



ANTEPROJETO DE UMA CASA DE PARTO EM TACARATU-PE

DAPHANY GONÇALVES DE LIMA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE ARTES E COMUNICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA E URBANISMO
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO**

DAPHANY GONÇALVES DE LIMA

ANTEPROJETO DE UMA CASA DE PARTO EM TACARATU-PE

RECIFE

2022

DAPHANY GONÇALVES DE LIMA

ANTEPROJETO DE UMA CASA DE PARTO EM TACARATU-PE

Trabalho de Conclusão de Curso ao Departamento de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Pernambuco (DAU-UFPE) como pré-requisito à obtenção do título de Bacharel em Arquitetura e Urbanismo.

Orientador: Prof. Dr. Luciano Lacerda Medina

Data de aprovação: 19/10/2022

BANCA EXAMINADORA

Prof. Francisco da Rocha Bezerra Júnior

Profa. Dra. Renata Maria Vieira Caldas

Profa. Dra. Izabella Galera

RECIFE

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Lima, Daphany Gonçalves de .

Anteprojeto de uma casa de parto em Tacaratu-PE / Daphany Gonçalves
de Lima. - Recife, 2022.
66p. : il., tab.

Orientador(a): Luciano Lacerda Medina

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de
Pernambuco, Centro de Artes e Comunicação, Arquitetura e Urbanismo -
Bacharelado, 2022.

Inclui referências, apêndices.

1. Projeto de Arquitetura. 2. Parto humanizado. 3. Casa de parto. I. Medina,
Luciano Lacerda. (Orientação). II. Título.

720 CDD (22.ed.)

Dedico este trabalho a meu filho, que hoje carrego no ventre. Prometo, meu amor, que respeitarei o seu tempo de vir ao mundo e farei o possível para que seja da forma mais humanizada possível.

Dedico, também, a minha avó paterna, que hoje já não está entre nós. Eu te agradeço por, na minha infância, ter falado sobre suas experiências como parteira em Tacaratu, e ter deixado sempre claro que mulher sabe parir e bebê sabe nascer.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, o dono da vida, que esteve sempre comigo nos momentos mais difíceis da minha trajetória. Sem Ele, chegar até este momento seria impossível.

A meu amado marido, Sidney, que é meu porto seguro, meu parceiro de vida, que sempre me ofereceu apoio e que tornou meu caminho até aqui menos difícil.

Aos meus pais, Maria José e Carlos Alberto, que me ensinaram os verdadeiros valores da vida e que sempre acreditaram em mim.

Ao meu orientador, Professor Luciano Medina, pela confiança depositada a mim, bem como pela dedicação nos assessoramentos, nos quais sempre sanava minhas dúvidas e me orientava no melhor caminho a seguir com meu projeto.

Aos verdadeiros amigos que fiz ao longo desses cinco anos de curso, que compartilharam comigo as dificuldades pelas quais passamos durante a graduação.

Aos demais que contribuíram, direta e indiretamente, em meu favor. Muito obrigada!

RESUMO

O parto passou ao longo dos anos, por um intenso processo de medicalização e institucionalização, deixando o ambiente familiar. No ambiente hospitalar, a parturiente deixa de ser protagonista e o médico passa a ter total controle da situação. No modelo tecnocrático a violência obstétrica é marcante, sendo frequentes agressões verbais, isolamento, negligências. A humanização da assistência ao parto surge como movimento de resgate do parto enquanto evento natural, em que a gestante deve ser a protagonista, ter autonomia e estar ciente de todas as suas opções e escolhas. Dessa forma, entendendo a importância da arquitetura na influência do espaço de nascer, este trabalho apresenta uma proposta de anteprojeto de uma casa de parto humanizado peri-hospitalar para o município de Tacaratu, no interior de Pernambuco.

Palavras-chave: casa de parto; parto humanizado; arquitetura.

ABSTRACT

Over the years, childbirth underwent an intense process of medicalization and institutionalization, leaving the family environment. In the hospital environment, the parturient is no longer the protagonist and the doctor has full control of the situation. In the technocratic model, obstetric violence is striking, with frequent verbal aggression, isolation, and negligence. The humanization of childbirth care emerges as a movement to rescue childbirth as a natural event, in which the pregnant woman must be the protagonist, have autonomy and be aware of all her options and choices. In this way, understanding the importance of architecture in the influence of the birth space, this work presents a proposal for a preliminary design of a peri-hospital humanized birthing house for the municipality of Tacaratu, in the interior of Pernambuco.

Keywords: birthing house; humanized birth; architecture

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 HUMANIZAÇÃO DO PARTO E A ARQUITETURA.....	13
1.1 HUMANIZAÇÃO DO PARTO	14
1.2 ARQUITETURA E A HUMANIZAÇÃO DE ESPAÇOS DESTINADOS À SAÚDE	17
1.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE HUMANIZAÇÃO AO PARTO E OS CENTROS DE PARTO NORMAL	18
1.4 LEGISLAÇÕES PERTINENTES	20
1.4.1 PORTARIA Nº 985/1999	20
1.4.2 PORTARIA Nº 1459/2011	22
1.4.3 PORTARIA Nº 11/2015	22
2 LOCAL DO PROJETO	24
2.1 O MUNICÍPIO	25
2.2 DADOS CLIMÁTICOS	26
2.3 JUSTIFICATIVA PARA A ESCOLHA DO MUNICÍPIO	29
2.4 ANÁLISE DO ENTORNO	32
2.5 O TERRENO	34
3 REFERÊNCIAS PROJETUAIS	37
3.1 HOSPITAL INFANTIL DE ZURIQUE – HERZOG & DE MEURON.....	38
3.2 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE – PARQUE DO RIACHO – SABOIA+RUIZ ARQUITETOS	40
3.3 CASA EL CORTIJO – FELIPE ASSADI ARQUITETOS	43
3.4 SÍNTESE DAS REFERÊNCIAS	45
4 O PROJETO	46
4.1 DIRETRIZES PROJETUAIS.....	47
4.2 O CONCEITO E O PARTIDO ARQUITETÔNICO	47
4.3 PARTICULARIDADES DO PROJETO E O PROGRAMA DE NECESSIDADES.....	48
4.4 FLUXOGRAMA E SETORIZAÇÃO.....	51
4.5 MEMORIAL DESCRITIVO E JUSTIFICATIVO	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS.....	57
APÊNDICES	60

Este trabalho de conclusão de curso intitulado *Anteprojeto de uma Casa de Parto Humanizado em Tacaratu-PE* tem como temática a assistência humanizada ao parto buscando compreender o espaço do nascer e como a arquitetura interfere não somente no ambiente físico, mas também no favorecimento de sensações positivas que podem ser despertadas quando se vivencia um ambiente acolhedor e seguro.

O parto é um momento único e significativo, que marca a chegada de uma nova vida, sendo um acontecimento cheio de emoções e que será conservado para sempre na memória da mulher. Durante muito tempo, o parto era uma experiência íntima e familiar, que geralmente acontecia no domicílio da parturiente, conduzido por mulheres mais experientes denominadas de parteiras. Com a medicalização do parto, a mulher deixa de ser protagonista e o médico, como detentor do conhecimento técnico, assume o papel principal.

Nesse processo, o parto deixa de ser um evento domiciliar e migra para o espaço hospitalar, que apesar de ser um lugar que dispõe de tecnologia e suporte especializado, o acesso familiar é restrito e a intimidade é perdida. O acolhimento à gestante é colocado a parte para dar lugar aos protocolos operacionais padronizados e a autonomia da equipe médica que por muitas vezes é quem decide o modo em que o parto deve acontecer.

No parto institucionalizado e tecnocrático, a saúde física e psicológica materna é deficiente, principalmente na rede pública de saúde, em que a relação entre profissional de saúde e a gestante é marcada por desigualdades incidente de uma hierarquização social de raça, gênero e classe social, “fazendo com que o desempoderamento da mulher seja mais nítido do que na rede particular” (MAIA, 2010, p.153). Mesmo com a hospitalização, os riscos do processo de parturição não foram reduzidos, combinando ainda por diversas agressões, como negligência, imprudências e intervenções desnecessárias.

Sendo o parto normal marcado pela violência obstétrica, a vivência do parto se torna traumática e nega a devida experiência humana. É por causa desse cenário que as cirurgias cesarianas, antes destinadas somente para casos onde existe risco na gravidez, se tornou a primeira opção da maioria das mulheres brasileiras nos últimos anos.

O conceito de parto humanizado surge na tentativa de resgatar antigos valores no processo de parturição, como a autonomia da mulher, o seu bem-estar

físico e psicológico e o parto enquanto momento íntimo e familiar. Mas são necessárias mudanças não apenas nas práticas relacionadas ao parto normal, mas também nos locais destinados ao nascer.

É preciso compreender que não se trata apenas de uma paciente em um leito, mas de uma mulher que precisa interagir com o espaço para trazer uma nova vida ao mundo e o ambiente onde esta mulher é acolhida influencia tanto quanto a maneira com que este processo acontece. Assim, a arquitetura sendo responsável por transmitir e criar sentimentos e pensamentos com a experiência através do espaço, toma destaque nesse processo de humanização do espaço do nascer (COSTA, 2001).

Os Centros de Parto Normal, são ambientes recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que tem como objetivo de resgatar o direito à privacidade e à dignidade da mulher ao dar à luz num local semelhante ao seu ambiente familiar, ao mesmo tempo que oferece recursos tecnológicos apropriados em casos de eventual necessidade (MACHADO; PRAÇA, 2006).

Em grandes cidades, é possível observar que existe um crescimento de unidades de saúde que oferecem o atendimento humanizado ao parto, mas ainda de maneira tímida. Para que o crescimento seja efetivo é necessário difundir os benefícios da assistência ao parto humanizado, principalmente no cenário do Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação as pequenas cidades, sobretudo as que ficam distantes da capital, a situação é mais preocupante, pois pouquíssimos hospitais e maternidades estão preparados para oferecer este tipo de atendimento às suas parturientes, que por muitas vezes não possuem condições mínimas para a assistência adequada ao parto.

Este é o caso do município de Tacaratu, no interior do estado de Pernambuco, local do objeto de estudo deste trabalho, o hospital municipal não possui estrutura física adequada para atender, de forma humanizada, à mulher em trabalho de parto, o seu bebê e a sua família. Além disso, a assistência ao parto não atende às Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal do Ministério da Saúde (2017). Com apenas uma sala de parto, acontece de outras mulheres em trabalho de parto serem transferidas para municípios vizinhos, ficando longe de seus familiares e tendo seus bebês em uma cidade sem vínculo com a cidade de residência dos pais.

Diante da problemática apontada, surge a necessidade de um estudo para implantação de um Centro de Parto Humanizado no município, com foco no

atendimento gestacional no pré-parto, parto e pós-parto, visando atender as necessidades e expectativas das gestantes e seus acompanhantes. Para isso, é necessário o entendimento que a assistência humanizada não ocorre apenas no momento do parto, o atendimento deve ocorrer desde o início da gestação e ir além da obstetrícia, fazendo-se essencial oferecer atendimento de outras especialidades como nutrição e psicologia.

Ademais, é necessário também fornecer informações suficientes para que a gestante e seu acompanhante entendam a fisiologia do parto, porquanto a mulher informada exercita a sua autonomia no processo de parto e nascimento. Dessa maneira, a arquitetura é um elemento importante no conceito de humanização, porque determina a forma de estar e ocupar o espaço, responsável por encontrar melhores soluções para atender às necessidades das pessoas que utilizam o ambiente.

