço em função da ausência de médicos no atendimento. Outra vertente do discurso contra a Casa de Parto era a de que sua criação seria voltada a minimizar os custos da assistência materno infantil criando um serviço destinado à população com menos recursos e segmentando o atendimento entre áreas com maior ou menor poder aquisitivo na distribuição de recursos e de profissionais “qualificados” (PEREIRA E MOURA, 2009). A resposta a estes questionamentos veio por meio da união de enfermeiras obstétricas, mulheres que tiveram seus filhos assistidas por estas profissionais em outras maternidades e enfermeiras das casas de parto de São Paulo e Juiz de Fora, que se articularam com a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) para divulgar um abaixo assinado, via internet, lutando pela implantação do serviço (PEREIRA E MOURA, 2009).

O Ministério Público decide a favor do funcionamento da casa de Parto, o Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro impetra, então, um mandado de segurança obrigando a SMS/RJ a destinar médicos para o atendimento, além de instalar equipamentos hospitalares, completamente em desacordo com a filosofia de funcionamento da Casa de Parto. Finalmente, em agosto de 2004 a Justiça decide, novamente a favor da SMS/RJ, possibilitando que a Casa de Parto possa funcionar “sob os moldes definidos pelo Ministério da Saúde e pela Prefeitura Municipal” (PEREIRA E MOURA, 2009).

No ano de 2009 a Casa de Parto passa por mais um percalço, com a interdição efetuada pela Vigilância Sanitária Estadual, que alegou a falta de licenciamento neste órgão e falta de condições para o seu funcionamento. Novamente houve 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 seu parto, caso não haja intercorrências. Esta mobilização findou por vencer a resistência, resultando na autorização de funcionamento pela Superintendência de Vigilância sanitária, através da Portaria Estadual nº287, de 17 de novembro de 2009 (PEREIRA et al., 2012). A Casa de Parto David Capistrano Filho é finalmente inaugurada em 08/03/2004, pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, através das Resoluções SMS nº 971 25/03/2003 e SMS nº 1041 11/02/2004, no bairro de Realengo, Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro, fazendo parte da Área Programática de Saúde 5.1 (AP-5.1) do Município.

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 o 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 a todas que se encaixem fora do limite das restrições impostas para a segurança assistencial das próprias mulheres e seus bebês, a saber:

- A idade gestacional máxima para início de atendimento é de 28 semanas, tendo sido realizados exames específicos do pré-natal;
- As grávidas não podem ter passado por cesarianas em gravidezes anteriores;
- Não tenham passado por nenhuma cirurgia uterina;
- Não apresentem problemas de saúde tais, como hipertensão, diabetes, asma, bronquite ou outros que requeiram a utilização de medicação controlada;
- Desejem ter seus filhos por parto natural;
- Realizem o pré-natal na Casinha e participem das oficinas de orientação.

Foram realizados na casa de parto, até janeiro de 2019, mais de 3260 partos, sem nenhum registro de mortalidade materna e apenas dois casos de complicações com os bebês recém-nascidos.

4.4.1.1 Estrutura física instalada

A “Casa de Parto” ou “Casinha”, como é chamada por seus usuários, possui 374,50 m² (metros quadrados) de área construída, implantados 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 em seu entorno (AZEVEDO, 2008).

A configuração da estrutura física instalada para funcionamento da Casa de Parto conta com as seguintes áreas:

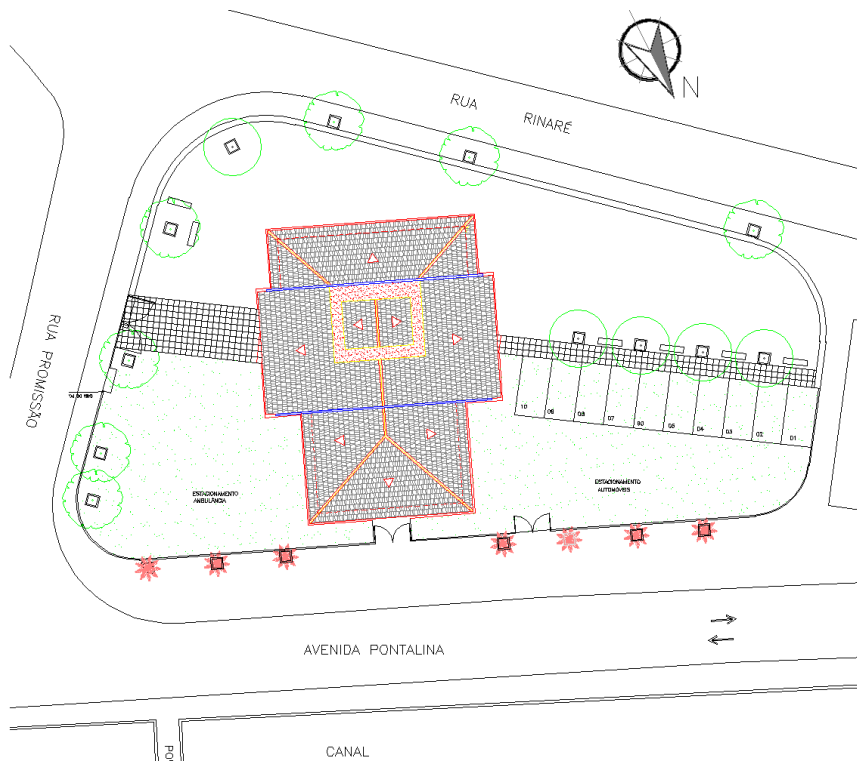
- Recepção/acolhimento/espera;
- Dois consultórios para exames, com abertura direta para a sala de recepção;
- Sala de grupos, onde são realizadas atividades comunitárias, reuniões e grupos de orientação, provida de banheiro próprio;
- Banheiro público na recepção;

- Área de admissão não enclausurada, onde são feitas medição de peso e pressão das gestantes;
- Posto de enfermagem;
- Sala de exames, que pode ser revertida também para sala de parto, única sala que possui cama PPP em modelo padrão, além de outros equipamentos médicos, tais como berço aquecido e incubadora;
- Área de prescrição para os técnicos e a enfermagem;
- Três quartos PPP com a configuração original;
- Quarto de repouso da equipe de plantão, com banheiro;
- Sala da administração;
- Expurgo e CME;
- Banheiro de funcionários, com abertura para o exterior;
- Área de estoque de roupa limpa e suja;
- Sala do boiler, depósito e copa/cozinha.

Estes ambientes funcionam em uma espécie de distribuição circular de fluxo, fazendo com que praticamente todos se comuniquem e que as ações aconteçam em torno do eixo central ocupado pela administração, que tem vista direta da recepção/entrada através de vãos abertos na parede frontal.

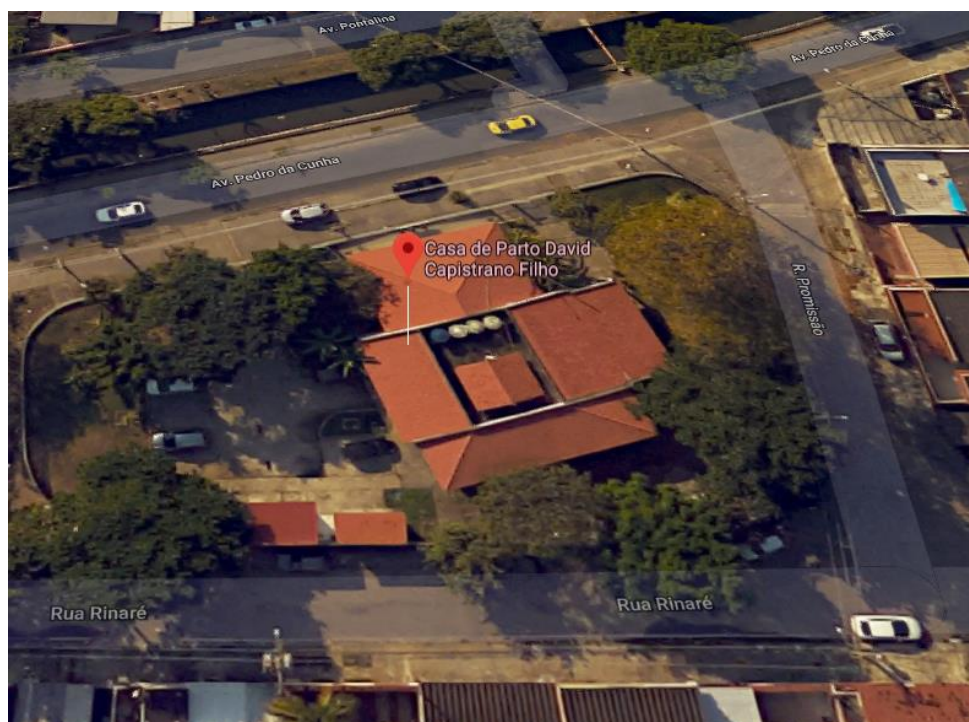
A distribuição física atual da Casa de parto (figura 45) possui poucas diferenças significativas em relação ao projeto da época de sua construção. No ano de 2009 foram realizadas alterações em sua configuração somente nas áreas de serviço, para adequar-se às determinações da Vigilância Sanitária relativas ao combate à possibilidade de infecções hospitalares, tais como a compartimentação para instalação de uma CME (Central de materiais esterilizados) e abrigos de resíduos externos, separados do corpo da edificação. A solução de central de esterilização adota, segundo Elza Costeira poderia ser a precursora da CME simplificada atual. Foi alterada a planta internamente para a inserção de uma farmácia (preparo de medicamentos) e a subdivisão da rouparia para roupas limpas e sujas. Além disso, a administração da casa foi mudada para o antigo solário, abrindo na área de recepção, espaço para mais um quarto de acolhimento e exames.

Figura 43– Implantação - Casa de Parto David Capistrano Filho.



Fonte: SMSDC/RJ

Figura 44– Implantação - Casa de Parto David Capistrano Filho.



Fonte: Google.com/maps (2018)

Figura 45 – Planta baixa - Casa de Parto David Capistrano Filho – configuração em 2018



Fonte: As-built da autora em 2018.

O projeto de reforma de 2009 (figuras 46 e 47) visava a ampliação de diversas áreas e criação de novos consultórios. Previa ainda outras mudanças, direcionadas a proporcionar conforto aos acompanhantes e aos funcionários, bem como dar às

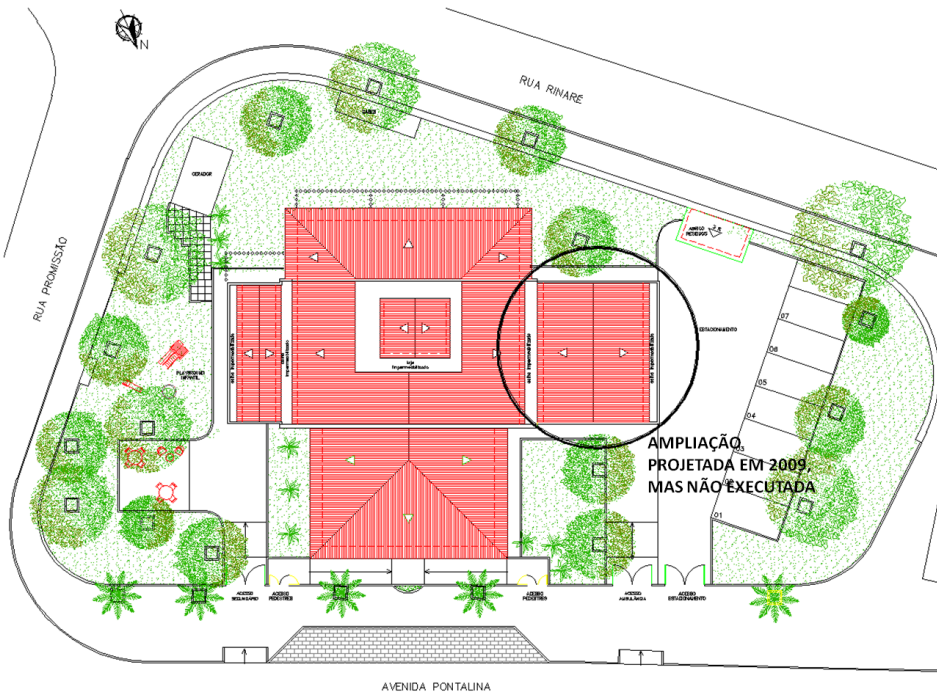
parturientes mais áreas de atendimento e opções para realização de seus partos. Dentre estas alterações estariam a remodelação de um quarto PPP, com a inserção de uma banheira própria para parto na água. Na área externa seria criada uma área coberta, mudando para o lado direito o estacionamento da ambulância que atende à Casinha, bem como de um depósito de resíduos, em atendimento ao que determina a RDC nº 306/04, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Excetuando-se as mudanças listadas no parágrafo anterior, nenhuma das outras foi executada.

Figura 46 - Ambientes da Casa de Parto - Equipamentos do serviço de esterilização, vista do abrigo de resíduos, sala de roupa limpa e vista interna do abrigo de resíduos.



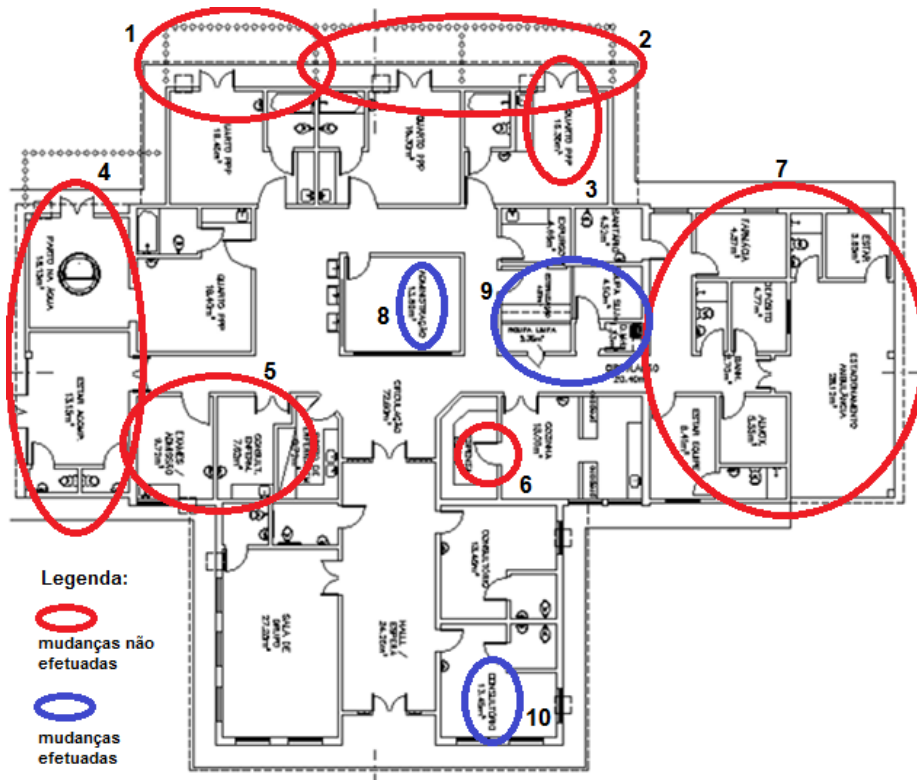
Fonte: SMSDC/RJ, 2009

Figura 47– Implantação - Casa de Parto David Capistrano Filho - Projeto para reforma – 2009



Fonte: SMSDC/RJ

Figura 48– Implantação - Casa de Parto David Capistrano Filho - Projeto para reforma – 2009



Fonte: SMSDC/RJ

Legenda das alterações/mudanças projetadas para o ano de 2009:

1. Abertura de portas nos quartos PPP para áreas externas de solário individuais;
2. Abertura de portas nos quartos PPP para áreas externas de solário individuais;
3. Transformação do quarto de plantão em mais um quarto PPP;
4. Instalação de quarto PPP com banheira para parto na água e sala para os acompanhantes;
5. Implantação de novos consultórios
6. Mudança da porta do depósito para o interior da copa, transformando-se em despensa;
7. Implantação de sala de estar dos funcionários, sala de estar da equipe de enfermagem, farmácia, depósito, almoxarifado, banheiro e estacionamento para a ambulância;
8. Separação das áreas de lavanderia em suja e limpa, construção de um DML e de uma CME simplificada;
9. Mudança da administração para o antigo solário;
10. Novo consultório no local da antiga administração.

4.4.2 Estudo de caso 2 – Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda

A construção do Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda – HMMABH – teve como objetivo principal receber, em conjunto com a Maternidade Fernando Magalhães (no bairro de São Cristóvão) parte dos serviços anteriormente realizados no antigo Hospital Maternidade Oswaldo Nazareth, mais conhecido como Hospital Maternidade Praça XV ou maternidade da Praça XV (figura 51).

Figura 49 – Fachada principal do Hospital Maternidade Maria Amélia B. de Hollanda



Fonte: a autora (2018)

Segundo o arquiteto Roberto Almendra, em entrevista à autora, a Maternidade Oswaldo Nazareth passava por sérios problemas relativos à estrutura e à segurança contra incêndio e pânico. Almendra relata que a localização da maternidade, em área do

Corredor Cultural no centro da Cidade do Rio de Janeiro, a propriedade do prédio, partilhada com outras instituições, bem como a construção do Mergulhão da Praça XV, em 1996¹², dificultavam o acesso aos usuários e as possibilidades de obras para qualificação da edificação. Mesmo tendo por objetivo substituir o atendimento de outra unidade de saúde que teoricamente não possuía mais condições de prestar os serviços a que se destinava, a construção do HMMABH se arrastou ao longo de dez anos, entre 2002 e 2012, entre paralisações, reinício e finalização da obra.

Figura 50 – Convite de comemoração do primeiro aniversário – HMMABH



Fonte HMSDC-RJ

A Maternidade da Praça XV acabou sendo fechada somente em 08/02/2013, no ano seguinte à inauguração do HMMABH, de forma abrupta e sem aviso prévio, com pacientes ainda chegando para serem atendidos na data do fechamento, e sob protestos do CREMERJ:

O fechamento do Hospital Maternidade Oswaldo Nazareth, a Maternidade da Praça XV, ao meio dia desta quinta-feira (07), pegou de surpresa especialistas e órgãos representativos da área de saúde. (...) Os motivos para o fim das atividades, entretanto, não foram esclarecidos. (MIDIAMAX, 2013)

Amparada, Jocélia Moreira Germano, de 39 anos, chegou à Maternidade Oswaldo Nazareth, na Praça 15, nesta quinta-feira (7) à tarde, sentindo as contrações do parto. Com nove meses de gestação, ela saiu de casa, na Penha, e pegou um ônibus até o Centro, onde planejava ganhar seu quarto filho. Mas, assim como Jocélia, pelo menos outras quatro mulheres que procuraram a unidade naquela tarde foram encaminhadas, ali mesmo da porta, para outras maternidades. A notícia de que a unidade estava sendo fechada pela prefeitura pegou todos de surpresa. (Jornal Extra Online, 2013)

¹² No final de 1996, foi inaugurado o Túnel Engenheiro Carlos Marques Pamplona, popularmente conhecido como Mergulhão da Praça XV, no subsolo da praça. Sua construção permitiu a circulação de pedestres na superfície. Entretanto, no dia 14 de fevereiro de 2014, foi definitivamente fechado ao tráfego.

Figura 51– A antiga Maternidade da praça XV



Fonte: Daniel Marengo / Agência O Globo

<https://oglobo.globo.com/rio/predios-subutilizados-sao-pedras-no-caminho-da-revitalizacao-do-centro-17994479> -

O projeto original da maternidade Maria Amélia é de autoria do arquiteto Nelson Barroso, funcionário, à época, da Assessoria de Obras da Secretaria Municipal de Saúde. Barroso teve necessidade de afastar-se completamente de suas atividades profissionais em decorrência de problemas de saúde, sendo substituído no processo de condução da obra e nos detalhamentos finais pelo Arquiteto Roberto Almendra, do mesmo órgão da prefeitura, em conjunto com o escritório de projetos Arquos, contratado para dar assessoria em detalhamentos e projetos executivos da SMS/RJ. Inicialmente, a Maternidade Maria Amélia receberia o mesmo nome daquela que vinha substituir: Maternidade Oswaldo Nazareth, sendo este o nome que consta dos documentos levantados na pesquisa, tais como nos projetos iniciais e nos documentos do processo de construção da obra e retomada da obra, sendo batizada posteriormente, à época da inauguração, com o nome de Maria Amélia Buarque de Hollanda, mãe do cantor e compositor Chico Buarque e de outros seis filhos, que faleceu em maio de 2010, aos 100 anos (PCRJ, 2012).

Figura 52– HMMABH - Vistas da construção - Rua Moncorvo Filho – agosto e novembro de 2011



Fonte: TCMRJ (2011)

Figura 53 – HMMABH - Fachada principal e Área da recepção finalizadas – julho de 2012



Fonte: TCMRJ (2012)

Figura 54– HMMABH - Cozinha e refeitório finalizados – julho de 2012



Fonte: TCMRJ (2012)

Figura 55 – HMMABH - Enfermaria 301 e seu respectivo banheiro anexo– julho de 2012



Fonte: TCMRJ (2012)

Atualmente, a maternidade Maria Amélia, além de realizar ser conhecida pela realização de partos humanizados, também presta assistência a mulheres vítimas de violência, realiza abortos autorizados por lei; promove campanhas de planejamento familiar/reprodutivo e métodos anticoncepcionais, presta atendimento psicológico e social a gestantes, puérperas e familiares. A maternidade também presta serviço de acompanhamento a famílias em situação de vulnerabilidade, em parceria com outra instituição, fornece suporte a mães com dificuldades na amamentação, tanto na internação quanto no período após a alta hospitalar e promove atividades educativas diversas para as grávidas e seus familiares, antes do parto e durante a internação. No que se refere diretamente às crianças nascidas no HMMA, este possui um núcleo de atenção ao recém-nascido de risco (NAIRR), que conta com profissionais de pediatria, fisioterapia, fonoaudiologia e nutrição para bebês de até um ano de idade, crianças internadas na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTI-NEO) ou, ainda, que apresentem problemas de desenvolvimento (SAUDEBUSINESS, 2018).

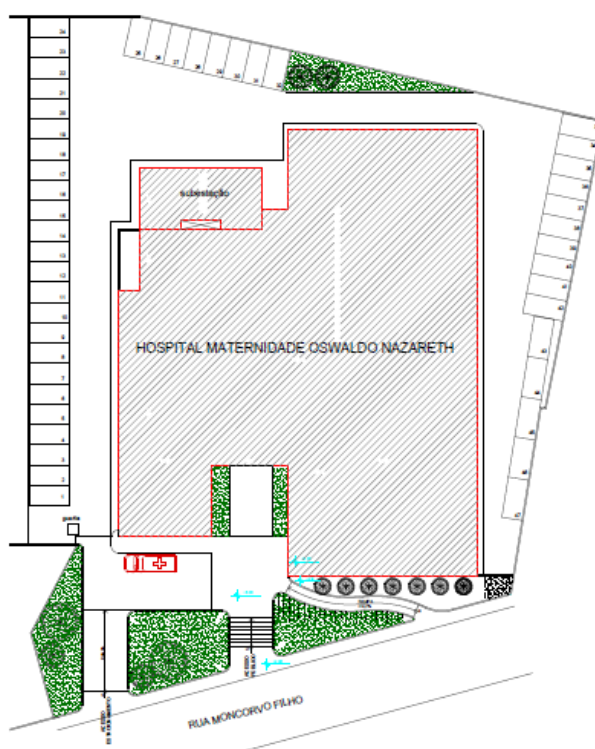
O Hospital Municipal Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda, daqui por diante mencionado somente como Hospital Maria Amélia ou HMMABH, localiza-se no bairro do Centro, na Cidade do Rio de Janeiro, fazendo parte da Área Programática de Saúde 1.0 (AP-1.0) do Município. É um hospital especializado em obstetrícia, atendendo principalmente a pacientes referenciadas pelas unidades básicas da AP 1.0 e pacientes que realizam o pré-natal na própria unidade, mas também à demanda espontânea emergencial, em regime de atendimento contínuo (plantão de 24 horas).

Inaugurada em maio de 2012 a Maternidade Maria Amélia veio a compor a rede municipal Cegonha Carioca, projeto alinhado ao programa federal Rede Cegonha. No HMMA, o parto natural é privilegiado, assim como as ações descritas nas boas práticas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008), a presença de doulas é incentivada e as salas de parto possuem equipamentos destinados a auxiliar no controle da dor e no exercício das mães a caminho do parto, tais como bola de pilates, cavalinho e chuveiro (MENDONÇA, 2014). A maternidade também incentiva e abre espaço para o exercício da enfermagem obstétrica nos partos normais, procedimento reconhecido pelo Ministério da Saúde desde o ano de 2005 (BRASIL, 2005) e pelo Conselho Federal de Enfermagem desde o ano de 2016 (COFEN, 2016).

4.4.2.1 Estrutura física instalada

A edificação possui capacidade para realizar quatrocentos partos por mês, em um prédio de 7.200 m² de área construída, distribuídos por quatro pavimentos que serão descritos adiante. A maternidade possui sessenta e oito leitos de enfermaria, dezesseis leitos de UI neonatal, treze leitos de UTI neonatal, duas salas de parto cirúrgico, uma sala de curetagem, seis salas de parto normal, onze consultórios para atendimento ambulatorial e três consultórios para admissão das mães que chegam o parto, além de sala de oito enfermarias canguru (PCRJ, 2012; CNES, 2018).

Figura 56– Maternidade Maria Amélia – Implantação - Projeto executivo original, ainda com o nome de Maternidade Oswaldo Nazareth (2003)



Fonte: ARQHOS Consultoria e Projetos

A Maternidade Maria Amélia não possui em sua estrutura, uma área de atendimento de emergência obstétrica, que seria apropriada a um hospital de seu porte e que atende, além das pacientes que lá realizam pré-natal, mulheres que vêm referenciadas das unidades básicas da Área Programática de Saúde 1.0 (CAP 1.0) e também à demanda espontânea de grávidas não referenciadas, mas que cheguem à maternidade em trabalho de parto ativo¹³. Todo o acesso de pacientes, acompanhantes e visitantes se dá pela entrada principal, localizada na Rua Moncorvo Filho. Na parte frontal do hospital localiza-se uma área de estacionamento de ambulância, para a qual o acesso de pacientes para entrada ou saída do hospital, também se dá pela mesma portaria principal. Na lateral

¹³ **Fase ativa do parto:** dilatação total do colo, cabeça do bebê visível, contrações de expulsão ou esforço materno ativo após a confirmação da dilatação completa do colo do útero, na ausência das contrações de expulsão. (BRASIL, 2017)

direita da edificação existe um acesso para veículos dos profissionais que possuem acesso às poucas vagas de estacionamento disponíveis, esta entrada também funciona para o acesso dos profissionais, que possuem um acesso separado daquele destinado aos pacientes e acompanhantes, localizado na parte posterior da edificação, junto à subestação de energia elétrica.

Figura 57– Implantação atual do HMMABH



Fonte: Google Earth (2018)

No levantamento as-built (como construído) efetuado pela pesquisadora em outubro de 2018, foram detectadas pouquíssimas mudanças significativas de layout ou de uso dos compartimentos nos quatro pavimentos do Hospital Maria Amélia.

No pavimento térreo da Maternidade Maria Amélia (figura 61) localizam-se principalmente as áreas de recepção geral, admissão, espera de visitantes, cartório, ambulatório, administração e serviços, auditório, cozinha, refeitório, depósitos, farmácia e subestação de energia elétrica.

A entrada principal dá acesso a uma recepção imediata (figura 58), onde são atendidos todos os usuários que não fazem parte do corpo de profissionais a prestarem serviços na maternidade. Saindo desta recepção, para o lado esquerdo, localiza-se a área de ambulatório (figura 60), com doze consultórios destinados a diversos tipos de exames pré-natais para as pacientes que o realizam na unidade. No final do ambulatório (acima/à direita – figura 59) localizam-se algumas áreas de chefias de serviço de manutenção, sala de grupos de sala de reuniões, bem como uma pequena área para observação de pacientes. Estas áreas foram modificadas em relação ao projeto originalmente construído.

Partindo da recepção principal para o lado direito, encontra-se um grande hall de circulação, que dá acesso direto aos elevadores e escadas e a uma grande área de espera

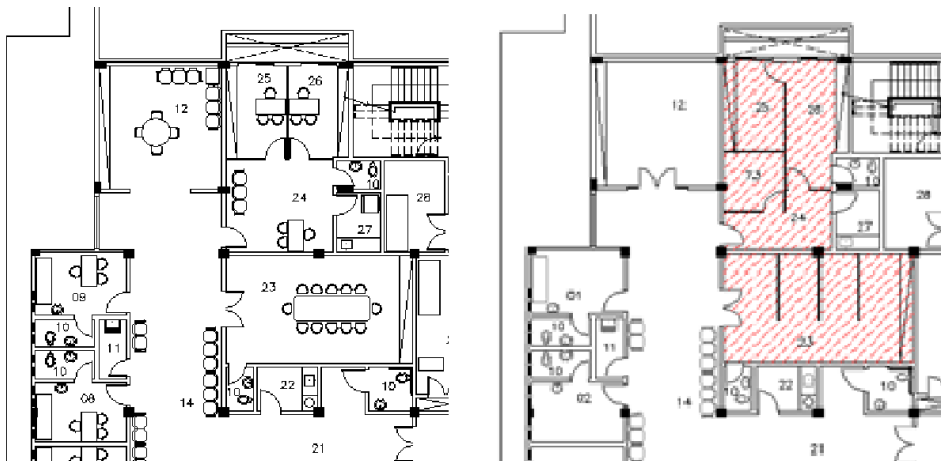
para visitantes ao hospital. Imediatamente atrás da área de recepção localiza-se o setor de admissão da maternidade, onde são avaliadas e internadas as gestantes em trabalho de parto. A descrição deste setor será pormenorizada adiante. Ao lado da espera de visitantes localiza-se a espera para a área de registro de pacientes, divididas por uma parede em arco que serve como elemento decorativo do hall.

Figura 58– Recepção e hall principal – HMMABH



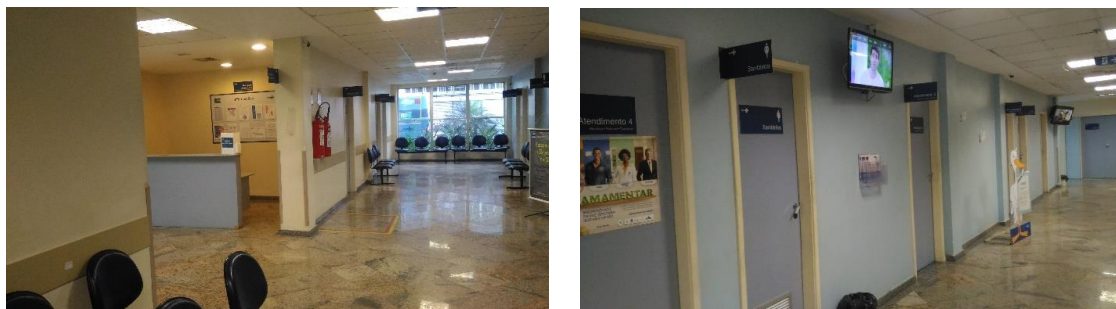
Fonte: Fotos da autora (2018)

Figura 59- Alteração de áreas no pavimento térreo – HMMABH



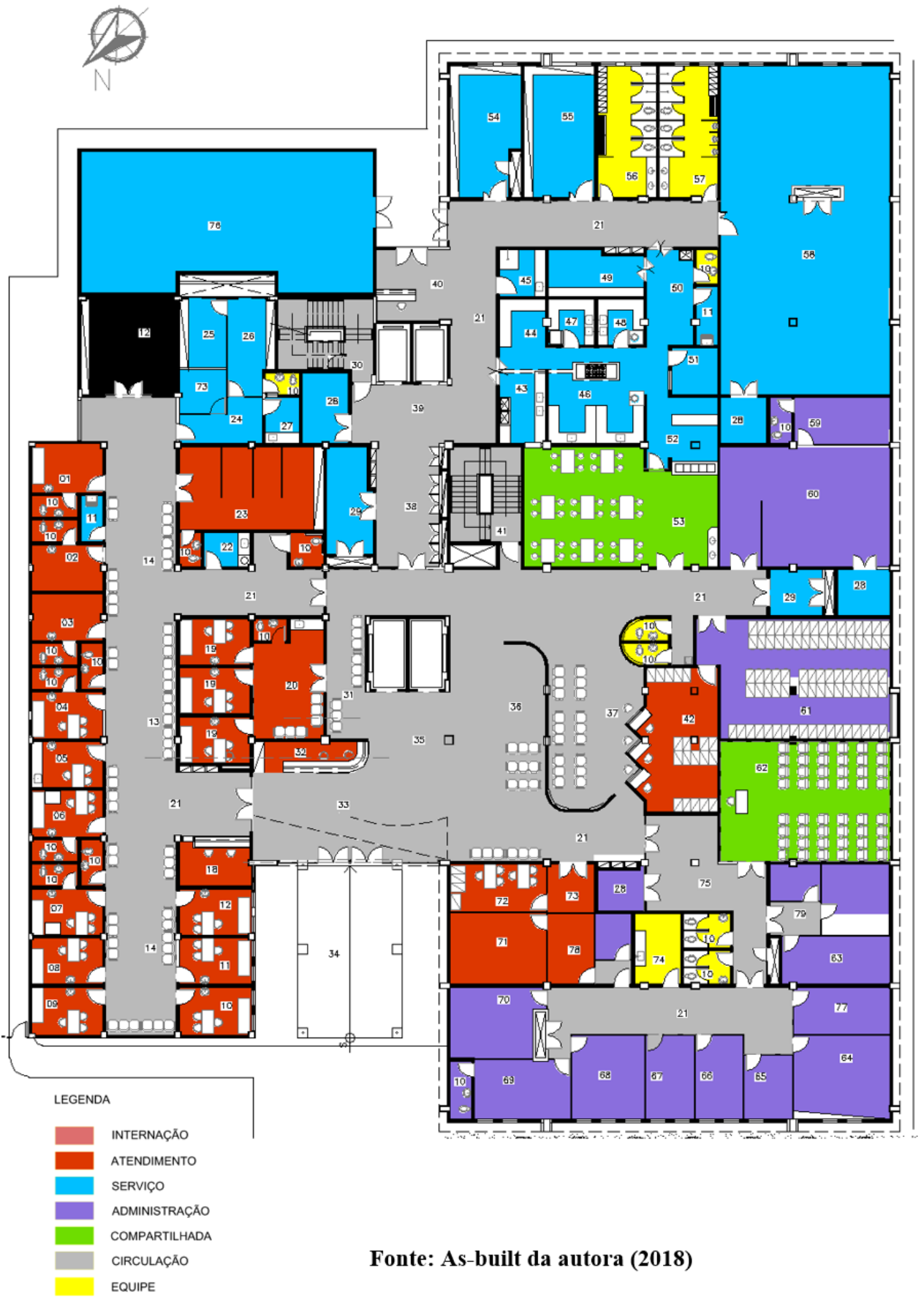
Fonte: a autora – as-built (2018)

Figura 60 – Corredor do ambulatório – HMMABH



Fonte: Fotos da autora (2018)

Figura 61 - Maternidade Maria Amélia– Pavimento Térreo



Fonte: As-built da autora (2018)

Legenda pavimento térreo:

1/2/3/4- consultórios; 5 – consultório pré-consulta; 6/7/8/9 - consultórios; 10 – sanitário; 11 – DML; 12 – follow-up; 13 – espera pré-consulta; 14 – espera para consulta; 15 – consultório fonoaudiologia; 16 – consultório serviço social; 17 – consultório – cardiocografia; 18 – recepção ambulatorio; 19 – higiene e limpeza; 20 – preparo para admissão; 21 – circulação; 22 – medicação; 23- repouso; 24 - hall; 25 – hotelaria; 26 – higiene e limpeza; 27 – copa; 28/29 – casa de máquinas de ar condicionado; 30 acesso às escadas; 31 – circulação da admissão; 32 – recepção principal; 33 – hall de entrada; 34 - entrada do hospital; 35 – hall dos elevadores; 36 – hall de espera; 37 - espera; 38 – acesso aos elevadores; 39 – hall dos elevadores; 40 – acesso ao estacionamento; 41 – hall das escadas; 42 - atendimento; 43 – lavagem de painéis; 44 – preparo de carrinhos; 45 – higienização de carrinhos; 46 – cozinha – preparo de refeições; 47 – preparo de carnes. 48 – preparo de pequenas refeições; 49 – despensa; 50 – recepção de alimentos; 51 – nutricionistas; 52 – distribuição de alimentos; 53 – refeitório; 54 – roupa suja; 55 – roupa limpa; 56 – vestiário feminino; 57 – vestiário masculino; 58 – almoxarifado; 59 – chefia da administração; 60 – administração; 61 – documentação médica; 62 – auditório; 63 – recursos humanos; 64 – coordenação médica; 65 – coord. centro de estudos; 66 – direção médica; 67 – direção administrativa; 68 – gerência de enfermagem; 69 – supervisão de enfermagem; 70 – sala de reuniões; 71 – cartório; 72 – registro; 73- hall; 74 – copa; 75 – hall de espera da direção; 76 – subestação; 77 – medicina do trabalho; 78 – epidemiologia; 79 – recursos humanos

Na parte inferior direita da planta, localiza-se a administração geral da maternidade, que conta com um auditório de diversas salas de chefias e fim de adaptar-se ao serviço atual. Por fim, na lateral direita superior da planta, localizam-se as áreas de refeitório, para funcionários e acompanhantes, cozinha que atendem a funcionários, acompanhantes e pacientes, almoxarifados, farmácia, documentação médica e vestiários para funcionários em geral. Nesta área, destinada ao serviço, localizam-se ainda outros dois elevadores e uma escada, destinados a separar os fluxos verticais de serviços dos fluxos de pacientes e visitantes, que se dão principalmente pelos elevadores principais. Cabe mencionar que o acesso a esta circulação vertical de serviço, no pavimento térreo é vedado ao público em geral através do fechamento de portas, com acesso liberado somente por pessoas autorizadas. Nos demais pavimentos, porém, o acesso não possui qualquer tipo de restrição, além de não possuir sinalização adequada, o que pode dificultar a orientação de qualquer usuário que acabe por tomar qualquer uma destas circulações, fazendo com que este fique preso no pavimento térreo – o que aconteceu com a pesquisadora – e necessite retornar pela escada ou elevadores a um pavimento superior, para retomar o caminho de saída, ou pedir auxílio a algum funcionário com crachá para abrir as portas. Além da desorientação, cabe lembrar que algumas áreas de serviço realmente necessitam de restrição de acesso, seja para minimizar riscos, seja para proteção de equipamentos, informações ou bens do hospital.

A orientação sobre as circulações verticais, saídas e rotas de fuga é também fundamental para a segurança de todos os usuários caso haja necessidade de fuga imediata por algum acidente ou incêndio, por exemplo. De todas as pessoas abordadas para responder aos questionários da pesquisa, ou mesmo em conversas informais, apenas duas souberam sinalizar o posicionamento das escadas – mesmo da escada principal, que pode ser utilizada pelo público em geral – sinalizando entradas e saídas somente pelos elevadores principais.

Também ligada a esta área de serviço, na parte posterior do hospital, existe uma entrada/saída secundária, destinada aos funcionários, localizada imediatamente ao lado da subestação de energia elétrica, que está situada na parte posterior da edificação, do lado esquerdo. Cabe-nos frisar que esta subestação, juntamente com o sistema de ar condicionado central e os reservatórios, são os únicos equipamentos de infraestrutura da maternidade independentes daqueles que são divididos com o Hospital Municipal Miguel Couto, e que dele ficam dependentes, tais como a central e as redes de gases medicinais, por exemplo. O acesso de insumos e serviços para o HMMABH também é através do terreno do hospital Miguel Couto, com entrada pela Rua Frei Caneca (figura 62).

Ainda no pavimento térreo da maternidade, localiza-se o cartório de registro civil interligado ao hospital, 3a. CRCPN - COMARCA DA CAPITAL, destinado ao registro de todos os bebês nascidos na Maternidade Maria Amélia, de forma gratuita, conforme estabelece a LEI 9534/1997.

Figura 62 – Acesso de serviço – HMMABH



Fonte: Google.com/ Maps (2018)

Figura 63 – Fachada de fundos, acesso de serviço e pátio compartilhado com o HMSA



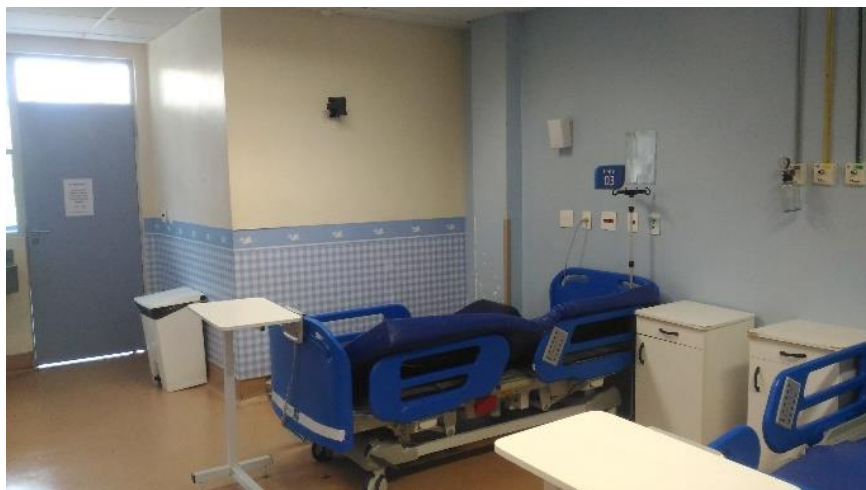
Fonte: Fotos da autora (2018)

O segundo pavimento do Hospital Maria Amélia concentra principalmente as áreas de internação de mulheres em período pré-parto, sala de grupos e o laboratório que atende aos pacientes do próprio hospital (figura 65).