Desta forma, o objetivo geral deste trabalho é elaborar um anteprojeto arquitetônico de uma Centro de Parto Humanizado no município de Tacaratu-PE, com atendimento pré-parto, parto e pós-parto. De tal maneira, propõe-se a partir disso como objetivos específicos: i) projetar ambientes acolhedores para a mulher, seu bebê e seus acompanhantes; ii) auxiliar através da arquitetura o resgate do parto como momento íntimo e de autonomia da mulher; iii) promover o contato com a natureza através de jardins e áreas verdes; iv) projetar uma edificação com boa iluminação e ventilação natural.

A metodologia do presente trabalho está estruturada em quatro capítulos, sendo eles: humanização do parto e a arquitetura, local do projeto, referências projetuais e o projeto.

No primeiro capítulo, *Humanização do Parto e a Arquitetura*, o trabalho foi realizado por meio de pesquisa bibliográfica com a temática sobre o parto, o conceito de humanização relacionado ao parto e aos espaços voltados à saúde, afim de buscar informações e conhecimentos necessários que sirvam para contextualizar, embasar e explicitar o cenário atual da visão do parto e do espaço do nascer. Além disso, foram realizadas pesquisas em portarias e documentos do Ministério da Saúde, tendo em vista que foram desenvolvidos projetos de assistência ao parto e a elaboração de exigências mínimas para a implantação de uma casa de parto.

O segundo capítulo, *Local do Projeto*, partiu de análises urbanas e de conforto ambiental para a formulação do diagnóstico, assim como o estudo da atual maternidade do município, que não supre as necessidades de Tacaratu. A partir disso, foi escolhido a área do terreno, sendo considerada a proximidade com o hospital de referência, critério estabelecido por lei para a implantação dos centros de parto normal no Brasil.

No terceiro capítulo, *Referências Projetuais*, foi realizada pesquisas de referências projetuais nacionais e internacionais, com o uso voltados à saúde, buscando informações sobre aspectos estéticos e volumétricos, servindo de inspiração no conceito, desenho e volumetria.

Por fim, no quarto capítulo, *O Projeto*, é proposto um anteprojeto de um centro de parto humanizado em Tacaratu-PE, respeitando as necessidades da parturiente e do recém-nascido, com conceitos e elementos da arquitetura humanizada como forma de criar espaços confortáveis que contribuam positivamente para a realização do parto normal e estimule um maior acesso a esse tipo de parto.

1.1 HUMANIZAÇÃO DO PARTO

O parto sempre foi considerado um procedimento natural, realizado por meio de um grupo familiar, pela mulher ou por pessoas mais experientes que pudessem contribuir para o evento. A partir da segunda metade do século XIX, com o avanço da ciência e da tecnologia, a sociedade passou a dar mais importância à medicina, e o parto começou a ser introduzido nos hospitais, onde os médicos substituíam as antigas parteiras. Assim, com as mudanças nas práticas de promover o nascimento, a introdução de novos instrumentos e técnicas, como o uso de fórceps, a instituição do parto horizontal, e o controle masculino intervencionista no processo de parturição, o parto perde seu caráter doméstico e intimista e é atribuído à mãe o papel de paciente e mera espectadora (SEIBERT et al, 2005).

Este modelo de parto é denominado “parto tecnocrático”, altamente medicalizado, em que a mulher não tem autonomia sobre o processo conduzido pelo médico. A medicalização do parto resultou em um número exorbitante de cesáreas realizadas no Brasil, chegando a 40% do total de partos no SUS e 84% no sistema privado, enquanto o máximo recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 15%. De acordo com a OMS, as cesáreas deveriam ser realizadas apenas em situações que apresentassem complicações (RODRIGUES, 2015).

A equipe de profissionais envolvidos no parto também passou por modificações ao longo dos anos. O processo antes realizado por parteiras e doulas, passou a incluir obstetras, anestesistas, pediatras, corpo de enfermagem, assistentes, entre outros profissionais e que por diversas vezes, o acompanhante ou familiar da gestante tinha seu acesso negado ao centro obstétrico, mesmo que a presença do acompanhante durante o parto seja garantida pela lei 8.080/90, nos serviços de saúde, públicos ou privados (BITENCOURT; BARROSO-KRAUSE 2004).

A relação entre as parturientes e os profissionais da medicina é marcada, muitas vezes, pela violência obstétrica, que é qualquer ato praticado por profissionais de saúde com as mulheres, seus corpos e seus processos reprodutivos, marcado pela desumanização, o abuso de ações intervencionistas, a

medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos (ANDRADE; AGGIO, 2014, p.1).

Diversos procedimentos que comumente são realizados em hospitais resultam nos casos de violência obstétrica, como por exemplo: a manobra de Kristeller, quando a barriga da gestante é empurrada para “ajudar o neném a sair”; a episiotomia, corte no períneo para auxiliar na saída do recém-nascido; o uso de ocitocina, substância produzida pelo organismo, e que a aplicação da sua versão laboratorial é ministrada com o intuito de induzir e acelerar o parto. As mulheres afetadas por esses procedimentos desconhecem a possibilidade de ter um parto humanizado, devido à falta de informação ou de recursos, acentuado pela desigualdade racial e de classe e a opressão de gênero (MAIA, 2010).

O crescimento da cultura das cesarianas no país está relacionado a questão da viabilidade médica e hospitalar, sendo mais conveniente para os estabelecimentos e profissionais de saúde a cesárea, já que a intervenção é programada de acordo com o horário disponível do médico, e a segurança de realizar um procedimento padrão e não precisar lidar com as variações que o parto normal pode ter (FAÚNDES; CECATTI, 1991).

Outro fator que contribui para que as mulheres escolham a cesárea é o medo da dor, causado pelos recorrentes casos de violência obstétrica e pela falta de informação e diálogo com os profissionais que realizam o acompanhamento acerca dos benefícios e malefícios dos procedimentos (LOIOLA, 2015). A desinformação dar a mulher o falso conhecimento de haver apenas duas opções de parto: “um parto normal traumático, pelo excesso de intervenções desnecessárias, ou uma cesárea” (MAIA, 2010, p. 41).

O termo “humanizar” refere-se à valorização da vida humana, entendendo a pessoa enquanto ser autônomo e dotado de próprias vontades, implicando na garantia dos direitos fundamentais da mãe e do bebê. O movimento de humanização do parto começa com um grupo de profissionais e mulheres que compartilham o pensamento da necessidade de mudanças na maneira com que os partos eram realizados, e visavam devolver as parturientes o protagonismo desse momento.

Para as organizações defensoras das questões do parto e nascimento, humanizar é permitir o empoderamento da mulher e de suas decisões, que ela defina como quer dar à luz, quanto tempo deseja ficar com o bebê após seu

nascimento e a escolha do acompanhante durante o parto. Dando aos médicos a obrigação de oferecer apoio e respeitar a fisiologia do parto, interferindo apenas nos casos que houvessem a real necessidade (MORAES, 2018). Sendo o zelo, cuidado e proteção à puérpera partes de uma assistência humanizada.

O processo de humanização consiste em promover condições melhores e mais humanas as pessoas que recorrem a um sistema ou serviço. Por isso, parto humanizado não deve ser entendido como um “tipo de parto”, mas sim um processo com várias etapas e que exige a presença de diferentes profissionais. Para Basile (2004), humanizar consiste na possibilidade em estar atento as condições e necessidades do outro, entendendo que a base das atividades de profissionais da saúde é a relação humana. Humanizar é uma forma de “assistir”, incluindo as relações interpessoais com a mulher, com o recém-nascido, com o acompanhante, com os colegas da equipe e com a instituição.

No parto humanizado, a gestante deve ser tratada de forma ética, garantindo a saúde e segurança dela e do bebê, que seja um evento fisiologicamente saudável e que o ambiente do nascer seja acolhedor. Entendendo o parto como um processo em que a mulher e o bebê são o foco principal, cujo resultado é a chegada de uma nova vida ao mundo, e não um produto a ser entregue, como vem sendo tratado pelo modelo capitalista de alguns hospitais e suas sucessivas cesarianas.

A assistência à saúde da gestante é tida como oportunidade de fomento à saúde dela e do bebê, tendo os profissionais de saúde o papel de mediadores e sendo indispensável a participação efetiva e consciente da gestante e acompanhante no processo, a fim de zelar por seus direitos e preferências. O incentivo ao parto natural não tem o intuito de retornar a métodos antigos ou negar todo o avanço científico, mas que a ciência seja aliada e esteja em favor da saúde da mulher e do bebê (REIS; PATRICIO, 2005).

A mulher deve ser emponderada desde o pré-natal, através de diálogos esclarecedores com os profissionais de saúde, permitindo que ela mesma reflita sobre suas opções. Além de resgatar saberes femininos ocultados pelo patriarcado no que diz respeito à naturalidade da mulher, como sua sexualidade e a capacidade de gerir, gestar e nutrir.

1.2 ARQUITETURA E A HUMANIZAÇÃO DE ESPAÇOS DESTINADOS À SAÚDE

O espaço exerce influência sobre o ser humano. O que determina se o espaço é humanizado é a ligação estabelecida com o seu usuário. Os estabelecimentos voltados para a saúde têm a necessidade de serem adaptáveis e flexíveis, por isso, incorporar a humanização é um desafio que cabe a arquitetura. Um projeto humanístico arquitetônico deve contemplar o ponto de vista de pacientes e visitantes, devendo considerar a interação das pessoas com o ambiente e o estado emocional e psicológico em que se encontram os pacientes que serão submetidos a procedimentos, entrando em contato com variados aparatos (MEDEIROS, 2004).

Para humanizar o ambiente deve-se dar atenção especial e diferenciada aos diferentes usuários envolvidos no processo de assistência perinatal, bem como conhecer o contexto histórico aplicado ao ambiente de parto. Segundo Bitencourt (2008, p.15), nos procedimentos ligados ao nascimento, a arquitetura e as condições físicas do ambiente, disponibilizadas para o evento “sempre tiveram relevância na pesquisa pela melhor condição de conforto, de segurança e de bem-estar para a parturiente”.

O espaço do nascimento deve ser um ambiente não-estressante, de tranquilidade, mas que contemplem as necessidades do serviço e a complexidade dos procedimentos médicos e de enfermagem, oferecendo um ambiente que supra as necessidades específicas e próprias e da sensibilidade da mulher gestante.

Assim, os espaços humanizados não devem ser entendidos como ambientes luxuosos, mas de qualidade atribuídos pela iluminação, ventilação, utilização de cores e mobiliário adequado as necessidades da parturiente. A qualificação desse espaço é garantida pela sensação de bem-estar, segurança e acolhimento promovida pela sensação e um ambiente familiar. Envolvendo a psicologia ambiental, pela forma que o usuário desse espaço percebe cada um desses elementos e como esses elementos influenciará e refletirá em seu comportamento e nas suas atitudes.

De acordo com Vasconcelos, a organização espacial deve integrar espaços internos e externos, através de espaços contemplativos, de convivência e de permanência visando a interação social desses usuários:

Sendo confortável, aconchegante, com a mobília organizada de forma a promover a interação social e flexível de forma a possibilitar o rearranjo para grupos menores, o ambiente pode aumentar a interação entre paciente-visitantes e pacientes-pacientes aumentando o suporte social (2004, p.39).

A presença de áreas verdes e jardins dentro do ambiente voltados à saúde, gera uma distração positiva, que causam sentimentos bons, despertando a atenção e o interesse dos pacientes. Essa integração entre espaço interior e espaço exterior é essencial para o ambiente de saúde, devido à natureza possuir uma variada fonte de estímulos que em contato com os pacientes proporciona benefícios.

Elementos arquitetônicos devem ser utilizados como um meio dessa integração com o exterior. Aberturas a luz natural que proporcionam a percepção da variação da luz do dia, assim como o contato com a natureza, que gera sensações de relaxamento. A luz natural influencia positivamente o humor e a disposição das pessoas.

Portanto, a arquitetura voltada aos espaços de saúde, principalmente a do nascer, deve ser um ambiente acolhedor e oferecer as mulheres, cuja gravidez seja classificada de baixo risco, a possibilidade de retomar a prática do parto como um processo fisiológico e natural. Evidenciando através do espaço que o parto não é uma doença e que pode ocorrer longe dos centros cirúrgicos.

1.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE HUMANIZAÇÃO AO PARTO E OS CENTROS DE PARTO NORMAL

A década de 1980, no Brasil, foi marcada por políticas públicas voltadas à saúde da mulher, resultado de movimentações sociais e intensa reivindicação do movimento feminista. Essas reivindicações originaram o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, criado em 1983 pelo Ministério da Saúde. O programa buscou possibilitar que a mulher fosse atendida nas suas diferentes fases da vida, ampliando o acesso a contraceptivos e informando-a sobre planejamento familiar (FREITAS, 2009).

Com as discussões e críticas acerca do modelo de parturição intensificadas, e ações realizadas pelo Ministério da Saúde buscando valorizar o parto natural, é criado em 2000 o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, e o termo “humanização” passa a ser adotado. O programa realiza

uma análise das necessidades voltadas à gestante e ao recém-nascido no período pré-natal, no parto e pós-parto. Segundo o documento, a humanização do nascimento compreende ações desde o pré-natal, nas quais tanto as mulheres quanto seus familiares devem ser tratados de forma ética pelos profissionais envolvidos, assim como, no momento do parto. Também afirma ser essencial que as unidades de saúde proporcionem um ambiente acolhedor com rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. Além disso, devem ser evitados procedimentos intervencionistas desnecessários, que apesar de terem sido realizados durante muitos anos, não trazem benefícios para a mulher e o recém-nascido, gerando maiores riscos para ambos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Em 2004 é lançado a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que contribuem para o tratamento da saúde e sua complexidade, abrangendo questões reprodutivas, de gênero e sociais, fortalecendo o discurso da humanização (BRASIL, 2004). Entretanto, a assistência ao parto humanizado só se concretiza em 2011 através da estratégia denominada Rede Cegonha, responsável pela atenção à saúde materno-infantil nas etapas do pré-natal, parto e puerpério. A Rede Cegonha inclui investimentos para construção ou reforma dos Centros de Parto Normal, que são estabelecimentos responsáveis pelo atendimento público do parto humanizado pelo Sistema Único de Saúde (VICO, 2017). Essas edificações simplificadas voltadas exclusivamente para o parto humanizado surgem como uma alternativa para minimizar o número de partos em ambientes hospitalares que ainda prevalecem em relação à atenção obstétrica.

Os Centros de Parto Normal são um modelo de assistência obstétrica recomendado pela Organização Mundial da Saúde. Os Centros de Parto (CPN), também conhecido como Casas de Parto Humanizado, são unidades de atenção ao parto e nascimento que realizam o atendimento humanizado, privilegiando a privacidade, a dignidade e a autonomia da mulher por meio de um ambiente mais confortável e acolhedor.

As Casas de Parto devem ter estruturas simplificadas e funcionais e ter como princípios a necessidade de garantir acesso à assistência ao parto nos serviços de saúde do SUS; privilegiar ações que visem a redução da mortalidade materna e neonatal e assegurar a humanização da assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério com a presença do acompanhante.

Segundo Clementino e Silva (2008), nos CPN a mulher deve ser atendida com autonomia, dialogando sobre as alternativas existentes em relação ao parto e promovendo a oportunidade de opinar e de ser empoderada. Os autores complementam que a Casa de Parto deve ser um local adequado onde a mulher e sua família vivenciam esse momento em toda sua extensão, distante da hostilidade e da opressão causadas pelo ambiente hospitalar.

Os Centros de Parto são destinados à assistência ao parto de baixo risco, pertencentes a um estabelecimento hospitalar e podem ser classificados como intra-hospitalar e peri-hospitalar, dependendo de sua localização nas dependências internas ou nas imediações de seu hospital referência. De acordo com a resolução nº 11/2015 do Ministério da Saúde, que define as diretrizes para a implantação e habilitação do CPN, a implantação de um Centro de Parto peri-hospitalar devem seguir tais requisitos:

- i. Estar localizado nas imediações do estabelecimento hospitalar de referência a uma distância que deve ser percorrida em tempo inferior a vinte minutos do respectivo estabelecimento, em unidades de transporte adequadas;
- ii. Garantir a transferência da mulher e do recém-nascido para o estabelecimento hospitalar de referência, nos casos eventuais de risco ou intercorrências, em unidades de transporte adequadas;
- iii. Ter como referência os serviços de apoio do estabelecimento ao qual pertence ou está vinculado;
- iv. Garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP (pré-parto, parto e pós-parto), da admissão à alta.

1.4 LEGISLAÇÕES PERTINENTES

Para a elaboração de um projeto arquitetônico de um Centro de Parto Normal, há algumas legislações pertinentes que deverão ser seguidas e consultadas, visando projetar um espaço que esteja de acordo com a normatização. O Ministério da Saúde possui três normas para o projeto de um Centro de Parto:

1.4.1 PORTARIA Nº 985/1999

Cria e regulamenta o Centro de Parto Normal no âmbito do SUS para atendimento humanizado às mulheres no período gravídico-puerperal. Que a assistência à gestante deve priorizar ações que visem à redução da mortalidade materna e perinatal e a necessidade de melhoria na qualidade de assistência pré-natal e do parto, objetivando a diminuição dos óbitos por causas evitáveis. O CPN deverá estar inserido no sistema de saúde local, atuando de maneira complementar às unidades de saúde existentes, e seu funcionamento deve integrar a um estabelecimento assistencial de saúde.

A portaria também atribui que o Centro de Parto deve:

- i. Desenvolver atividades educativas e de humanização, visando a preparação das gestantes para o parto e para a amamentação do recém-nascido;
- i. Permitir a presença de acompanhantes;
- ii. Garantir a assistência ao parto normal sem distocias, respeitando a individualidade da parturiente, e ainda evitar intervenções desnecessárias;
- iii. Garantir a remoção da gestante, nos casos eventuais de risco e dispor de profissionais capacitados para prestar manobras básicas de ressuscitação, segundo protocolos clínicos.

Sobre as características físicas do Centro de Parto:

- i. Estar dotado de: sala de exame e admissão de parturientes; quarto PPP – pré-parto, parto e pós-parto; área de prescrição; sala de estar para parturientes em trabalho de parto e para acompanhantes e área para assistência do recém-nascido;
- ii. Possuir ambientes de apoio: banheiro para parturientes; copa/cozinha; depósito de material de limpeza; depósito de equipamentos e materiais de consumo; sala administrativa; rouparia/armário; sanitário para funcionários e acompanhantes;
- iii. Deve atender exigências técnicas das normas de funcionamento de estabelecimentos assistenciais de saúde, assim como, adotar técnicas das normas para a segregação, descarte, acondicionamento, coleta, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos sólidos de serviços de saúde.

1.4.2 PORTARIA Nº 1459/2011

Institui a criação da Rede Cegonha, estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma série de cuidados para assegurar as mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a assistência humanizada à gravidez ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

O programa prevê o fortalecimento da rede hospitalar obstétrica de alto risco, ampliação progressiva da quantidade de leitos do SUS e qualificação dos profissionais de saúde, assim como estabelecer uma série de valores para incentivos financeiros de investimento e custeio para incentivar a construção de Centros de Parto Normal.

A Rede Cegonha possui quatro componentes: i) pré-natal; ii) parto e nascimento; iii) puerpério e atenção integral à saúde da criança e iv) sistema logístico de transporte sanitário e regulação, que permite, em situações de urgências, o acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco.

1.4.3 PORTARIA Nº 11/2015

Esta portaria redefine as diretrizes para a implantação e habilitação de Centro de Parto Normal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com a Rede Cegonha e dispõe de incentivos financeiros de investimentos, custeio e custeio mensal para o funcionamento do CPN.

Assim, a portaria considera que:

- i. A unidade de cuidados hospitalares em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permaneça ao lado da mãe, 24 horas por dia, no mesmo ambiente, até o momento da alta hospitalar.
- ii. Atenção humanizada ao parto e nascimento: respeito ao parto como experiência pessoal, cultural, sexual e familiar, fundamentada no protagonismo e autonomia da mulher, que participa ativamente com a equipe das decisões referentes ao seu parto;

- iii. Gestação de baixo risco sem necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica.
- iv. Parto normal, trabalho de parto de início espontâneo, sem indução, sem aceleração, sem utilização de intervenções como fórceps ou cesariana e sem uso de anestesia geral, raquiana ou peridural durante o trabalho de parto.
- v. Quarto PPP – pré-parto, parto e pós-parto: espaço privado destinado a cada mulher e seu acompanhante, onde a atenção aos períodos clínicos do parto e do nascimento ocorre no mesmo ambiente, da internação à alta.

2.1 O MUNICÍPIO

A cidade escolhida para a implantação do anteprojeto foi o município de Tacaratu, que está localizado na Zona do sertão do São Francisco, na mesorregião São Francisco Pernambucano, Microrregião Itaparica, Região de Desenvolvimento Sertão Itaparica que fica a 453km do Recife (Figura 01).

Figura 01 – Localização Município Tacaratu

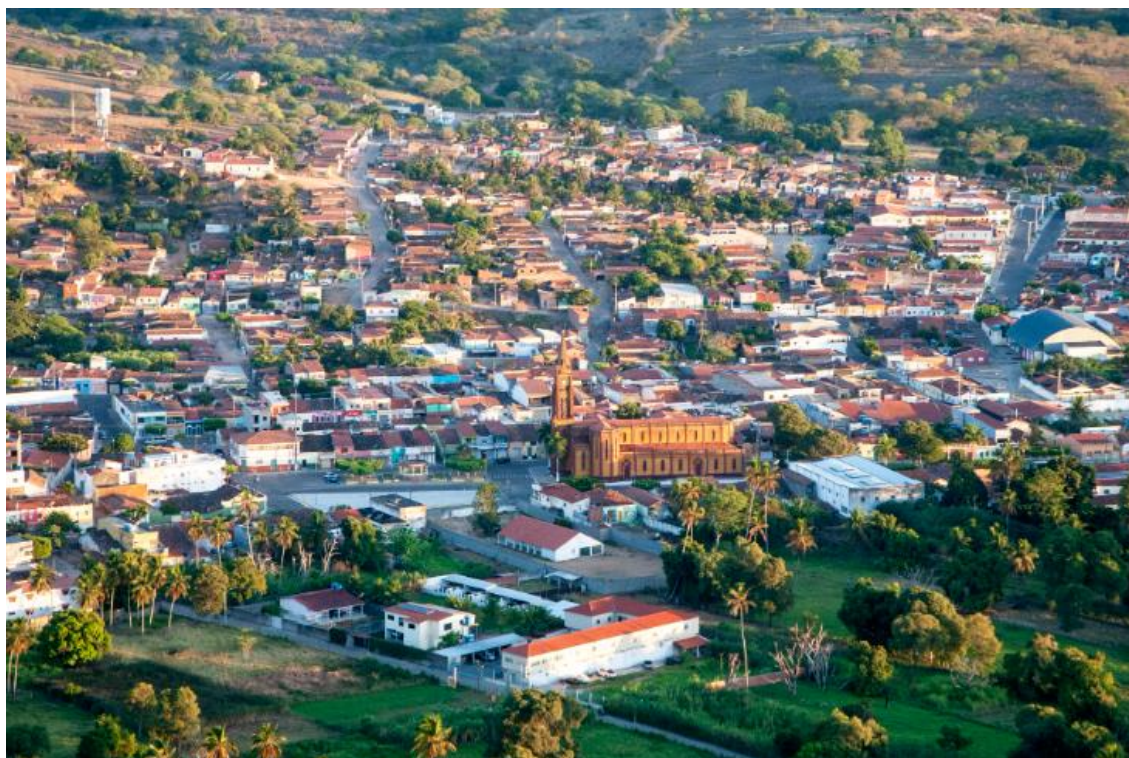


Fonte: Google Maps, modificado pela autora, 2022.