Na lateral esquerda da edificação, neste pavimento, localizam-se o laboratório de análises clínicas, que realiza exames de microbiologia, urinálise, bacteriologia e hematologia. Localizam-se também os dormitórios destinados aos plantonistas que atuam no laboratório e nas enfermarias de internação para as pacientes em trabalho de parto.

As enfermarias, dimensionadas para receber até quatro pacientes cada, destinam-se principalmente à internação das mulheres que cheguem ao hospital em trabalho de parto, mas que este não tenha previsão de ocorrência imediata. Atende também a mulheres com algum risco gestacional, que necessitem de internação e observação profissional. Em casos excepcionais, caso haja disponibilidade no pavimento e falta de vagas no pavimento superior, estas enfermarias podem servir também para a internação de puérperas.

Figura 64– Enfermarias de internação – 2º pav. – HMMABH



Fonte: Fotos da autora (2018)

Figura 65 - Maternidade Maria Amélia– 2º pavimento



Legenda segundo pavimento:

1 – tecnologia da informação; 2 – DML; 3 – casa de máquinas; 4 – circulação; 5 – capela de fluxo laminar; 6 – antecâmara; 7 – depósito; 8/9 – administração laboratório; 10 – copa; 11 – casa de máquinas ar condicionado; 12 – sanitário; 13 - rouparia; 14 – posto de enfermagem; 15 – lavagem de bandejas; 16 – rouparia; 17 – copa; 18 – enfermaria; 19 – varanda; 20 – sala de exames; 21 – sala de curativos; 22 – expurgo; 23 – plantão; 24 – coordenação de acompanhantes; 25 – recepção; 26 - hall dos elevadores; 27 – sala de grupo; 28 – processamento; 29 – urinálise/coleta; 30 – estar/vestiário; 31 – lava olhos; 32 – utilidades; 33 – laudos; 34 – câmara escura; 35 – raios-X; 36 – recepção; 37 – estar; 38 - estar; 39 – dormitório; 40 – CPD; 41 – laboratório; 42 – sem uso.

O terceiro pavimento da Maternidade Maria Amélia (figura 66) é formado pelas enfermarias de internação das puérperas, além de um grande terraço aberto, concebido para tornar-se uma área de eventos do próprio hospital ou área de ampliação futura, embora não seja utilizado atualmente para qualquer propósito. As enfermarias do terceiro pavimento seguem a mesma configuração do segundo pavimento, com lotação máxima de quatro leitos, contando também com berços para os bebês e poltronas para os acompanhantes. Cada enfermaria possui banheiro próprio, para utilização das puérperas, bem como uma bancada com pia, que pode ser utilizada para a higiene dos bebês. As enfermarias serão descritas de forma pormenorizada adiante.

Da mesma forma que o segundo pavimento, o terceiro também conta com uma ampla varanda permeando o bloco de enfermarias, aberta para a lateral direita, a fachada principal e posterior e um trecho da pérgola e dos jardins existentes na entrada principal. A varanda é acessada tanto pelo interior das enfermarias, através de portas individuais, quanto pelos corredores centrais da unidade de internação. Nas laterais do corredor central de acesso à varanda existem dois banheiros, masculino e feminino, para utilização de acompanhantes e visitantes. Em casos de lotação excessiva nas enfermarias deste pavimento, as puérperas também podem ser alojadas, extraordinariamente, nas enfermarias do segundo pavimento.

Figura 66– Terraço descoberto e varanda lateral – 3º pav. – HMMABH



Fonte: Fotos da autora (2018)

A internação conta com dois postos de enfermagem, cada um atendendo a cinco enfermarias (vinte pacientes no máximo) e contando com áreas de apoio (copa, DML, expurgo) próprias. Um consultório de pediatria, para atendimento dos bebês e uma rouparia, também funcionam no andar. No hall de acesso dos elevadores principal podem ser vistas as instalações para uma lanchonete, que deveria atender aos acompanhantes e visitantes, mas que segundo informado nunca funcionou desde a inauguração do hospital.

Figura 67- Maternidade Maria Amélia– 3º pavimento



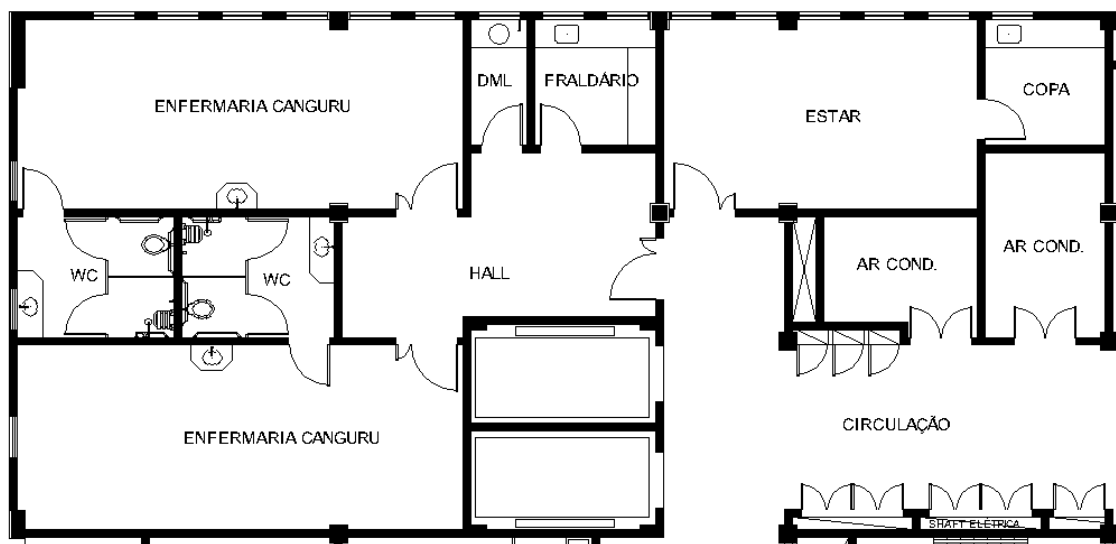
Legenda terceiro pavimento:

1 – terraço descoberto; 2 – hall dos elevadores; 3 – circulação; 4 – antecâmara; 5 – casa de máquinas ar condicionado; 6 – lanchonete; 7 – posto de enfermagem; 8 – banheiro; 9 – farmácia; 10 – dispensário; 11 – consultório obstetrícia; 12 – rouparia; 13 – copa; 14 – enfermaria; 15 – DML; 16 – depósito; 17 – expurgo; 18 – varanda coberta; 19 – consultório pediatria; 20 – rouparia

O quarto pavimento da maternidade (figura 69) abriga diversos setores, tais como a enfermaria canguru, em conjunto com as instalações para as mães que têm filhos internados nas UTIs Neonatais existentes neste mesmo pavimento, áreas de preparo de medicação, lactário, central de esterilização, áreas de repouso médico e de enfermagem, centro cirúrgico e o centro de parto normal.

A lateral esquerda da edificação, neste pavimento, recebeu a implantação de duas enfermarias Canguru (figura 68), destinadas às mães que acompanham seus recém-nascidos de baixo peso, internados nas UTIs neonatais do hospital. As enfermarias canguru contam com banheiro individual, fraldário e sala de estar externa a ambiente, com uma copa. Segundo o arquiteto Roberto Almendra, fiscal da obra para construção da maternidade, a sala de estar destina-se a dar oportunidade às mães internadas que, por um lado recebam suas visitas em uma área fora da enfermaria, por outro, poupa as mães que não tenham visitantes, de sentirem-se envergonhadas/solitárias em função da presença de visitantes e familiares de outras mulheres. A sala de estar serviria, na concepção do arquiteto, para dar privacidade às mães que permaneçam nos quartos durante os períodos de visitas.

Figura 68 - 4º pavimento HMMABH – enfermarias Canguru



Fonte: As-built da autora (2018)

Figura 69- Maternidade Maria Amélia– 4º pavimento HMMABH



Fonte: As-built da autora (2018)

Legenda quarto pavimento:

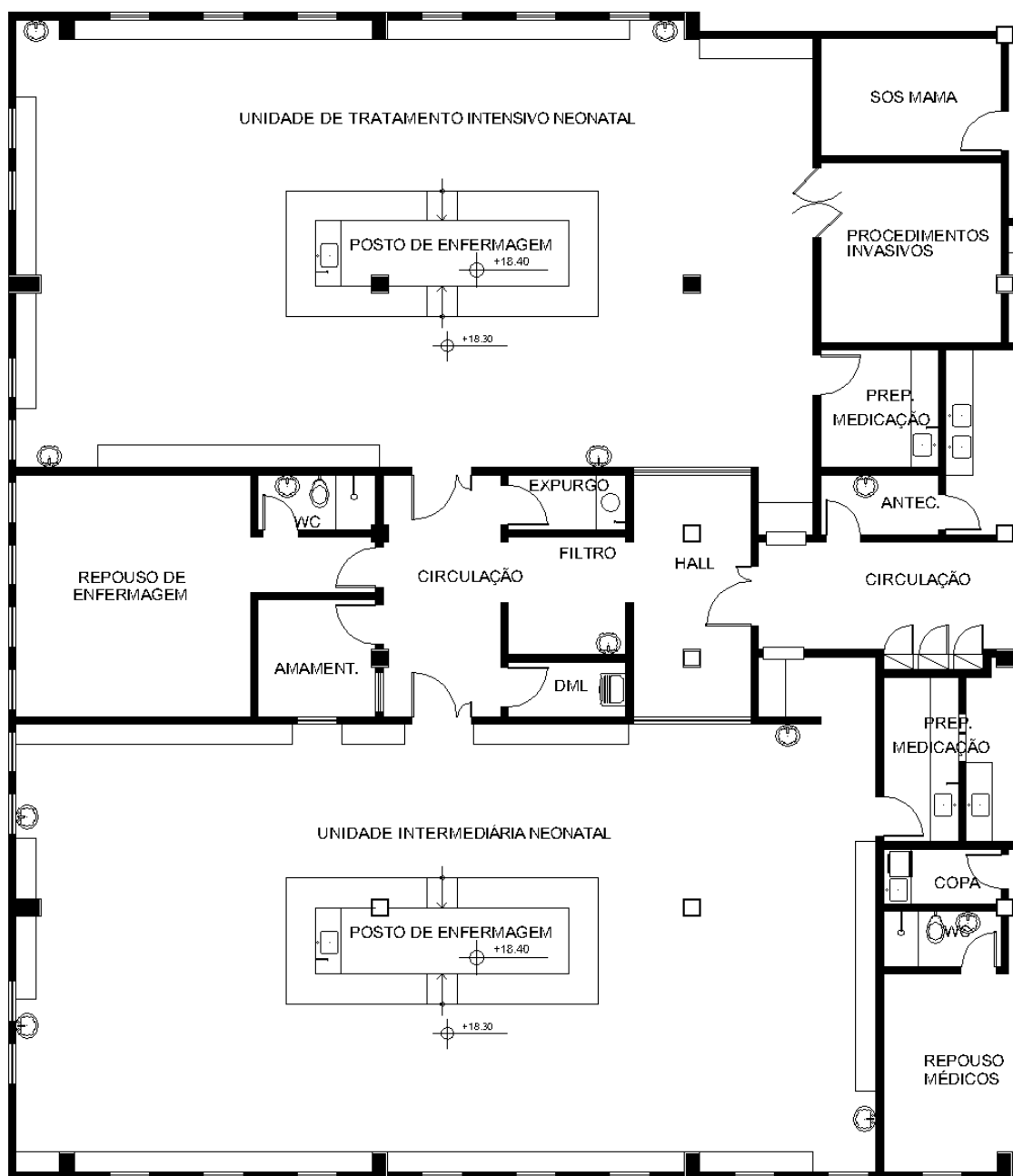
1 – enfermaria canguru; 2 – banheiro; 3 – fraldário; 4 – circulação; 5 – estar; 6 – casa de máquinas ar condicionado; 7 – copa; 8 – antecâmara; 9 – pré-lavagem; 10 – filtro; 11 – pré-esterilização; 12 – distribuição e guarda de material; 13 – recuperação pós-anestésica - RPA; 14 – centro cirúrgico; 15 – sala de cirurgia; 16 – sala de pré-parto e parto; 17 – procedimentos com bebês; 18 - recuperação; 19 – coordenação; 20 – posto de enfermagem; 21 – utilidades; 22 – expurgo; 23 – vestiário feminino; 24 – vestiário masculino; 25 – estar técnico; 26 – distribuição; 27 – lavagem de mamadeiras; 28 – sala de ordenha; 29 – processamento; 30 – reenvase; 31 – SOS mama; 32 – procedimentos invasivos; 33 – preparo de medicação; 34 – higiene. Circuito; 35 – copa; 36 – higiene incubadoras; 37 – plantão; 38 – unidade intermediária neonatal (UI NEO); 39 – UTI neonatal; 40 – hall; 41 – DML; 42 – amamentação; 43 - repouso de enfermagem

No mesmo pavimento localizam-se as unidades neonatais (figura 70): unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) ou unidade de cuidado intermediário neonatal convencional (UCINCo), que atendem aos bebês nascidos no Hospital Maria Amélia. As UTI neonatais foram implantadas paralelamente à fachada principal, na lateral direita da edificação. Imediatamente ao lado das UTIs localizam-se os quartos destinados ao plantão médico e plantão de enfermagem que atuam no centro cirúrgico e no centro de parto normal. Entre as enfermarias canguru e a circulação de acesso às UTIs, podem ser encontradas as instalações destinadas à coleta, processamento, envase e distribuição de leite materno.

O centro cirúrgico ocupa a área central da edificação neste pavimento (figura 71), contanto com duas salas cirúrgicas, sala de curetagem, área de recuperação pós-anestésica, central de esterilização e posto de enfermagem compartilhado com o centro de parto normal, imediatamente ao lado, e com ligação direta ao centro cirúrgico obstétrico.

Segundo nos contam os arquiteto Fabio Bitencourt e a Elza Costeira, a ideia desta interligação entre o centro cirúrgico e o centro de parto, à época do projeto da maternidade Maria Amélia, era bastante recente, tendo rendido inúmeras discussões com os órgãos de vigilância sanitária e instancias médicas, em função dos parâmetros de proteção contra contaminação vigentes. Os órgãos de fiscalização questionavam o acesso direto entre o centro obstétrico e o centro cirúrgico, em função da normatização existente, que preconizava ainda o acesso exclusivo à área destinada a cirurgias, a ser feito somente através de barreiras, para profissionais e para entrada de pacientes.

Figura 70 - 4º pavimento HMMABH – Unidades Neonatais



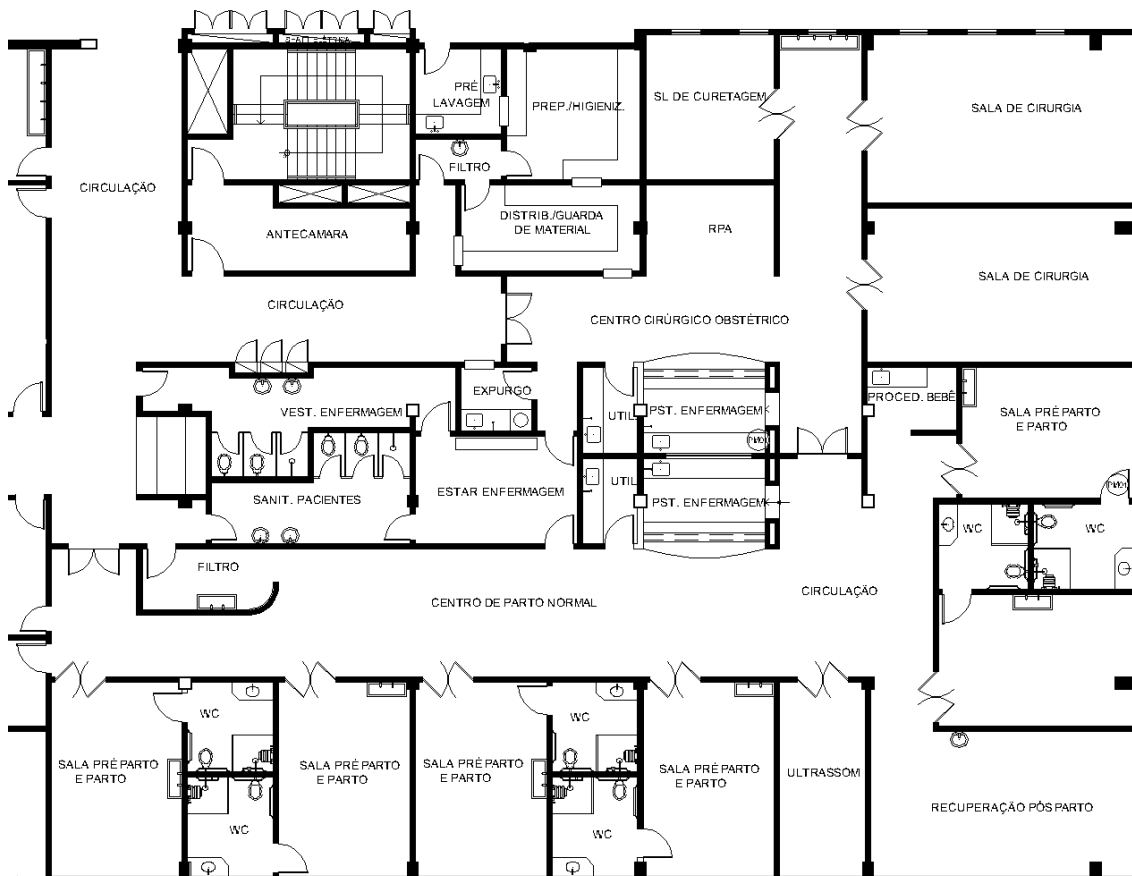
Fonte: As-built da autora (2018)

Foram necessárias inúmeras discussões e contemporizações sobre a necessidade de dar prioridade ao atendimento imediato à mãe e ao bebê que necessitassem de parto cesáreo, por qualquer motivo, em detrimento da necessidade de sair do centro de parto e transitar por circulações externas para ter acesso às salas cirúrgicas, além da necessária paramentação dos profissionais, todo um processo que demandaria tempo, tempo este que nem sempre pode ser disponibilizado no atendimento de emergência. O primeiro hospital a receber esta tipologia de desenho de projeto, nos hospitais municipais do Rio de Janeiro, havia sido a Maternidade Mariana Crioula (atual Maternidade Leila Diniz) – projeto do arquiteto João Boltshauser para a maternidade anexa ao Hospital Lourenço Jorge, inaugurada em janeiro de 200, quatro anos antes da Maternidade Maria Amélia, e tornando-se mais um modelos para a arquitetura de saúde, incentivados pela equipe de técnicos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

O centro de parto normal, localizado na lateral direita deste pavimento da edificação, conta com seis salas de pré-parto e parto, todas com banheiro independente, uma sala de recuperação, uma sala de ultrassom, sala de procedimentos e cuidados com o recém-nascido, posto de enfermagem e área de deambulação. O centro de parto normal será descrito de forma pormenorizada adiante.

Complementando os ambientes existentes no quarto pavimento, entre o centro de parto normal e a circulação vertical localizam-se os vestiários de barreira para acesso ao centro cirúrgico e ao centro de parto, dando diretamente para uma sala de estar técnico das equipes que trabalham em ambos os locais. É necessário comentar que estes vestiários atualmente não cumprem esta função. Um dos vestiários é utilizado como banheiro/guarda de pertences da equipe de enfermagem e o segundo é utilizado como área de banho/sanitário para as mulheres em pré-parto, sendo compartilhados, de forma completamente inadequada, com os armários para guarda de pertences do pessoal de serviço de limpeza/apoio.

Figura 71 - 4º pavimento HMMABH – centro cirúrgico obstétrico e CPN.



Fonte: As-built da autora (2018)

4.5 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da UFRJ - CEP/HUCFF/FM/UFRJ, bem como ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde – CEP/SMS/RJ. O projeto foi aprovado no CEP/HUCFF/FM/UFRJ sob o número CAAE: 92554618.4.0000.5257, conforme o parecer nº 2. 867.911 (anexo 7) e no CEP/SMS/RJ sob o número CAAE 92554618.4.3001.5279, conforme o parecer nº 2.977.501 (anexo 8).

Os participantes foram esclarecidos com relação aos objetivos, finalidade, aspectos éticos do estudo, da possibilidade de desistir em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo para ela, do anonimato e das gravações efetuadas. Todas as fotografias feitas pela autora nas unidades de saúde destinaram-se apenas a registrar os ambientes construídos e suas características, nas fotografias onde as pessoas pareçam passíveis de identificação, seus rostos serão velados.

Atendendo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de saúde, somente após o aceite e aprovação pelos CEP e, posteriormente, somente após a concordância em participar, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, iniciou-se a aplicação dos formulários de pesquisa (anexo 26).

Em função dos aspectos relativos à influência do ambiente sociocultural nos processos de percepção ambiental e na relação como os indivíduos absorvem e se relaciona com os atributos da ambiência, a pesquisa deverá também tentar mapear a existência/aplicação, caso possível, esta tipologia de ambiente/estabelecimento em outros cenários ou regiões, ampliando ainda mais as possibilidades de mapeamento os resultados obtidos.

.....
.....
inda que possibilite uma visão ampla sobre vários aspectos considerados nos ambientes, conforme percebidos, pontuados e apreciados pelos usuários, foram encontradas duas dificuldades principais, interligada, para sua aplicação: a primeira dificuldade diz respeito à dimensão da ferramenta, com nove formulários e uma média aproximada de sete afirmativas para cada; a segunda dificuldade diz respeito à média de permanência e às condições e atenção das mulheres em um período breve após o parto, envolvidas com os cuidados aos bebês e com sua própria recuperação. A quantidade de itens a serem pontuados é grande e cansativa, se considerarmos a tipologia de pacientes e ambientes. A aplicação dos formulários foi mais tranquila na Casa de Parto, em função da possibilidade de conversar com as famílias nos quartos PPP ou na sala de grupos. Na Maternidade Maria Amélia o processo foi mais complicado, em função do número de pessoas em volta, bebês chorando e enfermeiras realizando exames, por exemplo. Foram necessárias muitas visitas para atingir o número de respondentes estimados, do que se conclui que esta ferramenta apresenta bons resultados para caracterizar os itens, mas demanda tempo, atenção e muito auxílio do pesquisador aos participantes para esclarecimentos e pontuação de todos os formulários apresentados.
.....

5 ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS

ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS

O capítulo quatro descreve os resultados da coleta de dados junto aos usuários - mulheres, acompanhantes e funcionários – que concordaram em participar de conversas informais e na pontuação de diversos itens constantes dos nove formulários de avaliação sobre os ambientes da Casa de Parto David Capistrano Filho e do Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda. Para esta coleta de dados, os formulários utilizados foram elaborados com base no sistema ASPECT (A Staff and Patient Environment Calibration Toolkit), ferramenta desenvolvida para o Ministério da Saúde da Inglaterra, complementar ao sistema “AEDET - Achieving Excellent Design Evaluation Toolkit”, especificamente para avaliação das questões relativas à ambiência em edificações de atenção à saúde. Além da análise dos dados coletados, o capítulo traz ainda a relação encontrada entre os resultados, as características de cada local, as prerrogativas da Cartilha de Ambiência em Saúde do Ministério da Saúde e os aspectos da ambiência considerados na pesquisa como influenciadores da percepção dos usuários sobre os ambientes em que se encontram.

São apresentados em seguida os dados obtidos na investigação de campo realizada nas unidades de saúde que são objeto de estudo desta pesquisa. A aplicação dos questionários foi efetuada no período de outubro a dezembro de 2018, após aprovação e liberação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Não houve organização de datas para as visitas, que foram realizadas em dias aleatórios, em ambas as unidades de saúde. Os formulários foram pontuados por 63 (sessenta e três) pessoas, das quais 58 (cinquenta e oito) atenderam os critérios estabelecidos para resposta e participação.

As três primeiras participantes, mesmo atendendo aos critérios estabelecidos para a pesquisa, foram inseridas como amostra de teste, uma vez que a partir da avaliação dos primeiros formulários respondidos ficou clara a necessidade de revisão para alguns dos itens, a fim de facilitar o entendimento, principalmente da classificação na tabela de pontuação, conforme trazida do instrumento de pesquisa inglês. Também foi percebida a necessidade de coletar alguns dados de cada colaborador, a fim de estabelecer um perfil básico dos participantes da pesquisa. Esta necessidade foi percebida, seguindo a premissa apontada no estudo de que o perfil cultural/social de cada indivíduo interfere na sua percepção dos espaços e ambientes. Duas outras participantes não foram consideradas no resultado por caracterizarem-se no item excludente da pesquisa, que aponta para a necessidade de que o parto tenha sido realizado nos centros de parto em estudo. As respostas de ambas não foram contabilizadas, uma vez que por intercorrências no parto, ambas as mulheres deram à luz na maternidade de referência.

Os resultados obtidos através da pontuação média sobre as afirmativas, constantes dos formulários, foram complementados através das observações provenientes da observação participante. Foi fundamental possibilidade de entendimento e visualização prática, não somente das questões existentes nos formulários ASPECT, mas também do contexto em que estas se apresentam nas unidades de saúde, somando-se ao conhecimento prático do observador sobre edificações de saúde e processos a elas inerentes. A

observação propiciou não somente a possibilidade de uma opinião tecnicamente qualificada sobre os ambientes, mas também ouvir informalmente opiniões e comentários dos participantes sobre os locais, o atendimento, as expectativas, sensações e conclusões destas pessoas fora dos itens padronizados na ferramenta de pesquisa. Esta possibilidade de complementação é importante em função de que, mesmo sendo bastante longa e permeando inúmeros aspectos da gama de aspectos relativos à ambiência em estudo, ainda é bastante genérica para o estudo específico de ambientes de saúde destinados ao parto e nascimento, uma vez que foi criada para avaliação de ambientes de saúde genericamente.

A observação participante auxilia no direcionamento das avaliações aos aspectos em estudo em relação específica à tipologia de tratado.

Quadro 11 – Relação dos itens pontuados nos formulários x Cartilha da Ambiência x atributos considerados para a pesquisa.

| 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 |

Fonte: a autora

As avaliações, oriundas dos dados obtidos através da pontuação feita pelos participantes, são relacionados (quadro 11) com os atributos da Cartilha de Ambiência do Ministério da Saúde (Brasil, 2010) e com os aspectos da ambiência considerados por esta pesquisa como passíveis de interferência e influencia na percepção dos ambientes pelos usuários, de forma a corroborar a hipótese formulada para o estudo.

5.1 Avaliação dos dados - Casa de Parto David Capistrano Filho

Participaram da pesquisa na Casa de Parto, a quantidade total de 18 (dezoito) pessoas, divididas em 8 (oito) pacientes, 7 (sete) acompanhantes e 3 (três) funcionários. Além da aplicação do questionário com estes participantes, foram também realizadas entrevistas com os arquitetos Fábio Bitencourt e Elza Costeira, que participaram ativamente do processo de idealização, concepção, projeto e construção da Casa de Parto e com a enfermeira obstétrica Leila Azevedo, que foi diretora da unidade de saúde desde a sua fundação até o ano de 2018. Leila foi uma das principais precursoras dos processos e metodologia de trabalho hoje exercidos na Casa de Parto, onde continua prestando serviços de enfermagem e assessorando a Diretora atual.

A faixa etária de pacientes participantes da pesquisa foi de mulheres entre 28 e 31 anos, porém durante as visitas, foi constatada a presença de algumas pacientes adolescentes, ainda que em número bastante reduzido. Dentre as oito pacientes que responderam à pesquisa, seis possuíam formação em curso universitário. Em sua maior parte, as mulheres eram acompanhadas no momento da pesquisa, por seus maridos/companheiros. Somente uma delas, que voltava à CP para a primeira revisão do bebê, após uma semana de nascimento, encontrava-se acompanhada pela sogra. Mesmo com estes números, que sugerem a presença mais constante dos pais/companheiros no parto e acompanhamento do pré-natal, não há restrições quanto a quem pode acompanhar as mulheres na Casa de Parto, sendo comum que a mulher também tenha, durante as reuniões e após o nascimento, a companhia de outros amigos e familiares. Durante o parto, o acompanhante é aquele designado pela mulher, ainda que seja uma criança (filho) de dez anos de idade, como assistido pela pesquisadora durante uma das visitas à Casa de Parto.

Verificou-se que a maior parte das mulheres que responderam à pesquisa - seis delas – são residentes de bairros geograficamente próximos, tais como Campo Grande, Bangu, Realengo e Madureira, porém não há restrições quanto ao local de moradia da mulher para realização do pré-natal na Casa de Parto, desde que esta atenda aos níveis de risco mínimo solicitados e aos compromissos relativos ao acompanhamento pré-natal. Comprova-se este fato pelas demais respondentes, que residem nos municípios de Seropédica e Duque de Caxias.

Tabela 2 – Participantes da pesquisa de campo – Casa de Parto David Capistrano Filho

| Casa de Parto David Capistrano Filho | | | | | | | |
|--------------------------------------|------------|----------|----------|----------|-------|---------------------|-----------------|
| dados dos entrevistados | | | | | | | |
| nome | data | P | A | F/O | idade | profissão | bairro |
| Elza Costeira | 04/12/2018 | | | | | arquiteto | |
| Fabio Bitencourt | 04/12/2018 | | | | | arquiteta | |
| Leila Gomes Ferreira de Azevedo | 20/11/2018 | | | | | enfermeira obstetra | |
| Paciente 1 | 20/11/2018 | 1 | | | 29 | dona de casa | Seropédica |
| Acompanhante 1 | 20/11/2018 | | 1 | | 40 | comerciante | Seropédica |
| Acompanhante 2 | 15/11/2018 | | 1 | | 54 | dona de casa | Anchieta |
| Paciente 2 | 15/11/2018 | 1 | | | 28 | professora | Anchieta |
| Funcionária 1 | 15/11/2018 | | | 1 | 55 | limpeza | Campo grande |
| Paciente 3 | 06/11/2018 | 1 | | | 32 | enfermeira | Campo grande |
| Acompanhante 3 | 06/11/2018 | | 1 | | 31 | editor de VT | Campo grande |
| Paciente 4 | 06/11/2018 | 1 | | | 31 | musicalizadora | Senador Camará |
| Paciente 5 | 06/11/2018 | 1 | | | 28 | consultora | Realengo |
| Acompanhante 4 | 06/11/2018 | | 1 | | 25 | comerciário | Realengo |
| Funcionária 2 | 06/11/2018 | | | 1 | 45 | enferm. Obst. | Vila Valqueire |
| Acompanhante 5 | 13/11/2018 | | 1 | | 38 | professor | Madureira |
| Paciente 6 | 13/11/2018 | 1 | | | 32 | professora | Madureira |
| Paciente 7 | 13/11/2018 | 1 | | | 32 | professora | Bangu |
| Acompanhante 6 | 13/11/2018 | | 1 | | 30 | piloto/paraquedista | Duque de Caxias |
| Paciente 8 | 13/11/2018 | 1 | | | 29 | bacharel em turismo | Duque de Caxias |
| Acompanhante 7 | 13/11/2018 | | 1 | | 31 | vendedor | Campo Grande |
| Funcionário 3 | 14/01/2019 | | | 1 | 46 | enferm. Obst. | Niterói |
| Entrevistas realizadas | | 8 | 7 | 3 | | | |

Fonte: a autora

Em sua maioria, as mulheres entrevistadas afirmaram o desejo anterior de terem o parto natural e afirmaram haver buscado alternativas na cidade do Rio de Janeiro, tendo sido a Casa de Parto, por indicação, ou como resultado de buscas, o local que pensaram mais apropriado para exercer este direito, não somente pela configuração física da casa, mas também pelo método de trabalho exercido e pelas condições de empatia encontradas desde o primeiro contato. Não fica suficientemente claro se a intenção inicial era realmente o parto natural ou o parto normal, muitas mulheres a princípio não sabem a diferença entre um e outro, mas todas são esclarecidas, juntamente com seus acompanhantes, durante o acompanhamento pré-natal e as reuniões de grupo sobre diversos assuntos ligados ao parto e nascimento. A participação nestas reuniões, tanto para as mulheres quanto para os acompanhantes, é uma das condições estabelecidas para realização do parto na Casa de Parto.

5.1.1 Compilação dos dados – avaliações dos usuários – Casa de Parto

A tabela 3 apresenta as notas individuais, atribuídas a cada um dos itens constantes dos formulários de avaliação, segundo a opinião de cada participante da pesquisa. Como pode ser visto nesta tabela, a maior parte dos aspectos avaliados na pesquisa de campo recebeu notas/avaliações similares de quase a totalidade dos respondentes. A exceção fica por conta do item que avalia as questões relativas ao acesso à unidade de saúde que, mesmo recebendo média positiva na totalização dos resultados, recebeu pontuação diferenciada e questionamento sobre alguns dos aspectos abordados.

De forma geral, as avaliações são positivas em relação às afirmativas apresentadas sobre aspectos diversos da unidade de saúde, situando-se as respostas entre os níveis de “concordância total”, “forte concordância” e “afirmação justa”. Em relação ao item sobre acessibilidade/aceessos, 35% (trinta e cinco por cento) dos participantes pontuou no nível de “pouca concordância” com os aspectos apresentados.

Os resultados foram avaliados também, a título de verificação, através do cálculo de desvio padrão. O desvio padrão é um parâmetro muito usado em estatística que indica o grau de variação de um conjunto de elementos. Assim, quando se calcula o desvio padrão juntamente com a média de diferentes grupos, obtêm-se mais informações para avaliar e diferenciar seus comportamentos. Calcula-se o desvio padrão utilizando-se a seguinte fórmula:

$$DP = \sqrt{\frac{\sum |x - \mu|^2}{N}}$$

Nesta fórmula, “ \sum ” significa somatório, “ x ” é um valor do conjunto de dados, “ μ ” é a média do conjunto de dados e “ N ” é o número de dados na população.

Tabela 3 – Média de pontuação por categoria/participante – Casa de Parto

| Resultados das entrevistas ASPECT - Casa de Parto David Capistrano Filho | | | | | | | | | |
|--|---|--------------------|------------------------|------------------------|--------------------------|----------------------|-------------|--------------|-------------|
| entrevistas | privacidade/ companhia/ dignidade | vistas externas | natureza e ar livre | conforto e controle | legibilidade do lugar | aparência interna | instalações | funcionários | acessos |
| Funcionária 2 | 6,00 | 4,50 | 6,00 | 5,56 | 6,00 | 5,00 | 5,20 | 5,00 | 4,60 |
| Paciente 5 | 6,00 | 4,25 | 5,60 | 5,56 | 6,00 | 5,36 | 4,90 | 0,00 | 3,20 |
| Acompanhante 3 | 6,00 | 4,13 | 5,20 | 6,00 | 5,00 | 5,64 | 4,60 | 0,00 | 4,90 |
| Acompanhante 4 | 6,00 | 4,25 | 5,60 | 5,56 | 6,00 | 5,36 | 4,60 | 0,00 | 3,20 |
| Paciente 4 | 6,00 | 5,25 | 5,80 | 5,67 | 6,00 | 5,45 | 5,10 | 0,00 | 4,30 |
| Paciente 3 | 6,00 | 4,13 | 5,00 | 6,00 | 5,00 | 5,55 | 4,60 | 0,00 | 4,90 |
| Acompanhante 2 | 5,63 | 4,38 | 3,80 | 5,11 | 5,43 | 5,73 | 4,30 | 0,00 | 3,20 |
| Paciente 2 | 5,63 | 4,38 | 5,20 | 5,33 | 5,43 | 5,73 | 3,90 | 0,00 | 3,20 |
| Funcionária 1 | 6,00 | 5,50 | 6,00 | 5,78 | 6,00 | 5,00 | 4,60 | 5,25 | 4,40 |
| Paciente 6 | 6,00 | 5,25 | 4,80 | 5,78 | 4,86 | 4,36 | 1,50 | 0,00 | 3,70 |
| Acompanhante 5 | 6,00 | 5,25 | 4,80 | 5,78 | 4,86 | 4,36 | 1,50 | 0,00 | 3,70 |
| Paciente 7 | 6,00 | 5,25 | 4,80 | 5,89 | 6,00 | 4,91 | 5,50 | 0,00 | 4,30 |
| Acompanhante 1 | 6,00 | 6,00 | 6,00 | 6,00 | 5,86 | 6,00 | 5,50 | 0,00 | 5,80 |
| Paciente 1 | 6,00 | 6,00 | 6,00 | 6,00 | 5,86 | 6,00 | 5,50 | 0,00 | 5,80 |
| Acompanhante 6 | 5,38 | 5,63 | 5,40 | 5,56 | 5,57 | 5,36 | 5,00 | 0,00 | 4,80 |
| Paciente 8 | 5,38 | 5,63 | 5,40 | 5,56 | 5,57 | 5,36 | 5,00 | 0,00 | 4,80 |
| Acompanhante 7 | 5,38 | 5,63 | 5,40 | 5,56 | 5,57 | 5,36 | 5,00 | 0,00 | 4,80 |
| Funcionário 3 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 4,63 | 0,00 |
| somatório das médias | 99,38 | 85,38 | 90,80 | 96,67 | 95,00 | 90,55 | 76,30 | 14,88 | 73,60 |
| total de entrevistas | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 | 3 | 17 |
| média total | 5,85 | 5,02 | 5,34 | 5,69 | 5,59 | 5,33 | 4,49 | 4,96 | 4,33 |
| | privacidade/ companhia/ dignidade | vistas externas | natureza e ar livre | conforto e controle | legibilidade do lugar | aparência interna | instalações | funcionários | acessos |

| Legenda original: | Legenda explicada: | nota |
|------------------------|-----------------------|------|
| Concordância total | É exatamente assim | 6 |
| Forte concordância | Tem muito disso | 5 |
| Afirmção justa | Tem um pouco disso | 4 |
| Pouca Concordância | Tem potencial, mas... | 3 |
| Difícil concordância | Difícil de acontecer | 2 |
| Discorda completamente | Dejeito nenhum | 1 |
| Impossível marcar | Não sabe responder | 0 |

Fonte: a autora

A média final da pontuação, considerando-se a totalidade das notas em relação ao número de participantes e suas respectivas pontuações, apresenta-se conforme a tabela 4, demonstrada no Gráfico 1, que apresenta o sumário dos resultados obtidos:

Tabela 4 – Sumário dos resultados por categoria – Casa de Parto

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: | Legenda explicada: | nota |
|------------------------|-----------------------|------|
| Concordância total | É exatamente assim | 6 |
| Forte concordância | Tem muito disso | 5 |
| Afirmação justa | Tem um pouco disso | 4 |
| Pouca Concordância | Tem potencial, mas... | 3 |
| Difícil concordância | Difícil de acontecer | 2 |
| Discorda completamente | Dejeito nenhum | 1 |
| Impossível marcar | Não sabe responder | 0 |

Fonte: a autora

Na prática, a avaliação do desvio padrão (DP+) somado à média, mostra que os itens relativos à privacidade/companhia e dignidade, além da legibilidade do lugar, correspondem exatamente às afirmativas (concordância total) contidas no questionário correspondente. Os demais itens situam-se na zona de resposta correspondente a atender em grande parte (forte concordância) com as afirmativas dos questionários de referência. Considerando-se o desvio padrão subtraído à média (DP-), os itens relativos à privacidade/companhia/dignidade, conforto e controle e legibilidade do lugar alcançam forte concordância em relação aos quesitos apresentados, os itens vistas externas, natureza e ar livre, aparência interna e avaliação de funcionários são considerados como afirmações justas. Apenas os itens relativos às instalações e aos acessos receberiam uma avaliação de pouca concordância em relação às afirmativas do questionário correspondente.

5.1.2 Dados obtidos no levantamento de campo x Cartilha da Ambiência x Aspectos da Ambiência considerados para a pesquisa- Casa de Parto.

Foram consideradas as médias de pontuação obtidas para cada um dos itens relacionados nos formulários do levantamento de campo, relacionadas às prerrogativas consideradas pela Cartilha da Ambiência apresentadas no item 2.2.1 e aos aspectos da ambiência considerados no item 2.3. Estes itens são relacionados a partir da conceituação

estabelecida nos itens mencionados em conjunto com as observações efetuadas pela pesquisadora durante a aplicação dos formulários de pontuação junto aos participantes.

Privacidade, companhia e dignidade: o item obteve junto aos participantes a média final de 5,85, demonstrando que pacientes, acompanhantes e funcionários reconhecem ser um aspecto plenamente atendido pelas instalações físicas projetadas para a Casa de Parto.

Em relação às prerrogativas da Cartilha da Ambiência, este item relaciona-se diretamente com as condições de confortabilidade, com foco na privacidade e individualidade dos usuários.

Em relação aos aspectos da ambiência listados no item 2.3, que podem ser considerados e relacionados também como elementos de interferência na percepção dos usuários e sua relação com os espaços, todos os itens podem ser considerados. Na casa de Parto as questões relativas à delimitação do espaço pessoal, controle e privacidade são diretamente atendidas pela existência e utilização dos quartos PPP. Estes ambientes permitem aos “clientes” (como denominados pacientes e acompanhantes na Casa de Parto) 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 do seu parto e de sua estadia. Essa possibilidade de obter controle, por si, já minimiza uma gama de aspectos negativos e ansiedades em relação ao trabalho de parto e parto. O quarto PPP, conforme utilizado na Casa de Parto, propicia também privacidade em relação aos procedimentos pós-parto, relação com o corpo assistencial e as informações sobre seu prontuário e atendimento, conversas pessoais e com a equipe, a possibilidade de escolha entre relacionar-se ou não com pessoas fora do círculo familiar e de amigos, que não existe em uma enfermaria compartilhada, e, primordialmente, o relacionamento da própria família com o novo membro recém-nascido.