Tacaratu possui área territorial de 1.264.532 km², segundo o IBGE de 2021. De acordo com o censo de 2010, o município possuía 22.068 habitantes, com densidade demográfica de 17,45 hab./km², a população estimada pelo instituto em 2021, foi de 26.439 habitantes. O município de Tacaratu possui 90 povoados rurais e dois distritos, sendo o distrito-sede Tacaratu (Figura 02) e o outro Caraibeiras.

O local é conhecido por sua produção artesanal em tecelagem, onde se destacam as redes, mantas, tapetes, colchas etc., exportados para diversos estados brasileiros e até para outros países. O município também revela vocação para o ecoturismo, oferecendo a cachoeira do Salobro, as serras de belos mirantes, grutas, fontes e bicas (IBGE, 2022).

Figura 02 – Distrito-sede Tacaratu



Fonte: Anderson Silva e Antônio Silva, 2020.

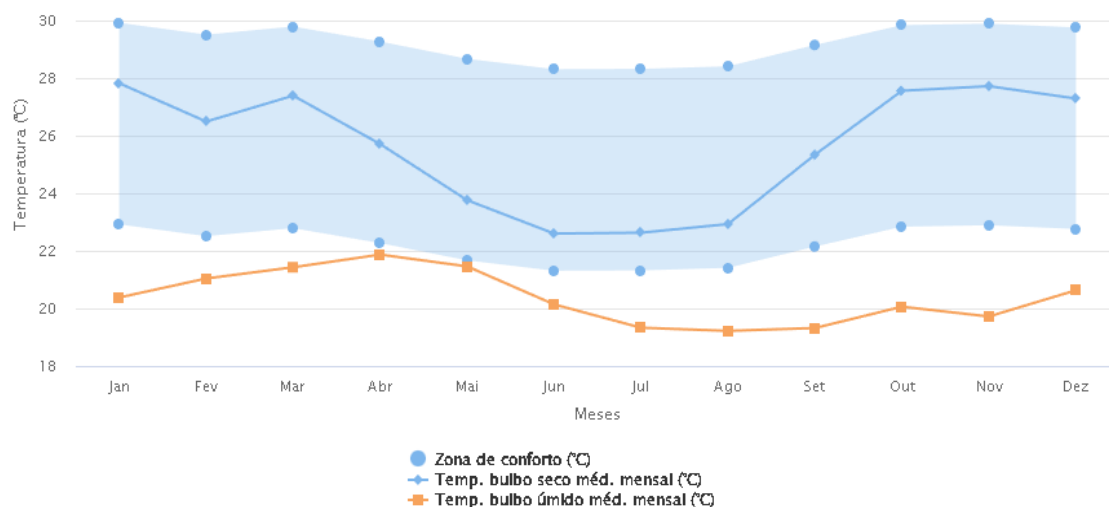
Disponível em: <https://www.meudestinobrasil.com.br/tacaratu>.

2.2 DADOS CLIMÁTICOS

O clima do município é o semiárido quente, caracterizado pela baixa umidade; escassez de chuvas e grande irregularidade em sua distribuição; baixa nebulosidade; forte insolação; índices elevados de evaporação, e temperaturas médias elevadas. Os verões são quentes e secos, é neste período em que praticamente quase não há chuvas. Os invernos são mornos e úmidos, com o aumento de chuvas; as mínimas podem chegar a 14°C. As primaveras são muito quentes e secas, com temperaturas muito altas, que em algumas ocasiões podem chegar a mais de 35°C (Figura 03).

O bioma da região é a Caatinga. De acordo com a plataforma Projeteeee, o Município de Tacaratu-PE não possui gráficos bioclimáticos disponíveis no momento, por não possuir estação meteorológica, por isso, os dados informados são da cidade de Ibimirim-PE, localizada a 100 km de distância e se encontra na mesma zona bioclimática, diante disso, seus dados são recomendados como referência.

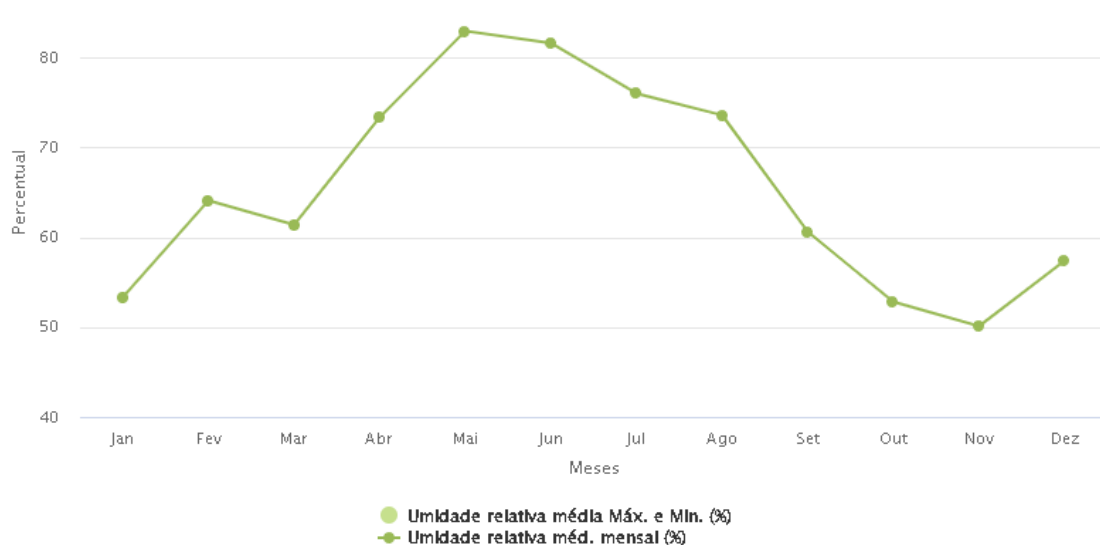
Figura 03 – Gráfico das temperaturas



Fonte: Projeteee INMET 2016.

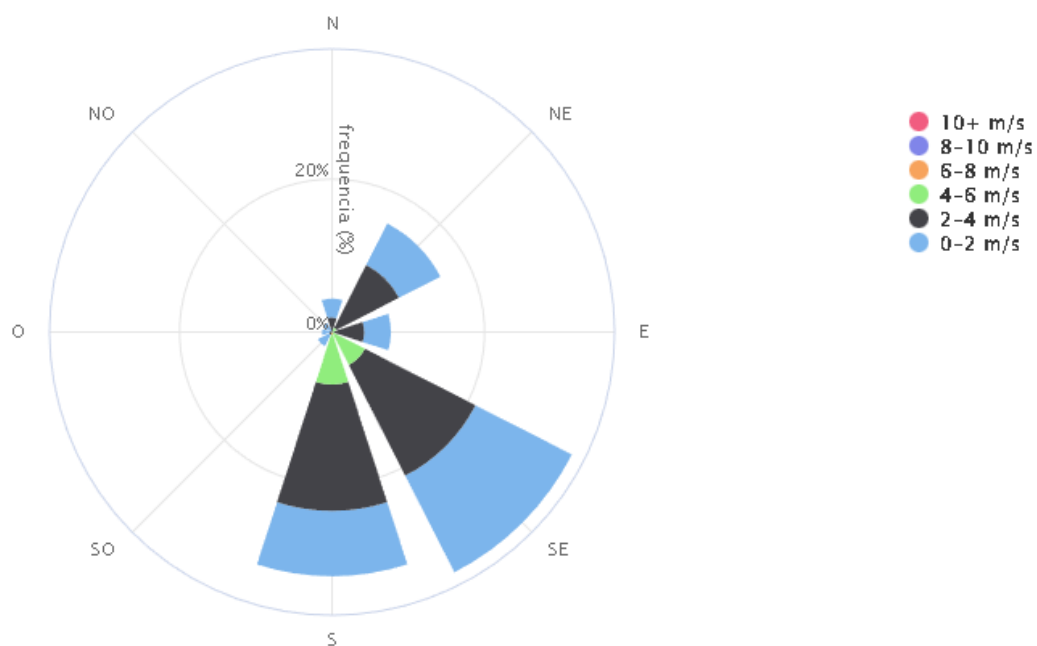
A plataforma usa os arquivos climáticos do INMET (Instituto Nacional de Meteorologia) de 2016. Desse modo, analisando os gráficos climáticos é possível concluir que o município durante a maior parte do ano, o tempo é seco, como é possível observar na Figura 04, que mostra a umidade relativa média em torno de 50% nos meses mais quentes. Já os ventos são fortes, predominantemente vindos do sul e sudeste (Figura 05). Em relação as chuvas, os maiores índices de precipitação ocorrem nos meses de abril (200mm), maio (184mm) e dezembro (100mm) e no restante do ano ocorrem chuvas que não passam de 60mm por mês (Figura 06).

Figura 04 – Gráfico umidade relativa do ar



Fonte: Projeteee INMET 2016.

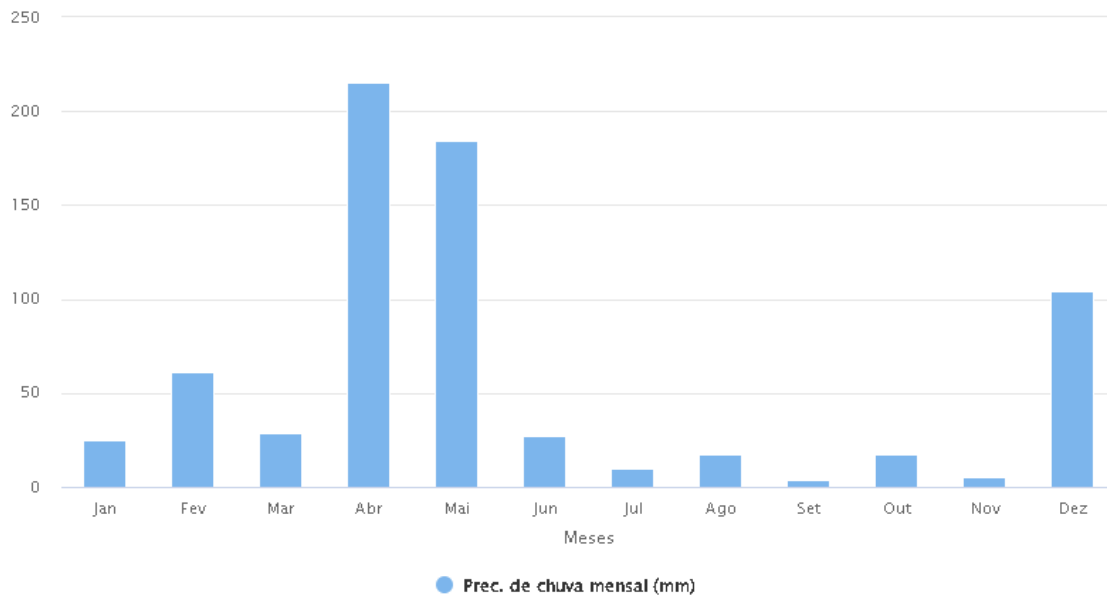
Figura 05 – Gráfico Rosa dos Ventos



Highcharts.com

Fonte: Projeteee INMET 2016.