Figura 72– 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 parto¹⁴ (figura 73) sejam seguidos conforme sua vontade, desde que não impliquem em risco à mãe e ao bebê.

As questões relativas à 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.

Figura 73– Plano de Parto de paciente – Casa de Parto

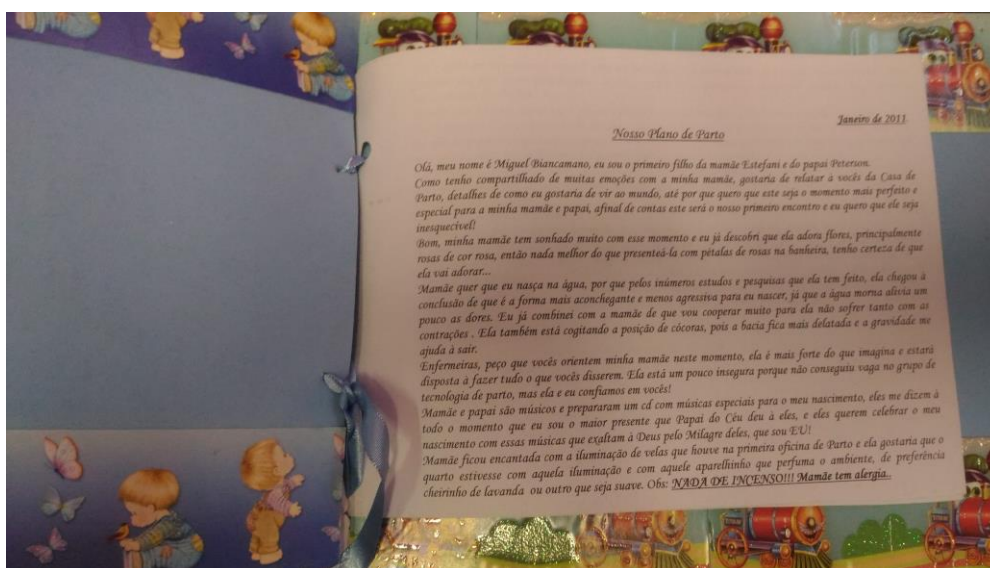


Foto da autora (2018)

Estas questões também estão diretamente ligadas aos elos de empatia criados ao longo do atendimento pré-natal, através 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. Estas 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 como “Casinha”.

¹⁴ O Plano de Parto pode ser uma carta ou uma lista, onde a gestante determina o que gostaria e o que não gostaria que acontecesse em seu parto, a fim de 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.

Figura 74– Reuniões de grupo e criação de vínculos - Casa de Parto



Fotografias cedidas por Adriana Medeiros (2018)

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, forma, cores, tipologia de mobiliário, a utilização das paredes como murais para expressão de expectativas dos clientes tanto quanto para orientações sobre direitos das mulheres, o cheiro de bolo assando na cozinha, que chega até a recepção. Tudo na Casa de Parto acolhe. Este 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 sensação de segurança e conforto em relação ao parto, minimizando medos e preocupações trazidos dos relatos ouvidos ou de experiências passadas.

Figura 75 - Acolhimento, clima, ambiente – Casa de Parto



Fotografias da autora (2018)

Figura 76 - Acolhimento, clima, ambiente – Casa de Parto



Fonte: Fotografias cedidas por Adriana Medeiros (2018)

Vistas externas: o item obteve junto aos participantes a média final de 5,02, demonstrando que pacientes, acompanhantes e funcionários reconhecem ser um aspecto que concordam ser plenamente atendido pela Casa de Parto nos aspectos considerados.

Em relação às prerrogativas da Cartilha da Ambiência, este item relaciona-se diretamente com as condições de conforto e à visão do espaço como facilitador do processo de trabalho, na medida em que trata das condições de conforto de pacientes e funcionários.

Considerando-se os aspectos listados no item 2.3, interfere com os aspectos relativos ao controle e à percepção ambiental. A Casa de Parto oferece aos clientes e funcionários, amplo acesso à paisagem externa, seja através das janelas existentes nos quartos e consultórios, seja através das 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.

Além da distribuição de aberturas, o trânsito pelas áreas externas também é livre, facilitando ainda mais a possibilidade de acesso a estas áreas.

Figura 77 – Vista externa e iluminação natural



Fotografias da autora (2018)

Natureza e ar livre: o item obteve junto aos participantes a média final de 5,34, demonstrando que pacientes, acompanhantes e funcionários reconhecem ser um aspecto que concordam ser plenamente atendido pela Casa de Parto nos aspectos considerados.

Em relação às prerrogativas da Cartilha da Ambiência, este item relaciona-se diretamente com as condições de confortabilidade e à visão do espaço como facilitador do processo de trabalho, na medida em que trata das condições de conforto de pacientes e funcionários, relacionando-se diretamente ao item b, relativo às vistas externas.

Em relação aos aspectos considerados no item 2.3, interfere também 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 a clientes e funcionários variarem o olhar sobre ambientes onde permanecem por várias horas seguidas, caso desejem. Ainda assim, e apesar da pontuação expressiva, é necessário pontuar 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 pelos 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 um cuidado mais adequado com a manutenção 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 do sol quanto da visão de quem passa nas ruas que rodeiam a Casa de Parto.

Figura 78 – Área externa – jardins – Casa de Parto



Fotografias da autora (2018)

Conforto e Controle: o item obteve junto aos participantes a média final de 5,69, demonstrando que pacientes, acompanhantes e funcionários reconhecem ser um aspecto que concordam ser plenamente atendido pela Casa de Parto nos aspectos considerados.

Em relação às prerrogativas da Cartilha da Ambiência, este item relaciona-se diretamente com as condições de confortabilidade, à visão do espaço como facilitador do processo de trabalho e à apropriação através da aplicação do conhecimento e experiência dos profissionais.

Em relação aos itens considerados no item 2.3, interfere com todos os aspectos da ambiência considerados como influenciadores da percepção sobre os ambientes. A possibilidade de permanência em um espaço privado durante o período de permanência na Casa de Parto atua como um item primordial em relação à apropriação dos clientes sobre o seu próprio espaço pessoal, proporcionando a possibilidade de ações que seriam impossíveis em enfermarias compartilhadas e atuando na apropriação do espaço e na manutenção da identidade. Os clientes da Casa de Parto têm controle quase completo sobre o ambiente de internação, podem decidir se desejam portas, janelas e cortinas abertas ou fechadas, existem apenas restrições mínimas, em nível de recomendação, sobre o grau de temperatura mantido nos quartos, somente para não incomodar ou prejudicar os bebês. As famílias podem levar itens pessoais para exibir e utilizar durante sua estadia e possuem alternativas para regular a incidência de iluminação. As cadeiras e sofás podem ser utilizados à vontade por parentes e demais visitantes, existindo em quantidade suficiente para atender a várias pessoas, uma vez que não há restrição quanto ao número de visitantes durante o período diurno. A “poltrona do acompanhante” clássica não existe, os pais podem deitar-se nas camas de casal durante sua permanência na casa, ampliando o conforto, apoio e segurança às mulheres. Além dos itens de controle sobre os aspectos práticos do ambiente conformação dos ambientes, tais como acender ou apagar luzes, abrir ou fechar cortinas e janelas, utilizar ou não ar condicionado, vale também mencionar que um dos itens primordiais sobre a sensação de conforto e controle proporcionado às mulheres e acompanhantes 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. Esta possibilidade interfere diretamente com as sensações de segurança, controle, preservação de identidade e respeito sentidos não somente pela mulher, mas também por quem a acompanha.

Os processos de trabalho e a tipologia de atendimento dado na Casinha são resultado 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 até, minimizar aspectos que poderiam ser percebidos de forma negativa, oriundos das dificuldades de manutenção pelas quais a Casa de Parto passa atualmente.

Legibilidade do lugar: o item obteve junto aos participantes a média final de 5,59, demonstrando que pacientes, acompanhantes e funcionários reconhecem ser um aspecto que concordam ser plenamente atendido pela Casa de Parto nos aspectos considerados.

Em relação às prerrogativas da Cartilha da Ambiência, este item relaciona-se diretamente com as condições de confortabilidade, à visão do espaço como facilitador do

processo de trabalho e à apropriação através da aplicação do conhecimento e experiência dos profissionais.

No que se refere aos aspectos considerados no item 2.3, relaciona-se principalmente àqueles que dizem respeito 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.

A casa de Parto por suas dimensões e pela conformação física da edificação permite uma leitura muito clara da hierarquia dos ambientes. A quase inexistência de restrições sobre acesso e a disponibilidade de pessoas diversas para passar informações, facilita ainda mais o entendimento e o trânsito pela casa. Há uma pequena dificuldade para quem chega pela primeira vez, em localizar no gradil externo, a entrada correta, uma vez que o acesso atualmente é feito pelo portão da entrada de ambulância, e não pelo portão de pedestres, consequência da necessidade de controle do acesso e da pouca mão de obra disponível. A entrada da garagem fica de frente para a saída lateral, que por ser ponto de reunião e lazer de vários membros das equipes, conta quase permanentemente com a presença pessoas, facilitando observar quem entra e sai pelo portão, o que não seria possível pelo portão de pedestres. O cuidado com a segurança é primordial, uma vez que a área externa é bastante deserta, árida e, segundo relatos, insegura.

Figura 79 – Área externa – acessos e entorno



Fotografias da autora (2018)

Internamente, a Casa de Parto conta com três acessos, a entrada principal, da recepção e acolhimento, e duas saídas laterais, uma para o estacionamento de ambulância e outra para o estacionamento da equipe. Todas as entradas são facilmente percebidas e suas portas ficam abertas durante todo o período diurno, uma vez que as circulações e recepção não possuem sistema de ar condicionado. Estas portas podem ser facilmente acessadas por todos os usuários rapidamente.

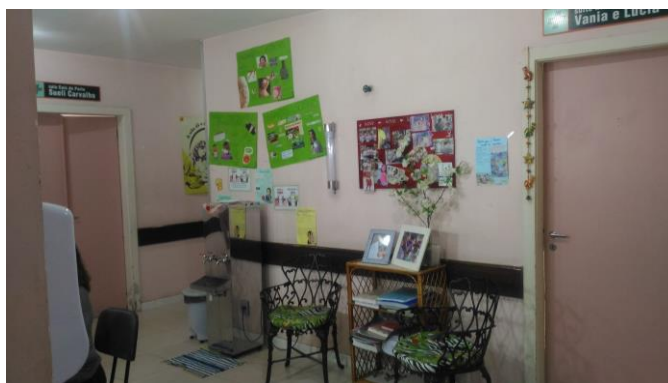
O único dos itens deste quesito que obteve baixa pontuação nas respostas foi aquele que afirmava haver diferentes identidades nos diferentes lugares da edificação, entendendo-se essa identidade como diferenciadas por cores, acabamentos e texturas, por exemplo. Realmente não há diferenciação de ambientes por aplicação de revestimentos variados ou cores diversas, o que, no caso da Casa de Parto, se faz completamente desnecessário, por suas limitações de área e de complexidade arquitetônica. Ainda assim, mesmo com uma composição quase monocromática e bastante similar na aparência, a função de todos os ambientes é tão clara quanto seria a de qualquer residência. Os espaços têm características inerentes ao uso, que são facilmente identificáveis.

Aparência interna: o item obteve junto aos participantes a média final de 5,33, demonstrando que pacientes, acompanhantes e funcionários reconhecem ser um aspecto que concordam ser plenamente atendido pela Casa de Parto nos aspectos considerados.

Em relação às prerrogativas da Cartilha da Ambiência, este item relaciona-se diretamente com as condições de confortabilidade, à visão do espaço como facilitador do processo de trabalho e à apropriação através da aplicação do conhecimento e experiência dos profissionais.

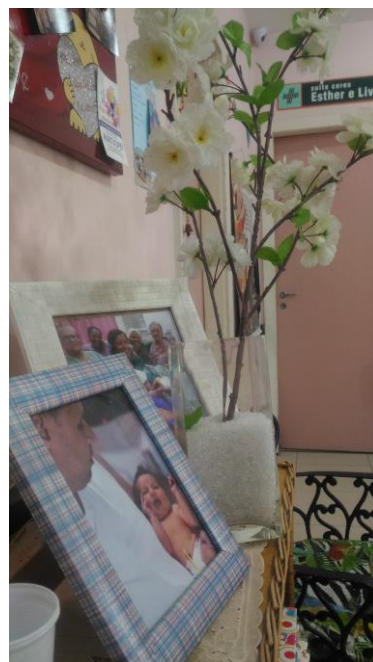
No que se refere aos aspectos considerados no item 2.3, relaciona-se principalmente àqueles que dizem respeito ao espaço pessoal, à apropriação e identidade, à percepção ambiental e à cultura. Por ser um dos itens cuja interpretação é mais profundamente influenciada pelo gosto pessoal, experiência, história e preferências dos indivíduos que observam, este é um dos itens que 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. Concluímos que apesar dos problemas em relação à aparência da Casa de Parto sejam visíveis e percebidos pelos seus clientes, visitantes e funcionários, estes perdem peso e importância frente ao conjunto do trabalho ali executado e aos resultados alcançados. Além deste fator de influência, a pontuação expressiva reflete decisões relativas à implantação, distribuição dos ambientes, à atmosfera gerada pela ambientação dos compartimentos e o cuidado e carinho com que os ambientes são cuidados pelas equipes de profissionais que ali trabalham, mesmo com dificuldades.

Figura 80 – Aparência interna – ambientação



Fotos a autora (2018)

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. Estes 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 incomuns, 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 (e daí?), cadeiras de materiais diferentes, porta-retratos por mesas e paredes, móveis feitos pelas enfermeiras para alguma festa pendurados no teto, não faz nenhuma falta à diversidade de materiais de revestimento ou da cor de pintura nas 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 sua preservação, mas identificam-se completamente com os ambientes, participam em maior ou menor grau de sua ambientação e deles se apropriam completamente.

Instalações: o item obteve junto aos participantes a média final de 4,49, demonstrando que pacientes, acompanhantes e funcionários reconhecem que, ainda que

a Casa de Parto atenda satisfatoriamente, há necessidade de melhoria nos aspectos considerados.

Em relação às prerrogativas da Cartilha da Ambiência, este item relaciona-se diretamente com as condições de confortabilidade encontradas na unidade de saúde.

No que se refere aos aspectos considerados no item 2.3, relaciona-se principalmente àqueles relacionados à percepção ambiental e à cultura. Os itens mencionados nos formulários de pontuação são direcionados para as comodidades em geral, oferecidas aos clientes e as condições de segurança e conforto encontrados. Entendendo-se como comodidades a possibilidade de que os acompanhantes possam obter petiscos e bebidas diferenciadas sem afastarem-se muito das mulheres, considerando-se o tempo que passam na unidade de saúde continuamente, a possibilidade haver locais onde possam exercer ritos de suas religiões de forma privada, ou de reunirem-se com outras pessoas, ou ainda de receberem seu acompanhante com conforto para passar a noite. Trata também das condições de segurança e conforto existentes nos banheiros destinados às mulheres nos períodos de pré-parto, parto e pós-parto.

Grande parte dos itens apontados foi bem pontuada, podendo-se afirmar que a nota proporcionalmente menor que a dos demais itens deve-se principalmente à condição de manutenção e aparência dos banheiros nos quartos PPP, um dos maiores problemas existentes atualmente na Casa de Parto, principalmente porque as mulheres têm e exercem muitas vezes a possibilidade de realizarem o parto nas banheiras neles localizadas. Mesmo pesando-se o fato de que as banheiras foram uma inovação à época da construção e que esta foi a terceira Casa de Parto construída no país, 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 realizarem o parto na água. Os itens de segurança, tais como barras de apoio adequadas, e de conforto, tais como prateleiras para colocação de seus itens pessoais durante o banho, e banco retrátil para o chuveiro, que fica sobre a banheira, também fazem falta nestes ambientes. A condição dos revestimentos nestas instalações também se encontra bastante comprometida, não colaborando para uma boa percepção e segurança na utilização do ambiente.

Figura 81– Banheiros de quarto PPP



Fotos a autora (2018)

A conformação do quarto PPP atende à necessidade de observâncias religiosas em ambiente privado, se necessário, e a sala de grupos, bem como a área externa, são constantemente utilizados para reuniões e confraternizações. A Casa de Parto não possui máquinas de dispensação de bebidas ou lanches, mas é disponibilizada a possibilidade de que sejam guardados tais itens na geladeira da copa, caso os acompanhantes desejem. A unidade de saúde oferece, conforme normatizado, todas as refeições às pacientes e ao seu acompanhante durante o período de estadia de ambos nos quartos PPP.

Figura 82– Confraternizações na Casa de Parto



Fonte: Fotografias cedidas por Adriana Medeiros (2018)

Funcionários: o item obteve junto aos participantes a média final de 4,96, demonstrando que os funcionários reconhecem que, mesmo havendo problemas diversos a serem sanados quanto ao próprio conforto e condições de trabalho, ainda assim sentem-

se atendidos de forma satisfatória pelas instalações da Casa de Parto nos aspectos considerados.

Em relação às prerrogativas da Cartilha da Ambiência, este item relaciona-se diretamente com as condições de confortabilidade, à visão do espaço como facilitador do processo de trabalho e à apropriação através da aplicação do conhecimento e experiência dos profissionais.

Em relação aos aspectos considerados no item 2.3, interfere com os aspectos relacionados, porém com visão direcionada exclusivamente às condições encontradas e percebidas pelas equipes diversas de funcionários. Este item teve poucos respondentes participantes, mas cada um deles representa uma das áreas de atuação na Casinha: uma profissional da equipe de limpeza e dois profissionais de enfermagem obstétrica que atuam na Casa de Parto desde a sua abertura. Um destes profissionais de enfermagem atua também na direção da unidade de saúde.

O item interfere nas questões relativas ao espaço pessoal, controle e privacidade dos funcionários, ao observar as condições dos ambientes dadas a estes profissionais. Este item passa por questões tais como proporcionar local onde possam guardar seus pertences e itens pessoais, que não podem ser utilizados e estar sob seus cuidados ao longo dos plantões, por obterem local onde possam descansar, ter uma conversa privada, fazer suas refeições tranquilamente, ou mesmo realizar tarefas que demandem locais separados das áreas de público ou de atendimento aos pacientes. Necessitam ainda de ferramentas de trabalho compatíveis com as tarefas executadas.

Em relação às condições para apropriação, identidade e territorialidade, é importante verificar se há efetiva escuta às sugestões, questionamentos e orientações dos profissionais que visem à qualificação dos espaços e do trabalho nele executado. Se as condições físicas dos ambientes, seja pelo estado de conservação ou por motivos de ordem administrativa, dificultam os processos de trabalho e causam riscos ergonômicos, por exemplo, aos profissionais e pacientes, a inexistência de ações para melhoria dos ambientes pode interferir na apropriação e na identidade destes profissionais em relação aos ambientes, bem como interferir no resultado do trabalho prestado.

Na Casa de Parto, um dos quartos existentes foi destinado, ainda na fase de projeto, a funcionar como área de repouso para os plantonistas da enfermagem e guarda de seus pertences. Não existem armários individuais, bolsas, roupas e demais itens pertencentes a estes profissionais são guardados sobre as camas ou sobre uma cômoda existente no quarto. Segundo os profissionais, não há incomodo com o fato por serem poucos os profissionais que frequentam o ambiente em cada plantão, em função do tamanho da casa. Os demais profissionais um banheiro na parte traseira da casa, que também faz o papel de vestiário.

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, trabalho e equipamentos destinados aos profissionais que nela prestam serviços. Exemplo disso são os profissionais e técnicos que fazem prontuários, e necessitam realizar este trabalho em uma bancada em área que se mistura com a circulação. É a única bancada de trabalho existente na Casa de Parto e o local onde praticamente todos da área assistencial fazem suas anotações. A área possui poucas

condições de conforto, não possui refrigeração e está sob constante influência de pessoas que passa, falam, pedem informações, além dos sons das mulheres em trabalho de parto, tirando constantemente a atenção e concentração no trabalho ali realizado.

Figura 83– Bancada de anotações e prontuários



Fonte: Fotografias cedidas por Adriana Medeiros (2018)

Nota-se também a falta de uma área onde os trabalhadores das áreas não assistenciais possam descansar e ter privacidade nos intervalos de suas funções. As áreas eleitas para estas atividades são principalmente a copa e a área externa, no estacionamento de ambulância, onde podem assistir televisão, conversar ou realizar ali suas refeições, como alternativa à copa.

Figura 84– Bancada de anotações e prontuários



Fonte: imagem cedida por Adriana Medeiros (2018)

Figura 85– Cozinha/copa e refeitório compartilhados por todos os usuários



Fonte: fotografia da autora (2018)

Questões como a falta de manutenção e a necessidade de ampliação de setores da Casa de Parto para melhor atendimento ao seu público, são mencionados por participantes e não participantes da pesquisa em conversas informais durante as visitas, entendidos como resultantes 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.

Acessos: o item obteve junto aos participantes a média final de 4,33, sendo o item avaliado com a menor nota de todos os apresentados nos formulários de avaliação.

Em relação às prerrogativas da Cartilha da Ambiência, este item relaciona-se diretamente com as condições de confortabilidade.

Considerando-se os aspectos listados no item 2.3, interfere com os aspectos relativos ao controle, à percepção ambiental e cultura. As questões para pontuação neste item dos questionários da pesquisa de campo referem-se principalmente às condições de acesso, acessibilidade e segurança dos usuários. As condições de chegada e saída da Casa de Parto, considerando-se mulheres grávidas, ou que podem já estar em trabalho de parto, além de famílias com bebês recém-nascido, podem interferir diretamente na percepção dos clientes sobre a possibilidade de chegarem e saírem do local com segurança e facilidade. Não há transporte público que alcance diretamente a unidade de saúde, e a distância a ser percorrida entre a Casa de Parto e a via principal de acesso a ônibus ou à estação de trem mais próxima, só podem ser trilhadas a pé ou em transportes alternativos mais caros, tais como taxi ou veículos de aplicativos. Estas distâncias que já dificultariam o acesso de mulheres grávidas caminhando, principalmente no em dias de sol e calor comuns ao Rio de Janeiro, tornam-se quase impossíveis para uma grávida em trabalho de parto, exigindo condições de acesso por outros meios de transporte, aos quais nem todas as famílias podem ter opção de custear e utilizar.

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. A própria Casa de Parto, que funciona em regime de vinte e quatro horas, mantém as portas fechadas e trancadas no período noturno, e as grávidas que chegam durante a noite/madrugada, são recebidas pela enfermagem em companhia do segurança, para abrir o portão e dar acesso. Estas dificuldades de acesso e insegurança afetam não somente aos clientes, mas também aos profissionais e prestadores de serviço que atuam na unidade.

Figura 86– Entorno da Casa de Parto



Fotografias da autora (2018)

Estes dois pontos – distância e entorno – além de afetarem a percepção ambiental, gerando insegurança, afetam também a sensação de controle sobre a possibilidade de poder chegar até a Casa de Parto na hora do nascimento, para os clientes, e para execução

de seu trabalho, para os funcionários, sem a possibilidade de transtornos relacionados a transporte e segurança pública.

Em relação ao quesito acessibilidade, diretamente relacionado às instalações físicas da edificação, existem rampas de acesso nas portas principais, as demais instalações, entretanto, necessitariam de algumas intervenções e sinalização adequada, a fim de adequarem-se à normatização vigente.

Figura 87 – Rampa de acesso existente na entrada principal



Fotografias da autora (2018)

5.2 Avaliação dos dados - H.M. Maria Amélia Buarque de Hollanda

Participaram da pesquisa na Maternidade Maria Amélia, a quantidade total de 35 (trinta e cinco) pessoas, divididas em 16 (dezesesseis) pacientes, 9 (nove) acompanhantes e 10 (dez) funcionários. Além da aplicação do questionário com estes participantes, foi também realizada entrevista com o arquiteto Roberto Almendra, responsável pela fiscalização da construção da maternidade após o afastamento do autor do projeto, arquiteto Nelson Barroso.

A faixa etária de pacientes participantes da pesquisa na maternidade é bastante variada, constando de mulheres entre 19 e 38 anos. Dentre as dezesseis pacientes que responderam à pesquisa, apenas duas possuíam formação em curso universitário. Em sua maior parte, as mulheres eram acompanhadas no momento da pesquisa, por seus maridos/companheiros. Apesar da presença mais constante dos pais/companheiros no parto e pós-parto, não há restrições quanto ao acompanhante escolhido pelas mulheres na

Maternidade Maria Amélia durante o parto. As restrições tratam apenas do número de pessoas presentes durante o horário de visitas nas enfermarias compartilhadas.

Tabela 6 – Participantes da pesquisa de campo – HMMABH

| Hospital Maternidade Maria Amélia B. de Hollanda | | | | | | | |
|--|------------|-----------|----------|-----------|-------|----------------------|--------------------|
| dados dos entrevistados | | | | | | | |
| nome | data | P | A | F/O | idade | profissão | bairro |
| Paciente teste 1 | 15/10/2018 | 1 | | | | | |
| Acompanhante teste 2 | 15/10/2018 | | 1 | | | | |
| Paciente teste 2 | 15/10/2018 | 1 | | | | | |
| Roberto Almendra | 18/10/2018 | | | 1 | | arquiteto | |
| Paciente 1 | 31/10/2018 | 1 | | | 28 | dona de casa | Maré |
| Paciente 2 | 31/10/2018 | 1 | | | 27 | assistente social | Santa Tereza |
| Acompanhante 1 | 31/10/2018 | | 1 | | 33 | func. Público | Santa Tereza |
| Paciente 3 | 31/10/2018 | 1 | | | 27 | gerente loja | Tijuca |
| Acompanhante 2 | 31/10/2018 | | 1 | | 53 | aposentada | Tijuca |
| Paciente 4 | 31/10/2018 | 1 | | | 26 | agente comercial | Cascadura |
| Funcionária 1 | 11/11/2018 | | | 1 | | acadêmica enf. | |
| Funcionária 2 | 11/11/2018 | | | 1 | | enfermeira obs. | |
| Funcionária 3 | 11/11/2018 | | | 1 | | enfermeira | |
| Funcionária 4 | 11/11/2018 | | | 1 | | enf. Generalista | |
| Funcionária 5 | 11/11/2018 | | | 1 | | tec. Enferm. | |
| Funcionária 6 | 11/11/2018 | | | 1 | | enf. Generalista | |
| Funcionária 7 | 11/11/2018 | | | 1 | | tec. Enferm. | |
| Paciente 5 | 26/11/2018 | 1 | | | 38 | doméstica | Catumbi |
| Acompanhante 3 | 26/11/2018 | | 1 | | 41 | eletricista | Catumbi |
| Acompanhante 4 | 26/11/2018 | | 1 | | 42 | do lar | Ilha do Gov. |
| Paciente 6 | 26/11/2018 | 1 | | | 21 | do lar | Ilha do Gov. |
| Paciente 7 | 12/12/2018 | 1 | | | 19 | do lar | Andaraí |
| Paciente 8 | 12/12/2018 | 1 | | | 31 | assist. administr. | Manguinhos |
| Acompanhante 5 | 12/12/2018 | | 1 | | 30 | depiladora | Bonsucesso |
| Paciente 9 | 12/12/2018 | 1 | | | 23 | agente de atend. | Gamboa |
| Paciente 10 | 12/12/2018 | 1 | | | 34 | gerente de vendas | Rocinha |
| Paciente 11 | 12/12/2018 | 1 | | | 29 | do lar | Ilha de Paquetá |
| Paciente 12 | 12/12/2018 | 1 | | | 19 | estudante | Rio Comprido |
| Paciente 13 | 12/12/2018 | 1 | | | 32 | professora | Catumbi |
| Funcionária 8 | 12/12/2018 | | | 1 | | gerente de qualidade | |
| Funcionária 9 | 19/12/2018 | | | 1 | 33 | aux. Serv. Gerais | São João de Meriti |
| Acompanhante 6 | 19/12/2018 | | 1 | | 27 | armador de ferragens | Tijuca |
| Paciente 14 | 19/12/2018 | 1 | | | 22 | estudante | Bonsucesso |
| Acompanhante 7 | 19/12/2018 | | 1 | | 26 | aux. Serv. gerais | Bonsucesso |
| Paciente 15 | 19/12/2018 | 1 | | | 26 | do lar | Tijuca |
| Acompanhante 8 | 19/12/2018 | | 1 | | 20 | motoboy | Tijuca |
| Acompanhante 9 | 21/12/2018 | | 1 | | 27 | mecânico | Centro |
| Paciente 16 | 21/12/2018 | 1 | | | 36 | autônoma | Centro |
| Funcionária 10 | 21/12/2018 | | | 1 | | acadêmica de enf. | |
| Entrevistas realizadas | | 16 | 9 | 10 | | | |

Fonte: a autora

Quanto aos locais de origem das mulheres que responderam à pesquisa, em sua maior parte são mulheres referenciadas pela rede básica de saúde ou pacientes de pré-natal da própria casa de parto, porém, o fato da maternidade atender à demanda espontânea de mulheres em trabalho de parto ativo, faz com que a área de abrangência de

onde são provenientes estas pacientes, extrapole a AP 1.0, havendo pacientes de diversos bairros da cidade e até de outros municípios, como pode ser avaliado na figura 88. A escolha desta maternidade é orientada, portanto, por três fatores principais: regulação da rede básica de saúde, proximidade com a residência, porta aberta para realização de partos a termo. Além desses fatores, e também influenciado por eles, é interessante registrar que muitas mulheres, mesmo com pré-natal realizado na rede básica de suas regiões de moradia e referenciadas para as maternidades que atendem estas regiões, preferem dirigir-se à Maternidade Maria Amélia por não desejarem ter seus filhos nas maternidades para as quais foram referenciadas.

Figura 88– Proveniência das pacientes entrevistadas - HMMABH



Fonte: Adaptação da autora sobre mapa da Cidade do Rio de Janeiro disponível em: <http://2.bp.blogspot.com/-NQpvbsFaof0/UJZCqllvRDI/AAAAAAAAAECg/CjgHZvx2vco/s1600/Mapa+da+Cidade+do+Rio+de+Janeiro.jpg>

Apesar da procura pela maternidade, as entrevistas mostraram que grande parte das pacientes da maternidade não tem, antes do parto, esclarecimento sobre as condições e diferenças entre parto natural e parto normal. Foram inúmeros os questionamentos sobre a falta de analgesia durante o trabalho de parto/parto e, segundo algumas, da “demora” pela decisão médica em declinar do parto natural e realizar parto cesáreo. Este tipo de reclamação foi feito, em sua maior parte, por pacientes de demanda espontânea ou que realizaram pré-natal em outras unidades de saúde. As pacientes provenientes do

pré-natal da própria maternidade, em geral recebem esclarecimentos durante as oficinas oferecidas previamente.

Quanto aos funcionários participantes da pesquisa, em sua maioria são profissionais de enfermagem que trabalham diretamente no centro de parto normal e nas alas de internação. Todos os funcionários participantes são terceirizados, contratados pela Organização Social que administra atualmente a maternidade. Foi solicitada a participação de representantes do corpo clínico, mas não houve interesse ou concordância em responderem.

5.2.1 Compilação dos dados – avaliações dos usuários - HMMABH

A tabela 7 apresenta as notas individuais, atribuídas a cada um dos itens constantes dos formulários de avaliação, segundo a opinião de cada participante da pesquisa. Como pode ser visto nesta tabela, a maior parte dos aspectos avaliados na pesquisa de campo, para o HMMABH recebeu notas/avaliações muito diferenciadas entre os participantes para os diversos itens dos questionários. Ainda assim, em sua maior parte, as médias situaram-se entre a “pouca concordância” e/ou “difícil concordância”, com as afirmativas apresentadas, com índice de 44% (quarenta e quatro por cento) para cada nível de pontuação. Dentre os nove itens analisados, somente o que fala sobre a legibilidade do local obteve média acima de quatro, categorizando-se com uma “afirmação justa” e abrangendo 12% (doze por cento) das notas concedidas.

Tabela 7– Média de pontuação por categoria/participante – HMMABH

| Resultados das entrevistas AEDET - Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------|---------------------|---------------------|-----------------------|-------------------|-------------|--------------|-------------|
| entrevistas | privacidade /companhia /dignidade | vistas externas | natureza e ar livre | conforto e controle | legibilidade do lugar | aparência interna | instalações | funcionários | acessos |
| Paciente 1 | 2,88 | 3,13 | 4,00 | 3,00 | 2,57 | 1,73 | 1,70 | 0,00 | 1,30 |
| Paciente 2 | 2,88 | 3,25 | 3,00 | 1,33 | 3,57 | 3,57 | 3,30 | 0,00 | 2,90 |
| Acompanhante 1 | 3,25 | 2,63 | 3,00 | 1,33 | 3,57 | 3,55 | 3,10 | 0,00 | 3,00 |
| Paciente 4 | 3,50 | 2,88 | 3,00 | 2,78 | 5,14 | 2,45 | 3,40 | 0,00 | 4,10 |
| Paciente 3 | 2,88 | 3,25 | 3,00 | 1,33 | 3,57 | 3,09 | 3,30 | 0,00 | 2,90 |
| Acompanhante 2 | 2,88 | 3,25 | 3,00 | 1,33 | 3,57 | 3,09 | 3,30 | 0,00 | 2,90 |
| Paciente 5 | 2,88 | 3,50 | 5,00 | 2,00 | 3,86 | 2,36 | 2,00 | 0,00 | 2,90 |
| Acompanhante 3 | 2,88 | 3,25 | 5,00 | 2,00 | 4,43 | 2,36 | 2,00 | 0,00 | 2,90 |
| Acompanhante 4 | 1,63 | 3,75 | 3,40 | 3,11 | 2,86 | 3,27 | 2,00 | 0,00 | 3,90 |
| Paciente 6 | 1,63 | 3,75 | 3,40 | 3,11 | 2,86 | 3,27 | 2,00 | 0,00 | 3,30 |
| Paciente 7 | 2,88 | 6,00 | 5,00 | 4,33 | 5,00 | 2,55 | 3,40 | 0,00 | 2,10 |
| Funcionária 6 | 4,00 | 2,50 | 1,00 | 2,22 | 4,57 | 2,18 | 3,00 | 3,13 | 3,90 |
| Funcionária 10 | 1,38 | 2,75 | 0,60 | 2,78 | 2,71 | 2,82 | 3,40 | 2,75 | 3,70 |
| Funcionária 7 | 4,00 | 2,50 | 1,00 | 2,89 | 5,00 | 2,27 | 2,80 | 3,75 | 3,30 |
| Funcionária 5 | 4,00 | 2,50 | 1,00 | 2,22 | 4,57 | 2,18 | 3,00 | 4,00 | 3,90 |
| Funcionária 4 | 2,88 | 2,13 | 1,00 | 2,44 | 4,71 | 2,55 | 2,40 | 3,75 | 4,00 |
| Funcionária 1 | 2,00 | 2,50 | 1,00 | 2,22 | 4,43 | 2,18 | 3,00 | 2,38 | 3,90 |
| Funcionária 2 | 1,50 | 2,13 | 1,00 | 2,67 | 4,43 | 2,18 | 3,00 | 1,50 | 3,50 |
| Funcionária 3 | 3,38 | 2,50 | 1,00 | 2,22 | 4,57 | 2,18 | 2,80 | 2,38 | 3,20 |
| Funcionária 8 | 1,88 | 2,88 | 3,00 | 1,11 | 4,00 | 2,18 | 2,50 | 3,00 | 2,90 |
| Paciente 11 | 4,50 | 5,88 | 5,00 | 3,67 | 6,00 | 3,18 | 3,50 | 0,00 | 4,90 |
| Paciente 12 | 4,50 | 5,88 | 5,00 | 3,89 | 6,00 | 3,18 | 3,50 | 0,00 | 4,90 |
| Paciente 13 | 2,00 | 5,88 | 5,00 | 3,78 | 6,00 | 3,18 | 3,60 | 0,00 | 4,90 |
| Paciente 10 | 4,00 | 5,88 | 5,00 | 4,00 | 6,00 | 3,18 | 3,50 | 0,00 | 4,90 |
| Paciente 14 | 4,25 | 4,75 | 3,80 | 4,00 | 5,14 | 3,82 | 3,40 | 0,00 | 3,10 |
| Paciente 15 | 6,00 | 5,25 | 3,00 | 3,22 | 4,71 | 4,36 | 3,50 | 0,00 | 4,20 |
| Acompanhante 8 | 6,00 | 5,25 | 3,00 | 3,22 | 4,71 | 4,36 | 3,50 | 0,00 | 3,60 |
| Funcionária 9 | 2,50 | 5,50 | 5,00 | 0,67 | 4,29 | 3,55 | 2,50 | 2,63 | 3,70 |
| Acompanhante 6 | 4,75 | 6,00 | 5,40 | 5,78 | 5,86 | 4,09 | 4,30 | 0,00 | 4,30 |
| Acompanhante 7 | 3,00 | 4,75 | 3,80 | 4,00 | 5,14 | 3,82 | 3,10 | 0,00 | 3,10 |
| Acompanhante 5 | 2,88 | 4,00 | 3,80 | 2,67 | 4,00 | 2,45 | 2,30 | 0,00 | 3,60 |
| Paciente 8 | 2,38 | 2,75 | 1,80 | 2,56 | 3,14 | 2,45 | 2,00 | 0,00 | 3,10 |
| Paciente 16 | 2,25 | 3,38 | 2,20 | 2,89 | 4,29 | 2,55 | 2,80 | 0,00 | 4,90 |
| Paciente 9 | 4,00 | 2,38 | 3,00 | 3,33 | 5,43 | 2,36 | 2,70 | 0,00 | 4,30 |
| Acompanhante 9 | 2,25 | 3,38 | 2,20 | 2,89 | 4,29 | 3,45 | 2,80 | 0,00 | 4,90 |
| somatório das médias | 110,38 | 131,88 | 108,40 | 97,00 | 155,00 | 102,03 | 102,40 | 29,25 | 126,90 |
| total de entrevistas | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 10 | 35 |
| média total | 3,15 | 3,77 | 3,10 | 2,77 | 4,43 | 2,92 | 2,93 | 2,93 | 3,63 |

| Legenda original: | Legenda explicada: | nota |
|------------------------|-----------------------|------|
| Concordância total | É exatamente assim | 6 |
| Forte concordância | Tem muito disso | 5 |
| Afirmção justa | Tem um pouco disso | 4 |
| Pouca Concordância | Tem potencial, mas... | 3 |
| Difícil concordância | Difícil de acontecer | 2 |
| Discorda completamente | Dejeito nenhum | 1 |
| Impossível marcar | Não sabe responder | 0 |

Fonte: a autora

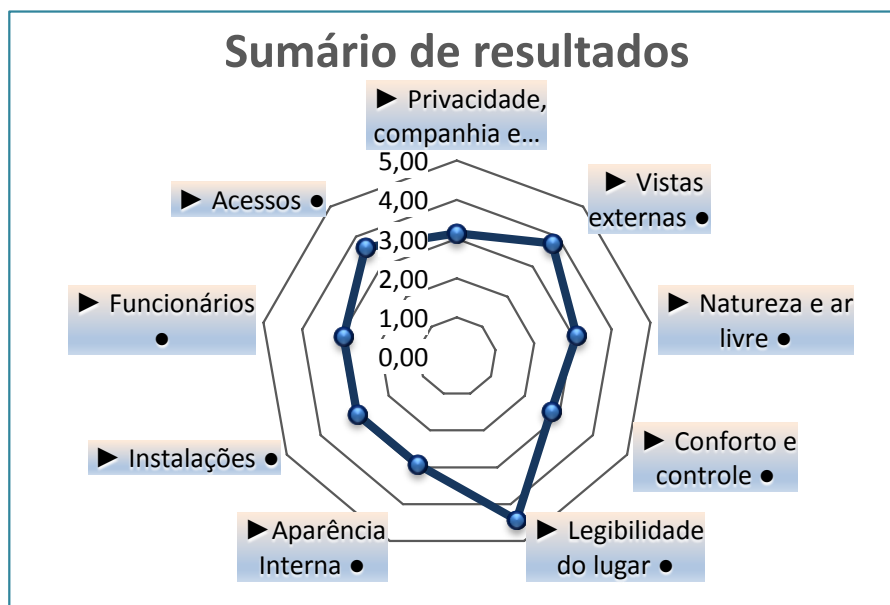
A média final da pontuação, considerando-se a totalidade das notas em relação ao número de participantes e suas respectivas pontuações, apresenta-se conforme a tabela 7, demonstrada no Gráfico 2, que apresenta o sumário dos resultados obtidos:

Tabela 8– Sumário dos resultados por categoria – HMMABH

| local | | | | | | |
|---|--------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda - Rio de Janeiro | | | | | | |
| Sumário de resultados | | | | | | |
| A: | ▶ Privacidade, companhia e dignidade | | | | | ● 3,15 |
| B: | ▶ Vistas externas | | | | | ● 3,77 |
| C: | ▶ Natureza e ar livre | | | | | ● 3,10 |
| D: | ▶ Conforto e controle | | | | | ● 2,77 |
| E: | ▶ Legibilidade do lugar | | | | | ● 4,43 |
| F: | ▶ Aparência Interna | | | | | ● 2,92 |
| G: | ▶ Instalações | | | | | ● 2,93 |
| H: | ▶ Funcionários | | | | | ● 2,93 |
| I: | ▶ Acessos | | | | | ● 3,63 |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | 6 | | | | |

Adaptado de DH States and Facilities (2008)

Gráfico 2– Resultados por categoria – H. Maternidade Maria Amélia B. de Hollanda.



Fonte: a autora

Considerando-se o desvio padrão para cálculo dos resultados das entrevistas realizadas com as planilhas do ASPECT, obtemos os seguintes resultados.

Tabela 9 – Média de pontuação por categoria/participante observando o desvio padrão

HM Maria Amélia

| item | média | média + DP | média - DP |
|--|--------------|-------------------|-------------------|
| privacidade/companhia/dignidade | 3,15 | 4,29 | 2,01 |
| vistas externas | 3,77 | 5,07 | 2,47 |
| natureza e ar livre | 3,10 | 4,58 | 1,61 |
| conforto e controle | 2,77 | 3,82 | 1,73 |
| legibilidade do lugar | 4,42 | 5,31 | 3,54 |
| aparência interna | 2,92 | 3,60 | 2,23 |
| instalações | 2,93 | 3,52 | 2,33 |
| funcionários | 2,93 | 3,65 | 2,20 |
| acessos | 3,63 | 4,46 | 2,79 |

| Legenda original: | Legenda explicada: | nota |
|--------------------------|---------------------------|-------------|
| Concordância total | É exatamente assim | 6 |
| Forte concordância | Tem muito disso | 5 |
| Afirmção justa | Tem um pouco disso | 4 |
| Pouca Concordância | Tem potencial, mas... | 3 |
| Difícil concordância | Difícil de acontecer | 2 |
| Discorda completamente | Dejeito nenhum | 1 |
| Impossível marcar | Não sabe responder | 0 |

Fonte: a autora

Na prática, a avaliação do desvio padrão (DP+) somado à média, mostra que os itens relativos às vistas externas e legibilidade do lugar situam-se na zona de resposta correspondente a atender em grande parte (forte concordância) às afirmativas dos questionários de referência. Os itens relativos à privacidade/companhia/dignidade, natureza e ar livre e acessos são avaliados dentro do campo das afirmações justas em relação às afirmativas dos formulários. Os itens relativos ao conforto e controle, aparência interna, instalações e avaliação dos funcionários obtêm pouca concordância em relação às afirmativas apresentadas. Considerando-se o desvio padrão subtraído à média (DP-), somente o item legibilidade do lugar obtém uma pontuação de pouca concordância em relação às afirmativas, todos os demais são considerados de difícil concordância ou discordância completa pelos respondentes.

5.2.2 Dados obtidos no levantamento de campo x Cartilha da Ambiência x Aspectos da Ambiência considerados para a pesquisa- HMMABH.

São consideradas em seguida, as médias de pontuação obtidas por cada um dos itens relacionados nos formulários do levantamento de campo, relacionadas às prerrogativas consideradas pela cartilha da Ambiência apresentadas no item 2.2.1 e aos aspectos da ambiência considerados no item 2.3. Estes itens são relacionados a partir da conceituação estabelecida nos itens mencionados em conjunto com as observações efetuadas pela pesquisadora durante a aplicação dos formulários de pontuação junto aos participantes.

Privacidade, companhia e dignidade: o item obteve junto aos participantes a média final de 3,15, demonstrando que pacientes, acompanhantes e funcionários percebem que alguns aspectos relacionados a estes itens necessitam ser mais bem atendidos pelas instalações físicas projetadas para Maternidade Maria Amélia.

Em relação às prerrogativas da Cartilha da Ambiência, este item relaciona-se diretamente com as condições de confortabilidade relacionados à privacidade e individualidade dos usuários.

Em relação aos aspectos da ambiência listados no item 2.3, que podem ser considerados e relacionados também, como elementos de interferência na percepção dos usuários e sua relação com os espaços, todos os itens podem ser relacionados. Na Maternidade Maria Amélia, as questões relativas à delimitação do espaço pessoal e privacidade, principalmente nas enfermarias compartilhadas, necessitam de atenção e soluções que proporcionem maior conforto às mulheres e seus acompanhantes, aumentando também a possibilidade de percepção de controle e territorialidade no ambiente.

Tratando-se do Centro de Parto Normal, dados o número e a tipologia de atendimento realizado, em função das dimensões quantidade destas instalações, os quartos PPP disponíveis atendem basicamente aos períodos de parto a termo, ao parto propriamente e à primeira hora do período pós-parto. O CPN possui uma área de recuperação para as mulheres ainda não alojadas em enfermarias após o parto – muitas vezes não há leitos disponíveis – quando há necessidade de liberação dos quartos PPP para outras pacientes. O quarto PPP, portanto, nesta unidade de saúde, não é utilizado pelas mulheres durante toda a sua internação, impossibilitando uma de suas funções, que é proporcionar privacidade às mulheres e seus familiares também ao longo do período pós-parto.

As pacientes internadas no pré-parto ou pós-parto contam com a estrutura de enfermarias com quatro leitos, que dispõem de banheiros individuais e poltronas para acomodar o acompanhante, limitado a uma pessoa por gestante. As visitas são limitadas a três pessoas por vez, com a possibilidade de revezamento, durante o horário estabelecido. O ambiente compartilhado direciona a necessidade de limitar o número de pessoas externas ao ambiente, a fim de limitar, o ruído, o incomodo, a exposição, o descanso e a recuperação para as mães e seus bebês, interferindo diretamente com aspectos como privacidade, conforto e controle percebidos.

Figura 89– Enfermarias compartilhadas – HMMABH



Fotografias da autora (2018)

A disposição dos quartos nas enfermarias, distribuídos em um layout que forma quatro lugares distintos nas extremidades dos compartimentos, colabora possibilidade de apropriação, uma vez que direciona para territórios separados dentro do mesmo ambiente, pertencentes a cada uma das famílias ocupantes. Esta percepção de território, por sua vez, pode incentivar sensações de proximidade e intimidade, ainda que parcial, entre os membros das famílias, traduzindo-se por percepção de privacidade e apropriação do espaço pessoal.

Ainda assim, a falta de equipamentos para delimitação destes miniterritórios, ainda que apenas pelo visual, traz consigo sensações de exposição, principalmente para as mulheres, em função da necessidade da execução de exames e procedimentos que demandam privacidade e podem constranger se realizados na presença de outras pessoas, ainda que sejam outras pacientes. A solução adotada atualmente para a realização destes

procedimentos, na maternidade, é à saída dos acompanhantes homens do quarto até sua finalização, o que não minimiza o desconforto de que sejam realizados na frente de pessoas estranhas e causa desconforto aos acompanhantes. Esta exposição, bem como a falta de delimitação de algum espaço pessoal, mesmo com a ciência de estar em uma área compartilhada, ocasiona nas pacientes e seus acompanhantes sensações de insegurança e falta de controle sobre si e sobre o ambiente, além de impedir a formação da territorialidade e interferir na percepção ambiental.

Ainda que muito bem cuidadas e com o fornecimento de equipamentos tais como mesinhas de apoio, berço, cômoda e poltrona para o acompanhante, a possibilidade de estabelecimento de identidade, apropriação e territorialidade é limitada, uma vez que não há uma forma efetiva de delimitação espacial. As cômodas são pequenas e sem possibilidade de tranca, não acomodando completamente nem com segurança os pertences trazidos pelas mulheres e as bolsas, geralmente volumosas, com seus itens pessoais e de seus bebês, que acabam espalhados também sobre a poltrona do acompanhante ou pelo chão.

Figura 90– Equipamentos de apoio para pacientes e acompanhantes



Fotografias da autora (2018)

A convivência em enfermarias compartilhadas, ainda que aconteça de forma harmoniosa entre as pacientes e acompanhantes, gera desconfortos óbvios em relação à falta de privacidade, a partilhar o ambiente com estranhos, no que deveria ser uma ocasião familiar e íntima, à execução dos procedimentos médicos inerentes e ao controle do ambiente. Outro elemento de nota é a impossibilidade de trazer consigo ou captar no ambiente referências pessoais, uma vez que, ainda que bem cuidado e com tentativas de ambientação com tema infantil, o ambiente remete diretamente ao espaço hospitalar. O conjunto destes elementos interfere diretamente na percepção espacial, fazendo com que as enfermarias sejam ambientes convenientes ao serviço prestado, mas que dificilmente irão gerar sensações de apropriação e identificação aos seus usuários.

Vistas externas: o item obteve junto aos participantes a média final de 3,77, demonstrando que pacientes, acompanhantes e funcionários percebem que alguns aspectos relacionados a estes itens não atendem ao que seria considerado adequado.

Em relação às prerrogativas da Cartilha da Ambiência, este item relaciona-se diretamente com as condições de confortabilidade e à visão do espaço como facilitador do processo de trabalho.

Em relação aos aspectos considerados no item 2.3, interfere com os aspectos relativos à privacidade, ao controle e à percepção ambiental. As enfermarias situadas nas laterais possuem uma janela de maior porte, permitindo acesso limitado à visão das áreas externas. Aquelas localizadas nas enfermarias das extremidades apenas possuem aberturas através de janelas tipo basculantes situadas em altura que não facilita o acesso. Tanto as janelas quanto as portas precisam ser mantidas fechadas em função da refrigeração central existente na unidade de saúde, ainda assim algumas das básculas são abertas pelos pacientes, a fim de minimizar o frio do ar condicionado. O principal meio de acesso ao exterior da edificação se dá através das varandas externas, localizadas no segundo e terceiro pavimentos.

A necessidade de isolar-se, ainda que parcialmente, ou de ter conversas privadas é suprida nas enfermarias compartilhadas somente pela possibilidade de acesso à ampla varanda situada nas laterais da edificação. As pacientes e seus acompanhantes podem locomover-se durante todo o tempo para estas varandas, havendo inclusive acesso direto por cada uma das enfermarias. O que pode ser percebido nas visitas, entretanto, é o pouco uso feito do espaço por pacientes, sendo mais comum a presença de acompanhantes e funcionários.

Figura 91– Janelas das enfermarias

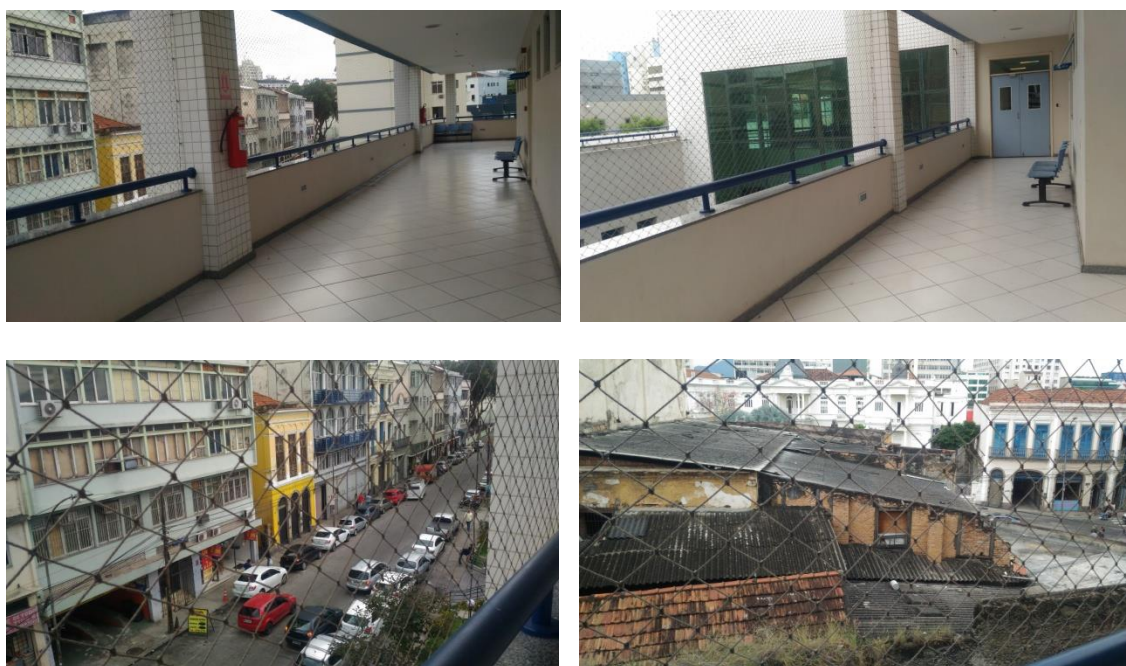


Fotografias da autora (2018)

Os funcionários que realizam atividades de apoio procuram as áreas localizadas no fundo do prédio, pouquíssimo frequentadas em função da distribuição das enfermarias pela área lateral direita, para descansar durante seus períodos de folga, uma vez que não há área específica para que o façam nas instalações do hospital. Os acompanhantes as procuram para isolar-se um pouco do ambiente e da convivência no interior da enfermaria ou para liberar a área quando há necessidade de atendimento médico das mulheres internadas.

As varandas, apesar de terem uma função importante para esta tipologia de alojamento, neste caso terminam por serem subutilizadas em função do calor, do ruído dos carros e da paisagem pouco interessante e até um pouco agressiva que há no entorno, uma vez que não há nenhum tipo de elemento para proteção visual e/ou acústica para os usuários que ali permanecem.

Figura 92 – Varanda externa e vista do entorno – HMMABH



Fotografias da autora (2018)

No que se refere à iluminação natural, esta também é bastante limitada no interior das enfermarias e no centro de parto normal, uma vez que se dá somente pelas janelas tipo basculantes localizadas no alto das paredes e revestidas com película de tom escuro. Nas áreas comuns localizadas em frente à fachada principal, entretanto, tais como a recepção e os halls de elevadores, há enorme incidência de iluminação natural, proveniente do grande pano de vidro instalado nesta fachada. Infelizmente estas áreas, excetuando-se a recepção no pavimento térreo, servem basicamente de passagem e transição, sendo subaproveitadas para a convivência de pacientes, acompanhantes e funcionários, ainda que isto demandasse ao hospital tomar cuidados determinados em relação à segurança e ao trânsito de pessoas por tais áreas.

Figura 93 – Hall de elevadores do 2º e 3º pavimentos – HMMABH



Fotografias da autora (2018)

Natureza e ar livre: o item obteve junto aos participantes a média final de 3,10, demonstrando que pacientes, acompanhantes e funcionários não se sentem bem atendidos neste quesito através das instalações fornecidas pelo hospital.

Em relação às prerrogativas da Cartilha da Ambiência, este item relaciona-se diretamente com as condições de confortabilidade e à visão do espaço como facilitador do processo de trabalho, na medida em que trata das condições de conforto de pacientes e funcionários, relacionando-se diretamente ao item b, relativo às vistas externas.

Em relação aos aspectos considerados no item 2.3, interfere também com os aspectos relativos ao controle e à percepção ambiental. Ainda que os usuários possuam livre acesso às varandas externas do hospital, e que minimamente exista haja área verde tratada, esta área se localiza principalmente na entrada principal do hospital. Há alguma vegetação na área lateral e de fundos, mas são apenas árvores esparsas e arbustos que crescem aleatoriamente. Mesmo esta vegetação existente é de difícil percepção e nenhum acesso aos usuários através das varandas, em função da posição destas em relação à localização das áreas verdes. Ainda que a possibilidade de acesso ao meio externo auxilie na sensação de controle e variação de ambientes onde possam permanecer, este item é pouco percebido pelos usuários do HMMABH.

Figura 94 – Área externa – jardins



Fotografias da autora (2018)

Conforto e Controle: o item obteve junto aos participantes a média final de 2,77, demonstrando que pacientes, acompanhantes e funcionários acompanhantes e funcionários não se sentem bem atendidos neste quesito através das instalações fornecidas pelo hospital.

Em relação às prerrogativas da Cartilha da Ambiência, este item relaciona-se diretamente com as condições de confortabilidade, à visão do espaço como facilitador do processo de trabalho e à apropriação através da aplicação do conhecimento e experiência dos profissionais.

Em relação aos aspectos considerados no item 2.3, interfere com todos os aspectos da ambiência considerados como influenciadores da percepção sobre os ambientes. A impossibilidade de permanência em um espaço privado durante o período de permanência na maternidade após o parto interfere diretamente na percepção de aspectos que influenciam diretamente sobre a identificação e apropriação do espaço, controle e confortabilidade por pacientes e acompanhantes.

Os quartos PPP da maternidade pouco se diferenciam, na aparência, das salas de parto tradicionais, com aspecto estritamente hospitalar, camas PPP dominando o ambiente, portas com aberturas dando visão direta para estas camas, nenhum equipamento para metodologias de partos alternativos à vista das pacientes, o que praticamente direciona para o parto deitado tradicional, nenhuma área de cuidados imediatos ao bebê, o que implica em sua separação da mãe após o parto para avaliação e cuidados, se necessários.

Figura 95 – Quarto PPP – HMMABH



Fotografias da autora (2018)

Nas enfermarias, os pacientes e acompanhantes da maternidade não possuem nenhum tipo de controle ou interferência sobre a incidência de luz externa nos ambientes, uma vez que não há elementos de proteção que sejam manipuláveis; o ar condicionado central não permite a adequação da temperatura ao que seria adequado a cada um ou ao todo, sendo comum o travamento de portas para aumentar a temperatura muito baixa dentro das enfermarias; a iluminação interna das enfermarias, durante o dia só tem as opções totalmente acesas ou totalmente apagadas. Durante a noite podem ser utilizadas luminárias tipo abajur, localizadas na parede atrás das camas. É o mínimo de controle e conforto oferecido para controle da iluminação, de forma a não incomodar aos demais caso haja necessidade de iluminação à noite por alguma das mães. Se a necessidade for de ordem médica emergencial, as luzes serão acesas, mesmo havendo outras pessoas na enfermaria.

Se faltam itens de controle sobre os aspectos práticos do ambiente conformação dos ambientes, tais como acender ou apagar luzes, abrir ou fechar janelas, regular a temperatura do ar condicionado, vale mencionar que dois itens primordiais sobre a sensação de conforto, apoio e segurança proporcionado às mulheres são atendidos plenamente pela Maternidade Maria Amélia. O primeiro refere-se à presença irrestrita do acompanhante de sua escolha. O segundo refere-se à possibilidade de utilizarem outras posições de parto que não a convencional, caso seja possível. Neste segundo item são de fundamental importância a presença e participação da enfermagem obstétrica, que atua de forma a dar opção de escolha e assistência qualificada aos partos normais e naturais realizados na maternidade. Novamente, esta possibilidade interfere diretamente com as sensações de segurança, controle, preservação de identidade e respeito sentidos não somente pela mulher, mas também por quem a acompanhante.

Ainda que haja esta atuação qualificada da equipe assistencial e sejam dadas informações prévias, para esclarecimento às mulheres e acompanhantes sobre o parto natural, incentivado na Maternidade Maria Amélia, durante as visitas foram ouvidos questionamentos sobre o tempo de trabalho de parto, a não intervenção com medicamentos e a postura de alguns profissionais em relação às queixas das mulheres durante o parto. Estes fatos vêm de encontro à colocação da enfermagem sobre o desconhecimento das mulheres sobre o parto natural, bem como da elaboração de planos de parto com solicitações que não podem ser cumpridos em função da condição de saúde das mulheres, ou ainda daquelas que “desejam” partos cesáreos ainda que não haja indicação médica e não seja esta a política e protocolo de atuação na maternidade. Muitos destes questionamentos, segundo a enfermagem, são decorrentes do atendimento de porta aberta ou da falta de esclarecimento suficiente nas unidades de proveniência.

Estes fatores, aliados àqueles ligados diretamente aos ambientes e sua conformação e configuração, interfere na sensação de bem estar físico e emocional das mulheres e seus acompanhantes, influenciando negativamente na percepção e avaliação dos espaços que, mesmo bem cuidados, organizados e com instalações de qualidade não conseguem minimizar sensações de desconforto, falta de controle pessoal e do ambiente, invasão de seu espaço e decisões pessoais, insegurança total falta de identificação com a estrutura física instalada.

Legibilidade do lugar: o item obteve junto aos participantes a média final de 4,43, demonstrando que pacientes, acompanhantes e funcionários reconhecem ser um aspecto que concordam ser bem atendido pela Maternidade Maria Amélia.

Em relação às prerrogativas da Cartilha da Ambiência, este item relaciona-se diretamente com as condições de confortabilidade, à visão do espaço como facilitador do processo de trabalho e à apropriação através da aplicação do conhecimento e experiência dos profissionais.

No que se refere aos aspectos considerados no item 2.3, relaciona-se principalmente àqueles relacionados 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.

A Maternidade Maria Amélia, por suas dimensões e diversidade de serviços prestados, tem como suporte na legibilidade o sistema de sinalização utilizado no direcionamento dos usuários para os diversos setores. A sinalização se torna ainda mais necessária, uma vez que não há muita diversidade nos materiais de revestimento e acabamento aplicados nos pavimentos e setores, o que poderia dificultar a identificação correta em relação à hierarquia lógica dos compartimentos.

O local de chegada e entrada na maternidade é óbvio e a setorização dos serviços permite boa orientação para o acesso aos diversos pavimentos e serviços neles prestados. Esta orientação recebe ainda o auxílio dos profissionais de recepção e segurança no pavimento térreo, bem como pelo acesso direcionado pelo sistema de elevadores existentes na recepção. Já para a saída, podem ser encontradas dificuldades caso haja necessidade de escape emergencial e acesso pelas escadas, uma vez que não há sinalização contra incêndio e pânico adequada mostrando como sair caso não possam ser utilizados os elevadores.

Figura 96 – Sinalização e programação visual – HMMABH



Fotografias da autora (2018)

Figura 97 – Sinalização e programação visual – HMMABH



Fotografias da autora (2018)

Um dos itens deste quesito que obteve baixa pontuação foi o que trata de haver diferentes identidades nos diferentes lugares da edificação, entendendo-se essa identidade como diferenciadas por cores, acabamentos e texturas, por exemplo. Na maternidade foram utilizados materiais de acabamento e revestimento, cores e linguagem extremamente similares em todos os pavimentos e serviços, o que tornaria difícil identificar locais e serviços diferenciados caso não houvesse auxílio da sinalização.

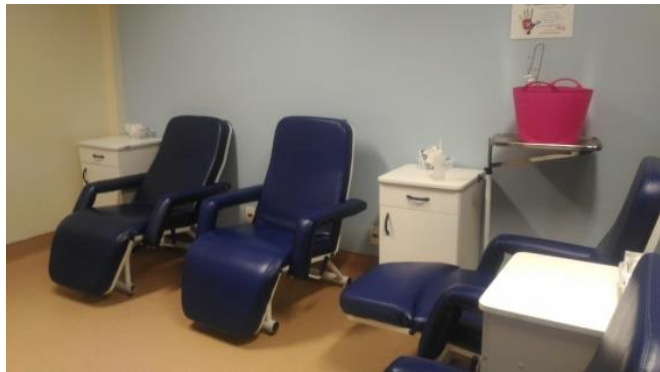
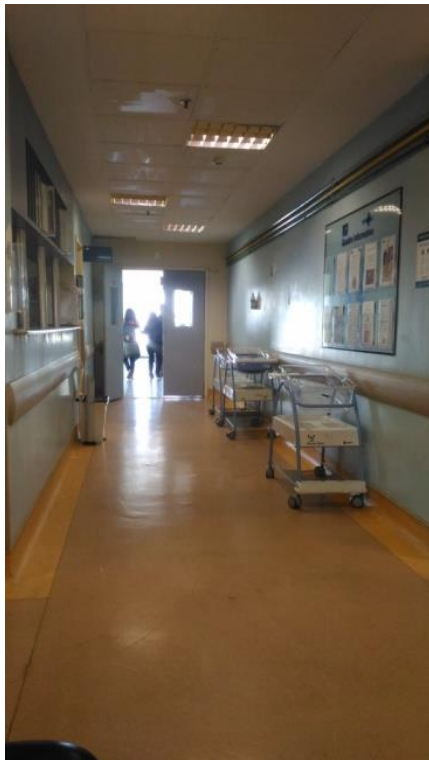
Aparência interna: o item obteve junto aos participantes a média final de 2,92, demonstrando que a avaliação de pacientes, acompanhantes e funcionários sobre os itens considerados e sua existência na maternidade, denota que estes são atendidos de forma insuficiente ou não são atendidos.

Em relação às prerrogativas da Cartilha da Ambiência, este item relaciona-se diretamente com as condições de confortabilidade, à visão do espaço como facilitador do processo de trabalho e à apropriação através da aplicação do conhecimento e experiência dos profissionais.

No que se refere aos aspectos considerados no item 2.3, relaciona-se principalmente àqueles relacionados ao espaço pessoal, à privacidade, à apropriação e identidade, ao controle, à percepção ambiental e à cultura. Conforme mencionado para a avaliação da Casa de Parto, o item se refere à interpretação dos ambientes influenciada pelo gosto pessoal, experiência, história e preferências dos usuários. A primeira afirmativa do questionário que trata da aparência interna é de que esta poderia remeter a ambientes

caseiros e reconhecíveis, o que definitivamente não ocorre na Maternidade Maria Amélia, por tratar-se de um ambiente hospitalar tradicional. Outro item fala sobre a possibilidade de ter e exibir objetos pessoais durante os períodos de internação, o que também é extremamente dificultado pela estadia em enfermarias compartilhadas e sem elementos voltados a dar privacidade aos pacientes e acompanhantes. A resposta negativa a estes itens denota dificuldade quanto à possibilidade de identificação e apropriação com os ambientes, bem como dificuldades em delimitar e manter seu espaço pessoal, afetando também a sensação de segurança, controle e privacidade.

Figura 98– Aparência interna – ambientação



Outras questões são relativas ao interior parecer leve e



arejado, limpo e bem cuidado, onde a maternidade é relativamente interior variedade de plantas e tetos projetados com elementos interessantes, itens com pontuação negativa. Um último

Fotografias da autora (2018)

bem pontuada; ao apresentar cores e texturas, objetos de arte e

item merece menção, pois trata da adequação dos pisos utilizados, mais especificamente nas enfermarias. Muitas pacientes pontuaram negativamente por terem constatado que os pisos eram escorregadios quando molhados. Como os pisos em questão são mantas vinílicas, altamente utilizados e muito recomendados em ambientes similares, concluiu-se que o problema poderia ser proveniente da manutenção utilizada no material, porém para as pacientes que pontuaram negativamente, um piso que constataram escorregadios traz sensação de insegurança em relação ao ambiente.

Instalações: o item obteve junto aos participantes a média final de 2,93, demonstrando que a avaliação de pacientes, acompanhantes e funcionários sobre os itens considerados e sua existência na maternidade, denota que estes são atendidos de forma insuficiente ou não são atendidos.

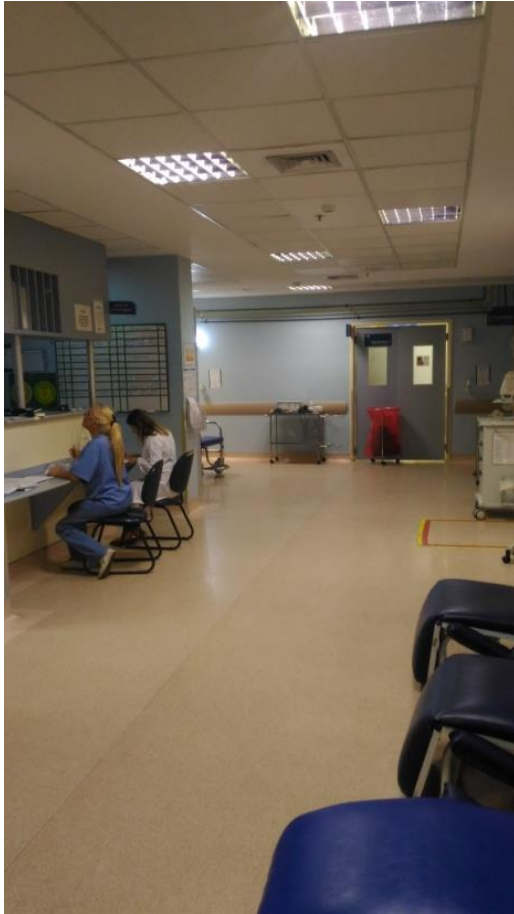
Em relação às prerrogativas da Cartilha da Ambiência, este item relaciona-se diretamente com as condições de confortabilidade encontradas na unidade de saúde.

No que se refere aos aspectos considerados no item 2.3, relaciona-se principalmente àqueles relacionados à percepção ambiental e à cultura. Os itens mencionados nos formulários de pontuação são direcionados para as comodidades em geral, oferecidas aos clientes e as condições de segurança e conforto encontrados nos banheiros. Sobre os itens apontados nos formulários da pesquisa de campo que tratam da possibilidade de acompanhantes e visitantes poder obter bebidas e lanches através de máquinas automáticas ou em locais do próprio hospital, apenas no pavimento térreo, na área de recepção, existem máquinas deste tipo, o que obriga os usuários em geral a deslocarem-se até esta área caso desejem comer ou beber algo fora das refeições fornecidas aos acompanhantes e funcionários. No espaço dedicado às pacientes o único equipamento de conforto é a cadeira destinada aos acompanhantes, se desejarem reunir-se com familiares ou visitantes sem que todos fiquem de pé, a única alternativa são as cadeiras tipo longarinas instaladas na varanda.

Tratando-se de espaços para reunião, confraternização ou para exercício de ritos ligados à sua religião, tais como uma capela ecumênica, não há ambientes projetados exclusivamente para tais fins. As reuniões e confraternizações organizadas pela maternidade acontecem no auditório ou na sala de grupos, mas sempre por iniciativa da administração, o que atende às necessidades da maternidade. Porém, uma área destinada ao recolhimento, orações e manifestações similares é vista como interessante pelas pacientes e acompanhantes, que não se sentem à vontade para exercer estas manifestações nas áreas compartilhadas com outras pessoas.

Ainda referindo-se à segurança e conforto, e afetando a percepção sobre os ambientes, devem ser mencionados os banheiros de uma forma geral. Os banheiros existentes no centro de parto normal dividem-se em duas categorias, os privados existentes nos quartos PPP e aqueles destinados às mulheres em pré-parto, ainda não instaladas nestes quartos. Estas mulheres permanecem na área externa aos quartos PPP, considerada como área de deambulação, ocupada por poltronas onde as mulheres aguardam a vez de ir para o quarto PPP ou para o centro cirúrgico obstétrico.

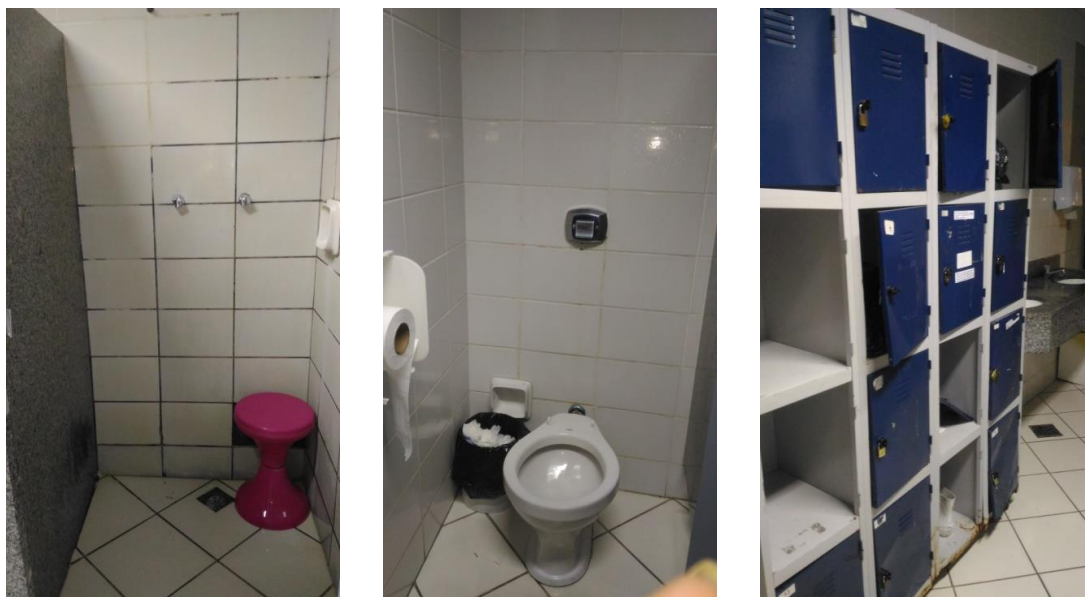
Figura 99– Área de deambulação – CPN



Fotografias da autora (2018)

Para as mulheres em trabalho de parto, que ainda estejam fora dos quartos PPP e do CCO, não foram projetados banheiros específicos, os quais possam utilizar durante esta espera. Foi a elas designado, então, um dos ambientes que serviriam como vestiário de barreira para o centro cirúrgico, a fim de possam ser utilizados os sanitários e chuveiros. Estes banheiros além de não contarem com equipamentos de segurança, conforto e privacidade para as mulheres, são ainda divididos com os armários destinados aos armários para guarda de pertences da equipe de limpeza, tornando a área inadequada de formas diferenciadas para o fim a que se destina atualmente.

Figura 100– Banheiro da área de deambulação compartilhando espaço com armários da equipe de limpeza – CPN



Fotografias da autora (2018)

Os banheiros dos quartos PPP possuem dimensionamento e organização espacial considerados adequados, mas pecam pela falta de equipamentos de suporte, apoio e segurança para as mulheres em trabalho de parto, além da necessidade de manutenção com o aspecto de limpeza e com os equipamentos, repetindo a situação, em menor escala, do banheiro utilizado na área de deambulação.

Figura 101– Banheiro do quarto PPP – CPN



Fotografias da autora (2018)

Figura 102– Banheiro do quarto PPP – CPN

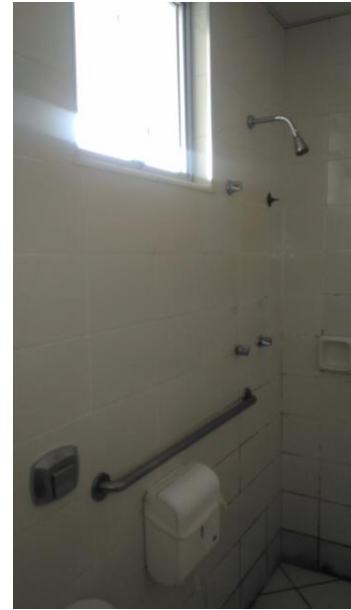
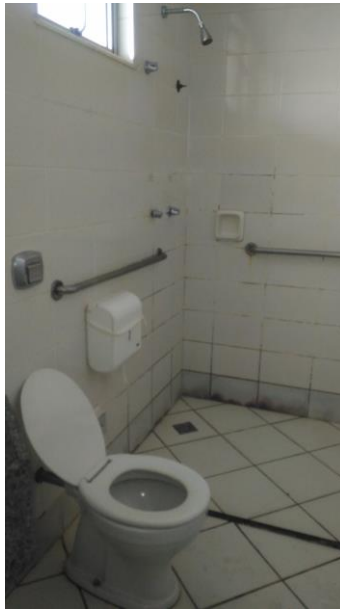


Fotografias da autora (2018)

No que se refere aos banheiros existentes nas enfermarias compartilhadas, o dimensionamento, posicionamento e distribuição interna também são considerados adequados, porém é mencionada a falta de equipamentos para o conforto das mulheres na utilização, tais como, por exemplo, prateleiras para colocarem seus produtos de higiene, ganchos ou suportes para dependurarem roupas e toalhas. Estes itens em geral são deixados sobre a bancada de pia, longe da área de banho ou no chão da área de chuveiro, tornando necessário que as mulheres se locomovam, se abaixem ou obtenham ajuda de seu acompanhante na hora de se banhar. Considerando que se trata de mulheres que tiveram seus bebês recentemente, algumas por parto cesáreo, que as enfermarias são utilizadas por várias pessoas, que muitas vezes estas encontram o piso ou mesmo a bancada molhados pelo uso de outras pacientes, a necessidade de fornecer esta tipologia de pequenos equipamentos de conforto e mesmo de segurança é fundamental. Estas questões, aliadas à aparência de falta de manutenção e limpeza ocasionada por rejuntas com lodo e manchas nos azulejos contribuem para sensações de insegurança e desconforto, interferindo na percepção do ambiente.

Finalizando as questões sobre este ambiente, resta ainda comentar sobre os banheiros para acompanhantes, localizados na extremidade do corredor central que divide os blocos de engenharia e dá acesso às varandas. De forma geral, os banheiros para acompanhantes receberam tratamento similar aos demais quanto à utilização de materiais e equipamentos, excetuando-se a disponibilidade de chuveiros para utilização por seus usuários.

Figura 103– Banheiro de acompanhantes – Internação



Fotografias da autora (2018)

Considerando-se que os acompanhantes podem passar longos períodos na unidade de saúde, foi comentada a falta de um local onde possam banhar-se e trocar de roupa, caso necessitem ou não desejem retornar à sua residência com esta intenção. Pontue-se que a Maternidade Maria Amélia recebe pacientes que podem ser provenientes de bairros distantes e até de outros municípios, que podem ter dificuldades em revezar no acompanhamento ou deslocar-se para ir e vir diariamente, implicando também em que a mulher poderia ficar desacompanhada neste período. Estas são questões que passam aos acompanhantes sensações de que sua presença não recebe a necessária importância, uma vez que as instalações a eles destinadas não dimensionam satisfatoriamente seu conforto e necessidades durante o período de estadia na unidade de saúde.

Conforto dos funcionários: o item obteve junto aos participantes a média final de 2,93, demonstrando a percepção dos funcionários sobre os itens considerados e sua existência na maternidade, denota que estes são atendidos de forma insuficiente ou não são atendidos.

Em relação às prerrogativas da Cartilha da Ambiência, este item relaciona-se diretamente com as condições de confortabilidade, à visão do espaço como facilitador do processo de trabalho e à apropriação através da aplicação do conhecimento e experiência dos profissionais.

Em relação aos aspectos considerados no item 2.3, interfere com todos os aspectos relacionados, porém com visão direcionada exclusivamente às condições encontradas e percebidas pelas equipes diversas de funcionários. Este item foi pontuado principalmente pelas equipes de enfermagem do CPN e das áreas de internação, além de profissionais da equipe de apoio e limpeza.

Além da pontuação relativamente baixa resultante da pontuação dada aos itens apresentados, a observação efetuada no local também demonstra que há necessidade em buscarem-se soluções para qualificar os ambientes destinados aos funcionários e, até mesmo, de criar ambientes que atualmente não existem na edificação ou não comportam

as equipes que os utilizam. A forma de distribuição, ocupação e manutenção das áreas destinadas ao conforto e ao repouso, principalmente, fundamentais para incentivar sentimentos de privacidade, conforto, apropriação e territorialidade, demandam um olhar mais cuidadoso sobre as condições oferecidas aos trabalhadores da unidade de saúde.

Utilizando-se como exemplo o centro de parto normal, apesar de existir previsão para dois quartos de plantão com banheiro, um destinado à equipe médica e outro à equipe de enfermagem, ambos são ocupados pela equipe médica. A equipe de enfermagem do CPN necessita, então, dividir o espaço do quarto de plantão destinado às equipes das Unidades neonatais, em ambiente distante e desconectado do CPN, dificultando não somente seu conforto e descanso, pois segundo relatos nem sempre há vagas neste quarto de plantão, quanto à comunicação com o centro de parto em caso de necessidade de atendimento urgente pelo profissional plantonista.

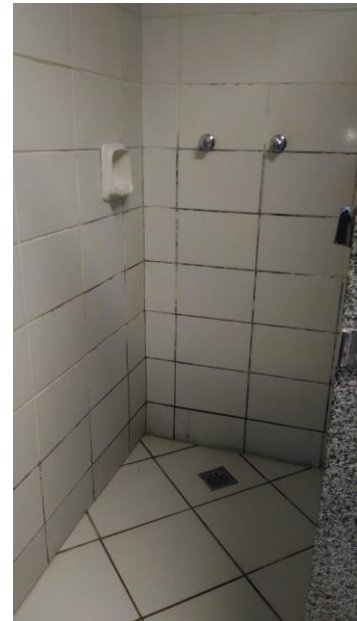
Figura 104– Quarto de plantão das unidades neonatais – Internação



Fotografias da autora (2018)

A alternativa exercida pela equipe de enfermagem é utilizar como área de descanso um dos espaços destinados a vestiário de barreira para o centro cirúrgico obstétrico, que não é utilizado para este fim. Os profissionais dormem sobre edredons trazidos de casa e guardados em seus armários e se utilizam dos sanitários e chuveiros existentes, mas que não possuem itens de conforto tais como, tampas de sanitários e prateleiras, nem a necessária privacidade que seria proporcionada por um banheiro adequado.

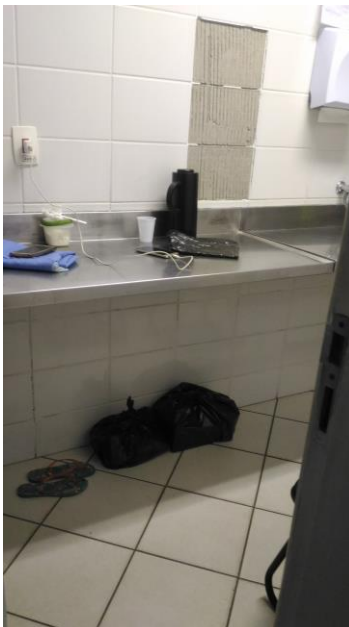
Figura 105– Área de utilizada para repouso do plantão de enfermagem – CPN



Fotografias da autora (2018)

Da mesma forma, as áreas de conforto que os ambientes para plantão, as áreas de estar e conforto da enfermagem não apresentam boas condições de manutenção física e de equipamentos, criando situações inusitadas, tais como uma geladeira ser transformada em local de guarda de pertences, na falta de prateleiras ou armários adequados.