Figura 06 – Gráfico precipitações



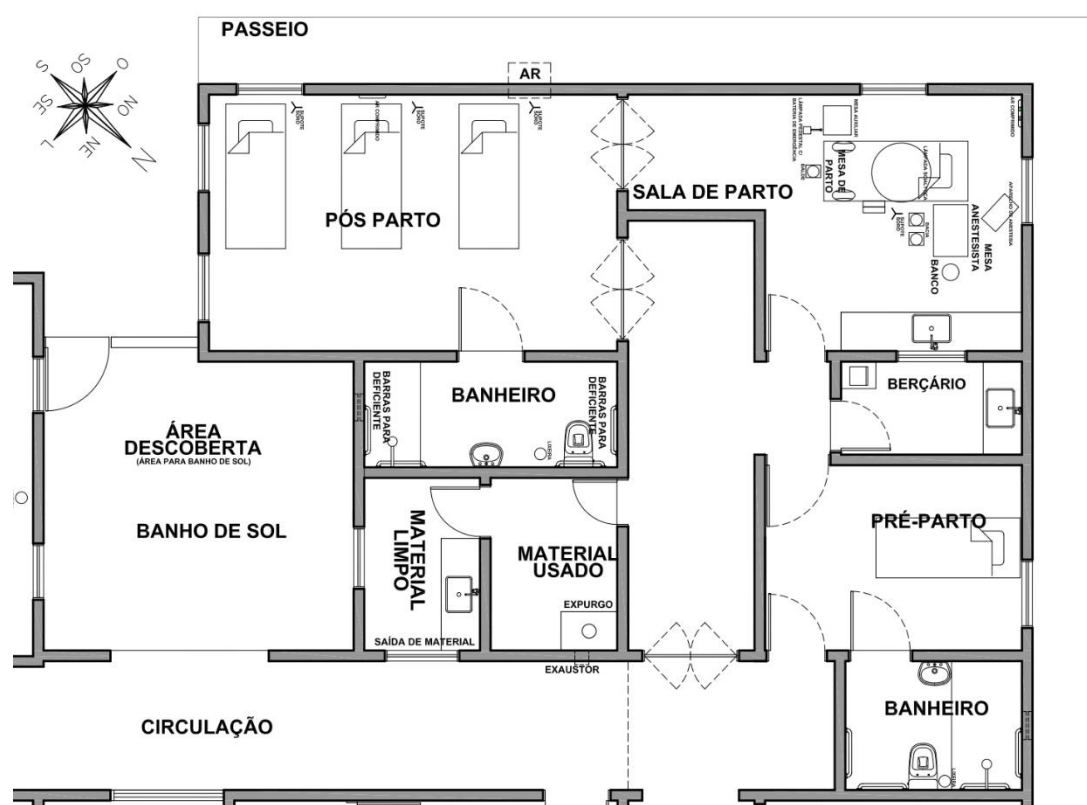
Highcharts.com

Fonte: Projeteee INMET 2016.

2.3 JUSTIFICATIVA PARA A ESCOLHA DO MUNICÍPIO

O Município de Tacaratu, no Estado de Pernambuco, foi escolhido para estudo da implantação de uma Casa de Parto Normal Humanizado devido ao fato da maternidade local não oferecer condições adequadas para assistência ao parto normal e muito menos humanizado. Hoje, a maternidade possui um espaço de apenas 108 metros quadrados, com apenas uma sala de pré-parto, que acomoda apenas uma parturiente por vez, uma sala de parto e uma sala de pós-parto com três acomodações (Figura 07).

Figura 07 – Planta Baixa Maternidade de Tacaratu



Fonte: Prefeitura de Tacaratu-PE, 2022

A edificação não respeita as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde: sala de pré-parto e parto possui pouco espaço para liberdade de movimentação da mulher (Figura 08 e 09); a maternidade não prevê acomodação para acompanhante em nenhuma das salas, sendo utilizadas poltronas alocadas na sala de pós-parto que já possui espaço pequeno (Figura 10); não prevê acomodação para o bebê na sala de pós-parto; pouco espaço para deambulação; pouco acesso à iluminação natural, com janelas pequenas; apenas um banheiro

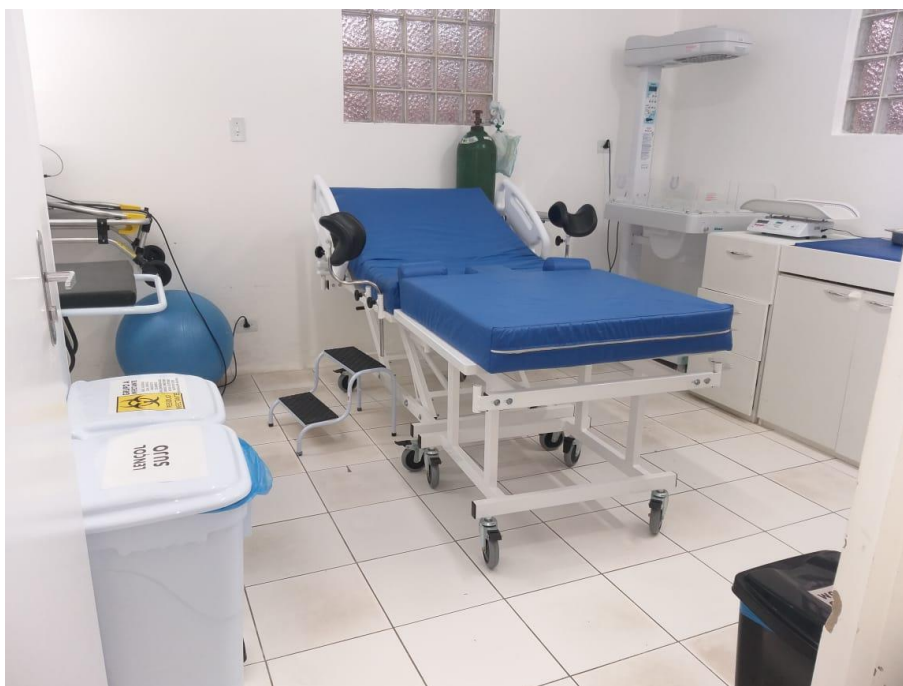
para as parturientes, com uso coletivo; área para banho de sol pequena e rodeada de paredes (Figura 11).

Figura 08 – Sala de pré-parto



Fonte: a autora, 2022

Figura 09 – Sala de parto



Fonte: a autora, 2022.

Figura 10 – Sala de pós-parto



Fonte: a autora, 2022.

Figura 11 – Área destinada ao banho de sol



Fonte: a autora, 2022.

Nas condições atuais, a gestante em trabalho de parto não tem seu protagonismo incentivado, dependendo apenas das condutas médicas, que por muitas vezes são desnecessárias. Dessa forma, as parturientes se sentem

solitárias e inseguras, em um momento que precisam se sentir acolhidas e respeitadas.

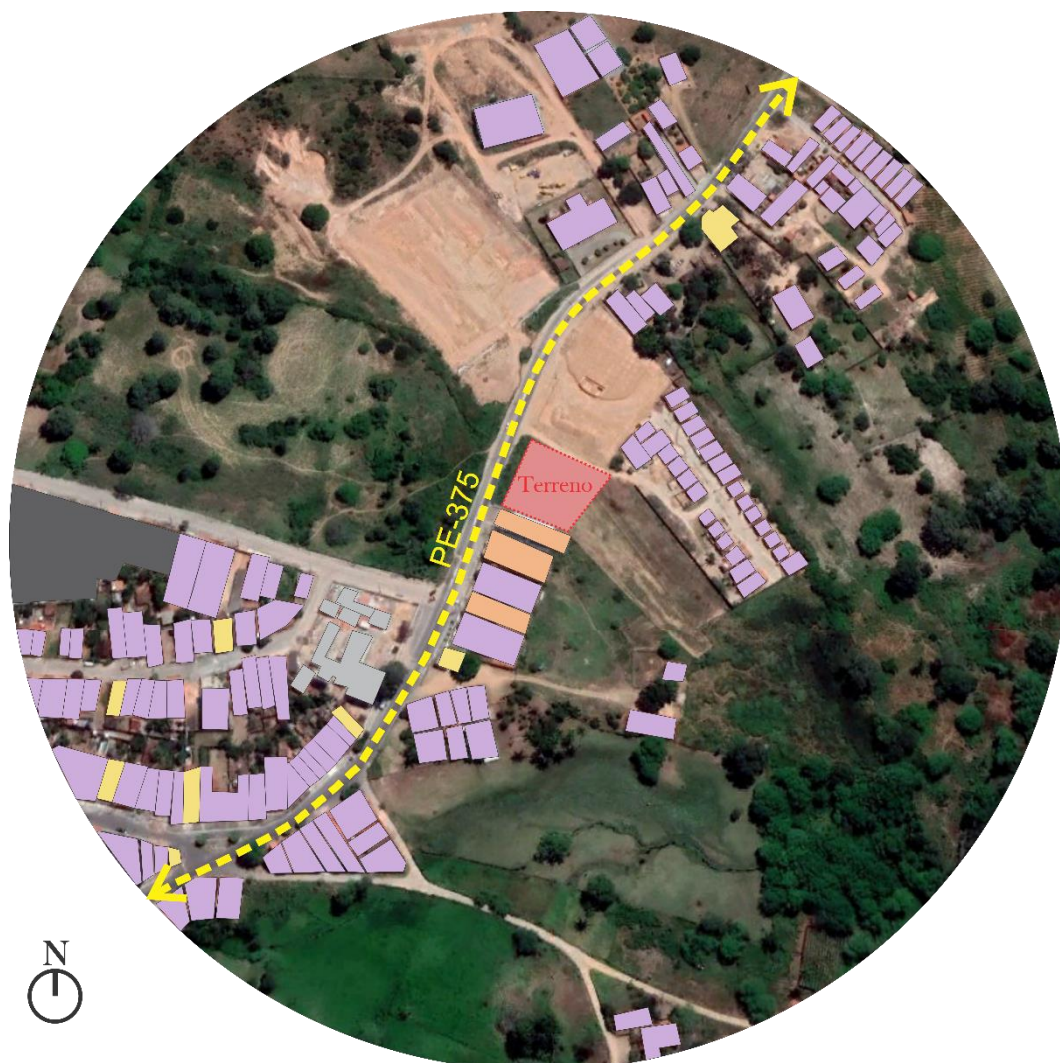
Além disso, devido ao espaço pequeno, acontece de gestantes serem transferidas para municípios vizinhos, por falta de acomodações, o que faz com que a mulher fique longe de seus familiares e tenham seus bebês em um município sem vínculo afetivo. De acordo com informações do DATASUS, nos últimos 5 anos, registrado em sistema (2016-2020), o Município recenseou uma média de 318,2 nascimentos por residência da mãe e 60,4 por ocorrência de nascimento, ou seja, todo ano Tacaratu registra uma média de 318,2 nascidos vivos, mas apenas 60,40 destes partos aconteceram no Município.

2.4 ANÁLISE DO ENTORNO

A análise do terreno e de seu entorno são itens indispensáveis para alcançar o melhor aproveitamento e a melhor forma de ocupação e de proposta arquitetônica, de modo a permitir que a edificação dialogue e se insira na paisagem, constituindo uma unidade com as demais construções já existentes. Para análise do entorno e elaboração dos mapas de estudo foi estabelecido um raio de aproximadamente 300m, a partir do terreno de intervenção.

Em relação às alturas das edificações, através do mapa de gabarito (Figura 12) é possível observar que a área de estudo apresenta predominantemente construções térreas, com exceção a poucas edificações com 2 pavimentos localizadas ao oeste do recorte. E em relação ao uso das edificações, o uso predominante do recorte é o residencial, mesmo havendo alguns usos institucionais na vizinhança imediata (Figura 13). Com isso, apesar do recorte estar próximo a uma via estadual, o uso do seu entorno favorece no conforto acústico e a altura das edificações favorece na permeabilidade dos ventos.

Figura 12 – Mapa de usos



MAPA DE USOS

TERRENO ESCOLHIDO

RESIDENCIAL

COMÉRCIO/SERVIÇO

INSTITUCIONAL

HOSPITAL

CEMITÉRIO

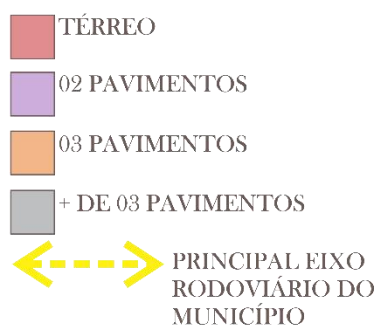
PRINCIPAL EIXO
RODOVIÁRIO DO
MUNICÍPIO

Fonte: elaborado pela autora com base no Google Earth, 2022.

Figura 13 – Mapa de Gabarito



MAPA DE PAVIMENTOS



Fonte: elaborado pela autora com base no Google Earth, 2022.

2.5 O TERRENO

O terreno escolhido fica localizado na Avenida Aristides Teles de Menezes (PE-375), ao lado do número 169 e de esquina com a rua sem nome (Figura 14). Com a testada frontal virada para noroeste e a testada lateral virada para norte-nordeste (Figura 15). O terreno tem área de 3.230 m², e se encontra desocupado. Foi levado em consideração para escolha do terreno sua dimensão, o fato de estar sem uso e sua facilidade de acesso, já que o terreno fica a pouco mais de 100 metros do Hospital Municipal da Cidade.

Figura 14 – Localização terreno



LOCALIZADOR

- TERRENO ESCOLHIDO
- HOSPITAL
- MATERNIDADE

Fonte: elaborado pela autora com base no Google Earth, 2022.

Figura 15 – Terreno escolhido



Fonte: a autora.

3.1 HOSPITAL INFANTIL DE ZURIQUE – HERZOG & DE MEURON

O Kinderspital Zürich requereu um concurso de duas etapas para projetar um hospital infantil no distrito de Lengg, em Zurique, na Suíça, devido às limitações de espaço e um progressivo envelhecimento da infraestrutura atual. O escritório Herzog & de Meuron venceu o concurso em maio de 2012 com uma proposta para um edifício de madeira com três pátios, que oferece um ambiente flexível e convidativo para as crianças. O escritório usa formas geométricas simples para ligar a tipologia contrastante do Hospital Infantil com o Centro de Ensino e Pesquisa, separado de seis andares e que também estará localizado no novo campus médico. (BORTOLUZZI, 2012).

O projeto do Hospital Infantil apresenta intencionalmente dois edifícios complementares com tipologia, função e desenho urbano contrastantes (Figura 16), cuja geometria permanece relevante. O edifício principal inclui espaços de exame e tratamento para crianças e adolescentes, enquanto o Centro de Ensino e Pesquisa abriga ambientes para trabalho científico e meditação. (BORTOLUZZI, 2012).

Figura 16 – Maquete do Campus Médico



Fonte: Herzog & de Meuron.

O Hospital Infantil é constituído por um edifício de três pisos dispostos em torno de uma série de pátios (Figura 17), de forma introspectiva, procurando romper com o estereótipo das estruturas hospitalares e tornar o espaço mais receptivo às crianças. Pacientes e familiares podem se movimentar livremente entre diferentes áreas de tratamento. (BORTOLUZZI, 2012).

Figura 17 – Implantação dos edifícios



Fonte: Herzog & de Meuron.

Com o objetivo de fortalecer o diálogo entre o mundo externo e o mundo interno proposto pelo projeto, os arquitetos também propuseram que toda a distribuição do hospital siga o padrão de uma cidade: ruas conectam diferentes áreas, cruzamentos indicando as conexões e bairros determinando as especialidades (MARADEI, 2017) (Figura 18). Os pátios internos se abrem intermitentemente para o exterior, permitindo que a luz penetre o edifício e reforçando a ideia de entrelace da arquitetura com a natureza (Figura 19).

Figura 18 – Esplanada



Fonte: Herzog & de Meuron.

Figura 19 – Pátio de entrada do Centro de Ensino e Pesquisa



Fonte: Herzog & de Meuron.

3.2 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE – PARQUE DO RIACHO – SABOIA+RUIZ ARQUITETOS

A unidade básica de saúde do Parque do Riacho do Distrito Federal, fruto de um dos raros concursos de arquitetura para equipamentos públicos que não sejam edifícios grandiosos e icônicos, é dividida em quadras organizadas por pátios internos, humanizando o ambiente hospitalar na perspectiva de criar um microcosmo de proteção e tranquilidade através da natureza. Essa estratégia amplia o volume do edifício e qualifica os espaços públicos, valorizando a

comunidade e promovendo um sentimento de pertencimento entre os moradores locais. (CORBIOLI, 2021).

A criação de uma Unidade Básica de Saúde composta por blocos quadrados com pátios internos se apoia em uma estratégia projetual com dois focos qualificadores: o interno (humanização funcional) e o externo (espaço urbano) (SOUZA, 2017) (Figura 20).

Figura 20 – Unidade Básica de Saúde com três blocos com pátios internos



Fonte: Leonardo Finotti.

A estratégia de adoção de blocos térreos com terraços internos amplia a volumetria do edifício (Figura 21), o que permite que o projeto ocupe uma grande área do terreno, determinando assim a legibilidade de sua relevância como equipamento público próximo. A realização de uma edificação térrea garante acessibilidade universal e reserva uma considerável área livre para planejamento futuro, permitindo razoável expansão modular, como possível ampliação da Unidade Básica de Saúde (SOUZA, 2017).

Com sua escala humana, os pátios tornam-se espaços ao ar livre domesticados (Figura 22), sua função é trazer luz natural ao ambiente por meio de paisagismo controlado. São espaços protegidos de fortes correntes de ar, sombreados, isolados do ruído exterior e ligados à natureza, para além de conferirem claros condicionantes ao projeto e promoverem o zoneamento entre áreas de serviço. Apesar de ter sido concebida no período anterior à pandemia do SARS-CoV-2 (COVID-19), a ligação da esplanada à zona de espera garante a ventilação necessária para um ambiente mais concentrado (ARCHDAILY, 2022).

Figura 21 – Implantação do edifício



Fonte: Leonardo Finotti.

Figura 22 – Pátio interno



Fonte: Leonardo Finotti.

O bloco central está localizado no extremo da praça de pedestres proposta e é o principal bloco de acesso. Este é o espaço para alocação de funções, pois a partir daí o público é direcionado para outros blocos. Nesta ala, o pátio assume uma função mais contemplativa, característica formal do espaço de recepção, da administração e do auditório. Nele também estão os serviços de apoio para outros

blocos, ou para atendimento mais direto ao público, como farmácia e vacinação (ARCHDAILY, 2022) (Figura 23).

Figura 23 – Acesso principal



Fonte: Leonardo Finotti.

3.3 CASA EL CORTIJO – FELIPE ASSADI ARQUITETOS

O projeto está localizado em um condomínio fechado com um terreno de 5.000 metros quadrados. No entanto, esta tipologia reflete uma configuração de outra escala, a de um bairro típico da cidade central de Guayaquil, onde um edifício contínuo ocupa o perímetro e gera terraços no interior. Se eliminarmos estas divisões, teremos um edifício contínuo com um grande pátio interior (ARCHDAILY, 2019) (Figura 24).

Os espaços da casa se articulam em torno de um pátio central quadrado com um corredor interno. O pátio conecta visualmente todos os espaços e garante que a casa tenha uma paisagem própria (ARCHDAILY, 2019) (Figura 25). A separação entre os espaços domésticos adjacentes é marcada por telhados independentes e saliências na fachada contínua (Figura 26). Portanto, eles podem ser considerados como unidades independentes pertencentes a um único sistema. Assim como no centro da cidade. (ARCHDAILY, 2019).

Figura 24– Vista superior da edificação



Fonte: Fernando Alda.

Figura 25– Pátio interno



Fonte: Fernando Alda

Figura 26– Fachada



Fonte: Fernando Alda

3.4 SÍNTESE DAS REFERÊNCIAS

A partir de cada referência, foram selecionadas diversas estratégias úteis para serem usadas em um projeto de Centro de Parto Humanizado, buscando projetar um espaço acolhedor e eficiente. A escolha levou em consideração a valorização dos materiais e clima locais, as estratégias de iluminação e ventilação natural, capazes de promover o bem-estar para todos os usuários do edifício, ver quadro 01.

Quadro 01 – síntese das referências

SÍNTESE REFERÊNCIAS PARA CASA DE PARTO PROPOSTA			
REFERÊNCIA	ESTRATÉGIAS BIOCLIMÁTICAS	AMBIÊNCIA	ESTRATÉGIAS PROJETUAIS
Hospital Infantil de Zurique	Iluminação natural; Eficiência energética.	Contato com a natureza.	Pátio interno.
Unidade Básica de Sude - Parque Riacho em Brasília	Iluminação natural Ventilação natural	Contemplação da natureza.	Bloco térreo; Volumetria ampla; Pátio interno.
Casa El Cortijo no Equador		Aparência de Vila; Aparência de Casa, remetendo a segurança do lar.	Articulação em torno de um pátio central; Telhados independentes de 2 águas.

Fonte: a autora, 2022.

4.1 DIRETRIZES PROJETOAIS

Após o estudo sobre as bibliografias existentes sobre a humanização do parto e a relação da arquitetura e os espaços de saúde, projetos de referências e características do entorno, algumas diretrizes foram estabelecidas para o desenvolvimento do anteprojeto para Casa de Parto em Tacaratu-PE.

- i. Diminuir aparência hospitalar;
- ii. Criar espaços amplos e aconchegantes;
- iii. Fornecer sensação de segurança, projetando uma edificação que remete ao lar, ao domicílio;
- iv. Fornecer acessibilidade na edificação;
- v. Fornecer iluminação e ventilação natural;
- vi. Integrar com o entorno;
- vii. Valorizar o contato com a natureza, através do pátio interno.

4.2 O CONCEITO E O PARTIDO ARQUITETÔNICO

Conforme explicitado no decorrer do trabalho, o projeto foi motivado pela busca da humanização em estabelecimentos voltados para a saúde da gestante e sua família, que têm a necessidade de serem adaptáveis e flexíveis, garantida pela sensação de bem-estar, segurança e acolhimento, que pode ser incorporado pela arquitetura. No parto humanizado, a gestante deve ser tratada de forma ética, garantida pela sensação de bem-estar, segurança e acolhimento promovida pela sensação e um ambiente familiar.

Portanto, este projeto surgiu para resgatar o parto com menos intervenções médicas e propor um ambiente confortável para o parto normal da forma mais agradável e humana possível, ao mesmo tempo em que cria um espaço que potencializa a troca de experiências e informações entre pais e profissionais de saúde, tentando fortalecer as conversas sobre parto, maternidade e paternidade tornando esses temas mais acessíveis.

O parto é uma experiência única para cada mulher. Além disso, o desenvolvimento do parto tem muito a ver com os aspectos psicológicos e emocionais da mulher, afinal tudo no corpo está interligado. É aqui que entra a importância da arquitetura, o espaço tem grande influência no bem-estar dos

usuários, neste momento único, não pode ser diferente, mesmo que indiretamente, a arquitetura desempenha um papel importante no comportamento do nascimento.

Por isso, é importante considerar um local responsável por proporcionar aconchego e bem-estar, e um lugar que muitas vezes vem à mente é a nossa casa. Portanto, o projeto visa abordar a ambiência domiciliar, tanto em termos de forma e elementos, mas também os sentidos transformados a partir deles, e a relação com o entorno que será trabalhada, visando proporcionar essa sensação de bem-estar e de tranquilidade.