Figura 106 – Área de conforto e guarda de pertences da enfermagem – CPN



Fotografias da autora (2018)

As condições dos ambientes destinados aos profissionais de enfermagem, por exemplo, interferem diretamente com sua percepção sobre o ambiente e sobre sua posição

na hierarquia de importância para o serviço realizado. Os profissionais sentem-se desrespeitados e, portanto, não há possibilidade de que estabeleçam relações de apropriação e territorialidade quando necessitam ocupar, para seu descanso e guarda de seus itens pessoais, com ambientes improvisados e sem condições adequadas de conforto, privacidade e segurança.

Para as equipes médicas e de enfermagem, ainda que com muitos questionamentos sobre os ambientes, sua distribuição, configuração e manutenção, estes existem, mesmo que não atendam plenamente ao que é necessário. No que concerne às equipes de apoio e limpeza, por exemplo, excetuando-se os vestiários localizados no pavimento térreo, que possuem apenas subdivisão por sexo masculino e feminino, não há delimitação em projeto ou nas instalações do hospital, de nenhuma outra área a eles destinadas para usufruírem seus intervalos. Estes profissionais, em geral, dirigem-se às varandas do setor de internação ou às áreas externas à edificação para descansar, atender telefones ou estabelecer alguma conversa mais reservada, não havendo para eles também, condições de privacidade, conforto, apropriação, identidade e percepção ambiental plena e positiva.

Outra questão apresentada trata da disponibilidade de locais no entrono, onde possam obter facilidades tais como acessar um caixa eletrônico, obter alguma refeição ou lanche fora dos horários estabelecidos no refeitório do hospital ou acessar algum tipo de comércio. Sobre este item as opiniões são díspares, considera-se que o comércio da região do Saara e da estação Central do Brasil proporcionam conforto para pequenas compras necessárias no dia a dia, durante o ir e vir para o trabalho. Em relação a lanches e refeições, bem como a caixas eletrônicos, consideram que o entorno não oferece opções adequadas, havendo necessidade de deslocamento até a área do Hospital Souza Aguiar e adjacências. Este percurso, que apesar de ser apenas incômodo durante o período diurno, torna-se também perigoso à noite, em função das características da vizinhança, limitando o acesso dos funcionários a estas comodidades.

Todos estes itens configuram condições adversas para a percepção de conforto, apropriação, identidade, territorialidade e percepção ambiental, interferindo também no resultado do trabalho prestado.

Acessos: o item obteve junto aos participantes a média final de 3,63, demonstrando que pacientes, acompanhantes e funcionários percebem que alguns aspectos relacionados a estes itens não são plenamente atendidos para Maternidade Maria Amélia.

Em relação às prerrogativas da Cartilha da Ambiência, este item relaciona-se diretamente com as condições de confortabilidade.

Em relação aos aspectos considerados no item 2.3, interfere com os aspectos relativos ao controle, à percepção ambiental e cultura. As questões para pontuação neste item dos questionários da pesquisa de campo referem-se principalmente às condições de acesso, acessibilidade e segurança dos usuários. As condições de chegada e saída da Casa de Parto, considerando-se mulheres grávidas, ou que podem já estar em trabalho de parto, além de famílias com bebês recém-nascido, podem interferir diretamente na percepção dos clientes sobre a possibilidade de chegarem e saírem do local com segurança e facilidade.

O Hospital Maria Amélia, ainda que cercado por uma extensa oferta de transporte público existente na área central da cidade e ter em sua vizinhança, relativamente próxima e passível de ser percorrida em aproximadamente dez minutos de caminhada, inúmeras linhas de ônibus municipais e intermunicipais, uma estação de trem com diversas linhas, uma estação do metrô, uma rodoviária e até mesmo um ponto final de transporte alternativo – que é o mais próximo – não possui acesso direto por nenhum destes meios de transporte. A via principal, onde se localiza a maternidade, não é servida por ônibus e os demais transportes demandam a locomoção a pé, em área reconhecidamente insegura, principalmente no período noturno. Durante o período do dia, com maior trânsito de pessoas, há menos insegurança, mas a contrapartida é o calor, calçadas estreitas e esburacadas e a distância, que dificultam o acesso normal de transeuntes e sendo pior ainda para mulheres grávidas.

Figura 107– Principais acessos por transporte público – HMMABH



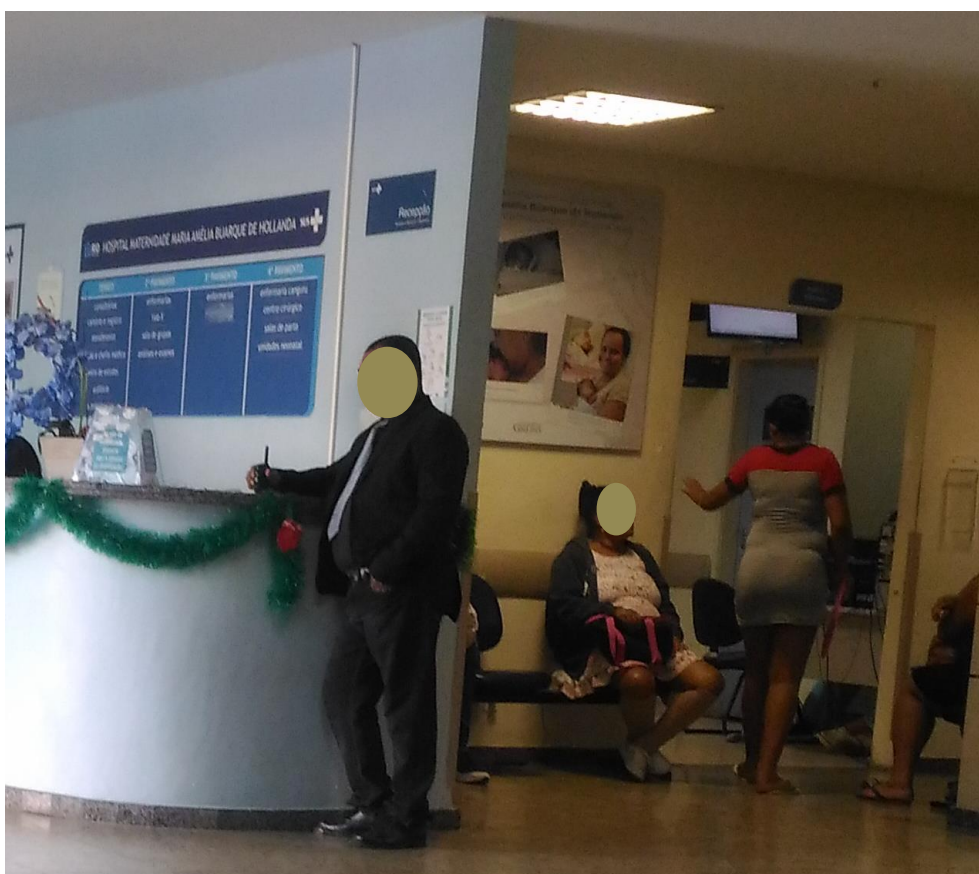
Fonte: Adaptado do Google Maps (2019)

Essa mesma vizinhança e condições praticamente obrigam a que as pacientes que se dirijam à maternidade em trabalho de parto utilizem transportes como carros próprios, taxis ou transportes alternativos por aplicativos. Da mesma forma que na Casa de Parto,

a distância dos pontos de acesso o transporte público, aliada ao entorno da maternidade, também afetam a sensação de controle sobre a possibilidade de chegada para o parto, em relação aos clientes, mas é bem menos problemática na visão dos funcionários da Maternidade Maria Amélia, sejam os que vão de carro próprio, ou em outros tipos de transporte.

A possibilidade de acesso em carro próprio também é prejudicada pela política de estacionamento, uma vez que não existem vagas em número suficiente. Somente parte dos funcionários tem autorização para deixar seus carros no estacionamento da maternidade. Este estacionamento também não é facilitado à utilização de pacientes e acompanhantes, ainda que haja atendimento de emergência obstétrica. Nestes casos, entretanto, o acompanhante recebe permissão para deixar seu carro estacionado na lateral da edificação, próximo ao estacionamento de ambulâncias, enquanto acompanha a paciente para a admissão e mesmo até após o nascimento do bebê, de forma a que a mulher não fique sozinha e sem o conforto de seu companheiro, ou de outro acompanhante de sua escolha durante esse importante período, que é o acolhimento na unidade de saúde.

Figura 108 – Área de admissão – HMMABH



Fotografia da autora (2018)

Ainda sobre questões relativas à acessibilidade e porta de entrada/admissão, é necessário mencionar as questões relativas à espera das pacientes para avaliação e atendimento na admissão do hospital, pontuando-se que nem todas as mulheres chegam

em trabalho de parto com seus bebês já nascendo, podendo até mesmo serem orientadas a retornarem para casa e voltarem dali a algum tempo. Antes desta avaliação, a menos que seja contatada uma emergência na avaliação de riscos, as mulheres e seus acompanhantes, muitas vezes com diversas bolsas, ficam aguardando longos períodos em cadeiras tipo longarina, em uma área destinada claramente à circulação, com seus pertences espalhados pelo chão. A inadequação da área para espera na admissão ocasiona irritação, desconforto e cansaço, interferindo também na sensação de segurança, apropriação, territorialidade e na percepção ambiental, afetada pelas sensações negativas ocasionadas neste ambiente.

Em relação ao quesito acessibilidade, diretamente relacionado às instalações físicas da edificação, existem rampas de acesso corretamente tratadas e sinalizadas, bem como sinalização adequada e instalações para acessibilidade no interior da edificação como um todo, pontuando-se que a maternidade foi projetada e construída antes da vigência da normatização atual sobre acessibilidade – ABNT NBR 9050/2015.

.....

Os resultados obtidos na pesquisa de campo, realizada em ambas as unidades de saúde, orienta para a conclusão de que os aspectos construtivos, formais e de infraestrutura, por mais que possam exercer importante interferência na percepção formal dos ambientes, não atuam sozinhos na percepção das ambiências. Ainda que possuam estruturas físicas, dimensões e protocolos diferenciados para aceitação e cuidado de pacientes, também estes, com número e condições diferenciadas, ambas as unidades de saúde são referências no município para a realização de parto natural. Estas mesmas condições que diferenciam as unidades de saúde, não permitem nivelar algumas questões, tais como a diferenciação no atendimento, por exemplo, que é praticamente personalizado na Casa de Parto, o que seria impossível em um hospital das dimensões da Maternidade Maria Amélia. Outras questões, porém, tais como a possibilidade de privacidade, conforto, controle e segurança podem ser tratadas de forma equânime, com foco direcionado para os ambientes em recorte: recepção/admissão, centro de parto normal, quartos e enfermarias, uma vez que envolvem situações e questões que influenciam diretamente a experiência positiva ou negativa da mulher e sua família com estes ambientes, bem como a relação dos profissionais de saúde que ali prestam serviços assistenciais. A identificação e satisfação dos “clientes” com a Casa de Parto, que passa por tantas dificuldades e necessidades de manutenção e cuidado, frente à pontuação dada pelos usuários da Maternidade Maria Amélia, que excelentes instalações físicas para o que se destina e é muito bem cuidada e mantida, é sintomática de que os aspectos intangíveis podem e devem ser considerados no processo projetual para esta tipologia de edificação de saúde.

.....

6 CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Os resultados apresentados no capítulo anterior permitiram tecer algumas considerações sobre a ambiência das unidades de saúde que serviram como estudo de campo para esta pesquisa, bem como sobre alguns dos fatores que influenciam esta ambiência e seus efeitos sobre a percepção dos usuários de ambas as unidades. Antes, porém, de repassar ponto a ponto as questões relativas aos atributos da ambiência elencados para avaliação em relação aos ambientes estudados, é necessário tecer duas considerações importantes sobre estes locais no contexto que ocupam na rede de saúde.

A primeira consideração a ser feita sobre as duas unidades de saúde, é de que embora atendam ao mesmo objeto assistencial, o parto e nascimento, possuem perfis e identidades assistenciais bastante diferentes, além de também somarem diferenças consideráveis em relação a dimensões, público, abrangência e suporte – dado aos pacientes e recebido do poder público – em sua atuação na rede de saúde do Rio de Janeiro.

A segunda consideração a ser feita, também sobre ambas as unidades de saúde, é que fazem um considerável serviço, dentro do perfil que cada uma se propõe a fazer e com as condições que possuem para fazê-lo. Considerando-se uma rede de saúde onde inúmeras maternidades apresentam problemas sérios em relação à infraestrutura física, à falta de recursos financeiros e humanos, ao atendimento e ao respeito ao direito das mulheres e acompanhantes, podemos dizer que a Casa de Parto David Capistrano é um centro de parto que pode considerar-se, orgulhosamente, “de nascer”. A maternidade Maria Amélia dá conta de um grande quociente de partos, oferecendo instalações relativamente confortáveis e em muito bom estado, ainda que não atenda boa parte das características determinantes de uma ambiência adequada.

Independentemente dos resultados obtidos na pesquisa de campo e de todas as observações sobre a necessidade de adequações dos espaços físicos, que mensuram e qualificam a ambiência nestas unidades de saúde, ambas exibem condições muito próximas do ideal de instalações preconizadas normativamente para o atendimento ao parto. Embora destoem na percepção de ambiência, é perceptível também, em cada uma delas, o esforço na busca fornecer às mulheres e seus acompanhantes condições de conforto, cuidado e tratamento humanizado.

Estabelecidas as diferenças de dimensionamento e público, consideramos necessário mencionar também as possibilidades de atendimento de cada tipologia de centro de parto normal estudado, no contexto da rede pública de saúde de uma forma geral, bem como da rede pública de saúde de uma cidade das dimensões do Rio de Janeiro, incluindo o atendimento a usuários de outros municípios.

A Maternidade Maria Amélia é um hospital maternidade, que possui um centro de parto normal intra-hospitalar, com seis quartos PPP, Centro Cirúrgico Obstétrico, vinte enfermarias com quatro leitos cada e atende a uma média de 450 (quatrocentos e cinquenta) partos mensalmente, incluindo os partos normais, naturais e cesáreos. A demanda de pacientes é referenciada de diversos bairros dentro de sua área programática de saúde, mas também por demanda espontânea de fora dela, além de receber pacientes de outros municípios.

A Casa de Parto David Capistrano Filho é um centro de parto peri-hospitalar, com três quartos PPP e três consultórios, que atende a uma média de 18 (dezoito) partos por

mês, se considerarmos todos os partos desde a sua inauguração. A CP opera com pacientes de baixíssimo risco de intercorrências, uma vez que o atendimento é feito por profissionais de enfermagem obstétrica e sem a presença de médicos. O público atendido na Casa de Parto também é, em sua maior parte, proveniente dos bairros de sua área programática de saúde, porém não há restrição para o atendimento de mulheres de outros bairros e municípios, desde que atendam aos parâmetros estabelecidos para controle de risco e participação nas atividades de educação e informação.

A contextualização é necessária, para que a discussão dos resultados relativos à ambiência de cada uma destas unidades não sirva como elemento de desqualificação de uma, mas sim de qualificação da outra como modelo de centro de parto normal que consegue proporcionar aos seus usuários elementos que complementam e potencializam a subjetividade, permitindo a criação de vínculos, identificação, apropriação, além dos demais componentes da ambiência elencados para verificação nesta pesquisa. As diferenças de dimensões e número de atendimento são determinantes de muitas das condições percebidas como qualificadoras ou não da ambiência das unidades de saúde, uma vez que interferem na tipologia de atendimento, processos de trabalho e design dos ambientes. Ao nos referirmos à ambiência como um elemento fundamental dos processos de humanização do parto e nascimento e, se todos os manuais e normativas relativos a esta mesma humanização direcionam para uma tipologia de ambiente que incentive a privacidade, identidade, conforto, presença do acompanhante, segurança e controle, entre outros, como elementos fundamentais para auxiliar em que se obtenha uma boa experiência no parto/nascimento, é compreensível que as pontuações obtidas em todas as questões pela Casa de Parto sejam superiores àquelas obtidas pela Maternidade Maria Amélia, ainda que a segunda apresente um perfil hospitalar que possa, “teoricamente” aparentar mais segurança assistencial para a tipologia de cuidado prestado, simplesmente pela presença dos equipamentos hospitalares ou pela presença dos médicos.

O modelo de CPN representado pela Casa de Parto David Capistrano atende não somente às determinações normativas sobre ambientes destinados ao parto, de forma quase completa, mas também às teorias sobre a humanização do parto e os componentes tangíveis e intangíveis que podem influenciá-lo, seja em relação aos aspectos construtivos do ambiente, seja em todos os aspectos relativos ao cuidado que, em conjunto, interferem na percepção e podem determinar uma experiência de parto positiva.

Ainda assim, este modelo, que é preconizado pelo Ministério da Saúde e tem por objetivo unir práticas que promovem a fisiologia do parto, o retorno ao parto e nascimento do status de processos normais, acontecendo em um ambiente com características diferenciadas e, com a realização orientada e acompanhada por profissionais de enfermagem obstétrica (BRASIL, 2005), ainda se depara com inúmeras dificuldades para fomento de sua implantação e manutenção nos estados e municípios, além das críticas, ainda constantes, das organizações médicas.

Parte desta dificuldade deve-se à própria Portaria de implantação da Rede Cegonha (Portaria nº 650/2011), que definiu um parâmetro populacional (quadro 12) a ser modulado de acordo com a necessidade de leitos obstétricos por número de habitantes de cada região (BRASIL, 2011B), mas não considerou a necessidade de recursos humanos necessários e financeiros para a implantação de uma cobertura ampliada (DEVICO, 2017). Além disso, a implantação depende do compromisso dos gestores locais, o que faz com que até o final de 2016 tenham sido habilitados somente 15 Centros de

Parto Normal no país, ainda que a meta do Plano Plurianual de Governo (PPA) para os anos entre 2012-2015 determinasse a implantação de 65 equipamentos do tipo. Apenas 0,82% dos partos de risco habitual foram realizados em Centros de Parto Normal que receberam a habilitação formal da Rede Cegonha, demonstrando que a cobertura é baixa e o processo de implantação ainda é incipiente (De Vico, 2017).

Quadro 12 – Parâmetro Populacional da Portaria nº 650/2011

| Parâmetros para implantação de Centros de Parto Normal | |
|---|------------------|
| Municípios | nº de CPN |
| de 100 a 350 mil habitantes | 1 CPN |
| de 350 a 1 milhão de habitantes | 2 CPN |
| maior que 1 milhão de habitantes | 3 CPN |
| maior que 2 milhão de habitantes | 4 CPN |
| maior que 6 milhão de habitantes | 5 CPN |
| maior que 10 milhão de habitantes | 6 CPN |

Fonte: Brasil (2011b)

O funcionamento de Casas de Parto no Rio de Janeiro passa ainda, e historicamente, pela oposição do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ). No município, a Casa de Parto David Capistrano é a única registrada no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), seja pelo nome de Casa de Parto, seja como Centro de Parto Normal. Os CPN existentes no município são do tipo intra-hospitalar, e acabam por fazer parte do hospital/maternidade que os abrigam.

Uma lei, promulgada em novembro de 2017 pela Câmara Municipal, que autorizou a abertura de Casas de Parto na cidade, foi vetada pela administração municipal e novamente liberada pelos vereadores, entretanto até julho de 2018, a única Casa de Parto com previsão de construção no Plano Plurianual do Município para o período entre 2018-2021, seria construída na Ilha do Governador, seguindo os moldes da Casa de Parto David Capistrano Filho. Segundo reportagem jornalística, veiculada em julho de 2018, a “Prefeitura diz que maternidades têm o mesmo modelo de atendimento” (O Globo/Rio, 2018).

6.1 Resultados e recomendações:

As investigações realizadas por esta pesquisa permitiram verificar que a semelhança no “modelo de atendimento” é compartilhada, nos casos estudados, por alguns ambientes com denominação idêntica, mas que possuem usos diferenciados, tais como o próprio quarto PPP. A grande semelhança detectada entre ambas as unidades de saúde é o incentivo ao parto natural. A partir deste ponto, o modelo de atendimento é diferenciado em diversos aspectos, principalmente àqueles relacionados com a ambiência. Partindo destes resultados foram construídas algumas considerações e recomendações, que visam auxiliar na qualificação dos ambientes de saúde destinados ao parto, a fim de que se aproximem da qualidade demonstrada nos resultados alcançados pela Casa de Parto David Capistrano, nos aspectos relativos à ambiência, à subjetividade e à experiência dos usuários que os frequentam.

6.1.1 Privacidade e espaço pessoal

A privacidade é crucial para acalmar o neocórtex e apoiar a liberação dos hormônios necessários para o trabalho e nascimento. A não percepção da privacidade pode prejudicar a liberação da oxitocina, por exemplo, necessária para o parto e a ligação entre mãe e bebê, é o que faz com que varios mamíferos procurem privacidade para o nascimento, dando à luz em locais privados e silenciosos, longe do grupo principal. O ambiente físico pode dar suporte, proporcionando sensação de controle sobre a privacidade, e a possibilidade de controle pessoal sobre a interação social, especialmente não familiares, é muito importante para as mulheres.

Na Casa de Parto, as questões relativas à delimitação do espaço pessoal e privacidade são diretamente atendidas pela existência e utilização dos quartos PPP, com internação durante todos os períodos, do pré-parto até a alta. Eles acomodam as mulheres e seus acompanhantes, bem como propiciam a estes receberem seus familiares e amigos após o parto, além de possibilitar exames e procedimentos assistenciais sem o constrangimento da presença de estranhos.

Uma das pontuações negativas recorrentes no Hospital Maria Amélia é, justamente o compartilhamento das enfermarias, que mesmo elogiadas pelo conforto, instalações e presença do acompanhante durante toda a internação, não proporciona à mãe, acompanhante e familiares, a privacidade necessária para interagir livremente, e para a realização dos procedimentos médicos necessários. Além da sensação de exposição causada pela presença constante de pessoas estranhas, em uma situação de fragilidade da mulher e de necessária intimidade das famílias, também é narrado pelos acompanhantes sensações como tédio e falta de importância pelas poucas atividades praticadas durante o período de acompanhamento. Outro questionamento é sobre a falta de equipamentos de suporte para a guarda de pertences e objetos pessoais, que em geral ficam acumulados sobre uma pequena cômoda, a poltrona do acompanhante e até no chão da enfermaria.

Os quartos PPP utilizados nos centros de parto normal, que acomodam as mulheres desde a admissão no trabalho de parto até a alta pós-natal proporcionam esta sensação de privacidade, tanto pela possibilidade da parturiente estar em um local privado, acompanhada de seus familiares quanto por evitar deslocamentos entre ambientes durante o trabalho de parto, a menos que seja de sua vontade. São locais onde as mulheres podem vivenciar seu 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.

Ainda que a rotatividade e o número de pacientes de um hospital do porte da Maternidade Maria Amélia impossibilite a internação nos quartos PPP além do período da primeira hora pós parto, pensar alternativas que proporcionem, ao menos, privacidade visual para as pacientes e suas famílias é uma alternativa para minimizar os questionamentos sobre falta de privacidade.

Outros aspectos físicos dos ambientes, relacionados ao aprimoramento da sensação de privacidade podem ser listados, tais como: evitar a instalação de grandes vãos de janelas, a fim de não propiciar exposição, permitindo iluminação natural, mas não a visão das atividades por pessoas externas; evitar instalação de portas abrindo-se diretamente para os locais de nascimento (JENKINSON, JOSEY e KRUSKE, 2014); proporcionar a existência de banheiros individualizados e com duchas, principalmente nos ambientes pré-parto, onde estas são utilizadas para auxiliar no alívio da dor, além de evitar localizar estes equipamentos em locais onde seja necessário atravessar corredores para utilizá-los.

Outro item a ser considerado nos projetos é evitar o posicionamento comum de instalação da cama no centro da sala de parto, o que visa facilitar o acesso dos médicos e enfermeiras às mulheres, mas que também faz da cama o foco da sala, contribuindo para a sensação de vigilância percebida pela parturiente. Este posicionamento, além disso, direciona a paciente para a cama, como se esta fosse obrigatoriamente o local correto para o parto.

Ainda em relação à questão do espaço pessoal interligada ao controle, a utilização de armários com fechadura e dimensões que acomodem o volume de bolsas que em geral é levado para a maternidade, é de importância estratégica em enfermarias compartilhadas, exibir itens pessoais e guardar com segurança seus pertences, mesmo que aconteça de se ausentar do ambiente, e não necessitar deixá-los espalhados pela área correspondente a cada leito.

6.1.2 Apropriação, identidade e territorialidade

Para muitas mulheres, o ambiente de nascimento hospitalar é estranho, provoca medo e ansiedade. Há evidências crescentes de que os espaços de nascimento devem ser projetados para serem ambientes seguros, calmantes e para incentivar a minimização dos partos cirúrgicos, além de proporcionarem bons resultados clínicos e experiências positivas de parto para mulheres.

A Casa de Parto fornece aos seus clientes, funcionários e visitantes uma atmosfera caseira, que remete diretamente a ambientes reconhecíveis e acolhedores, que fornecem a segurança de estar na própria casa. O Hospital Maria Amélia fornece às suas pacientes, acompanhantes, visitantes e funcionários, um ambiente claramente hospitalar que, mesmo ambientado em tons pastéis e com motivos infantis, não deixa esquecer que se trata de um ambiente hospitalar, o que proporciona a segurança do cuidado assistencial medicalizado. São diferentes sensações de segurança, apreciadas de forma diferente por pessoas diferentes em situações diferentes.

Algumas mulheres e suas famílias vão sentir-se muito mais seguras com a possibilidade de atendimento no ambiente hospitalar, outras, como a maior parte das que frequentam e escolhem ter seus bebês na casa de Parto, buscam justamente o conforto e a segurança do ambiente caseiro e reconhecível.

Os elos que unem e fazem os clientes da Casa de Parto se identificarem, apropriarem e estabelecerem nela um território seu e de suas famílias, têm a ver com o ambiente construído passar, justamente, a imagem caseira, doméstica e reconhecível, mas além da composição formal do ambiente, estes elos são complementados ao longo de todo o pré-natal pelos encontros nas reuniões de grupo. Nestas reuniões, das quais participam mulheres, maridos, filhos, avós, irmãs, amigas e quem mais queira ir, são abordados não somente assuntos educativos sobre gravidez e parto, mas há também um espaço de fala para estes visitantes, no qual podem colocar suas dúvidas, contar suas histórias, reconhecer seus problemas contados por outros, o que agrega e minimiza sensações de impotência, incompetência, incompreensão, alto-estima, dentre tantas as que são colocadas nas conversas. Logo as famílias se reconhecem, e reconhecem também os membros da equipe, uma vez que podem ser atendidas por qualquer um que esteja no plantão do dia do parto, já que os partos na Casinha não têm dia e hora marcados.

Um hospital maternidade de grande porte terá dificuldades em estabelecer ambientes característicos de um CPN como a Casa de Parto, porém a apropriação, identidade e territorialidade podem ser resultantes também de um bom atendimento, com profissionais empáticos e processos de trabalho que respeitem as particularidades e decisões das mulheres, o que pode ser a diferença entre uma boa ou péssima experiência no parto. Promover treinamento e esclarecimento aos funcionários sobre os direitos da mulher grávida, sobre a humanização do parto e a qualificação dos processos de trabalho assistencial podem ter grande significado na qualidade do cuidado prestado e na percepção da paciente e seus familiares sobre a unidade de saúde.

6.1.3 Controle

Os quartos PPP proporcionam às famílias um ambiente individualizado e confortável, onde podem obter controle sobre quase todos os aspectos de sua estadia. Essa possibilidade de obter controle, por si, já minimiza uma gama de aspectos negativos e ansiedades em relação ao trabalho de parto e parto. A sensação de segurança é de suma importância para as mulheres e seus familiares. Esta sensação é minimizada pela transição do espaço de casa para o hospital, que implica retirar-se do território familiar para um território desconhecido e assustador pela função a que se destina. Outros fatores que podem influenciar negativamente a percepção das mulheres sobre os ambientes, gerando insegurança e desconforto, são o aspecto estéril e impessoal comum aos hospitais, bem como a impossibilidade de se locomover e de contar com a presença de acompanhante de sua preferência. Todas as ações direcionadas a minimizar a ansiedade materna podem auxiliar a fisiologia do trabalho de parto e o próprio nascimento. Os lugares de nascer devem então, ser projetados com atenção nos itens primordiais que possam propiciar sensações que impliquem em insegurança e falta de controle pessoal e sobre o ambiente. A composição física dos ambientes, bem como a atenção aos componentes neles inseridos são fundamentais para a qualificação dos locais destinados ao parto.

Alguns aspectos, relativos ao ambiente, podem ser considerados para auxiliar nas sensações relativas ao controle percebido nos ambientes, tais como:

- Permitir sem restrições a presença do acompanhante, de livre escolha da mulher, é primordial para incentivar a segurança e a sensação do controle desta sobre os aspectos do parto e o respeito às suas decisões sobre o mesmo, sempre que isto não implicar em riscos à mãe e ao bebê;

- Proporcionar às pacientes a possibilidade de exercerem o controle do brilho e da intensidade da luz no ambiente de nascimento. O projeto cuidadoso da iluminação também pode tornar o ambiente menos clínico e mais caloroso e confortável. Recomenda-se que seja oferecida à mulher a possibilidade de determinar o nível de luz que a torna mais confortável durante o trabalho de parto, exceto em momentos que exigirem intervenção médica ou em caso de emergências. Outra recomendação é a de que haja iluminação alternativa às luzes de teto brilhantes, indicadas somente para realização de procedimentos médicos e que sejam instalados dispositivos que permitam ajustar a iluminação (JENKINSON, JOSEY e KRUSKE, 2014).
- Criar ambientes que possibilitem o acesso ao meio externo, tais como pátios e jardins, por exemplo, para utilização dos pacientes e suas famílias caso seja o seu desejo e não implique em riscos para pacientes e bebês.
- É importante que o ambiente de parto inclua equipamentos auxiliares, tais como uma bola, o cavalo e uma corda para permitir que as mulheres escolham as ferramentas que lhes são mais úteis à medida do decorrer do trabalho de parto.

6.1.4 Percepção ambiental

A interação das pessoas com os ambientes de atenção à saúde em geral é realizada em situações ligadas a sensações de insegurança, estresse, expectativa, medo e dor, tornando clara a necessidade de entender que todas as atividades situações vivenciadas pelos pacientes, bem como sua relação com os ambientes, pessoas e equipamentos disponíveis nestes ambientes devem ser objeto de análises diversas.

A própria Cartilha da Ambiência do Ministério da saúde preconiza o cuidado com elementos relacionados ao conforto como importantes intervenientes com a relação entre usuários e ambientes, interferindo diretamente na percepção ambiental. Dentre os elementos, podemos destacar, por exemplo:

- **Iluminação:** A utilização de iluminação adequada pode proporcionar um ambiente aconchegante para o usuário, gerar privacidade para pacientes e trazer facilidade e segurança para o pessoal de enfermagem realizar os procedimentos assistenciais. A iluminação natural também é primordial para proporcionar a noção de passagem do dia e da noite, no acompanhar da passagem do tempo, considerando-se que esta percepção tem influencia positiva no estado de saúde dos indivíduos. A luz mais brilhante pode incentivar a atividade e pouca iluminação pode criar um clima mais tranquilo e maior sensação de privacidade, além disso a iluminação pode ser usada de forma criativa e pensada para criar um ambiente relaxante.
- **Ruídos:** Outro elemento importante a ser considerado diz respeito ao ruído. Hospitais geralmente têm níveis de ruído bem acima das diretrizes estabelecidas normativamente, incluindo os recomendados pela Organização Mundial de Saúde. O ruído ambiental contínuo parece ser inerente ao ambiente hospitalar, podendo afetar negativamente a memória, causar agitação aumentada, reduzir a tolerância à dor e aumentar o uso de medicamentos para alívio. Altos níveis de ruído ambiente são estressantes para pacientes, familiares e funcionários. Ambientes hospitalares demandam que o nível de ruído respeite o intervalo recomendado para propiciar sono adequado e o descanso para as pacientes internadas, além de não interferir nas atividades assistenciais, porém é comum identificar como fontes de ruído o próprio exercício das tarefas efetuadas pelos funcionários, o funcionamento de aparelhos

de ar condicionado, a circulação de pessoas e, no caso de enfermarias compartilhadas em maternidades, até mesmo do choro dos bebês. É recomendável, então, o uso de materiais absorventes de ruído, bem como ações e orientações educativas para minimizar a emissão destes. O tratamento acústico nas salas de parto também pode contribuir para a privacidade das mulheres, uma vez que estas precisam se sentir confortáveis o suficiente para fazer barulho durante o trabalho de parto, sem o medo de serem ouvidas, nem devem estar preocupadas ao ouvir os sons de outras mulheres.

- **Música:** Se os efeitos negativos do ruído no ambiente hospitalar são amplamente conhecidos e entendidos, por outro lado devem ser considerados os efeitos terapêuticos da música. A terapia com utilização da música pode ajudar a diminuir a ansiedade e as sensações de dor nas mulheres em trabalho de parto, através da distração sensorial e através da redução da concentração da mulher em estímulos negativos. A música também pode ser utilizada para bloquear os ruídos de fundo e melhorar a sensação de privacidade da mulher. Recomenda-se então a utilização de materiais absorventes de ruído, tanto para conter sons dentro do espaço quanto para excluir o ruído externo. Da mesma forma recomenda-se a incorporação de equipamentos com capacidade de reprodução de músicas, cujo volume e tipo devem ser determinados pela mulher.
- **Design de interiores, móveis e equipamentos:** É inegável o fato de que espaços planejados com cuidado relativo ao design de interiores, cor, pontos focais visuais, inclusão de obras de arte, móveis fixos e equipamentos, podem influenciar positivamente a percepção dos ambientes por todos os usuários, em especial podem ocasionar impressões positivas de conforto e reconhecimento nos pacientes, auxiliando no processo de cura.

Tratando-se do design de interiores, alguns aspectos devem ser considerados com atenção:

- **Cores:** O esquema de cores e os materiais utilizados podem desempenhar um papel significativo no humor e na percepção do ambiente. É recomendável evitar a utilização de tons de brancos e cremes, pois remetem para ambientes clínicos. As cores ideais incluem azuis profundos, tons não-reflexivos, roxos, rosa e verdes, mas todos os tons devem ser utilizados com o intuito de criar ambientes confortáveis, acolhedores e tranquilizadores. Utilizando-se cores que ajudem a refletir ou absorver luz, é possível compensar sua falta ou minimizar seu excesso. A correta utilização das cores pode ser um recurso extremamente útil, uma vez que a reação das pessoas a elas é profunda e intuitiva. As cores estimulam os sentidos e podem influenciar no relaxamento, no trabalho, no divertimento ou no movimento. Podem influenciar nas sensações de calor ou frio, alegria ou tristeza ;
- **Pontos focais visuais:** A decoração dos quartos também pode utilizar-se de obras de arte, a fim de criar pontos focais passíveis de proporcionar uma distração positiva da dor durante o trabalho de parto. Também podem ser escolhidas imagens que remetam ao simbolismo, à intensidade e à beleza do nascimento. Aquários, sistemas de projeção de luz e janelas que proporcionem visão da natureza também podem fornecer pontos focais visuais similares;
- **Mobiliário fixo e revestimentos:** As fibras naturais, a madeira e os materiais de efeito de madeira são úteis para evitar a sensação clínica e estéril do ambiente hospitalar tradicional. O uso desses materiais também pode melhorar as conexões com a natureza. Todas as superfícies devem ser lisas e facilmente laváveis,

respeitando as recomendações estabelecidas pela normatização referente. Outros móveis fixos podem ser usados para fornecer apoio físico às mulheres durante o parto e nascimento;

- **Equipamentos:** É importante que os quartos possuam equipamentos auxiliares para as mulheres durante o trabalho de parto. Estes equipamentos podem incluir uma bola, banqueta de parto, cadeira de parto vertical, cama PPP, para permitir que as mulheres escolham as ferramentas que lhes são mais úteis à medida que seu trabalho de parto progride. Diversos equipamentos podem auxiliar nas posições que facilitem a descida do bebê através do canal de parto. Os quartos também devem contar com mobiliário para conforto dos acompanhantes, dada a sua importância e permanência durante todo o trabalho de parto, bem como para apoio e suporte aos profissionais de saúde, principalmente em partos realizados em posições diferentes da tradicional, deitada. Um aspecto interessante apreendido na pesquisa diz respeito justamente ao posicionamento dos profissionais que auxiliam no acontecimento dos partos em posições não deitada. Algumas destas posições para o parto exigem destes profissionais posicionarem-se de forma desconfortável, forçando a coluna vertebral e as articulações ao se agacharem ou inclinarem para realizar o parto, por exemplo. Esta tipologia de esforço repetitivo, ao longo do tempo pode ocasionar danos físicos e ocasionar o afastamento do profissional de suas atividades, o que não é incomum. Outro fato relacionado é a necessidade de utilização de equipamentos de apoio adequados e resistentes, de forma a evitar acidentes que podem prejudicar tanto o profissional quanto a própria mulher e seu bebê.

6.1.5 Cultura

É fundamental o respeito às tradições culturais da família. Embora o parto seja um evento natural, acontecendo de forma semelhante para todas as mulheres, de qualquer etnia ou nacionalidade, variando apenas as disposições assistenciais e médicas em sua realização, existem grupos específicos cujas necessidades culturalmente específicas devem ser consideradas ao projetar ambientes de nascimento.

As atitudes e crenças sobre gravidez e nascimento variam entre e dentro de culturas, devendo ser respeitadas quando da elaboração de projetos para estes ambientes. Mulheres que pertençam a grupos culturais com crenças e costumes específicos podem necessitar de que sejam observados, particularmente, alguns aspectos do ambiente de nascer: apoio ao trabalho de parto e variedade de posições para o nascimento; acesso à imersão em água para o trabalho de parto; acesso à natureza e aos espaços abertos, especialmente se deseja realizar cerimônias tradicionais; acomodações para acompanhantes, incluindo parentes do sexo feminino, outras mulheres de sua comunidade e às vezes, seu parceiro masculino.

É recomendável, então, consultar a comunidade do local onde será construído o projeto, sobre as preferências culturais relativas ao parto e aos ambientes a este destinados e promover e incorporar conhecimentos e práticas tradicionais dos locais e culturas para os quais serão oferecidos.

Um exemplo básico sobre os aspectos culturais relativos ao parto trata-se da própria posição para sua realização. Se considerarmos que, historicamente, o parto deitado/na cama é um fenômeno moderno, e que muitas etnias e culturas ainda escolhem o nascimento em posições verticais, torna-se necessário repensar o protagonismo da cama

como mobiliário central nas salas de parto. Muitas representações históricas de mulheres dando à luz retratam estas mulheres em posição erguida ou agachada, usando cadeiras de parto.

Embora atualmente seja usual o parto deitado, sendo desta forma que a maior parte das mulheres dão à luz, esta posição restringe a mobilidade, os movimentos instintivos, como balanço e inclinação da pelve, que podem ajudar a facilitar a descida da cabeça do bebê e acelerar o processo de parto. Por outro lado, posições sentadas, com apoio podem aliviar as dores nas costas e incentivar contrações mais produtivas, ajudando a promover o nascimento natural / normal.

CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização da edificação hospitalar é assunto de inúmeros estudos acadêmicos e técnicos ao longo das últimas duas décadas, bem como de políticas governamentais afins, preconizadas pelo Programa Nacional de Humanização (PNH). No ano de 2006 o Ministério da Saúde Brasileiro lançou a primeira versão da Cartilha de Ambiência, para funcionar como uma diretriz da humanização na busca pela qualificação do processo de projeto. A Ambiência também é objeto de estudos de pesquisadores de áreas como arquitetura e psicologia ambiental, voltados às edificações de saúde, em sua maioria, ligados aos aspectos espaciais e construtivos. Outros estudos sobre ambiência em unidades de atenção à saúde voltam-se para a apreensão dos aspectos relativos à

subjetividade dos usuários e as possibilidades de sua interferência na compreensão e nas reações de interação entre os indivíduos e o espaço construído.

A Ambiência é um conceito capaz de auxiliar a produção de projetos ao considerar o espaço não somente como meio físico, mas também estético, psicológico e estruturado, com o valor próprio dado por cada indivíduo que nele permanece ou exerce atividades (DUARTE ET AL., 2012). A compreensão, pelos projetistas das edificações de atenção à saúde, sobre a possibilidade de aplicação dos estudos sobre a ambiência nos projetos destinados a tais edificações, tem extremo potencial para a qualificação dos ambientes oferecidos. A observação dos fatores que influenciam as relações pessoa-ambiente, sistematizada dos atributos da ambiência é fundamental para interferir e direcionar em uma experiência positiva dos lugares de vivência e convivência, ainda mais fundamental em ambientes destinados à recuperação da saúde ou à chegada da vida.

Os estudos sobre a Ambiência nas edificações para a saúde são tema de grande relevância, considerando a necessidade de estudar aspectos extrínsecos e intrínsecos ao homem e ao ambiente em seu entorno, bem como estes influenciam no seu comportamento, e relação com o espaço construído. Estudar a Ambiência auxilia na caracterização e no reconhecimento de diversos atributos e elementos que interferem diretamente sobre aspectos subjetivos relacionados às sensações de bem-estar ou mal-estar dos sujeitos que participam de quaisquer espaços. Este conhecimento é fundamental para qualquer projetista encarregado de pensar uma edificação de saúde.