No Partido Arquitetônico adotado o edifício como casa, em sua forma simples e pura, criando um espaço de conforto e tranquilidade e um espaço de conforto ambiental foram as condicionantes adotadas nas decisões de projeto. Neste caso, pretendo trazer um edifício com as características associadas à casa. Por isso, privilegiam-se volumes predominantemente horizontais, caracterizados por uma cobertura de duas águas contínuas, remetendo a aparência de casas coladas dos dois lados como se formassem pequenas vilas, que se articulam através de um pátio interno e fazendo uma boa relação com o entorno.

Além disso, outra questão é a priorização do uso de materiais e elementos locais, especialmente aqueles relacionados à imagem da casa, que podem contribuir muito para a humanização da edificação, bem como uma melhor relação com o exterior. Como eles, esquadrias de madeira e cobogós. Dado que as paisagens naturais podem contribuir muito para a humanização de um espaço, as vistas, a relação entre interior e exterior e a integração com a natureza são também um ponto muito relevante para as decisões de projeto. Daí a opção pela utilização destes materiais acima expostos, que permitem maior luminosidade e ventilação natural, maior visibilidade externa.

4.3 PARTICULARIDADES DO PROJETO E O PROGRAMA DE NECESSIDADES

A Casa de Parto Humanizado, funcionará 24h, atenderá pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e oferecerá atendimento desde o pré-natal até o pós-parto, com assistência ao parto normal em mulheres classificadas com gestação de baixo risco. A unidade de saúde terá como público alvo mulheres em idade fértil de Tacaratu e municípios vizinhos, dando prioridades para assistência humanizada ao

parto normal aquelas que fizerem o seu acompanhamento pré-natal na unidade de saúde.

Para a elaboração do programa e necessidades do anteprojeto de uma Casa de Parto foi levado em consideração os ambientes mínimos previstos na cartilha do Ministério da Saúde, obrigatórios para compor o projeto de um CPN, ver tabela 01.

Tabela 01 – Programa mínimo para Centros de Parto Normal

DIMENSIONAMENTO MÍNIMO CENTRO DE PARTO NORMAL - CPN		
AMBIENTES	QUANTIFICAÇÃO	ÁREA UNITÁRIA (M²)
AMBIENTES FINIS		
Sala de acolhimento	1	12
Sala de exames	1	9
WC anexo à sala de exames	1	2,4
Quartos para pré-parto/parto/pós-parto (sem banheira)	2	14,5
Quartos para pré-parto/parto/pós-parto (com banheira)	1	18
BWC anexo ao quarto PPP	3	4,8
Área para deambulação (varanda/solário) - interna e/ou extena	1	20
Posto de enfermagem	1	2,5
Sala de serviço	1	5,7
AMBIENTES DE APOIO		
Sala de utilidades	1	6
Quarto plantão para funcionários	1	5
Banheiro anexo ao quarto plantão	2	2,3
Rouparia	-	-
Depósito de material de limpeza - DML	1	2
Depósito de equipamentos e materiais	1	3,5
Copa	1	4
Refeitório	1	12
Área para guarda de macas e cadeiras de rodas (ambiente opcional)	-	-

Fonte: Elaborado pela autora de acordo com as orientações para elaboração de projetos arquitetônicos estabelecidos pela Rede Cegonha, 2022.

Além dos ambientes obrigatórios para um CPN, o projeto visa incluir setores destinados ao atendimento pré-natal, com o objetivo de oferecer assistência a mulher durante toda gestação, será acrescentado no programa sala de atividade coletiva, para a ministração de palestras que possam informar a gestante e sua família, sobre a chegada de uma nova vida, e assuntos relacionados ao parto, com

objetivo de promover e incentivar o empoderamento feminino. Além disso, terá um consultório indiferenciado que oferecerá em horários diferentes atendimento de psicologia, nutrição e assistência social.

Também foi incluindo uma sala de Reanimação e Estabilização Neonatal, que funcionará para estabilizar ou reanimar um bebê, caso seja necessário, antes do embarque na ambulância e transferência para um hospital de referência. Com isso, o programa final, foi setorizado em 3 parte: Setor de Acolhimento e Atendimento, Setor de Internação e Setor Técnico/Serviço (Tabela 02).

Tabela 02 – Programa de necessidades para o anteprojeto proposto

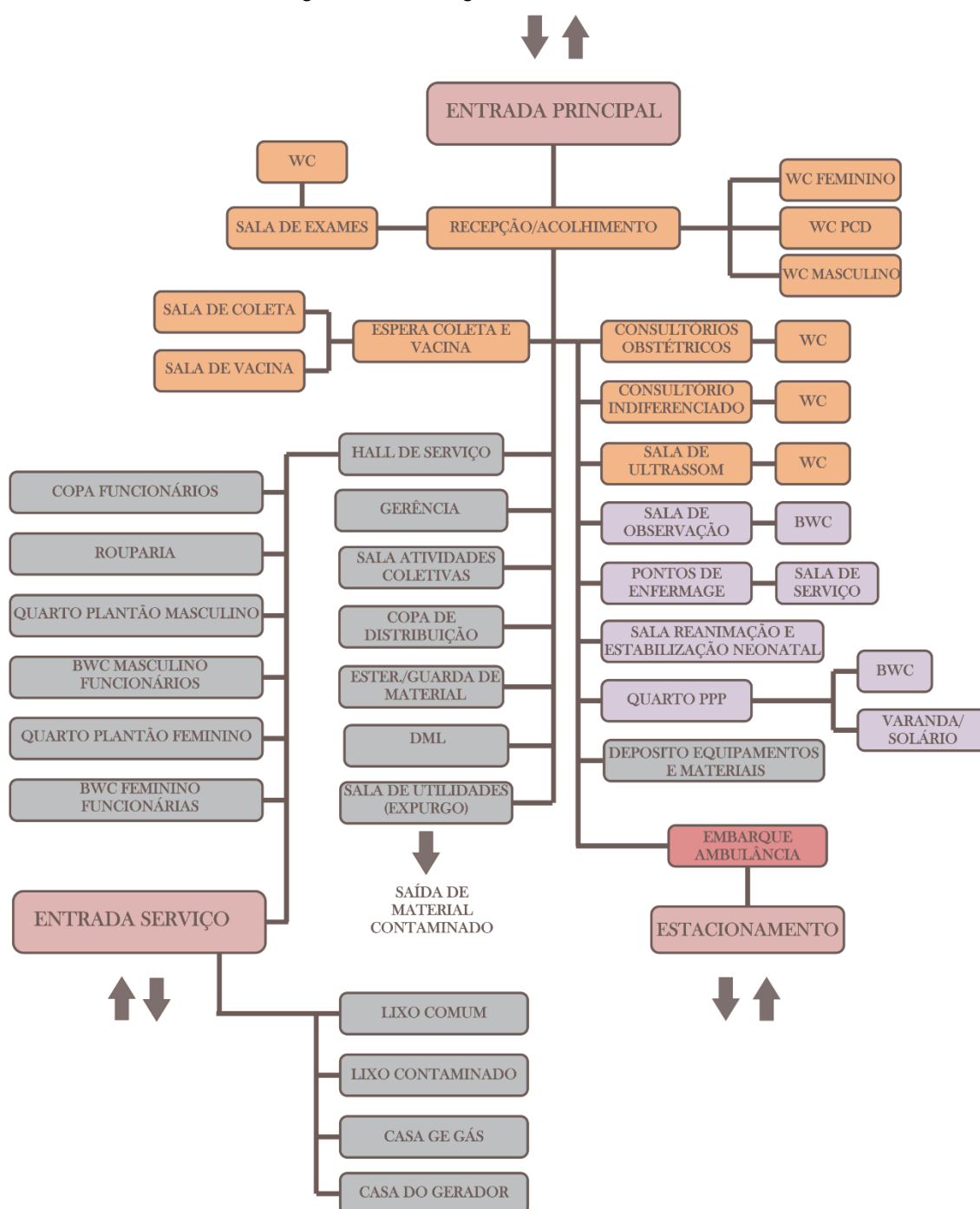
PROGRAMA DE NECESSIDADES PROPOSTO E QUADRO DE ÁREAS			
AMBIENTES	QUANTIDADE	ÁREA MÍNIMA (m²)	ÁREA PROPOSTA (m²)
SETOR DE ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO			
Recepção/Acolhimento	1	12	36
Sala de exames	1	9	18,9
Consultório obstétrico	2	-	15,8
WC anexo ao consultório obstétrico	2	-	2,4
Espera Coleta e Vacina	1	-	3,95
Sala de coleta	1	-	3,95
Sala de vacinação	1	-	9,95
WC Feminino	1	-	11,4
WC PCD	1	-	3,8
WC Masculino	1	-	11,4
Consultório indiferenciado	1	-	12,2
WC anexo ao consultório indiferenciado	1	-	1,95
Sala de ultrassom	1	-	14,75
WC anexo a sala de ultrassom	1	-	2,45
SETOR DE INTERNAÇÃO			
Sala de observação	1	-	21,85
BWC anexo a sala de observação	1	-	3,9
Sala de serviços	1	5,7	4,85
Posto de enfermagem	1	2,5	5
Quarto PPP com banheiro	3	18	35,9
BWC anexo ao quarto PPP	3	4,8	5,5
Área para deambulação (varanda/solário) - interna e/ou extena	3	20	14,5
Sala de estabilização/reanimação neonatal	1	-	24,6
SETOR TÉCNICO/SERVIÇO			
Depósito de equipamentos e materiais	1	3,5	25,35
Sala de utilidades (expurgo)	1	6	24,75
DML	1	2	6,8
Esterelização e guarda de materiais	1	-	9
Copa de distribuição	1	-	16
Sala de atividades coletivas	1	-	20,75
Copa funcionários	1	-	9,45
Gerência	1	-	8,45
Rouparia	1	-	3,5
Quarto plantão feminino	1	5	10,95
Quarto plantão masculino	1	5	8,6
BWC Funcionários feminino	1	2,3	3,45
BWC Funcionários masculino	1	2,3	3,45
Jardim descoberto	1	-	242
Depósito de lixo comum	1	-	2,7
Depósito de lixo contaminado	1	-	2,7
Casa de gás	1	-	2,8
Casa do gerador	1	-	10,7

Fonte: a autora, 2022.

4.4 FLUXOGRAMA E SETORIZAÇÃO

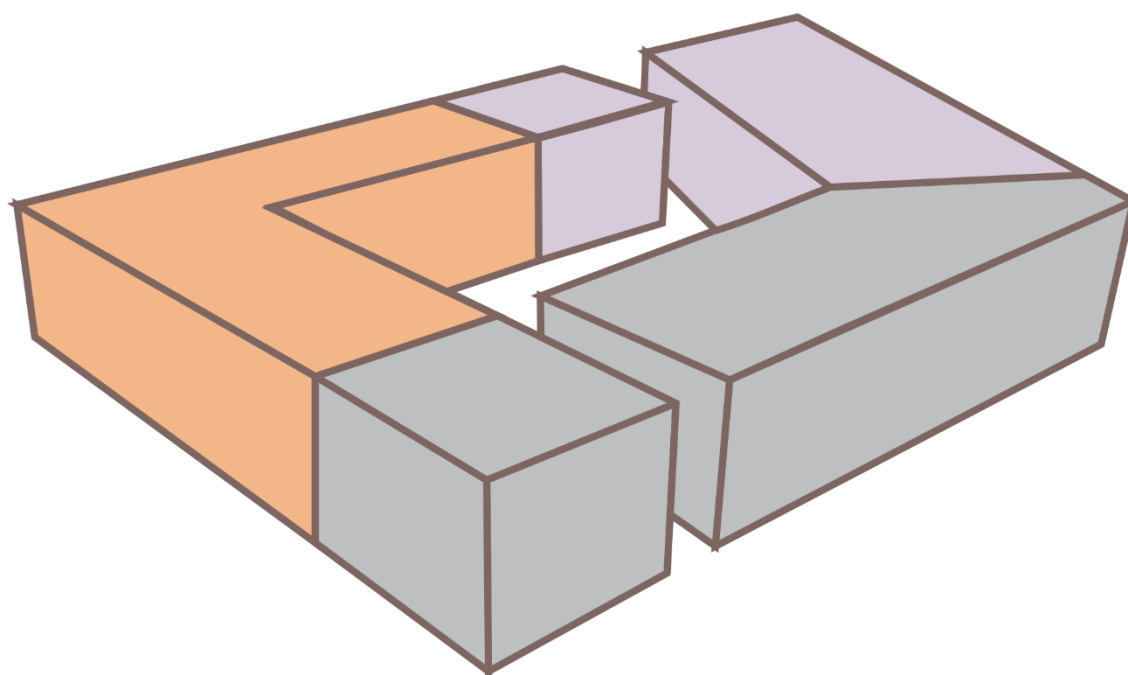
Com o objetivo de possibilitar uma maior compreensão acerca do programa de necessidades, foi desenvolvido um fluxograma (Figura 27) e um esquema volumétrico de setorização (Figura 28), que permite a visualização dos principais fluxos a serem percorridos na edificação.

Figura 27 – Fluxograma da Casa de Parto



Fonte: a autora, 2022.

Figura 28 – Esquema volumétrico de setorização



SETORES

	ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO
	INTERNAÇÃO
	TÉCNICO / SERVIÇO

Fonte: a autora, 2022.

4.5 MEMORIAL DESCRITIVO E JUSTIFICATIVO

A proposta para o projeto do Centro de Parto Normal, situado na cidade de Tacaratu -PE, consiste em um edifício pátio, o formato foi influenciado pela forma do terreno e pela distribuição espacial e funcional do programa de necessidades, portanto, os blocos interligados entre si foram dispostos nas extremidades do lote, de forma a criar um pátio interno destinado ao estar e convivência das gestantes, familiares e funcionários. A análise do programa de necessidades, dos fluxos e aspectos ambientais, condiciona a localização de cada setor do projeto, além disso, a definição do posicionamento dos quartos PPP foi essencial para definir onde os demais ambientes estariam localizados.

Para possibilitar uma maior privacidade, os quartos PPP, foram dispostos afastados da avenida principal, ficando voltados para o fundo do terreno. O acesso

principal do edifício onde se localiza a recepção, foi estabelecido na Avenida Aristides Teles de Menezes (PE-375). Foi criado um eixo para saída de emergência o mais próximo possível dos quartos PPP para que parturientes e bebês sejam transferidos, caso necessários, para o hospital mais próximo.

Na fachada sul-sudoeste, foi projetado um acesso de serviço, para entrada e saída de funcionários e de produtos hospitalares. Também foi projetada uma saída diretamente pela sala de utilidades (expurgo), para que todo material contaminado não precisasse passar pelo acesso de serviço, evitando contaminação do material limpo.

A setorização do edifício consiste nos setores de acolhimento e atendimento, internação e técnico logístico. A proposta do edifício vai além de espaços de acolhimento e suporte, ele foi projetado também para despertar sensações e memórias positivas aos seus usuários. Os espaços foram pensados para contribuir com o resgate da cultura do parto natural e sua fisiologia, pois foram projetados espaços generosos para que possam contribuir com a liberdade da parturiente em todo processo do parto.

A assistência ao parto acontece nos quartos PPP, que significa Pós-Parto, Parto e Pós-Parto, é nesse local que acontecem todas as etapas do parto normal, a parturiente permanece nesse quarto até 24h após o parto, onde sairá só depois da alta médica. A realização da assistência em um único ambiente, fortalece as relações entre parturiente e equipe, agrega intimidade, segurança, proteção, confiança e oferece liberdade de escolha para a mulher. O Quarto PPP, oferece diversos espaços para que a parturiente se movimente e se sinta livre durante o trabalho de parto.

A edificação se resolve toda em apenas um pavimento, o que a torna uma edificação universal e acessível, trazendo conforto para os fluxos do dia a dia aos usuários do espaço. Com o objetivo de criar distrações, aconchego e eficiência energética, foi adotado um jardim interno e outros jardins ao redor da edificação, com espécies nativas da região, considerando a positividade do contato com a luz solar e com a natureza.

A cobertura foi pensada para trazer uma ideia de unidade em toda edificação, o objetivo com a escolha de coberturas de duas águas, foi de remeter as características de uma casa, buscando retomar a ideia inicial de parto domiciliar, trazendo o aconchego de um lar, e distanciando da aparência de um hospital. A

vedação da cobertura é feita por telhas termoacústicas, que irão ajudar na eficiência energética do edifício, protegendo os ambientes do calor excessivo, além de oferecer proteção acústica para os espaços. As telhas receberão rufos e calhas em alumínio para uma completa vedação e escoamento das águas pluviais.

Para materialização deste projeto, foi adotado a estrutura de concreto armado em vigas e pilares, os fechamentos interno em painéis de drywall com revestimento em lã de rocha, para tratamento acústico e fechamento externo em vidro protegidos por beirais, ou em painéis de elementos vazados em concreto.

Para portas e janelas, foi projetado esquadrias de alumínio e vidro. A luz natural é de grande importância na arquitetura e principalmente em ambientes de saúde, tornando-se mais salubres, ela traz inúmeros benefícios para o ser humano, e contribuir para a eficiência energética do edifício. Além da iluminação, também foi pensado na ventilação natural dos ambientes, para isso, portas e janelas foram projetadas para terem bandeiras de alumínio com venezianas, capazes de oferecer ventilação cruzada para os espaços quando abertas.

A concretização deste projeto de arquitetura, consistiu na busca em tornar a experiência do nascimento mais positiva para a mulher e a família, aliada a contribuição do espaço para formulação de memórias e sensações despertadas, mas também um edifício que fora criado para atendê-la de forma mais humana em seu momento único e exclusivo, devolvendo o protagonismo da mulher aos cenários do parto, sendo esse um viés que deve ser encorajado.

Portanto, o parto além de ser um momento significativo que marca a chegada de uma nova vida, é um evento cheio de emoção e valor que ficam gravados na memória. Assim como os tipos de parto sofreram mudanças ao longo dos anos, o espaço do nascer também deve se adaptar a essas transformações através do papel desempenhado pela arquitetura.

Como a maioria dos partos, na atualidade, são realizados em unidades de saúde, é necessário receber a parturiente, sua família e seu bebê de forma digna nesses serviços, criando um ambiente acolhedor, norteado pelo humanismo, pela ética e pela solidariedade. A Casa de Parto Humanizado deve ser um refúgio para a mulher durante o decorrer da gestação, no parto e no pós-parto, oferecendo todo conhecimento necessário, além de preservar a saúde da mãe e do recém-nascido.

Nesse sentido, uma vez que a dignidade da pessoa humana é um direito fundamental garantido no Brasil, a assistência humanizada ao parto vai muito além de uma escolha, trata-se de um direito da mulher gestante e o seu empoderamento. O poder de escolha sobre onde e como seu parto será realizado, devolvendo a mulher o protagonismo desse momento.

Os centros de parto normal não precisam necessariamente serem incorporados ao hospital, podendo manter sua autonomia estética em relação ao espaço hospitalar, com linguagem arquitetônica independente e distante do caráter medicalizado. Dessa forma, a Casa de Parto Humanizado em Tacaratu-PE, foi projetado para que o acesso a esse tipo de parto seja facilitado, por meio de um local confortável e atrativo que acolha as mulheres e que contribua para a troca de experiências, além de ser uma fonte de informação e apoio para um momento tão delicado que é a maternidade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. Violência obstétrica: a dor que cala. **Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Pública**. Universidade Estadual de Londrina UEL, Londrina, 2014.

ARCHDAILY. Casa El Cortijo / Felipe Assadi Arquitectos. **ArchDaily Brasil**. Publicado em 05 mar. 2019. Disponível em: <https://www.archdaily.com.br/br/912457/casa-el-cortijo-felipe-assadi-arquitectos>. Acesso em: 10 set. 2022.

ARCHDAILY. Unidade Básica de Saúde - UBS - Parque do Riacho / Saboia+Ruiz Arquitetos". **ArchDaily Brasil**. Publicado em 22 ago. 2022. Disponível em: <https://www.archdaily.com.br/br/967604/unidade-basica-de-saude-ubs-parque-do-riacho-saboia-plus-ruiz-arquitetos>. Acesso em: 9 set. 2022.

BASILE, Anatalia Lopes de Oliveira. **Centro de Parto Normal: O Futuro no Presente**. São Paulo: Jica, 2004.

BITENCOURT, Fabio. **Arquitetura do ambiente de nascer**: reflexões e recomendações projetuais de arquitetura e conforto ambiente. Rio de Janeiro: ABDRH/Rio Brooks, 2008.

BITENCOURT, Fábio; BARROSO-KRAUSE, Cláudia. Centros de parto normal: componentes arquitetônicos de conforto e desconforto. **Anais do I Congresso Nacional da ABDEH-IV Seminário de Engenharia Clínica**, 2004.

BORTOLUZZI, Camila. Em construção: Hospital Infantil de Zurique / Herzog & de Meuron. **ArchDaily Brasil**, 2012. Disponível em: <https://www.archdaily.com.br/br/01-66564/em-construcao-hospital-infantil-de-zurique-herzog-e-de-meuron>. Acesso em: 9 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999**. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, 2004.

CLEMENTINO, Maria Ofélia Simões; SILVA, José Vitor da. Os significados e os motivos de dar à luz em Casa de Parto: as representações sociais no contexto bioético de puerperas de São Paulo, SP. **Mundo Saúde**. v.4, n. 32, p. 452-457, 2008.

COELHO, Guilherme. **A arquitetura e a Assistência ao Parto e Nascimento**: humanizando o espaço. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2003.

CORBIOLI, Nanci. Saboia + Ruiz Arquitetos: UBS – Parque do Riacho, Brasília. **Revista Projeto**, 1 set. 2021. Disponível em: <<https://revistaprojeto.com.br/acervo/saboia-ruiz-arquitetos-ubs-parque-do-riacho-brasil>> Acesso em: 9 set 2022.

COSTA, José Ricardo Santos de Lima. Espaço Hospitalar: a revolta do corpo e a alma do lugar. **Vitruvius**, 2001. Disponível em: <http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/02.013/884> Acesso em: 20 abr. 2022.

FAUNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cad. Saúde Pública** [online], vol.7, nº 2, p. 150-173, 1991.

FREITAS, Giselle Lima. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem** v.11, nº 2, p. 424-428, 2009.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. História & Fotos Tacaratu Pernambuco - PE. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/tacaratu/historico>. Acesso em: 11 ago. 2022.

LOIOLA, Rita. Cesariana: por que ela é uma epidemia no Brasil. **Revista Veja**, 2015. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/cesariana-por-que-ela-e-uma-epidemia-no-brasil/> Acesso em: 25 fev. 2022.

MACHADO, Nilce Xavier de Souza; PRAÇA, Neide de Souza. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Revista da Escolha de Enfermagem da USP**. São Paulo, 2006.

MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

MARADEI, Giovanna. Zurique terá Hospital Infantil horizontal e holístico em 2022. **Casa Vogue**. Publicado em 27 set. 2017. Disponível em: <https://casavogue.globo.com/Arquitetura/noticia/2017/09/zurique-tera-hospital-infantil-horizontal-e-holistico-em-2022.html>. Acesso em: 9 set. 2022.

MORAES, Eleonora. O que é parto humanizado? **Blog Despertar do Parto**, 2018. Disponível em: <http://www.despertardoparto.com.br/o-que-e-parto-humanizado.html> Acesso em: 25 fev. 2022.

REIS, Adriana Elias dos; PATRICIO, Zuleica Maria. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital em Santa Catarina. **Ciências da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, set/dez, 2005.