Projetar considerando os conceitos de ambiência, significa pensar espaços considerando o equilíbrio dos elementos que os compõem, direcionando-os para incentivar o protagonismo de seus usuários, a qualificação das relações neles estabelecidas, sejam estas sociais, políticas ou comerciais e a consideração pela singularidade, valores e cultura dos sujeitos que irão habitar tais espaços. Este pensamento projetual deve considerar a interação dos usuários com o meio social e com o ambiente físico. Estas interações têm grande influência sobre suas emoções e percepções, positivas ou negativas, podendo interferir diretamente nas sensações de conforto, privacidade, segurança, acolhimento, reconhecimento, territorialidade e, principalmente na relação estabelecida e na avaliação do ambiente construído.

Da mesma forma que o planejamento de saúde deve considerar as diferenças regionais referentes às necessidades populacionais, respeitando perfis epidemiológicos e questões culturais inerentes aos locais de sua implantação, “cabe ao projetista de estabelecimentos assistências de saúde conhecer as reais necessidades de seus clientes” (CARVALHO, 2003). Isso significa trazer para o processo projetual as considerações e aspirações dos indivíduos que partilharão dos espaços, bem como considerações sobre as formas como tais espaços poderão influenciar nas relações, nos processos de trabalho e de recuperação da saúde. É fundamental buscar formas de participação dos usuários nos processos de planejamento das instituições de saúde, ainda que através da discussão de suas experiências, sensações, conhecimento e expectativas para os ambientes, que poderão ser aplicados em processos de projetos de outras edificações similares.

É este o viés que surge em 2006, com a Cartilha da Ambiência do Ministério da Saúde, proposta como uma diretriz que funcione como ferramenta de qualificação do processo de projeto e estabelecendo o conceito de ambiência como “o tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que

deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana”. Esta diretriz surge com a proposta de projetar os espaços “além da composição técnica”, considerando também as situações construídas nos “espaços e num determinado tempo, vivenciadas por uma grupalidade (...) com seus valores culturais e relações sociais” (BRASIL, 2010, p.5), entendendo que a produção de espaços de saúde que sejam saudáveis e acolham os sujeitos que os habitam, não pode ser efetuada sem o envolvimento e a participação dos sujeitos que neles e com eles irão se inter-relacionar, ou seja: “os trabalhadores, os usuários e os gestores” (BRASIL, 2017, p.3). Esse pensamento alia-se à necessidade de estabelecer uma nova lógica em relação à organização espacial dos serviços de saúde, em função das mudanças ocorridas nos modos de atenção e gestão do SUS, sendo a ambiência, neste contexto, pelo Ministério da Saúde, como “um espaço que se produz de forma indissociável da produção de saúde e de subjetividades” (BRASIL, 2017).

A conceituação institucional da ambiência em saúde busca a associação desta diretriz da PNH com a qualificação das discussões sobre humanização dos espaços, nas diversas áreas do SUS, ampliando o debate para além da composição meramente técnica e formal e, acrescentando a ele a consideração sobre as situações determinantes da construção destes espaços. Desta forma, a ambiência da PNH funcionaria como uma agregadora das demais diretrizes¹⁵ da Política Nacional de Humanização, determinando uma construção coletiva dos espaços de saúde, considerando as experiências vividas por determinados grupos de pessoas, em um determinado espaço e tempo, com todas as influências decorrentes de “seus costumes, valores culturais, sociais e políticos”, tendo em vista a intenção de potencializar mudanças (BRASIL, 2017).

A Cartilha da ambiência busca atingir esse objetivo, seguindo primordialmente três eixos relativos aos espaços considerados no projeto, a serem sempre pensados em conjunto (BRASIL, 2010): a busca da confortabilidade, a discussão coletiva e a reflexão conjunta sobre os processos de trabalho realizados nos ambientes e a utilização do espaço como “ferramenta facilitadora do processo de trabalho ” através da melhoria dos espaços.

O que pode ser observado, porém, é que a gama de conceitos que interferem na relação pessoa-ambiente, não se limita apenas aos aspectos relativos ao conforto geral e às discussões coletivas de processos de trabalho assistencial. Há uma infinidade de fatores que interferem na percepção e na relação dos indivíduos com os espaços/lugares e, proporcionalmente, na ambiência assimilada por cada um destes indivíduos.

Partindo-se do princípio estabelecido por Duarte et al. (2007) de que é necessário que os indivíduos encontrem nos Lugares¹⁶ referências que permitam o auto

¹⁵ Diretrizes são as orientações gerais de determinada política. No caso da PNH, suas diretrizes são a Clínica Ampliada; a Cogestão; o Acolhimento; a Ambiência; a Valorização do Trabalho e do Trabalhador; a Defesa dos Direitos do Usuário; o Fomento das Grupalidades, Coletivos e Redes; a Memória do SUS que dá Certo. (BRASIL, 2017)

¹⁶ Neste contexto, “Lugares” referem-se aos espaços, continuamente moldados, reconhecidos e apropriados pelos usuários através da experimentação. A experimentação propicia a formação de afetos, valores e significados, dados aos espaços pelos indivíduos que os vivenciam, modificando-os e sendo por eles modificados em um processo constante de identificação. (DUARTE, 2010)

reconhecimento, através de associações sensíveis e emocionais e, que através destas propiciem a identificação e a apropriação por parte dos indivíduos, torna-se necessário identificar os mecanismos que despertam, estimulam ou dificultam e impossibilitam que estas referências sejam apreendidas. O controle do espaço pessoal, a possibilidade de obter privacidade e controle nos ambientes, a percepção espacial, a apropriação de um espaço pelo usuário e o estabelecimento deste como um território, cada um destes itens, isoladamente ou em conjunto, atuam como referências sinalizadoras do status e identidade do indivíduo dentro de um espaço e em relação a este.

Tratando-se dos ambientes de saúde, tradicionalmente pensado primordialmente para a função assistencial e, atualmente, prioritariamente pensado para abrigar a tecnologia de suporte a esta função, em detrimento da escala humana do objeto do cuidado – o indivíduo - torna-se fundamental identificar estas referências sinalizadoras e influenciadoras das sensações e da percepção dos indivíduos sobre os ambientes. Tratando-se especificamente de projetos direcionados ao parto e nascimento, é importante considerar que estes diferem fundamentalmente dos demais ambientes de saúde, por ser o espaço de nascer, direcionado para a chegada da vida e não para a cura de doenças ou mesmo à morte. O espaço de nascer possui demandas diferenciadas por tratar de um evento singular, o parto, com toda a gama adicional de sensações, sentimentos e peculiaridades envolvidas.

O estabelecimento pela Organização Mundial da Saúde (OMS), de recomendações para avaliação das tecnologias mais adequadas para o nascimento, bem como as discussões sobre a necessidade de humanização nos serviços de saúde ao longo das últimas décadas, mostrou a necessidade de que os projetos para ambientes de saúde sejam elaborados dentro de uma nova dimensão conceitual. Uma dimensão voltada para o protagonismo dos usuários e não somente para o serviço assistencial e clínico, desconsiderando a dimensão humana. A mudança dos conceitos relativos ao parto, bem como as mudanças nas demandas sociais a este, tais como o incentivo ao parto normal, à proximidade da mãe com o bebê após o nascimento e o incentivo ao aleitamento, a presença de acompanhante, entre outros, determinam que os projetos elaborados para maternidades, centros obstétricos e afins acompanhem as mudanças e adequem os espaços para atendê-las.

Tais adequações passam não somente pelos elementos construtivos, mas por também pela forma como estes se conciliam de forma a atender aos aspectos subjetivos ligados ao parto e nascimento, considerando toda a gama de atributos das ambiências discutidos neste estudo. Passam também pelo entendimento de que, tratando-se de espaços de nascer, não basta somente a mudança do modelo arquitetônico como ferramenta de qualificação do ambiente. Esta deve atuar em conjunto com a humanização dos serviços assistenciais prestados, a qualificação dos profissionais envolvidos, a mudança da cultura de poder médico, o respeito ao protagonismo da mulher no processo de parto, o acolhimento e o cuidado sendo exercidos de forma empática e respeitosa neste momento tão singular para as mulheres e suas famílias. O desafio trazido aos projetistas é, justamente, enxergar a possibilidade expansão deste modelo de ambiente de atenção à saúde, que pode ou não assimilar a inserção e adequação de tecnologias destinadas ao cuidado médico – dependendo da tipologia - considerando, porém, que o projeto seja fundamentado e adequado, tendo o usuário como ator principal e fundamental do processo

de cuidado. É necessário o entendimento dos usuários e sua percepção do ambiente é um dos fatores que podem e interferem no resultado do processo terapêutico em geral, e particularmente na experiência do parto.

O parto é um acontecimento de relevância na vida da mulher, uma vez que constitui momento único para o binômio mãe e filho. As sensações que a parturiente vivencia durante o trabalho de parto exercem grande influência sobre sua experiência. Ambientes tranquilos, seguros e com uma atmosfera calma e desprovida de pontos causadores de estresse, por exemplo, favorecem a evolução do trabalho de parto. Diversos recursos projetuais podem ser aplicados no planejamento e no desenho dos ambientes destinados ao parto, desde a configuração espacial, controle de luminosidade e do som, até a utilização de equipamentos que auxiliem no processo de parto e na escolha de métodos não convencionais para este, propiciando às mães sensações de privacidade, reconhecimento, segurança, controle e apropriação. Estas sensações são primordiais para o andamento tranquilo do trabalho de parto até o nascimento do bebê e para a recuperação, após o nascimento. Ambientes que contenham elementos que contribuam para a sensação de segurança, conforto e privacidade, por exemplo, minimizam o estresse materno e facilitam o trabalho de parto, contribuem para experiências de parto mais seguras e satisfatórias. O projeto de ambientes destinados ao parto deve ainda considerar a necessidade de proporcionar às mulheres a sensação de ser protagonista de todo o processo. Todas estas particularidades, que influenciam o processo de parto, são permeadas 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 observação de todos estes fatores 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 esta gama de sensações atuam sobre e, em conjunto com a percepção do ambiente, ocasionando a experiência sensível vivida pelos sujeitos a ele expostos. O conceito de *ambiência* engloba o ambiente construído em conjunto com os efeitos subjetivos que este induz no comportamento dos indivíduos, considerando além da composição do espaço, a inter-relação deste com a experiência sensível que é ocasionada nos sujeitos que o habitam. O ambiente construído, planejado, se transforma através do uso e dos processos que nele se realizam, transformando-se em ambiente metafórico e, carregando consigo, a riqueza proveniente dos diversos significados a ele atribuídos pelos sentidos e experiências daqueles que o vivenciam (DOSSE, 2013).

Existem diversos elementos que podem ser observados através dos conceitos da arquitetura para os ambientes de nascer e da *ambiência*, a fim de serem considerados no desenho de um espaço de nascimento. A junção e utilização de tais elementos, bem como a modificação de outros, que não sejam adequados aos processos de parto, podem colaborar na configuração de ambientes que sejam pensados para favorecer as sensações positivas necessárias às mães, atender confortavelmente e de forma segura todos os passos do trabalho de parto e nascimento.

Neste estudo, especificamente, foram abordados e estudados alguns dos elementos que interferem na leitura pessoa-ambiente, de forma significativa, nos espaços destinados ao parto e nascimento, tais como a privacidade, o conforto, a segurança, o espaço pessoal,

de forma a entender sua importância na vivência destes espaços e de que forma os aspectos relacionados com a composição arquitetônica dos espaços podem colaborar para a qualificação dos ambientes e das sensações por ele transmitidas aos usuários.

Na visão dos usuários como protagonistas do processo de parto e nascimento, obviamente o foco da atenção e do cuidado são a mulher e o bebê, principais personagens deste processo. Porém, mesmo sendo os principais, não são os únicos usuários a serem considerados. O próprio Ministério da Saúde considera, no contexto do serviço obstétrico, que o termo usuário “compreende tanto a mulher e o recém-nascido, como seu acompanhante, seus familiares, visitantes (usuários externos), o trabalhador da instituição e o gestor do sistema (usuários internos)” (BRASIL, 2008, p.3) As modificações necessárias para a efetiva qualificação e humanização da assistência ao parto, portanto, devem considerar a presença e o papel de cada um destes usuários no espaço de nascer.

Outra vertente descoberta através dos estudos de caso, diz respeito ao próprio modelo dos Centros de Parto Normal, como equipamento destinado primordialmente ao parto e nascimento, com foco no parto natural e normal. Entendeu-se o esforço na normatização, recomendações e implantação dos modelos de Centro de Parto Normal, no SUS, como uma tentativa de intervenção concreta para qualificar os ambientes de cuidado para o parto e o nascimento, além de incentivar a criação de ambientes que atendam a este propósito, inter-relacionado com as questões sobre a necessidade de humanização do parto e devolução do protagonismo à mulher e ao bebê. O modelo de Centro de Parto Normal, representado neste estudo pela Casa de Parto David Capistrano Filho, mostra, através 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.

O modelo da Casa de Parto David Capistrano Filho deixa claro que, apesar dos aspectos formais que fazem imensa diferença, tal como a utilização dos quartos PPP conforme preconizados em sua concepção, a ambiência não depende somente da estrutura física. Nessa unidade de atenção ao parto, 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.

Este 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 gravidezes futuras, se houverem, 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, volta e meia 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. Se apropriam e estabelecem território.

Os Centros de Parto Normal similares à Casa de Parto David Capistrano são excelentes alternativas, cuja instalação e proliferação deveria ser incentivada, a fim de atender às inúmeras regiões do país com pouca oferta de serviços de saúde destinados ao parto. Poderiam, por exemplo, ser implantados principalmente em áreas periféricas de grandes cidades como o Rio de Janeiro, localidades de onde muitas mulheres saem para vir buscar atendimento nas áreas centrais, tal como a Maternidade Maria Amélia e a própria Casa de Parto, como comprova a proveniência do público de diversos bairros atendidos por ambos os CPNs, conforme levantado na pesquisa de campo. Esta busca de serviços obstétricos fora de sua área de residência se dá não somente pela falta de equipamentos assistenciais em tais áreas, mas também pela busca de serviços com reputação de bom atendimento e instalações físicas agradáveis. Relativamente à construção de grandes hospitais maternidade, o custo de edificação e manutenção dos Centros de Parto peri-hospitalares, cuja estrutura é bastante simplificada, estima-se relativamente baixo. Estas unidades de saúde atendem somente a pacientes de baixo risco, com pré-natal acompanhado pelos profissionais de enfermagem obstétrica nelas lotados, que pode ser associado à realização de pré-natal paralelo na rede básica de saúde.

No caso da Casa de parto David Capistrano Filho, a alternativa do pré-natal paralelo tornou-se regra, em função da diminuição de suas atribuições pela Secretaria Municipal de Saúde e da impossibilidade de realização/financiamento de exames necessários ao acompanhamento seguro da gravidez e do risco eventual envolvido. A CPDCF lida ainda com a possibilidade constante de fechamento, antes em função da pressão negativa dos órgãos ligados ao serviço médico formal que, atualmente, caminha em conjunto ao descaso com as condições de operação e manutenção de um serviço assistencial que deveria ser exibido como “O” modelo de parto humanizado realizado pela Secretaria de Saúde Municipal do Rio de Janeiro. O acompanhamento pré-natal paralelo, neste caso, funciona como uma segurança extra para as mulheres e bebês, não somente para o monitoramento, mas para que não corram o risco extra com uma eventual e absurda possibilidade de fechamento do serviço prestado na Casa de Parto.

Tratamos aqui de um centro de parto que segue à risca todas às prerrogativas da humanização do parto estabelecidas pela organização Mundial da Saúde e pelo próprio Ministério da Saúde. do Brasil. Prerrogativas que postulam sobre a necessidade de retorno do parto com risco habitual, em ambientes reconhecíveis, que remetam ao caseiro, 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 este exercício. Um modelo de Centro de Parto Normal que, atendendo a essas prerrogativas, proporciona a seus usuários sensações tais como reconhecimento, apropriação, tranquilidade e segurança e fidelidade, não somente pela similaridade com o ambiente de doméstico e familiar, mas pela união deste ambiente reconhecível com o atendimento proporcionado por profissionais de enfermagem de altíssima competência, conhecimento e empatia, bem como por técnicos e auxiliares comprometidos com o acolhimento, o carinho e o respeito para com todos aqueles que entram pelas portas da Casinha.

É este profissionalismo, cuidado, respeito e empatia que fazem com que as famílias se tornem amigas da Casa de Parto, participem dos eventos que lá acontecem cotidianamente, se voluntariem e se unam em movimentos para ajudar a cuidar do ambiente físico e lutar contra as ameaças de paralisação do serviço prestado. Mais que a possibilidade de revestimentos caros e equipamentos caros, ainda que com clara

necessidade de ampliação e de cuidado para suas instalações, a Casa de parto proporciona a seus “clientes” e funcionários, um “espaço de nascer”, conviver e retornar. É uma casa, na conformação mais simples da palavra, de portas sempre (e ainda) abertas para quem precisar entrar, perguntar, consultar, pesquisar, parir e, principalmente, chegar ao mundo com segurança e tranquilidade.

É necessário um novo e grande processo de mudança conceitual sobre o parto e nascimento, tal qual aquele que o encaminhou para a medicalização extrema, para que este modelo de CPN seja aceito como uma importante ferramenta de apoio e incentivo ao parto natural. As necessárias mudanças no modelo de parto e nascimento, no país, incluem uma luta constante para diminuição do número de intervenções cirúrgicas, grande parte sem real necessidade assistencial, aliada à intolerância da classe médica à atuação da enfermagem obstétrica, que ainda permanece e cultura do completo conhecimento e poder médico sobre pacientes e equipes. Disseminar a ideia de que o parto natural, com acompanhamento adequado desde o pré-natal, é um importante aliado na redução da mortalidade materna e neonatal e, que os centros de parto normal são os locais mais adequados para que aconteçam, implica em mudar também a cultura entorno, o que inclui pacientes, gestores e profissionais. São necessárias ainda iniciativas sérias de esclarecimentos e incentivo à população sobre o parto natural, muito além das campanhas pouco informativas atuais, que incentivam este tipo de parto, mas pouco explicam do que se trata, quais as implicações e direitos das mulheres e de suas famílias em relação aos procedimentos médicos e de enfermagem durante o parto, como se dá o processo e o que se pode esperar durante seu acontecimento. Esta falta de informação se torna óbvia nas conversas acontecidas durante a aplicação dos formulários da pesquisa de campo com inúmeras mulheres, mas é embasada por dados de outras pesquisas, mencionadas neste estudo.

O conceito de Ambiência em saúde, estabelecido pelo Ministério da Saúde, trata da importância dada ao espaço físico, através das relações interpessoais de seus usuários, indo além da composição técnica e desenvolvida com a inserção no processo de desenvolvimento dos trabalhadores, “usuários” e gestores. Trata também de observar a lógica de funcionamento e dos resultados de cada equipamento de saúde, em um determinado tempo e com determinadas experiências, de forma a utilizar o conhecimento adquirido através das práticas a fim de criar e determinar a construção coletiva de novos espaços de saúde similares, aproveitando nesta construção as experiências positivas apontadas. Estas prerrogativas têm por objetivo final “potencializar mudanças” que considerem a influência de costumes, valores culturais, sociais e políticos, de forma a oferecer à população serviços de saúde adequados aos objetivos assistenciais a que se propõem.

Observado sob estas prerrogativas e, utilizando como modelo prático o estudo das duas unidades de saúde que são objeto desta pesquisa, concluímos que o conceito institucional de ambiência ainda não consegue alcançar todas as vertentes das relações que os sujeitos – todos eles – envolvidos no processo do parto estabelecem com estes ambientes. A potencialização de mudança é falha, barrada na origem por políticas falhas, despreparo de gestores de saúde e falta de financiamento, principalmente, mas também pela incapacidade do próprio Ministério da Saúde em utilizar resultados práticos obtidos pelo exercício diário do cuidado, de ações a serem disseminadas ou mesmo restritas, quando do pensamento de novas unidades. A própria dificuldade na implantação e disseminação de um modelo que funciona e atende à maior parte dos anseios e necessidades de

pacientes, acompanhantes e profissionais e, em contrapartida, a implantação dos centros de parto normal inseridos em hospitais maternidade de configuração tradicional, com custo infinitamente maior e domínio da medicina obstétrica, mostram que o entendimento sobre as questões relativas à privacidade, segurança, controle, reconhecimento e apropriação, para citar alguns dos aspectos visitados neste estudo, não foram convenientemente apreendidos ou entendidos como fundamentais na implantação dos ambientes de nascer, com todas as particularidades que acompanham a gravidez, o parto e a chegada de uma nova vida a um círculo familiar.

Os centros de parto intra-hospitalares funcionam como uma extensão de hospitais e maternidades tradicionais atendem a alta rotatividade oriunda da grande demanda de pacientes e acabam por render-se ao modelo tradicional, ainda que as normas para reformas e readequação da própria Rede Cegonha demandem a instalação de quantidade mínima de quartos PPP e outras ferramentas físicas que deveriam atender às questões relativas ao protagonismo e à ambiência necessária ao parto. Estes CPNs são funcionais, obviamente, e atendem à população, certamente, mas não diferem de forma importante, no funcionamento dos processos e na hierarquia de poderes, de qualquer outro serviço assistencial. A dificuldade em agregar à ambiência desses lugares de nascer, elementos que interferem de forma direta com a identificação e experiência do lugar, influenciando na experiência do parto, mostra que, na prática, as prerrogativas do conceito institucional não se completam, na forma de pensar, planejar e disseminar a implantação de um novo modelo de serviço de saúde, completamente adequado e adaptado ao parto e nascimento.

Sabendo, porém, que o modelo de centro de parto peri-hospitalar tem toda a possibilidade de atender ao parto de forma segura e, ainda, de proporcionar a ambiência adequada e qualificada para o espaço de nascer - conforme apresentado pela Casa de Parto David Capistrano Filho – cabe não somente àqueles que implantam políticas públicas de saúde, fomentar sua implantação, mas também aos arquitetos de ambientes de saúde repensar seus projetos para tais ambientes, A Casa de Parto serve de exemplo aos profissionais de arquitetura sobre a possibilidade e os modos de pensar a ambiência, as relações pessoa-ambiente e aos aspectos sensíveis dos ambientes, além de seus efeitos sobre os sujeitos que os compartilham. Seus atributos devem ser incorporados em qualquer projeto, não somente aos que são destinados a espaços de nascer, mas a todos os ambientes destinados ao cuidado.

Considerando os aspectos antropológicos relacionados ao parto/nascimento e, visto que os métodos, crenças e costumes diferem para diferentes povos, etnias e culturas, o estudo abre espaço para a continuidade de pesquisas posteriores sobre o tema, relacionados especificamente aos aspectos culturais relativos ao parto e nascimento e sua influência sobre a ambiência nos lugares de nascer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, S. N.; FIGUEIREDO C. R.; SÁNCHEZ, J. M. M. **A percepção visual como elemento de conforto na arquitetura hospitalar.** Revista Projetar. Projeto e Percepção do Ambiente. v.3, n.3, dezembro 2018. Disponível em: <http://www.revistaprojetar.ct.ufrn.br/index.php/revprojetar/article/view/302>. Acesso em janeiro de 2019.

AMBIANCES. NET. **International Ambiances network.** Letter nº3. 2010. Disponível em: https://0602.nccdn.net//000/000/04d/251/ambiances_newsletter_3_en.pdf. Acesso em novembro de 2017.

AMPHOUX, P.; THIBAUD, J. and CHELKOFF, G. (Eds.). **Ambiances en débat.** Bernin: À la Croisée. 2004.

ANS - Agência Nacional de Saúde suplementar. **Média de permanência em maternidade.** Ficha E-EFI06. QUALISS - Indicadores Hospitalares Essenciais - 2013/14. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-06.pdf>. Acesso em agosto de 2018.

_____ **Cartilha da nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde: Projeto Parto Adequado - fase 1** / Agência Nacional de Saúde Suplementar, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, Institute for Healthcare Improvement. – Rio de Janeiro: ANS. 2016.

AUGOYARD, J. F. **A comme Ambiance(s).** Dans Les Cahiers de la recherche architecturale et urbaine, nº20/21, L'espace anthropologique. Paris, Éditions Monum, pp. 33-37. Mars, 2007.

Disponível em:
http://cressound.grenoble.archi.fr/fichier_pdf/article/2007_Augoyard_A_Ambiances.pdf.
Acesso em novembro de 2017.

AUGOYARD, J. F. **Faire une ambiance**. Dans Faire une ambiance: actes du colloque international Grenoble 10-12 septembre 2008. Disponível em:
http://doc.cresson.grenoble.archi.fr/index.php?lvl=notice_display&id=4901. Acesso em maio de 2017.

AUGOYARD, J.F. (2007:33) citado por DUARTE, C.R. **Ambiência: por uma ciência do olhar sensível no espaço**, Apresentação do livro “Ambiências Compartilhadas”, material fornecido para a disciplina “Arquitetura e Projeto do Lugar”, Doutorado- PROARQ/UFRJ. 2017.

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.

BASILE, A.L.O; PINHEIRO, M.S.B.; MIYASHITA, N. T. (2010) **Centro de Parto Normal Intra-hospitalar**. 3ª reimpressão. Yendis Editora, 2007. São Caetano do Sul – SP.

BESTETI, M. L. T. **Ambiência: espaço físico e comportamento, Artigos Temáticos: Ambiência**, Rev. Bras. Geriatria. Gerontol. Rio de Janeiro; 17(3):601-610. 2014. Disponível em:
<http://bdpi.usp.br/item/002674691> Acesso em junho de 2017.

BEZERRA, M. G.; CARDOSO, M. V. L. M. L. (2006) **Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. Vol.14, n.3 [cited 2018-03-29], pp.414-421. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: janeiro de 2017.

BITENCOURT, Fábio. **Conforto no Ambiente de Nascer: Reflexões e Recomendações Projetuais**. Orientadora: Professora Dra. Claudia Barroso-Krause. Dissertação de Mestrado em Arquitetura, Área de Concentração Conforto Ambiental e Eficiência Energética. PROARQ/FAU/UFRJ. Rio de Janeiro, 2003, 126 p. il.

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.

_____. **A importância da iluminação e da arquitetura em ambientes hospitalares**. Entrevista a Erlei Gobi. Revista Lume Arquitetura. Edição 59 – dez. 2012/jan./2013. Disponível em:
<https://www.lumearquitetura.com.br/lume/default.aspx?mn=893&c=0&s=193&friendly=edicao-59>. Acesso em janeiro de 2019.

_____. **Conforto e desconforto na arquitetura para ambientes de saúde: o componente humano e os aspectos ambientais**. In Arquitetura e Engenharia Hospitalar. Bitencourt. F. e Costeira. E. (org.) Pag. 72-97. Riobooks Editora – Rio de Janeiro. 2014.

_____. **Croquis** elaborados durante a entrevista concedida à pesquisadora para desenvolvimento da tese. Rio de Janeiro – RJ. Novembro de 2018.

BITENCOURT, F. e COSTEIRA, F. **Entrevista**. Entrevistador: Cristiane N. Silva. Rio de Janeiro - RJ, 2010. 1 arquivo .mp3 (110 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice X desta tese. (dez. 2018)

BITENCOURT, F.; BARROSO-KRAUSE, C.; COSTA, M. T. **A Arquitetura do ambiente do nascer: marcos teóricos dos programas de humanização na assistência à saúde**. UFRJ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Grupo de Pesquisa Arquitetura e Sustentabilidade GPS. Sem data. Disponível em: <http://www.proarq.fau.ufrj.br/pesquisa/gpas/propec01.pdf> Acessado em: maio de 2017.

BRASIL. **Portaria nº 985/GM**. Centros de Parto Normal. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília-DF. 05 de agosto de 1999.

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

_____. **Portaria Nº 569, de 1º de junho de 2000(*)** Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília – DF. 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Agência Nacional de Vigilância sanitária – ANVISA. **Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Brasília – DF. 2002.

_____. Lei Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília – DF. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde. 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 743, de 20 de dezembro de 2005**, define que somente os profissionais portadores do diploma ou certificado de Enfermeiro (a) Obstetra estão autorizados a emitir laudos de AIH para o procedimento código 35.080.01.9 – parto normal sem distócia realizado por Enfermeiro (a) Obstetra, do grupo 35.150.01.7 da tabela do SIH/SUS. 2005b.

_____. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 52 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal – **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 36**, de 03 de junho de 2008. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília – DF. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 32 p. 2010. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____ Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011.

_____ Ministério da Saúde. **Portaria nº 650**, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. 2011b.

_____ **Orientações para elaboração de projetos: centros de parto normal (CPN); casa da gestante, bebê e puérpera (CGBP); adequação da ambiência; unidade neonatal e banco de leite humano. (Ampliação e reforma).** Área Técnica de Saúde da Mulher e Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Ministério da Saúde. Brasília. DF. 2011a.

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

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Área Técnica de Saúde da Mulher. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2013.

_____ Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde. 465 p.: il. – (Cadernos HumanizaSUS; v. 4). 2014.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde. 2014a.

_____ **Portaria Nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Centros de Parto Normal.** Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília. DF. 2015.

_____ **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 64 p. : il.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **A experiência da diretriz de Ambiência da Política Nacional de Humanização** – PNH / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 44 p. : il.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p. : il.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Orientações para elaboração de projetos arquitetônicos Rede Cegonha: ambientes de atenção ao parto e nascimento** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 48 p. : il.

BRASILEIRO, A.; DUARTE, C.; RHEINGANTZ, P.A. **Observação de fatores de ordem cultural na interpretação dos espaços.** Encontro Nacional de Tecnologia do Ambiente Construído – Entac’04 – São Paulo. In: Anais. São Paulo. SP. 2004. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/239536280_observacao_de_fatores_de_ordem_cultural_na_interpretacao_dos_espacos Acesso em novembro de 2018.

CARVALHO, A.P.A. **As dimensões da arquitetura de estabelecimentos assistenciais de saúde.** In Temas de arquitetura de estabelecimentos assistenciais de saúde. Carvalho, A. P. A. (org.). 2ª ed. - Pag. 15-28. 2003. Quarteto Editora. Salvador – BA. Universidade federal da Bahia. Faculdade de Arquitetura.

_____. **Introdução à arquitetura hospitalar.** Universidade Federal da Bahia. UFBA. FA GEA-hosp. Editora Quarteto. Salvador Bahia. 2014.

CAVALCANTI, P. B.; AZEVEDO, G.A.N., ELY, V.H.M.B. A humanização dos ambientes de saúde: atributos ambientais que favorecem a apropriação pelos pacientes. IV PROJETER - Projeto Como Investigação: Ensino, Pesquisa E Prática - FAU-UPM. SAO PAULO BRASIL. 2009.

CHAD – CENTRE FOR HEALTHCARE ARCHITECTURE AND DESIGN. AEDET (Achieving Excellence Design Evaluation Toolkit. Inglaterra, 2002. Disponível em: <<http://www.chad.nhsestates.gov.uk>>. Acesso em: 01 jun. 2004.

CHADOIN, O. **La notion d’ambiance. Les annales de la recherche urbaine.** N°106. 2010. Disponível em: http://www.annalesdelarechercheurbaine.fr/IMG/pdf/ARU106-Chadoin_ST.pdf Acesso em junho de 2017.

CIRINO, S; GONÇALVES, L.A.; GONÇALVES, M.B.; DE CURSIE.S.; COELHO, A.S. **Avaliação de acessibilidade geográfica em sistemas de saúde hierarquizados usando o modelo de p-medianas: aplicação em Santa Catarina, Brasil.** Artigo. Cad. Saúde Pública 32 (4) 29 Abr 2016 • <https://doi.org/10.1590/0102-311X00172614>. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/2016.v32n4/e00172614/pt/>. Acesso em janeiro de 2019.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Consulta de dados sobre o Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda.** <http://cnes.datasus.gov.br/> Consulta em setembro de 2018.

COELHO FORATORI ET AL. **Invasão do espaço territorial e pessoal do paciente hospitalizado: a percepção do paciente e da equipe de enfermagem.** Perspectivas Médicas, vol. 23, núm. 2, julho-diciembre, 2012, pp. 21-27 Faculdade de Medicina de Jundiaí São Paulo, Brasil. 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2432/243224987005.pdf> Acesso em julho de 2018.

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.

COFEN. (2016) **RESOLUÇÃO COFEN N° 524/2016.** Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

COHEN, R.; DUARTE, C.R. e BRASILEIRO, A. **O acesso para todos à cultura e aos museus do Rio de Janeiro**. Actas do I Seminário de Investigação em Museologia dos Países de Língua Portuguesa e Espanhola, Volume 2, pp. 236-255. 2009.

COSTA, A. D.L.; SCARANO, L. **Orientação espacial em Hospital Público Universitário**. III Encontro da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo arquitetura, cidade e projeto: uma construção coletiva. São Paulo, 2014. Disponível em: <https://www.anparq.org.br/dvd-enanparq-3/htm/Artigos/ST/ST-EPC-001-3-COSTA.SCARANO.pdf>. Acesso em dezembro de 2018.

CPDCF- CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO. **Casa de Parto**. Disponível em: <http://smsdc-casaparto.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

DI GIOVANNI, M. **Rede Cegonha: da concepção à implantação**. 98 f. Monografia (Especialização em Gestão Pública) - Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, DF. 2013. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/410/1/Miriam%20-%20V.%20Definitiva.pdf>. [Acesso em novembro de 2018](#).

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

DINIZ, C.S.G; D'ORSI, E.; DOMINGUES, R.M.S.M; TORRES, J.A.; DIAS, M.A.B.; SCHNECK, C.A.; LANSKY, S.; TEIXEIRA, N.Z.F; RANCE, R.; SANDALL, J. **Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional *Nascer no Brasil***. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup:S140-S153, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00127013> Acesso em março de 2018.

DISCHINGER, M.; BINS ELY. V. H. M.; PIARDI, S. **Promovendo a acessibilidade nos edifícios públicos**: Programa de Acessibilidade às Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida nas Edificações de Uso Público. Florianópolis: MPSC 2012. 161p.

DOBBERT, L.Y. **Áreas verdes hospitalares – percepção e conforto**. Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Ciências. Área de concentração: recursos Florestais com opção em conservação de ecossistemas. Universidade de São Paulo. Escola de Agricultura “Luiz de Queiroz”. Piracicaba. SP 2010

DOMINGUES, R.M.S.M; SANTOS, E.M. e LEAL, M.C. **Aspects off women's satisfaction with childbirth care in a maternity hospital in Rio de Janeiro**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.20, suppl.1, pp.S52-S62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000700006&script=sci_abstract. Acesso em julho de 2007.

DUARTE, C. R. **Olhares possíveis para o Pesquisador em Arquitetura -Cultura, Subjetividade e Experiência: dinâmicas contemporâneas na Arquitetura**. I Encontro da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo – ENAMPARQ. Rio de Janeiro- RJ. 2010. Disponível em: <http://www.anparq.org.br/dvd-enanparq/simposios/105/105-690-2-SP.pdf>. Acesso em março de 2017

Ambiência: por uma ciência do olhar sensível no espaço, Apresentação do livro “Ambiências Compartilhadas”, material fornecido para a disciplina “Arquitetura e Projeto do Lugar”, Doutorado- PROARQ/UFRJ, 2017

DUARTE, C. R.; SANTANA, E.; UGLIONE, PAULA; COHEN, R. **Na cidade com o outro: o papel de Jane Jacobs para a consolidação dos padrões sensíveis das ambiências urbanas**. III Seminário Internacional UrbiCentros – Salvador – BA. 2012.

DUARTE, C. R.; BRASILEIRO, A.; SANTANA, E.; PAULA, K.; VIERIA, M.; UGLIONE, P. **O Projeto como Metáfora: explorando ferramentas de análise do espaço construído**. In: Duarte, C.R.; Rheingantz, P.A.; Bronstein, L.; Azevedo, G.A. (Org.). “O lugar do projeto no ensino e na pesquisa em arquitetura e urbanismo”. 1 ed. Rio de Janeiro: Contracapa. 2007.

DUARTE, C.R; COHEN, R.; SANTANA, E.; BRASILEIRO, A.; PAULA, K.; UGLIONE, P. **Explorando as ambiências: dimensões de possibilidade metodológicas na pesquisa em arquitetura**. In: Colloque International Faire une Ambiance, Grenoble, 2008. Anais. Disponível em: <www.asc.fau.ufrj.br>. Acesso em: 10 fev. 2016.

ELALI, G.A **Relações entre comportamento humano e ambiência: uma reflexão com base na psicologia ambiental**. In Anais do Colóquio Internacional Ambiências compartilhadas: cultura, corpo e linguagem. Rio de Janeiro, p. 1-17. 2009. Disponível em: <https://0602.nccdn.net/000/000/04e/cb0/Artigo-GLEICE-ELALI-FULL.pdf>. Acesso em junho de 2017.

ELALI, G.A. **Psicologia e Arquitetura: em busca do locus interdisciplinar**. Estudos de Psicologia Dossiê Psicologia Ambiental 1997, 2(2), 349-362 349. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v2n2/a09v02n2.pdf>. Acesso em outubro de 2017.

ELIAS, A.E.T. **Centro de Parto Humanizado e clínica obstétrica na cidade de Fortaleza**. Trabalho final de graduação apresentado ao Curso de Arquitetura e urbanismo da Universidade de Fortaleza. Fortaleza –CE. 2016. Disponível em: https://issuu.com/anaelias85/docs/combinepdf__1_. Acesso em setembro de 2018.

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.

FERREIRA, A.G.N. ET AL. **Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire**. Revista de enfermagem UFPE Online. 2013. Disponível em: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../6112. Acesso em junho de 2017.

FERREIRA, S.M.I.L; PENTEADO, M.S.; SILVA JUNIOR, M. F. **Território e territorialidade no contexto hospitalar: uma abordagem interdisciplinar**. Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.3, p.804-814, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n3/14.pdf>. Acesso em novembro de 2017.

FGV - Fundação Getúlio Vargas. **Verbetes Biográfico. Ronaldo Cesar Coelho**. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpd/doc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/coelho-ronaldo-cesar>. Acesso em dezembro de 2018.

FIALHO, U.F.S.; BRITO, A.B.; OLIVEIRA JÚNIOR, J. F. **Projeto de sinalização hospitalar: a análise ergonômica do hospital universitário da UFCG**. HFD, v.5, n.9, p52-70, julho 2016.

Disponível em: <http://www.revistas.udesc.br/index.php/hfd/article/viewFile/6873/5909>. Acesso em dezembro de 2018.

FIGUEIREDO, B.; COST, A R.; PACHECO, A. **Experiência de parto: Alguns fatores e consequências associadas.** *Análise Psicológica* 2002; 2: 203-17. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0870-82312002000200002. Acesso em fevereiro de 2018.

FREITAS, E. 1979. **Ergonomia e cibernética espaço pessoal: uma revisão bibliográfica.** *Arq. bras. Psic.*, Rio de Janeiro, 31 (3): 161-198, jul./set. 1979

GASPARINO, R.C.; GUIRARDELLO. E.B. **Sentimento de invasão do espaço territorial e pessoal do paciente.** *Rev. Bras. Enferm.* Set-out. 2006; 59(5): 652-5. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/228498423_Sentimento_de_invasao_do_espaco_territorial_e_pessoal_do_paciente/download. Acesso em julho de 2018.

GDRITRA^AM. **Bilan scientifique à 4 ans / 2014-2017.** *Ambiances en Traduction | Translating Ambiances. Réseau International Ambiances | International Ambiances Network. UMR 1563 Ambiances Architectures Urbanités. Projet de GDRITRA dirigé par Jean-Paul Thibaud.* 2017.

GLIBBER, A.R.; CHIPARI, M. **Invasão do espaço pessoal: um estudo observacional em uma biblioteca universitária.** *Psicólogo inFormação* ano 11, n. 11, jan./dez. 2007. Instituto Metodista de Ensino Superior. 2007. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/view/529/527>. Acesso em outubro de 2018.

GODOY, A.S. (2005) **Refletindo sobre critérios de qualidade da pesquisa qualitativa.** Em *Revista Eletrônica de Gestão Organizacional*. Volume 3, Número 2, mai./ago. 2005. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/gestaoorg/index.php/gestao/article/viewFile/136/118>. Acesso em maio de 2017.

GRAEFF, B. (2014) **A pertinência da noção de ambiências urbanas para o tema dos direitos dos idosos: perspectivas brasileiras.** *Rev. Bras. Geriatria. Gerontol.* Rio de Janeiro, 2014; 17(3):611-625. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00611.pdf> acesso em junho/2017.

GUALDA, D. M. R.; MERIGHI, M. A. B.; OLIVEIRA, S. M. J. V. (1995). **Abordagens qualitativas: sua contribuição para a enfermagem.** *Ver. Esc. Enf. USP*, v. 29, n,3, p. 297-309. Dez 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v29n3/0080-6234-reeusp-29-3-297.pdf> . Acesso em junho/2017.

GUELLI, Augusto. **Tradução e adaptação do “AEDET – Achieving Excellence Design Evaluation Toolkit” para utilização no Brasil – Sistema de Avaliação Integral de Edifícios de Saúde.** 42p. Dissertação (Mestrado Profissional em Economia da Saúde) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.

GUELLI, A. **Avaliação do Hospital Geral Pirajussara “AEDET- Achieving Excellent Design Evaluation Toolkit”:** **Sistema de Avaliação Integral de Edifícios de Saúde.** Avaliação realizada no desenvolvimento da Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção do Título de Mestre em Economia da Saúde. São Paulo. SP. 2006.

GUELLI, A. **Sistema de avaliação de edifícios de saúde.** *Revista Pós.* v.17 n.27. São Paulo. 2010

GUZMAN, L. **Juiz de Fora inaugura terceira Casa de Parto do país**. Revista eletrônica ACESSA.com. Cidade. Notícias Juiz de Fora inaugura terceira Casa de Parto do país. 2001. Disponível em: https://www.acesa.com/cidade/arquivo/jfhoje/2001/12/13-casa_de_parto/ Acesso em dezembro de 2018.

HALL, E. T. **A dimensão oculta**. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves. 3º edição. 1989. Edição original 1966.

Hartenthal, M. W.; Ono, M. M. (2011) **O espaço percebido: em busca de uma definição conceitual**. Arquiteturarevista. Vol. 7, n. 1, p. 2-8, jan/jun 2011. Unisinos.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. Trad. Eliane Mussnich. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1994.

ISEHARD, A.R.M. ET AL **Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil**. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 13 (1): 116-122. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a16>. Acesso em janeiro de 2018.

JB Online, **Morre Ronaldo Gazolla**. 15/08/2002. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ajb/2002/08/15/ult741u7425.jhtm>. Acesso em dezembro de 2018.

JENKINSON, B.; JOSEY, N.; KRUSKE, S. **BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design**. Queensland Centre for Mothers & Babies, The University off Queensland. 2014.

Jornal Extra. Edição Online. 08/02/2013. **Maternidade Praça 15 fecha as portas e pega gestantes de surpresa**. Disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/rio/maternidade-praca-15-fecha-as-portas-pega-gestantes-de-surpresa-7522246.html>. Acesso em maio de 2018.

JUNQUEIRA, S. M. & TSUNECHIRO, M. A. (1988) **A parturiente no contexto da sala de partos: necessidades básicas afetadas**. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, 22 (n.º especial): 148-160, jun. 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v22nspe/0080-6234-reeusp-22-spe-148.pdf>. Acesso em janeiro de 2018.

JUSTINO, G. **O que fazer e o que não fazer ao visitar alguém no hospital**. Revista eletrônica Gaúchazh. Junho de 2017. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/vida/noticia/2017/06/o-que-fazer-e-o-que-nao-fazer-ao-visitar-alguem-no-hospital-9823516.html>. Acesso em novembro 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.

LARA, I.G. **Casa de humanização e naturalização do parto. A arquitetura do ambiente de nascer**. Trabalho final de graduação apresentado ao Curso de Arquitetura e urbanismo da Universidade de Vila Velha. Vila Velha –ES. 2017. Disponível em: https://issuu.com/ingridgabler/docs/paisagem_tcc_ii_-_casa_de_humaniza Acesso em setembro de 2018.

LOPES, R.C.L.; DONELLI, T.S.; LIMA, C. M.; PICCININI, C.A. (2005). **O Antes e o Depois: Expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2005, 18(2), pp.247-254. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n2/27476.pdf>. Acesso em junho de 2018.

LOTHIAN, J. **Do not disturb: The importance of privacy in labor.** The Journal of Perinatal Education, (2004) 13(3): p. 3-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1595201/> Acesso em dezembro de 2017.

LUKIANANTCHUKI, M. A.; SOUZA, G. B. **Humanização da arquitetura hospitalar: entre ensaios de definições e materializações híbridas.** *Arquitextos*, São Paulo, ano 10, n. 118.01, Vitruvius, mar. 2010. Disponível em: <http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/10.118/3372> Acesso em: outubro 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.

MALARD, M. L. **Os objetos do cotidiano e a ambiência**, Anais do 2º Encontro de Conforto no Ambiente Construído, Florianópolis, p. 360. Cotidiano e a ambiência. Escola de Arquitetura da UFMG. 1993. Disponível em: <http://www.arq.ufmg.br/eva/art014.pdf>. Acesso em janeiro de 2018.

MALLIN, S.S.V. et al. **Humanização da assistência em ambiência de reabilitação física: Estudo de caso em Curitiba.** IV Congresso de Humanização e Comunicação em Saúde- Anais. PUCPR. Curitiba – PA. 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/95691>. Acesso em junho de 2017.

MARCONI, M. A. LAKATOS, A. M. (2003) **Fundamentos de metodologia científica.** Editora Atlas – São Paulo. SP - 5ª edição. 2003.

MARQUES, A.R.; CERQUEIRA, I.E.S.; MORAES, I.M. **Humanização no contexto hospitalar.** Revista Eletrônica Psicologado – Psicologia Hospitalar. Edição de agosto, 2014. Disponível em: <https://psicologado.com.br/atuacao/psicologia-hospitalar/humanizacao-no-contexto-hospitalar>. Acesso em maio de 2017.

MEDEIROS, A. **A Casa de Parto David Capistrano Filho pelas lentes de uma fotógrafa.** Hist. cienc. saúde-Manguinhos vol.25 no.4 Rio de Janeiro out./dez. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702018000500015>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v25n4/0104-5970-hcsm-25-04-1171.pdf>. Acesso em janeiro de 2019.

MELO, N. R. e RODRIGUEZ, B. B., **O papel da ambiência no processo de (re) qualificação de lugares de memória. O caso do Maracanã e dos becos da Praça XV**, XXXIV Encuentro Arquitectur - XIX Congreso: “Ciudades vulnerables. Proyecto o incertidumbre”, La Plata 16, 17 y 18 de septiembre de 2015. Facultad de Arquitectura y Urbanismo – Universidad Nacional de La Plata. Disponível em: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/51645/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1, acesso em março/2017.

MENDONÇA, S. S. 2014. **Uma análise das denúncias a uma Maternidade pública humanizada: dilemas da humanização.** Trabalho apresentado na 29ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 03 e 06 de agosto de 2014, Natal/RN. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/seculoxxi/article/viewFile/17044/10328>. Acesso em janeiro de 2018.

MIDIAMAX. **Fechamento de Maternidade da Praça XV é alvo de críticas.** Revista Eletrônica. Arquivo. 08/02/2013. Disponível em: <https://www.midiamax.com.br/geral/2013/fechamento-de-maternidade-da-praca-xv-e-alvo-de-criticas/>. Acesso em maio de 2018

MINAYO, M.C.S.(2010) **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: HUCITEC.

____ (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOLLERUP P. **Wayshowing in the hospital**. AMJ 2009, 1, 10, 112-114. Doi 10.4066/AMJ.2009.85. Disponível em: http://www.schroeppeledesign.de/0715_environmental/Mollerup.pdf. Acesso em dezembro de 2018.

MÓNICO, L.; ALFERES, V.L.; CASTRO, P.A.; PARREIRA, P. **A Observação Participante enquanto metodologia de investigação qualitativa**. Available. Conference: 6ª Congreo Ibero-Americano en Investigación Cualitativa. Volume: 3. June 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/318702823_a_observacao_participante_enquanto_metodologia_de_investigacao_qualitativa . Acesso em janeiro de 2018.

MONKEN, M. e BARCELLOS C. (2005) **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas**. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 21(3): 898-906. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300024&lng=en.

MOSER, G. **Psicologia Ambiental**. *Estudos de Psicologia*. 3(1), 121-130. Universidade René Descartes-Paris V. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n1/a08v03n1.pdf>. Acesso em novembro de 2017.

NAKANO, A.M.S; SILVA, L.A.; BELEZA, A.C.S; STEFANELLO, J.; GOMES, F.A. O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. *Acta Paul Enferm*. 2007 20(2); 131-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a04v20n2.pdf> Acesso em dezembro de 2018.

NHS – National Health Service - United Kingdon. **ASPECT - A Staff and Patient Environment Calibration Toolkit - Instructions, scoring and guidance**. United Kingdon (2008). Disponível em: https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130123193049/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_082087. Acesso em novembro de 2017.

O GLOBO/RIO, 2018. **Lei que autoriza a abertura de casas de parto não saiu do papel**. Disponível em: <https://www.cremerj.org.br/clippings/exibe/78083;jsessionid=F387462490FF57642CC5740CE498F1C5>. Acesso em agosto de 2018.

ODENT, M. **Michel Odent: processos voluntários e involuntários durante o parto (Imersão Lyon 2018)**. Entrevista com o obstetra francês Michel Odent. Instituto Michel Odent. 2018. Disponível em <https://institutomichelodent.com.br/2018/05/> Acessado em agosto de 2018.

OKAMOTO, J. **Percepção Ambiental E Comportamento**. 2. ed. São Paulo: Plêiade. 1996.

OKAMOTO, J. **Percepção ambiental e comportamento. Visão Holística da percepção ambiental na arquitetura e na comunicação**. 2002. Editora Mackenzie. São Paulo – SP.

OLIVEIRA, M.M.; SOUZA, S.M.R. **O caráter multidisciplinar da Comunicação Visual em hospitais**. *Comunicação & Inovação, PPGCOM/USCS*. v. 15, n. 29 (159-170) jul-dez 2014. Disponível em:

http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_comunicacao_inovacao/article/download/2412/1596. Acesso em dezembro de 2018.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Escritório Regional para a Europa. **Conferência Inter-Regional Conjunta sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento**. Fortaleza, Brasil, 22-26 de abril de 1985. RELATÓRIO RESUMO

OMS - Organização Mundial de Saúde **Safe Motherhood. Care in normal birth: a practical guide**. Department of reproductive health and research. World Health Organization. Genève. 1996.

PAQUETE D. **Describing urban ambiances: The CRESSON research laboratory**. WI – Journal of Mobile Media. Vol. 7, N. 1. 2013. Sound moves, Disponível em: <http://wi.mobilities.ca/describing-urban-ambiances-the-cresson-research-laboratory/> Acesso em junho de 2017.

PAULA, K. C. L. 2003. **A Arquitetura Além da Visão: uma reflexão sobre a experiência no ambiente construído a partir da percepção das pessoas cegas congênitas**. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Arquitetura da Universidade federal do rio de Janeiro PROARQ/FAU/UFRJ – Rio de Janeiro – RJ

PAZ, L.S.; FENSTERSEIFER, L.M. **Equipe de enfermagem e o acompanhante no parto em um hospital público de Porto Alegre** Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, 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.

PCRJ – Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. SMS/RJ. Coordenação da AP 5.1. **Anexo técnico i: informações sobre a área de planejamento 5.1**. SUBPAV/SMSDC-Rio de Janeiro, setembro de 2009.

_____. Notícia. **Cariocas ganham maternidade de presente no Dia das Mães**. 2012. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/guest/exibeconteudo?article-id=2827017>. Acesso em julho de 2018.

_____. Instituto Pereira Passos (IPP) – Diretoria de Informações da Cidade (DIC) – Gerencia de Cartografia. **Lista de bairros e áreas de Planejamento (APs)**. Rio de Janeiro. 2012.

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.

PEREIRA, P. **Projeto Marias**. Trabalho final de graduação apresentado ao Curso de Arquitetura e Urbanismo da Pontifícia Universidade Católica de Capinas – SP. 2016. Disponível em: https://issuu.com/paulapereira51/docs/projeto_marias_memorial_vers_o_fin. Acesso em setembro de 2018.

PINHEIRO, B. C., & BITTAR, C. M. L. (2013). **Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: Relato de um grupo de mulheres.** *Fractal Revista de Psicologia*, 25(3),585-602. doi:10.1590/S1984-02922013000300011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v25n3/a11v25n3.pdf> . Acesso em maio de 2019.

PINHEIRO, E. **O terreno da subjetividade: uma interpretação sensível das ambiências –** Artigo extraído da Tese de Doutorado “**Cidades 'ENTRE'. Dimensões do sensível em arquitetura ou a memória do futuro na construção de uma cidade**”, apresentada pela autora ao PROARQ/FAU/UFRJ. Rio de Janeiro - RJ. 2010. Texto fornecido como parte do material de leitura da Disciplina Arquitetura e Projeto do Lugar. PROARQ/FAU/UFRJ. 2017/1

PUPULIM, J.S.L. **Satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física: construção e validação de um instrumento de medida.** Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. SP. 2009.

PUPULIM, J.S.L.; SAWADA, N.O. **Percepção de pacientes sobre a privacidade no hospital.** *Rev. Bras. Enferm*, Brasília. Jul-ago; 65(4): 621-9. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400011. Acesso em novembro de 2017.

RAPOPORT, J. (1969) citado por DUARTE, C. R.; BRASILEIRO, A.; SANTANA, E. P.; PAULA, K. C. L. de; VIEIRA, M. D.; UGLIONE, P. (2007). **O Projeto como Metáfora: explorando ferramentas de análise do espaço construído.** In: Duarte, C.R.; Rheingantz, P.A.; Bronstein, L.; Azevedo, G.A. (Org.). *O lugar do projeto no ensino e na pesquisa em arquitetura e urbanismo*. 1 ed. Rio de Janeiro: Contracapa.

REDE HUMANIZASUS, **Ministério da Saúde apoia a construção de Centros de Parto Normal.** Postagem de maio de 2014. Disponível em: <http://redehumanizaus.net/84223-ministerio-da-saude-apoia-a-construcao-de-centros-de-parto-normal/>. Acesso em março de 2018.

REGO, N. **Geração de ambiências: três conceitos articuladores,** *Educação*, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 46-53, jan./abr. 2010. disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/6780>, acesso em novembro de 2015.

RIBEIRO, J. P. **A ambiência como ferramenta de humanização da unidade de pediatria: contribuições da enfermagem.** Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. FURG. Rio Grande- RS. 2015

Rio-Urbe – Empresa Municipal de Urbanização. 2010. **Edital da Concorrência Pública n.º 060/2010**, cujo objeto são as “Obras de conclusão da nova Maternidade Oswaldo Nazareth - Rua Moncorvo Filho - Centro”

Rocha, J.L. 2010. **Humanização de maternidades públicas: um estudo sobre a arquitetura das enfermarias de alojamento conjunto.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis – SC.

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.

RODRÍGUEZ-ALCALÁ, C. **Memória e movimento no espaço da cidade: para uma abordagem discursiva das ambiências urbanas.** Revista Rua | Campinas | Edição Especial – 20 anos. 2014. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rua/article/view/8638269/5900> Acesso em junho de 2018.

RODRIGUES, A. V., & SIQUEIRA, A. A. F. (2008). **Sobre as dores e temores do parto: Dimensões de uma escuta.** *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 8(2),179-186. doi:10.1590/S151938292008000200005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n2/05.pdf>. Acesso em maio de 2019.

ROLIM, E. A **Percepção do Espaço Urbano - Estudo das Ambientes Urbaines Architecturales**, IV Seminário internacional URBICENTROS 4 – Invisibilidades e Contradições no Urbano, João Pessoa, dezembro de 2013. Disponível em: <http://www.laboratoriourbano.ufba.br/wp-content/uploads/2014/09/Artigo-URBICENTROS-4.pdf>. Acesso em março/2017

SAMPAIO, A. V. C. F. **Arquitetura Hospitalar: Projetos ambientalmente sustentáveis, conforto e qualidade; Proposta de um instrumento de avaliação.** 2005. Tese (doutorado em estruturas ambientais urbanas). Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/16/16131/tde-23102006-175537/pt-br.php> Acesso em janeiro de 2019.

SAMPAIO, A.V.C.S. e CHAGAS, S.S. Avaliação de conforto e qualidade de Ambientes hospitalares. **Gestão & Tecnologia de Projetos**. Vol. 5, n° 2, Novembro 2010. DOI 10.4237/gtp.v5i2.107. Disponível Em: <http://www.revistas.usp.br/gestaodeprojetos/article/download/50990/55063/>. Acesso em dezembro de 2018.

SANCOVSCHI, I. e DUARTE, C.R. **O Poder das narrativas sobre ambiências culturais na construção de territorialidades e identidades: Retratos da vida judaica na obra de Bashev Singer.** Artigo. LASC/PROARQ/FAU/UFRJ. 2017. Disponível em: <http://lasc.fau.ufrj.br/artigos/84/o-poder-das-narrativas-sobre-ambiencias-culturais-na-construcao-de-territorialidades-e-identidades-retratos-da-vida-judaica-na-obra-de-bashev-singer>. Acesso em novembro de 2018.

SANTOS, M. e BURSZTYN, I. (2014) **O Caminho do paciente.** In **Arquitetura e Engenharia Hospitalar**. Bitencourt. F. e Costeira. E. (org.) Pag. 142-163. Riobooks Editora – Rio de Janeiro.

SANTOS-NETO, E. T., ALVES, K. C. G., ZORZAL, M., & LIMA, R. C. D. (2008). **Políticas de saúde materna no Brasil: Os nexos com indicadores de saúde materno-infantil.** *Saúde e Sociedade*, 17(2),107-119. doi:10.1590/S0104-12902008000200011. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sausoc/2008.v17n2/107-119> . Acesso em maio de 2019.

SAÚDE BUSINESS. Revista eletrônica. **Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda celebra 6 anos com cerca de 30 mil partos realizados** Mercado. Disponível em: <https://saudebusiness.com/noticias/hospital-maternidade-maria-amelia-buarque-de-hollanda-celebra-6-anos-com-cerca-de-30-mil-partos-realizados/>. Acesso em julho de 2018.

SAWADA, N.O E PUPULIM, J.L.S. 2012. **Percepção de pacientes sobre a privacidade no hospital.** Rev. Bras Enferm, Brasília. Jul-ago; 65(4): 621-9.

SAWADA, N.O.; GALVÃO, C.M.; MENDES, I.A.C.; COLETA, J.A.D. **Invasão do território e espaço pessoal do paciente hospitalizado: adaptação de instrumento de medida para a**

cultura brasileira. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 5-10. 1998. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092007000100002. Acesso em dezembro de 2017.

SERVIÈRES, M.; PIGA, B.E.A; SIRET, D.; MINVIEL, N. **Emotional Cities: imaginary future of ambiances explored in the Mobiance workshop.** Conference: Ambiances, demain. - Ambiances, tomorrow. Volos (Greece) Volume: 01. 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/310818701_Emotional_Cities_imaginary_future_of_a_mbiances_explored_in_the_Mobiance_workshop. Acesso em novembro de 2018.

SETTON, M.G.J. **A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea.** Artigo. Revista Brasileira de Educação. Maio/Jun./Jul./Ago. 2002. Nº 20 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n20/n20a05.pdf>. Acesso em novembro 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 e agosto de 2018.

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

SILVA, L.C. **Casa Maria – A humanização da arquitetura no ambiente hospitalar.** Trabalho de conclusão de curso. Bacharelado em Arquitetura e urbanismo. Centro Universitário Senac. São Paulo. SP 2017. Disponível em: https://issuu.com/senacbau2013_2017/docs/casa_maria_-_a_humaniza_o_da_arq Acesso em setembro de 2018.

SIMÕES, E.A.Q. e TIEDEMANN, K.B. **Psicologia da percepção.** São Paulo: EPU, v. 01. 1985.

SMS-SP. (2012) Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de rotinas de enfermagem do centro obstétrico. Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva.** Vila Nova Cachoeirinha. Coleção Protocolos HMEC 2012. 4ª EDIÇÃO. São Paulo – SP.

SOARES, N.V.; DALL'AGNOL. C.M. **Privacidade dos pacientes – uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem*.** Acta Paul Enferm 2011;24(5):683-8. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000500014 Acesso em junho de 2017.

SOETHE, L.; LEITE, L.S. **Arquitetura e a saúde do usuário.** IV SBQP. Universidade Federal de Viçosa. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18540/2176-4549.6039>. Acesso em outubro de 2017.

SOMMER, R. **Espaço pessoal: as bases comportamentais de projetos e planejamentos.** São Paulo. EDUSP. 220p. Original em inglês: The behavioral basis of design. 1973.

SOPA, M.J.P. **Representações e Práticas da Maternidade em Contexto Multicultural e Migratório**. Universidade Aberta. Dissertação do Mestrado de Comunicação em Saúde. Lisboa. 2009. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.2/1343>. Acesso em fevereiro de 2018.

SOUZA, S.F.F. **Jardins terapêuticos em unidades de saúde Aplicação de uma metodologia de projeto centrado no utilizador para populações com necessidades especiais – caso de estudo do Centro de Reabilitação e Integração Ouriense**. Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Arquitetura Paisagista. Universidade de Lisboa. Portugal. 2016. Disponível em: https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/13093/1/TESE_SaraSousa_2016.pdf Acesso em dezembro de 2018.

SOUZA, S.R.R.K; GUALDA, D.M.R. **A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública**. Texto Contexto Enferm, 2016; 25(1):e4080014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-4080014.pdf>. Acesso em dezembro de 2018.

STANCATO, K; VERGÍLIO, M.S.T. G; BOSCO, C.S (2011). **Avaliação da estrutura e assistência em sala de pré-parto, parto e pós-parto imediato-PPP de um hospital universitário**. Cienc. Cuid Saúde. Jul/Set; 10(3): 541-548. Disponível em: <https://docplayer.com.br/27070266-Avaliacao-da-estrutura-e-assistencia-em-sala-de-pre-parto-parto-e-pos-parto-imediato-ppp-de-um-hospital-universitario-1.html>. Acesso em junho de 2017.

TCMRJ. Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro. SGCE/ 2ª Inspeção Geral de Controle Externo. **Acompanhamento de Obras Públicas. Contrato nº 26/2011 – obras de conclusão da nova Maternidade Oswaldo Nazareth. Relatório da segunda visita**. Rua Moncorvo Filho, Centro. RJ. 2011.

TEIXEIRA, N. Z., & PEREIRA, W. R. (2006). **Parto hospitalar - Experiências de mulheres da periferia de Cuiabá - MT**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(6),740-744. doi:10.1590/S003471672006000600004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a04.pdf>. Acesso em maio de 2019.

THIBAUD, J.P. **A cidade através dos sentidos**. Cadernos Proarq, nº 18. PROARQ/FAU/UFRJ. 2012. Disponível em: http://www.proarq.fau.ufrj.br/revista/public/docs/Proarq18_ACidade_JeanThibaud.pdf. Acesso em junho de 2017.

_____. **Ambiência**. In: *Psicologia Ambiental: Conceitos para a leitura da relação pessoa-ambiente*. Sylvia cavalcante, Gleice A. Elali (organizadoras). PP 13-25. Petrópolis, RJ: Vozes, 2018.

THIBAUD, J.P.; DUARTE, C.R. **Ambiances urbaines en partage. Pour une écologie sociale de la ville sensible**. MetisPresses, Genève, 288 p. 2013.

TIXIER, N. **L'usage des ambiances - Culture et recherche**, nº 113, Paris: Ministère de la Culture et de la Communication, 2007, pp.10-11. <Hal-00995572>. Disponível em: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00995572/document>. Acesso em junho de 2017.

TOLEDO, L. C. **Feitos para curar: arquitetura hospitalar e processo projetual no Brasil**, Rio de Janeiro: ABDEH. 2006.

TOSTES, N.A; SEIDL, E.M.F. **Expectativas de Gestantes sobre o Parto e suas Percepções acerca da Preparação para o Parto**. ISSN 1413-389X *Trends in Psychology / Temas em Psicologia* – 2016, Vol. 24, nº 2, 681-693. DOI: 10.9788/TP2016.2-15. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000200015

Acesso em maio de 2019.

TUAN, Yi-Fu. **Topofilia – Um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente**, Londrina, Eduel. 2012.

ULRICH R.S. **Effects of interior design on wellness: Theory and recent scientific research February 1991**. Journal of health care interior design: proceedings from the Annual National Symposium on Health Care Interior Design. National Symposium on Health Care Interior Design (U.S.) 3:97-109, 1991. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/13173950_Effects_of_interior_design_on_wellness_Theory_and_recent_scientific_research . Acesso em agosto de 2018.

VASCONCELOS, R.T.B **Humanização de ambientes hospitalares: características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC. 2004. Disponível em; <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/87649>. Acesso em maio de 2018.

VICO, A. F. **Avaliação da Implantação dos Centros de Parto Normal no Sistema Único de Saúde**. 2017. 79 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) -Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25239?mode=full>. Acesso em julho de 2018.

VON HARTENTHAL, M.W.; ONO, M.M. **O espaço percebido: em busca de uma definição conceitual**. Arquitetura revista, vol. 7, (1): 2-8. 2011. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/arquitetura/article/view/1272>. Acesso em: dezembro de 2017.

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

WHYTE, W.F. **Os dez mandamentos da observação participante**. Sociedade de esquina: a estrutura social de uma área urbana pobre e degradada. Tradução de Maria Lucia de Oliveira. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2005. 390 páginas. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v22n63/a12v2263.pdf>. Acesso em janeiro de 2018

WHO - World Health Organization. **Recomendations for Appropriate Technology Following Birth**. WHO Regional Office for Europe. 1986. Disponível em <<http://www.who.dk>> Acesso em junho de 2017.

WHO - World Health Organization. **Appropriate Technology for Birth**. The Lancet 8452(ii): 436-437. 1985. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2863457>. Acesso em maio de 2017.

WHO - World Health Organization. **Care in normal birth: a practical guide**. Geneva: World Health Organization; 1996.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report: primary health care now more than ever**. Geneva, Switzerland: WHO Press, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/en/>. Acesso em novembro de 2017.

WEBSITES:

<https://www.einstein.br/estrutura/maternidade/centro-de-parto>

http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_pegonha

http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm

<http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>

<https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/vida/noticia/2017/06/o-que-fazer-e-o-que-nao-fazer-ao-visitar-alguem-no-hospital-9823516.html>

<https://www.tricurioso.com/wp-content/uploads/2018/08/cheiro-do-gosto-sinestesia-tricurioso-667x400.jpg>

<https://www.ambiances.net/seminars/rio-2009-ambiances-en-partage-culture-corps-langage.html>

ANEXOS

Anexo 1 - Principais seminários e conferencias de pesquisa sobre ambiência realizados na última década.

| Seminários e Conferências de Pesquisa | | |
|--|-------------|---|
| Local | Data | Tema |
| Madri - Espanha | 2018 | Somos todos corpos capazes. Da privação sensorial ao aumento sensorial. (We are all able bodies. From sensory deprivation to sensory augmentation.) |
| Cerisy - França | 2018 | Lusage des ambiances : l'épreuve sensible des situations. (O uso das ambiências. A experiência sensorial de situações) |
| Londres - Inglaterra | 2017 | Atmosferas de palco - teatro e a turnê atmosférica (Staging Atmospheres – Theatre and the Atmospheric Turn) |
| Cairo - Egito | 2015 | Parques lineares e ambientes urbanos: conceito emergente para melhorar a qualidade de vida em assentamentos informais (Linear Parks and Urban Ambiances: Emerging concept to enhance the quality of life in informal settlements) |
| Chicago - EUA | 2015 | Pesquisa e Representação de Geografias Ambientais e Atmosféricas (Researching and Representing Ambient and Atmospheric Geographies.) |
| Saint-Etienne - França | 2015 | Animando o espaço público: por uma estética efêmera? (Animer l'espace public : pour une esthétique de l'éphémère ?) |
| Grenoble -França | 2014 | O diário filmado - Arquivos de filmes e espaços públicos (Le quotidien filmé - Archives filmiques et Espaces publics) |
| Nantes - França | 2014 | Traduzindo ambiências. (Ambiances en traduction) |
| Tunes - Tunísia | 2014 | Ambiência como uma questão fundamental no espaço público mediterrâneo contemporâneo. (Ambiance as a key issue in the contemporary Mediterranean public space) |
| Londres - Inglaterra | 2013 | Ambiências e Atmosferas em Tradução(Ambiances & Atmospheres in Translation) |
| Munique - Alemanha | 2011 | Design Urbano e Sociedade Urbana (Urban Design & Urban Society) |
| Grenoble - França | 2011 | Vídeo e Ambiência (Vidéo & Ambiance) |
| Aarhus - Dinamarca | 2010 | Atos de Som - Som como Arte - Som na Cultura - Som na História (SoundActs - Sound as Art - Sound in Culture / Sound in Theory - Sound in History) |
| Rio de Janeiro - Brasil | 2009 | Ambiências compartilhadas : culture, corpo e linguagem (Ambiances en partage : culture, corps et langage) |
| Lyon, Grenoble et Paris - França | 2009 | Compartilhando ambiências urbanas(Ambiances urbaines en partage) |

Fonte: Baseado em “Publications of the network - International Ambiances Journal Online Publications”

Anexo 2 - Principais workshops sobre ambiência realizados na última década.

| Workshops | | |
|---|------|---|
| Local | Data | Tema |
| Grenoble - França - CRESSON - Winter School 6th Edition | 2018 | Interrogando os territórios da energia pelo som (Interroger les territoires de l'énergie par le sonore) |
| Bordeaux - França | 2017 | Vivendo o patrimônio arquitetônico moderno na era da sustentabilidade: Ambientes e qualidade de uso. (Living modern architectural heritage in the age of sustainability: Ambiances and quality of use) |
| Milão- Itália - MOBIANCE* 3 | 2017 | Compartilhando cidades, ambientes comuns e futuros urbanos. (Sharing Cities, Ambient Commons and Urban Futures) |
| Cergy - França | 2017 | Mapas ausentes da violência urbana: mapeamento de cidades sob ocupação. Mapeando memórias sensíveis da violência política (Missing maps of urban violence: counter-mapping cities under occupation. Mapping the sensitive memories of political violence) |
| Grenoble - França - CRESSON Winter School 5th Edition | 2017 | Esboçando a paisagem sonora: passeios e cursos em espaços urbanos densos. (Esquisser l'ambiance sonore : tours et cours dans l'espace urbain dense) |
| Grenoble - França - CRESSON Winter School 4th Edition | 2016 | Ambientes vivos e design de som: limiares, limites, passagens. (Ambiances habitées et design sonore : seuils, limites, passages.) |
| Nantes - França - MOBIANCE* 2 | 2015 | Sensores que interagem na cidade. (Capteurs-senseurs** en interaction dans la ville) |
| Grenoble - França - CRESSON Winter School 3rd Edition | 2015 | Representações do ambiente sonoro urbano. (Les représentations de l'environnement sonore urbain) |
| Nantes - França - MOBIANCE* | 2013 | Ferramentas digitais móveis, atmosferas e design urbano. (Tradução nossa. Em francês no original: Outils numériques mobiles, ambiances et design urbain) |
| Nantes - França | 2013 | Simulação de ambiente ambiental, realidade virtual e design urbano. (Tradução nossa. Em inglês no original: Simulation of ambient environment, virtual reality and urban design.) |

Fonte: Baseado em “Publications of the network - International Ambiances Journal Online Publications

Anexo 3 - Congressos Internacionais sobre ambiência realizados na última década

| Congressos Internacionais | | |
|--|------|--|
| Local | Data | Tema |
| Volos - Grécia - 3º Congresso Internacional de Ambiências | 2016 | Ambiências, amanhã. (Ambiances, demain) |
| Montreal - Canada - 2º Congresso Internacional de Ambiências | 2012 | Ambiências em ação. (Ambiances en acte(s)) |
| Grenoble - França - 1º Congresso Internacional de Ambiências | 2008 | Criando uma ambiência (Faire une ambiance) |

Notas:

* O "Mobiance", uma mistura entre Mobilidade e Ambiência, é um processo de pesquisa e criação sobre os impactos do design móvel no design urbano. Fonte; Servières ET AL, 2016)

** Os sensores termo / sensores, incluem todas as ferramentas eletrônicas, privadas e públicas, visíveis e invisíveis, fixas e móveis, interagindo no espaço público. (Fonte: <https://www.ambiances.net/workshops/nantes-2015-capteurs-senseurs-en-interaction-dans-la-ville.html>)

Fonte: Baseado em “Publications of the network - International Ambiances Journal Online Publications”

Anexo 4 - Efeitos ambientais sobre a saúde e o bem-estar

| Fatores ambientais que afetam a saúde e o bem estar. | |
|---|--|
| Fatores ambientais relacionados a iluminação e vistas | Efeitos comprovados |
| Boa incidência de luz natural | aumento do biorritmo de pacientes após anestésias |
| | absorção de vitaminas e sais minerais pelos membros das equipes e pelos pacientes |
| | aumento da produtividade dos trabalhadores |
| Vistas para a luz natural | Possibilidade de sentir a passagem do tempo e das condições climáticas para todos os usuários. |
| Utilizar iluminação artificial adequada ao ambiente | Aumento da segurança necessária aos procedimentos médicos |
| | Aumento da segurança interna e externa da edificação e de seus usuários |
| | Aumento da produtividade |
| | Minimização do desconforto aos usuários pela utilização de iluminação inadequada. |
| Qualidade e cores apropriadas, funcionais e ergonômicas utilizadas na iluminação | Redução da agitação e relaxamento dos usuários. |
| | Aumento da produtividade e qualidade dos serviços prestados |
| Fatores ambientais relacionados a atmosfera e identidade dos usuários | Efeitos comprovados |
| Existência de espaços coletivos de encontro e espaços de utilização individual para os usuários | Reunião de pessoas, distração, relaxamento, recreação e expressão cultural para os usuários, auxiliando na redução de estresse. |
| | Privacidade para conversas particulares e necessidade de recolhimento. |
| | Possibilidade de expressão de fé, oração, alívio mental e espiritual. |
| Integração de arte nos ambientes | Relaxamento, contemplação, apreciação |
| Utilização de cores adequadas | Diminuir ou ampliar a capacidade de percepção dos ambientes, a concentração e a atenção |
| Fatores ambientais relacionados ao som e às vibrações | Efeitos comprovados |
| Paz e tranquilidade, diminuição da poluição sonora e ruídos desagradáveis. | Menor perturbação do sono, diminuição da irritação, do estresse e de problemas de ritmo cardíaco, além do auxílio na recuperação dos pacientes |
| | Aumento da concentração e diminuição do cansaço para trabalhadores e acompanhantes |
| | Aumento da produtividade para funcionários |
| Utilização de música ambiente | Distração e relaxamento |
| Fatores ambientais relacionados à autonomia | Efeitos comprovados |
| Controle pessoal de venezianas, iluminação, e temperatura dos ambientes | Aumento da sensação de controle e autonomia pelos usuários |

Fonte: Baseado em Soethe e Leite (2015)

Anexo 4 cont. - Efeitos ambientais sobre a saúde e o bem-estar

| Fatores ambientais que afetam a saúde e o bem estar. | |
|---|---|
| Fatores ambientais relacionados ao ar interno | Efeitos comprovados |
| Localização de instalações delicadas em lugares menos críticos | Minimização dos riscos de infecção e problemas de contaminação biológica, física e química |
| Separação entre fontes de contaminação | |
| Menos fontes de poluição do ar | Diminuição da possibilidade de infecções e contaminações |
| | Minimização do risco de doenças decorrentes a curto, médio ou longo prazo |
| Fatores ambientais relacionados ao clima | Efeitos comprovados |
| Ambientes internos com temperatura adequada e agradável | Conforto, bem estar, aumento de produtividade, redução de faltas por doença |
| Fatores ambientais relacionados à acessibilidade | Efeitos comprovados |
| Boa sinalização visual | Capacidade de orientação e aumento da autonomia |
| Correção na utilização de pisos, que sejam planos e não escorregadios | Aumento da sensação de equilíbrio, movimentação com segurança, diminuição do risco de quedas |
| Prever espaços livres de obstruções | Aumento da segurança e da autonomia |
| Entradas protegidas de vento e chuva | Aumento da segurança física |
| Fatores ambientais relacionados à ergonomia | Efeitos comprovados |
| Dimensões ergonômicas para os ambientes de trabalho | Postura correta, relaxamento, diminuição de problemas físicos, aumento da produtividade para os trabalhadores |
| Dimensões ergonômicas em compartimentos e equipamentos assistenciais | maior conforto aos pacientes, melhoria da qualidade do atendimento e na percepção dos usuários sobre os ambientes |
| Fatores ambientais relacionados à utilização de áreas verdes | Efeitos comprovados |
| Acesso a jardins | Relaxamento, recreação, diminuição do estresse, melhoria do estado físico |
| Existência de vistas para áreas verdes | Relaxamento, recreação, diminuição do estresse, melhoria do estado físico |

Fonte: Baseado em Soethe e Leite (2015)

Anexo 5 - Principais programas e normativas brasileiros relacionados a maternidades e centros obstétricos

| Programas governamentais e normativas relacionados a maternidades e centros obstétricos | |
|--|--|
| Norma/Programa | Objetivo |
| Portaria nº 569/GM/MS, de 01 de junho de 2000 | Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no SUS |
| Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, de 08 de março de 2004 | Monitora a implementação de ações de proteção à saúde da criança e da mulher |
| Manual de Parto, aborto e puerpério, de 2001 | Disseminar conceitos e práticas da assistência ao parto entre os profissionais de saúde |
| Política nacional de atenção à mulher, de 2004 | Propõe diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento relativos à saúde das mulheres |
| Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005 | Garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no SUS |
| Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007 | Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no SUS |
| Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal - RDC nº 36/2008 | Regulamenta o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e seus anexos. |
| Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011 | Institui a Rede cegonha no SUS |
| Orientações para elaboração de projetos: centros de parto normal (CPN); casa da gestante, bebê e puérpera (CGBP); adequação da ambiência; unidade neonatal e banco de leite humano. (Ampliação e reforma), de 2013 | Orienta sobre projetos para as áreas físicas destes ambientes |
| Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia de 2014 | Destinado a favorecer a organização das portas de entrada dos serviços de urgência obstétrica |
| Portaria Nº 11, de 7 de janeiro de 2015 | Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento e outros. |
| Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, 2017 | Sintetizar e avaliar sistematicamente a informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento |
| Orientações para elaboração de projetos arquitetônicos Rede Cegonha : ambientes de atenção ao parto e nascimento, 2018 | Orientações sobre as instalações físicas das unidades pertencentes à Rede Cegonha |

Fonte: a autora

Anexo 6 - Principais projetos e Portarias do ministério da Saúde para incentivar a humanização do Parto e Nascimento entre os anos de 1996 e 2000.

| Normatização brasileira para Humanização do Parto e Nascimento - de 1996 a 2000 | | |
|---|----------------------------|--|
| Período | Projeto/Portaria | Objetivo |
| 1996 | Projeto Maternidade Segura | Parceria do MS com FEBRASGO, UNICEF e OPAS - pretendia reduzir a mortalidade materna e perinatal, através da melhoria da assistência ao parto e ao recém-nascido; |
| maio de 1998 | Portaria MS/GM 2.815 | Inclui na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento "parto normal sem distúrcia realizado por enfermeiro obstetra" e teve como finalidade principal reconhecer a assistência prestada por esta categoria profissional, no contexto de humanização do parto. |
| junho e agosto de 1998 | Portaria MS/GM 3.016 | Estas portarias normatizam a implantação de programas estaduais de Referência Hospitalar para atendimento à gestação de alto risco. Tiveram por principal objetivo garantir melhor qualidade à gestação de alto risco e reduzir o índice de morbimortalidade materna e neonatal; |
| | Portaria MS/GM 3.482 | |
| | Portaria MS/GM 3.477 | |
| abril, maio, junho e julho de 1998 | Portaria MS/GM 2.816 | Estas portarias determinam o pagamento de um percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos de cada hospital. A introdução, em 1998, destes limites percentuais para o pagamento de cesarianas realizadas pelo Sistema Único de Saúde - SUS teve por objetivo a redução do número de mulheres submetidas a riscos cirúrgicos desnecessários; |
| | Portaria MS/GM 865 | |
| | Portaria MS/GM 466 | |
| | Portaria MS/GM 426 | |
| Junho de 1998 e dezembro de 1999 | Portaria MS/GM 2.883 | Instituem o Prêmio Galba de Araújo, com o propósito de revelar ao Brasil experiências inovadoras na gestão pública, privilegiando o acolhimento da mulher e seu companheiro, no momento do parto. |
| | Portaria MS/GM 1.406 | |
| junho de 2000 | Portaria MS/GM 569 | Este conjunto de portarias institui o Programa de Humanização no Pré- Natal e Nascimento, com seus diferentes componentes de incentivo à Assistência Pré-Natal, a organização, regulação e novos investimentos na Assistência Obstétrica; |
| | Portaria MS/GM 570 | |
| | Portaria MS/GM 571 | |
| | Portaria MS/GM 572 | |

Fonte: a autora, baseado em Brasil (2001).

Anexo 7 - Composição física mínima dos Centros de Parto Normal

| Composição física dos Centros de Parto Normal | | | | | |
|---|--------|----------------------------------|---------------------|--|---|
| Espaço para realização das atividades de cuidado: | Quant. | Área mín. (m2) | Dimensão mínima (m) | Objetivo | |
| Sala de acolhimento da parturiente e de seu acompanhante; | 1 | 12,00 | | Ambiente destinado a recepcionar e encaminhar parturientes e acompanhantes | |
| Sala de exames e admissão de parturientes | 1 | 9,00 | | Tem como atividade examinar e higienizar parturientes | |
| Banheiro anexo à sala de exames e admissão | 1 | 1,60 | 1,20 | | |
| Quarto PPP sem banheira | 2 | 14,50 | 10,50 (leito) | 3,20 | Destinado a atividades como assistir parturientes em trabalho de parto; assegurar condições para que acompanhantes assistam |
| | | | 4,00 (RN) | 1,40 | |
| Quarto PPP com banheira | 1 | 18,00 | 10,50 (leito) | 3,20 | ao pré-parto, parto e pós-parto; prestar assistência de enfermagem ao RN |
| | | | 4,00 (RN) | 1,40 | |
| | | | 3,50 (banheira) | | |
| Banheiro anexo ao quarto PPP | 3 | 4,80 | 1,70 | | |
| Área de deambulação (interna ou externa) | 1 | 30,00 | | Área destinada à deambulação e estar das parturientes | |
| Posto de enfermagem – sala de serviço | 1 | 2,50 | | Tem como atividade realizar relatórios de enfermagem e registro de parto. | |
| Sala de serviço | 1 | 5,70 | | Para realização de procedimentos de enfermagem. Deve haver uma para cada posto de enfermagem. | |
| Ambientes de apoio: | Quant. | Área mín. (m2) | Dimensão mínima (m) | Objetivo | |
| Sala de utilidades | 1 | 6,00 | 2,00 | Destinado à recepção, à lavagem, à descontaminação e ao abrigo temporário de materiais e à roupa suja | |
| Quarto de plantão para funcionários | 1 | 5,00 | | Destinado ao repouso dos funcionários presentes na unidade em regime de plantão | |
| Banheiro anexo ao quarto de plantão | 1 | 2,30 | | | |
| Rouparia | 1 | pode ser um armário com 2 portas | | Destinada ao armazenamento de roupas limpas | |
| Depósito de material de limpeza (DML) | 1 | 4,15 | 1,00 | Ambiente de apoio destinado à guarda de materiais de limpeza | |
| Depósito de equipamentos e materiais | 1 | 3,15 | | Destina-se a armazenar os materiais e equipamentos por categoria e tipo. | |
| Copa | 1 | 4,00 | 1,15 | Destinada à recepção e à distribuição da dieta das parturientes e acompanhantes | |
| Refeitório | 1 | 12,00 | | Poderá estar contíguo à copa ou ser externo destinado à realização de refeições/lanches fora do quarto | |
| Área para guarda de macas e cadeiras de rodas | | | | | |

Fonte: Brasil (2018)

Anexo 8 - Formulários da pesquisa de campo

Formulário A - Privacidade, companhia e dignidade.

A: Privacidade, companhia e dignidade

A Seção "A" trata da forma como as pessoas em uma edificação de assistência à saúde podem controlar sua privacidade e sua interação com os outros. Centra-se na forma como as pessoas podem manter a sua dignidade enquanto estão sob condições diferentes das encontradas na vida cotidiana.

| ID | Descrição | Pontos | Notas |
|------|---|--------------|-------|
| A.01 | Os pacientes podem optar por ter privacidade. | selezione... | |
| A.02 | Os pacientes podem ter conversas privadas. | selezione... | |
| A.03 | Os pacientes podem ficar sozinhos. | selezione... | |
| A.04 | Os pacientes têm lugares onde podem estar com outras pessoas. | selezione... | |
| A.05 | Os banheiros estão localizados logicamente, convenientemente e discretamente. | selezione... | |

[◀ Configuração da oficina de projeto](#)
[▶ Sumário de resultados](#)
[Vistas externas ▶](#)

Fonte: Adaptado de DH States and Facilities (2008)

A.01. *Os pacientes podem optar por ter privacidade.* - Os pacientes têm quartos individuais ou, se estiverem em ambientes compartilhados e puderem se mover, podem facilmente encontrar um espaço privado. A privacidade também significa que as atividades podem continuar ininterruptas e independentes das ações ao redor, por exemplo, a abertura de uma porta não interfere em algum grau na privacidade visual (que garante dignidade e privacidade pessoal e acústica). Claramente quartos individuais satisfazem este recurso, porém, ambientes com vários leitos não o fazem naturalmente. No caso, por exemplo, de enfermarias, as distâncias entre camas e a provisão de telas/cortinas/obstáculos visuais, podem ajudar a compensar até certo ponto a perda natural de privacidade e dignidade.

- A.02 *Os pacientes podem ter conversas privadas.* - O paciente pode conversar com um familiar, médico, enfermeiro ou terapeuta confiante de não ser ouvido. A privacidade é importante para todos e particularmente para bem-estar dos pacientes.
- A.03 *Os pacientes podem ficar sozinhos.* - Pacientes internados em ambientes compartilhados têm acesso a uma sala privada ou, se com mobilidade, podem facilmente encontrar um espaço privado próximo à sua base localização.
- A.04 *Os pacientes têm lugares onde podem estar com outras pessoas.* - Os pacientes em acomodações compartilhadas ou com mobilidade, podem facilmente encontrar um lugar para se socializar. Este item pode ser particularmente importante para lugares onde os pacientes possam ficar por longos períodos.
- A.05 *Os banheiros estão localizados logicamente, convenientemente e discretamente.* - Os banheiros devem ser próximos aos leitos e sua localização deve ser óbvia, porém deve-se evitar que as portas abram diretamente para os ambientes. O uso dos sanitários não deve ser ouvido ou deixar escapar odores para áreas públicas. Ser capaz de refrescar-se, limpar-se e assim por diante, sem exposição, pode ter grande importância para as pessoas.

Formulário B - pesquisa de campo - Vistas externas

B: Vistas externas

A Seção "B" lida com a medida em que, tanto a equipe de saúde quanto os pacientes, podem ver o meio externo e ao redor da edificação. Questiona o que eles podem ver e relaciona estas informações à sua atividade e condição atual.

| ID | Descrição | Ponderação | Pontos | Notas |
|------|--|--------------|--------------|-------|
| B.01 | Existem espaços que permitam aos funcionários e pacientes observar o passar do tempo através de janelas. | Alto (2) ▼ | selecione... | |
| B.02 | Os pacientes e funcionários podem facilmente ver o céu. | Normal (1) ▼ | selecione... | |
| B.03 | Os pacientes e funcionários podem ver facilmente o chão. | Normal (1) ▼ | selecione... | |
| B.04 | A vista do lado de fora é calma. | Alto (2) ▼ | selecione... | |
| B.05 | A visão externa é interessante. | Alto (2) ▼ | selecione... | |

◀ Privacidade, companhia e dignidade

▶ Sumário de resultados

Natureza e ar livre ▶

- B.01 *Existem espaços que permitam aos funcionários e pacientes observar o passar do tempo através de janelas.* - Considera o uso de ponderação dupla. Mesmo que os espaços dos pacientes em geral possuam janelas e luz natural, isso nem sempre é observado tão bem para os funcionários. Este fator pode, portanto, ser de particular importância para espaços onde os funcionários trabalham por longos períodos. Esta pergunta seria, portanto, mais fortemente direcionada aos funcionários que têm uma ocupação que normalmente não exige que eles se movimentem muito. Trabalhar por qualquer período ou ficar em quartos sem janelas pode ter efeitos adversos significativos sobre pessoas.
- B.02 *Os pacientes e funcionários podem facilmente ver o céu.* - Ser capaz de ver o céu é relatado como importante. Uma vista apenas do solo ou apenas das paredes, especialmente, por qualquer período pode ocasionar ser deprimente. A altura dos peitoris e das janelas em relação à altura média da cabeça pode ser muito importante, especialmente se pacientes ou funcionários ficam localizados a certa distância das janelas.
- B.03 *Os pacientes e funcionários podem ver facilmente o solo.* - Muitas pessoas relatam desconforto considerável se tiverem que passar longos períodos incapazes de ver o solo. A altura do peitoril da janela pode ser muito importante aqui, especialmente se os pacientes ou funcionários localizarem-se normalmente a alguma distância da janela.
- B.04 *A vista externa é calmante.* - Considera o uso de ponderação dupla. Este item é particularmente importante para locais onde os pacientes podem ficar por curtos períodos, especialmente quando se espera por consulta ou tratamento. Cenas naturais são conhecidas por poder funcionar como elementos calmantes. Exemplos: aquelas que incluem árvores, flores, áreas verdes, água, campos abertos, paisagem, ou pátios quietos e bem desenhados.
- B.05 *A vista externa é interessante.* - Considera o uso de ponderação dupla. Este item é particularmente importante para lugares onde os pacientes fiquem por longos períodos, especialmente se não estiverem em grande dor ou desconforto, e especialmente para pacientes que não possuem mobilidade. Este item também pode ser particularmente importante para edifícios de saúde mental. Em geral, vistas interessantes têm algum grau de mudança e imprevisibilidade. Vistas interessantes incluem aquelas onde há movimento natural ou feito pelo homem e características de arte, como pintura ou escultura. É improvável que isso possa ser conseguido em pátios, embora esculturas em movimento pudessem ajudar a tornar um pátio mais interessante. Cenas da vida cotidiana acontecendo, que podem provocar conversas entre pacientes sobre essa vida e reconectá-los com ele, são particularmente

desejáveis, especialmente em edifícios de saúde mental. Também é desejável que os pacientes possam observar a vida acontecendo dentro do hospital que lhes permita ter interesse nos outros e não se sentir isolado. Em particular, este recurso pode permitir que pacientes se sintam mais seguros sabendo que outras pessoas estão por perto caso precisem delas, assim como fornecendo algum interesse e distração.

Formulário C - pesquisa de campo - Natureza e ar livre.

C: Natureza e ar livre

A seção "C" trata da extensão em que os pacientes, em particular, têm contato com o mundo natural. Questiona se eles podem ver e acessar a natureza ao redor e dentro do prédio.

| ID | Descrição | Ponderação | Pontos | Notas |
|------|---|--------------|-----------------|-------|
| C.01 | Os pacientes podem ir para o lado externo da edificação. | Alto (2) ▼ | seleccione... ▼ | |
| C.02 | Pacientes e funcionários têm acesso a paisagismo em áreas que possam acessar. | Normal (1) ▼ | seleccione... ▼ | |
| C.03 | Pacientes e funcionários podem facilmente visualizar plantas, vegetação e natureza. | Alto (2) ▼ | seleccione... ▼ | |

◀ Vistas externas ▶ Sumário de resultados ▶ Conforto e controle ▶

Adaptado de DH States and Facilities (2008)

- C.01 *Os pacientes podem ir para o lado externo da edificação.* - Este item é particularmente importante para lugares onde os pacientes passem longos períodos, especialmente se não estiverem em grande dor ou desconforto e para os edifícios de saúde mental. Muitas pesquisas mostram a importância do contato com o ar livre e natureza para a maioria das pessoas. A capacidade de respirar ar fresco é pensada como terapêutica para muitas pessoas. Parte da sensação de ar fresco parece ser relativa ao movimento e à brisa, que podem ser muito importantes para dar aos pacientes a sensação de estarem em contato com o mundo exterior. Isto é mais satisfatoriamente alcançado caso se tenha acesso direto ao exterior, que poderia ser uma paisagem aberta, um pátio ou mesmo numa varanda.
- C.02 *Pacientes e funcionários têm acesso a paisagismo em áreas que possam ser acessadas.* - Como para A.01, mas incluindo áreas onde alguma atividade seja possível e inclua lugares para se sentar confortavelmente, com a possibilidade de assistir a vida acontecendo ou olhando a natureza. Para facilitar isso, deverá haver mobília externa, bem projetada e adequadamente localizada.
- C.03 *Pacientes e funcionários podem facilmente visualizar plantas, vegetação e natureza.* - Considera o uso de ponderação dupla. Este item é particularmente importante para pacientes com estresse ou ansiedade e para contrabalançar os efeitos de áreas de alta tecnologia. Pode ser na forma de paisagem aberta, pátios ou mesmo jardins internos. A paisagem incorporada a alguns recursos construtivos pode ser mais tranquilizante para muitas pessoas que áreas densamente arborizadas.

Formulário D - pesquisa de campo – Conforto e controle

D: Conforto e controle

A Seção D trata dos níveis de conforto da equipe e pacientes em edifícios de saúde e em que medida eles podem controlar esses níveis. Pesquisas mostram que não apenas condições confortáveis, mas a capacidade de controlar níveis de conforto pode ser muito importante na redução do estresse, permitindo que os pacientes controlem seu ambiente é, portanto, importante e pode também reduzir demandas de pessoal, particularmente enfermeiras.

| ID | Descrição | Ponderação | Pontos | Notas |
|------|--|--------------|----------------|-------|
| D.01 | Existe uma variedade de padrões de iluminação artificial apropriada para dia e noite e para o verão e inverno. | Normal (1) ▼ | selecione... ▼ | |
| D.02 | Pacientes e funcionários podem controlar facilmente a iluminação. | Alto (2) ▼ | selecione... ▼ | |
| D.03 | Pacientes e funcionários podem facilmente excluir a luz solar do ambiente. | Alto (2) ▼ | selecione... ▼ | |
| D.04 | Pacientes e funcionários podem controlar facilmente a temperatura. | Normal (1) ▼ | selecione... ▼ | |
| D.05 | Pacientes e funcionários podem facilmente abrir janelas / portas. | Normal (1) ▼ | selecione... ▼ | |
| D.06 | O layout do projeto minimiza o ruído indesejado na equipe e áreas de pacientes. | Alto (2) ▼ | selecione... ▼ | |

◀ Natureza e ar livre

▶▶ Sumário de resultados

Legibilidade do lugar ▶

Adaptado de DH States and Facilities (2008)

- D.01 *Existe uma variedade de padrões de iluminação artificial, que possa ser modificada/apropriada para dia e noite.* - Pacientes e funcionários devem ser capazes de controlar os efeitos de iluminação para evitar ofuscamento, ter luz para leitura, luzes fracas para descanso noturno e assim por diante. Considerar a existência de iluminação indireta e iluminação não institucional, que pode ser em nichos ou suave e localizada em vez de altos níveis de iluminação fluorescente. Estudos mostram que quando a luz do dia está disponível, muitos ocupantes do edifício preferem reduzir a iluminação artificial para permitir que a luz do dia entre e seja utilizada. Durante a passagem do dia e das estações do ano, os níveis de luz natural variam enormemente e as pessoas geralmente gostam de perceber esta variação.
- D.02 *Pacientes e funcionários podem controlar facilmente a iluminação.* - Considerar o uso de ponderação dupla. Mudanças nos padrões de iluminação pode ser uma maneira relativamente boa e barata de fornecer variedade espacial para pessoas com pouca mobilidade. É muito importante que os padrões de iluminação possam ser controlados ambiente por ambiente e não apenas para edificações/ alas / departamentos inteiros. É altamente desejável que os pacientes acamados possuam luzes fracas de suas camas.
- D.03 *Pacientes e funcionários podem facilmente excluir a luz solar do ambiente.* - Considerar o uso de ponderação dupla. Persianas podem ser úteis para evitar a luz solar direta, particularmente nos rostos de pacientes imóveis. Considerações incluem a exclusão da luz do dia para permitir que o sono da manhã seja ampliado no verão. Grandes áreas claras de vidros permitem luz adequada nos meses de inverno, mas também podem proporcionar ganho solar excessivo e exposição ao sol direto à luz em excesso. É desejável que pacientes acamados possam controlar persianas e cortinas de suas camas. Alterações na iluminação externa também podem ser repentinas e frequentes. Mecanismos de resposta fácil e rápida são altamente desejáveis.
- D.04 *Pacientes e funcionários podem controlar facilmente a temperatura.* - É desejável que o controle de temperatura local esteja disponível, seja eficaz e com um tempo razoavelmente curto. O controle individual de temperatura é desejável não apenas para conforto direto, mas também para a sensação de estar ao controle.
- D.05 *Pacientes e funcionários podem facilmente abrir janelas / portas.* - Controle e fechaduras de janelas devem ser facilmente acessíveis. É desejável que os pacientes possam fazer isso por si próprios. Isso também pode estar relacionado ao C.01 e ser especialmente importante se os pacientes não puderem acessar o lado de fora.
- D.06 *O layout do projeto minimiza o ruído indesejado nas áreas de equipe e de pacientes.* - Este item é particularmente importante em relação ao sono noturno dos pacientes. O estresse e a frequência cardíaca são ligados aos níveis de ruído ambiente nas áreas da atenção à saúde. Estes efeitos são vistos nos trabalhadores e pacientes. As considerações incluem a minimização de fontes de ruído no interior do edifício, tais como os provenientes de equipamentos e o isolamento de áreas de trabalho internas, do pessoal que trabalha. O isolamento da construção de forma a minimizar quaisquer fontes de ruído externas ao

edifício, bem como a organização do edifício de forma a manter áreas onde os pacientes possam dormir ou a equipe possa descansar, se concentrar ou relaxar longe de fontes de ruído é importante. À noite, os níveis mais baixos de sons podem ser mais perturbadores do que durante o dia. Por exemplo, alguns pacientes se queixam de ouvir a voz da enfermagem conversando durante as mudanças de turno.

Formulário E - pesquisa de campo – Legibilidade do lugar

E: Legibilidade do lugar

A Seção E trata de como as edificações destinadas aos cuidados de saúde são compreensíveis para funcionários, pacientes e visitantes que os usam. Edifícios, departamentos, áreas, setores e salas devem ter identidades claras e ser diferenciadas, além de ter uma hierarquia de estrutura. As pessoas geralmente gostam de lugares que não são uniformes e homogêneos, mas que possuem variedade e variação de escala. Geralmente, os layouts devem ser claros e compreensíveis para que a orientação seja fácil e dependa apenas minimamente de sinalização ou mapas.

| ID | Descrição | Ponderação | Pontos | Notas |
|---|---|--------------|--------------|---------------|
| E.01 | Quando você chega ao prédio, o local de acesso (entrada) é óbvio. | Normal (1) ▼ | selezione... | |
| E.02 | É fácil entender a maneira como o edifício é subdividido. | Normal (1) ▼ | selezione... | |
| E.03 | Existe uma hierarquia lógica de lugares no edifício. | Alto (2) ▼ | selezione... | |
| E.04 | Quando você sai do prédio, o local de saída é óbvio. | Normal (1) ▼ | selezione... | |
| E.05 | É fácil reconhecer onde ir para encontrar um membro da equipe. | Normal (1) ▼ | selezione... | |
| E.06 | Diferentes partes do edifício têm diferentes personagens. | Normal (1) ▼ | selezione... | |
| ◀ Urban and social integration ▶▶ Sumário de resultados | | | | Engineering ▶ |

Adaptado de DH States and Facilities (2008)

- E.01 *Quando você chega ao prédio, o local de acesso (entrada) é óbvio.* - O local, como um todo, não deve produzir mais estresse por ser confuso sobre onde se localizam acessos de entrada e saída. Preferencialmente, entradas múltiplas devem ser evitadas, mas onde isso é necessário ou considerado desejável elas devem ser claramente localizadas, aparentes e sinalizadas. Toda a forma do edifício deve indicar/direcionar para onde as entradas estão localizadas e elas devem ser logicamente posicionadas em relação aos pontos de chegada ao local.
- E. 02 *É fácil entender a maneira como o edifício é subdividido.* - Em essência, deve ser possível estabelecer facilmente um "Mapa mental" do edifício. Circulações internas prolongadas devem ser evitadas, da mesma forma que múltiplos pátios potencialmente semelhantes. "Âncoras visuais" externas são úteis, assim como os recursos internos "de referência", tais como esculturas, pinturas e assim por diante.
- E. 03 *Existe uma hierarquia lógica de lugares no edifício.* - A escala do espaço deve produzir uma lógica que reflita a organização do edifício. Aqueles lugares que, por exemplo, não são para uso pelo público em geral ou os pacientes, devem ser sinalizados de uma maneira que deixe isso claro. A distinção entre público e privado pode ser indicada, por exemplo, através de mudanças em alturas de teto e usando diferentes materiais.
- E. 04 *Quando você sai do prédio, o local de saída é óbvio.* - O caminho de retorno para a entrada pode não ser o mesmo (no sentido inverso) como a rota tomada na chegada, por isso deve ser óbvio onde as saídas são localizadas. Um bom teste é poder dizer quando deixando um local, se é óbvio, por algum motivo se a saída é para a esquerda ou para a direita.
- E. 06 *Diferentes partes do edifício têm diferentes personalidades.* - Uma excelente maneira de ajudar a aumentar a legibilidade é dar a diferentes tipos de lugares, diferentes tipos de características refletindo suas funções. No entanto, onde há também um número significativo de lugares semelhantes (como enfermarias) podem ser utilizadas mudanças através de cor, textura ou materiais, que possam permitir às pessoas sentirem-se localizadas de forma significativa.

Formulário F - pesquisa de campo – Legibilidade do lugar

F: Aparência interna

A Seção F trata especificamente do interior da saúde edifícios e, em particular, o que eles parecem. Apesar deste título é provavelmente um dos mais subjetivos de todas as rubricas da ASPECT, as declarações incluídas aqui são as que menos se referem a evidências constatadas em pesquisas.

| ID | Descrição | Ponderação | Pontos | Notas |
|------|--|--------------|---------------|-------|
| F.01 | Os espaços dos pacientes remetem a ambientes caseiros e reconhecíveis. | Normal (1) ▼ | seleccione... | |
| F.02 | O interior parece leve e arejado. | Normal (1) ▼ | seleccione... | |
| F.03 | O interior tem uma variedade de cores, texturas e visualizações | Normal (1) ▼ | seleccione... | |
| F.04 | O interior parece limpo, arrumado e cuidado | Normal (1) ▼ | seleccione... | |
| F.05 | O interior tem provisão para arte, plantas e flores | Alto (2) ▼ | seleccione... | |
| F.06 | Os tetos são projetados para parecer interessantes. | Alto (2) ▼ | seleccione... | |
| F.07 | Os pacientes podem ter e exibir itens pessoais em seus espaço próprio. | Normal (1) ▼ | seleccione... | |
| F.08 | Os pisos são cobertos com material adequado. | Normal (1) ▼ | seleccione... | |

◀ Legibilidade do lugar

▶ Sumário de resultados

▶ Instalações

Adaptado de DH States and Facilities (2008)

- F.01 *Os espaços dos pacientes remetem a ambientes caseiros e reconhecíveis.* - Considera o uso de ponderação dupla. Este item é de particular importância em lugares onde os pacientes podem ficar por um longo tempo. Pacientes expressam muitas opiniões diversas sobre seu desenho de interiores preferido, pois isto é muito pessoal e variável. No entanto, há consenso de que muitos gostariam de ver nos hospitais aparência mais próxima àquelas encontradas em suas residências. Isto pode remeter-se a questões relativas à escala e a texturas e materiais, tanto quanto a qualquer outra coisa.
- F.02 *O interior parece leve e arejado.* - Mais uma vez os pacientes mostram um consenso, assim como os funcionários, sobre preferir hospitais leves e arejados. Isso pode ser alcançado tanto pelo uso de materiais, cor e por luz natural e luz artificial. O sentimento também pode ser reforçado pelo uso, pelo menos em parte, com a utilização de tetos com elementos envidraçados.
- F.03 *O interior tem uma variedade de cores, texturas e acabamentos.* - Variedade de cores é importante, observando-se o local de aplicação de cada uma. A predominância de cores baseadas em tons de vermelho, por exemplo, tende a criar sentimentos de ansiedade ativa e alta, enquanto as cores mais frias, como o verde têm o efeito oposto. As cores escuras devem ser geralmente evitadas, exceto em pequenas quantidades. A utilização de diferentes de esquemas de cores é apropriada em diferentes tipos de edifícios hospitalares. Geralmente pode-se considerar que esquemas básicos e coloridos possam ser usados em espaços destinados a crianças, cores mais frias e calmas em edifícios de saúde mental e assim por diante. A cor também pode ser usada para criar diferenciação tratada em F.06.
- F.05 *A ambientação do interior tem provisão de arte, plantas e flores.* - Há muita evidência sugerindo que a utilização da arte na ambientação pode ser de grande valor em ambientes de saúde, então o projeto considerar a previsão para incorporação da arte é altamente desejável. Mais que simplesmente pendurar pinturas nas paredes, a arte deve ser integrada, sempre que possível. A escolha da tipologia de objetos para ambientação também é extremamente importante. Pesquisas sugerem que a arte representacional, razoavelmente convencional e assuntos que são reconfortantes são mais úteis.
- F.06 *Os tetos são projetados para parecer interessantes.* - Considerar o uso de ponderação dupla. Isso pode ser de particular importância em locais onde os pacientes tendem a passar longos períodos na cama ou utilizando equipamentos de suporte médico, como em centros de tratamento intensivo, pois obviamente, o teto é muito aparente e visível em tais situações. Considerações incluem a minimização de serviços como fiação e canalização aparentes. Em circunstâncias particularmente estressantes, padrões ou imagens podem ser usados. Funcionários e visitantes em geral não tendem observar as superfícies do teto, mas os pacientes podem gastar muito tempo olhando para estes. Vistas da natureza em tetos onde os pacientes estão passando por algum tratamento têm efeito tranquilizador e reduzem o estresse. Ao

considerar novos projetos, pode ser importante ter atenção nos detalhes que tratam superfícies dos tetos.

F.07 *Os pacientes podem ter e exibir itens pessoais em seu espaço próprio.* - Considerar o uso de ponderação dupla. Isto é de particular importância em lugares onde os pacientes podem ficar por um muito tempo, bem como em áreas para cuidado de crianças. A capacidade de ter seus próprios pertences por perto e fazer uma ligação com a vida cotidiana normal deve ser considerada, da mesma forma como deveria ser considerada a exibição de fotos. A presença de armários suficientes para permitir que os pacientes possam ter seus pertences em torno deles com segurança, mas não atravancar o espaço também é importante.

F.08 *Os pisos são revestidos com material adequado.* - Considerar o uso de ponderação dupla. Considerações incluem a aparência visual dos pisos ser parecida com elementos caseiros e ainda assim adequada ao uso hospitalar. Os acabamentos de piso não devem dar origem à incerteza visual. Alterações no nível do chão e alguns materiais podem confundir aqueles com visão deficiente e aqueles que estão enfermos ou andando de forma instável. Deve-se considerar também a segurança contra acidentes com a utilização de pisos inadequados.

G: Instalações

A Seção "G" lida com um número de instalações encontradas nas edificações de saúde, que podem ser importante para os usuários destes edifícios, em particular para os pacientes.

| ID | Descrição | Ponderação | Pontos | Notas |
|------|--|--------------|-----------------|-------|
| G.01 | Os banheiros têm assentos, corrimãos, piso antiderrapante, prateleira para produtos de higiene pessoal e um lugar para pendurar roupas com fácil acesso. | Normal (1) ▼ | seleccione... ▼ | |
| G.02 | Os pacientes podem ter uma escolha de banhos assistidos / não assistidos. | Normal (1) ▼ | seleccione... ▼ | |
| G.03 | Existe um espaço onde as observâncias religiosas podem levar ser exercidas. | Normal (1) ▼ | seleccione... ▼ | |
| G.04 | Existe um lugar onde espetáculos/festas/reuniões ao vivo possam ser feitos. | Alto (2) ▼ | seleccione... ▼ | |
| G.05 | Há poltronas e mesas nos espaços destinados aos pacientes. | Normal (1) ▼ | seleccione... ▼ | |
| G.06 | Os pacientes têm instalações para preparar/guardar bebidas. | Normal (1) ▼ | seleccione... ▼ | |
| G.07 | Existem máquinas de venda facilmente acessíveis para petiscos. | Normal (1) ▼ | seleccione... ▼ | |
| G.08 | Existem instalações para os parentes / amigos dos pacientes ficarem durante a noite. | Alto (2) ▼ | seleccione... ▼ | |

◀ aparência interna

▶ Sumário de resultados

Funcionários ▶

- G.01 *Os banheiros têm assentos, corrimãos, piso antiderrapante, prateleira para produtos de higiene pessoal e um lugar para pendurar roupas com fácil acesso.* - Nos banheiros são fornecidos assentos sanitários, barras de segurança, piso antiderrapante, uma prateleira para produtos de toalete e lugar para pendurar roupas com fácil alcance. A área de banho e WC é uma das mais comentadas pelos pacientes em pesquisas. O desenho ruim dificulta o uso e causa frustração, além de riscos aos pacientes. Por outro lado, ser capaz de cuidar de você mesmo e realizar a higiene com segurança é útil e reconfortante.
- G.02 *Os pacientes podem ter uma escolha sobre banhos em banheira ou chuveiro e assistidos / não assistidos.* - Tal como acontece com G.01, permitindo que os pacientes tenham a escolha de ir ao banheiro sozinhos ou acompanhados, seja por preferência pessoal ou por circunstâncias de saúde, pode permitir-lhes sentir-se melhor, sem perda de dignidade. No entanto, é reconhecido que pode haver muitas circunstâncias onde, por motivos relacionados à condição dos pacientes, a possibilidade de escolha não é apropriada.
- G.03 *Existe um espaço onde as observâncias religiosas possam ser exercidas.* - Isto é de importância variável para as pessoas, mas para alguns pode ser extremamente importante. Também pode ser importante para os visitantes, bem como pacientes, especialmente quando aqueles que por eles são cuidados podem estar no hospital por longos períodos ou estão muito doentes.
- G.05 *Há poltronas e mesas nos espaços destinados aos pacientes.* - Na tentativa de permitir, tanto quanto possível, que o convívio da vida normal continue, com uma variedade de atividades a serem realizadas, é considerado como muito desejável, onde possível, que existam assentos, passíveis de serem organizados para permitir que a família e os amigos se sintam confortáveis e sociáveis.
- G.06 *Os pacientes têm instalações onde possam preparar/guardar bebidas.* - As pessoas nem sempre querem ir a lugares públicos para obter/comprar/preparar bebidas. Uma provisão semelhante à encontrada em hotéis é desejável.
- G.07 *Existem máquinas de venda para petiscos e bebidas facilmente acessíveis.* - Existem máquinas de venda facilmente acessíveis para lanches e bebidas. Esta é uma consideração importante para os funcionários, pacientes e visitantes.
- G.08 *Existem instalações para os acompanhantes dos pacientes ficarem durante a noite.* - Considerar o uso de ponderação dupla. Este item pode ser de particular importância em locais onde é provável que os pacientes passem longos períodos

Adaptado de DH States and Facilities (2008)

internados e onde crianças estão envolvidas. Deve haver provisão adequada de acomodações e deve haver espaço suficiente, incluindo armários para pertences dos parentes, especialmente se eles permanecerem por longos períodos. Esta disposição

deve ser tão próxima do paciente quanto possível. Idealmente, deveria estar no mesmo quarto, a menos que seja inadequado por razões médicas. Evidências sugerem que, quando isso é fornecido, há muitos benefícios, incluindo reduções na chamada da enfermagem, reduções de queda dos pacientes e assim por diante.

Formulário H - pesquisa de campo – Funcionários

H : Funcionários

A Seção H é parte do AEDET, e está voltada para a preocupação com os aspectos da edificação de saúde que se referem especificamente aos funcionários. Pontuar altamente nesta rubrica um edificio de saúde seria sinal de contar com uma edificação que propicia boas condições aos funcionários para conduzir suas vidas pessoais, bem como exercer as suas funções profissionais.

| ID | Descrição | Ponderação | Pontos | Notas |
|------|--|--------------|-------------------------|-------|
| H.01 | A equipe tem um local conveniente para mudar de roupas e armazenar com segurança pertences e roupas. | Normal (1) ▼ | Não é possível marcar ▼ | |
| H.02 | A equipe tem lugares convenientes para se concentrar no trabalho sem estar sob demanda constante. | Normal (1) ▼ | Não é possível marcar ▼ | |
| H.03 | Há lugares convenientes onde a equipe pode rapidamente obter lanches e refeições. | Normal (1) ▼ | Não é possível marcar ▼ | |
| H.04 | A equipe pode descansar e relaxar em lugares separados das áreas de pacientes e visitantes. | Normal (1) ▼ | Não é possível marcar ▼ | |
| H.05 | Todos os funcionários têm acesso fácil e conveniente a redes de informática. | Normal (1) ▼ | Não é possível marcar ▼ | |
| H.06 | A equipe tem acesso conveniente às instalações bancárias básicas e pode comprar itens essenciais. | Normal (1) ▼ | Não é possível marcar ▼ | |

◀ Instalações

▶ Sumário de resultados

Acesso ▶

- H.01 *A equipe tem um local conveniente para mudar de roupas e armazenar com segurança seus pertences.* - Os funcionários muitas vezes ficam preocupados com a segurança de seus pertences, especialmente se os deixam guardados em locais diferentes daquele onde exercem seu trabalho. Isto inclui desde roupas e objetos de valor pessoal até mesmo ao estacionamento de veículos.
- H.02 *A equipe tem lugares convenientes para se concentrar no trabalho sem estar sob demanda constante.* - Tal como acontece em muitos tipos de construção, a equipe muitas vezes precisa de uma área reservada, onde possa lidar com atividades que requeiram concentração sem necessidade de exposição ou em demanda constante externa. Isso pode aplicar-se, por exemplo, aos enfermeiros ou terapeutas fazendo anotações sobre casos. Deve também ser possível ter conversas pessoais e/ou confidenciais com privacidade.
- H.03 *Há lugares convenientes onde a equipe pode rapidamente obter lanches e refeições.* - Os funcionários podem ter períodos curtos de pausa durante o seu trabalho, necessitando acessar rapidamente e facilmente, lugares onde possam obter bebidas ou refeições. Isso é muito importante.
- H.04 *A equipe pode descansar e relaxar em lugares separados das áreas de pacientes e visitantes.* - A provisão de lugares onde possam conhecer e conversar com colegas durante pausas e horários das refeições é relatado como sendo muito importante. A possibilidade de conversar com colegas sobre casos e problemas sem risco de ser ouvido por pacientes ou visitantes é avaliado como altamente desejável pela equipe. A existência de lugares que aumentem a probabilidade de encontrar colegas que ocupem/exercam funções semelhantes também é pensado como altamente desejável.
- H.05 *Todos os funcionários têm acesso fácil e conveniente a redes de informática.* - Esta consideração pode ser particularmente importante para funcionários que não trabalham em uma base estática, mas movimento em torno de um grande local. As organizações dependem cada vez mais de tecnologia para a comunicação e o pessoal pode ser seriamente desconectado de outras pessoas a menos que tenham pronto a estes meios.
- H.06 *A equipe tem acesso conveniente a instalações bancárias e comércio básico onde possa comprar itens essenciais, facilitando seu dia a dia.* - Existem muitas facilidades que podem ser incluídas para o pessoal em seus locais de trabalho ou

Adaptado de DH States and Facilities (2008)

próximas a estes. Existem diferentes opiniões sobre quão desejáveis tais instalações são, no entanto, há consenso entre os trabalhadores de saúde, que muitas vezes levam vidas muito ocupadas, que é essencial para eles ser possível

acessar locais para obter dinheiro, pagar contas e conseguir facilidade para efetuar pequenas compras diárias sem ter que se afastar muito do trabalho.

I : Acessos

A seção 'I' foca a maneira como os usuários do prédio podem ir e vir. Questiona se as pessoas podem entrar e sair do local de maneira fácil e eficiente, usando uma variedade de meios de transporte e se podem, logicamente, com facilidade e segurança, entrar e sair do prédio.

| ID | Descrição | Ponderação | Pontos | Notas |
|------|---|--------------|--------------|-------|
| 1.01 | Existe um bom acesso a partir dos transportes públicos disponíveis, incluindo quaisquer estradas no local. | Alto (2) ▼ | selecione... | |
| 1.02 | Há estacionamento adequado para visitantes e carros da equipe com provisão adequada para pessoas com deficiência. | Normal (1) ▼ | selecione... | |
| 1.03 | A abordagem e o acesso para ambulâncias são fornecidos adequadamente. | Normal (1) ▼ | selecione... | |
| 1.04 | A circulação de veículos de serviço, entregas e para retirada de resíduos é boa e segregada do acesso do público e do pessoal, quando apropriado. | Normal (1) ▼ | selecione... | |
| 1.05 | Rotas de acesso para pedestres são óbvias, agradáveis e adequadas para usuários de cadeira de rodas e pessoas com outras deficiências / visão prejudicada | Normal (1) ▼ | selecione... | |
| 1.06 | Espaços ao ar livre são fornecidos com iluminação adequada e segura, indicando caminhos, rampas e degraus. | Normal (1) ▼ | selecione... | |
| 1.07 | A estratégia de planejamento de incêndio permite pronto acesso e saída. | Alto (2) ▼ | selecione... | |

◀ Usos

▶ Sumário de resultados

Espaços ▶

Formulário I - pesquisa de campo – Acessos

Adaptado de DH States and Facilities (2008)

- I1 *Existe um bom acesso ao local a partir dos transportes públicos disponíveis, incluindo quaisquer vias no entorno.* - Os requisitos de acesso para funcionários, pacientes e visitantes que chegam ao prédio usando o transporte público devem ser pensados. Quaisquer ruas de acesso ao local devem ser adequadas e projetadas com sensibilidade. As larguras das vias os retornos devem ser seguros e convenientes. Deve-se considerar a possibilidade de trazer o transporte público para o local sempre que possível e apropriado. As rotas de pedestres aos pontos de transporte público devem ser claras, seguras e projetadas com sensibilidade. Carros e outros veículos não devem dominar as áreas públicas externas.
- I2 *Há estacionamento adequado para visitantes e carros da equipe com provisão adequada para pessoas com deficiência.* - Em particular, o projeto deve acomodar a demanda prevista em termos de pessoal, pacientes e visitantes. Deve-se considerar a demanda extra nos principais períodos de transferência de turno de pessoal. Quaisquer pontos de acesso ao sistema rodoviário existente devem ser capazes de lidar com a demanda de pico. Vagas para idosos e portadores de necessidades especiais devem ser fornecidas adequadamente perto das entradas.
- I3 *A localização e o acesso para ambulâncias são adequados.* - A separação adequada e a demarcação do acesso à ambulância e pontos de estacionamento e entrega de pacientes devem ser claros. Rotas alternativas devem ser consideradas para emergências.
- I4 *A circulação de veículos de serviço, entregas e para retirada de resíduos é boa e separada do acesso do público e do pessoal.* - Particular atenção deve ser dada para garantir que veículos inestéticos, grandes ou barulhentos sejam mantidos longe das áreas de pedestres e pacientes.
- I5 *As rotas de acesso para pedestres são óbvias, agradáveis e adequadas para usuários portadores de necessidades especiais.* - As rotas principais e secundárias de pedestres devem ser óbvias com a continuidade de desenho e dos materiais utilizados. Elas devem ser bem sinalizadas, livres de veículos e com cruzamentos seguros onde interfiram com ruas ou outro acesso veicular. Devem ser livres de obstáculos e mudanças de níveis e, em particular, devem ser evitados degraus isolados, além de localizar adequadamente as rampas superficiais, onde são necessárias mudanças de nível.
- I6 *Os espaços ao ar livre possuem iluminação adequada e segura, além de indicação de caminhos, rampas e degraus.* - Estes espaços devem ser agradáveis, possuir paisagismo e ser bem iluminados à noite. A iluminação segura e a sinalização são, obviamente, necessidades para proporcionar segurança aos pedestres.

- I7 *As estratégias do planejamento contra incêndio e pânico permitem pronto acesso e saída em emergências.* - A estratégia de planejamento contra incêndio e pânico deve ser integrada ao projeto para permitir fácil acesso e saída em emergências, bem como em uso normal. O projeto deve estar de acordo com o Código de Proteção Contra Incêndio e Pânico local e ter provisão para rotas de escape seguras. O edifício deve possuir um acesso fácil, direto, livre e desimpedido para aparelhos de combate a incêndios em todo o seu perímetro.

**Anexos relativos à aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa
CEP UFRJ e CEP SMDS/RJ**

Anexo 9 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado a participar do trabalho de pesquisa sobre a arquitetura e a percepção da ambiência no ambiente de nascer que está sendo desenvolvido pela Universidade Federal do Rio de Janeiro para avaliação e melhoria dos projetos arquitetônicos dos centros de parto normal. O objetivo desta pesquisa é estudar a ambiência dos Centros de Parto Normal e avaliar de que forma os profissionais de saúde, as mulheres/mães e seus acompanhantes percebem e sentem aspectos relativos ao ambiente que possam interferir positiva ou negativamente na experiência do parto. A sua participação caracteriza-se pela resposta aos questionários da ferramenta de pesquisa utilizada (ASPECT). As respostas aos formulários poderão ser realizadas individualmente ou em grupo, conforme a preferência dos colaboradores/informantes e a pesquisadora estará disponível para esclarecer qualquer dúvida que estes possam ter. As interações entre pesquisador/colaboradores serão gravadas para auxiliar na transcrição posterior das respostas. Os dados coletados serão mantidos permanentemente em um banco de dados de pesquisa do Programa de Pós Graduação em Arquitetura da Universidade federal do Rio de Janeiro – PROARQ/UFRRJ, com acesso restrito, para utilização em pesquisas futuras.

A participação é voluntária e poderá ser retirada a qualquer momento, se for do seu interesse. Há garantia completa da manutenção do sigilo das informações, não sendo divulgada a identificação das parturientes, acompanhantes ou profissionais de saúde.

O estudo não antecipa qualquer benefício direto ao participante da pesquisa. O benefício geral a ser gerado pelo estudo é o desenvolvimento dos projetos de ambientes destinados aos centros de parto normal.

A pesquisa não apresenta desconfortos físicos aos participante e está de acordo com a legislação em vigor (RESOLUÇÃO N° 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 do Conselho Nacional de Saúde).

Os participantes não terão nenhum tipo de despesa decorrente de sua participação nesta pesquisa.

Você terá garantido o seu direito a buscar indenização por danos decorrentes da pesquisa. (Resolução CNS n° 466 de 2012, itens IV.3 e V.7; e Código Civil, Lei 10.406 de 2002, artigos 927 a 954, Capítulos I, "Da Obrigação de Indenizar", e II, "Da Indenização", Título IX, "Da Responsabilidade Civil").

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Clementino Fraga



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO
Programa de Pós-Graduação em Arquitetura - PROARQ



Filho/HUCFF/UFRJ - R. Prof. Rodolpho Paulo Rocco, n.º 255 - Cidade Universitária/Ilha do Fundão - 7º andar, Ala E - pelo telefone 3938-2480, de segunda a sexta-feira, das 8 às 16 horas, ou por meio do e-mail: cep@hucff.ufrj.br

Dúvidas: entre em contato com o CEP/HUCFF/FM/UFRJ de segunda a sexta-feira de 8h às 16h E-mail: cep@hucff.ufrj.br - Tel.: 3938-2480 e FAX: 3938-2481, com a pesquisadora ou sua orientadora através dos contatos fornecidos abaixo ou, ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Centro - RJ - CEP: 20031-040 - Telefone: 2215-1485
E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br
site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Rio de Janeiro, 28 de junho de 2018.

Cristiane Neves da Silva

Pesquisador da Universidade Federal do Rio de Janeiro / Fac. de Arquitetura e Urbanismo / Programa de Pós-Graduação em Arquitetura (UFRJ/FAU/PROARQ), tel. - e-mail
cristianensilva@gmail.com

Orientadora: Professora Dra. Maria Ângela Dias, e-mail: maagedias@gmail.com

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento.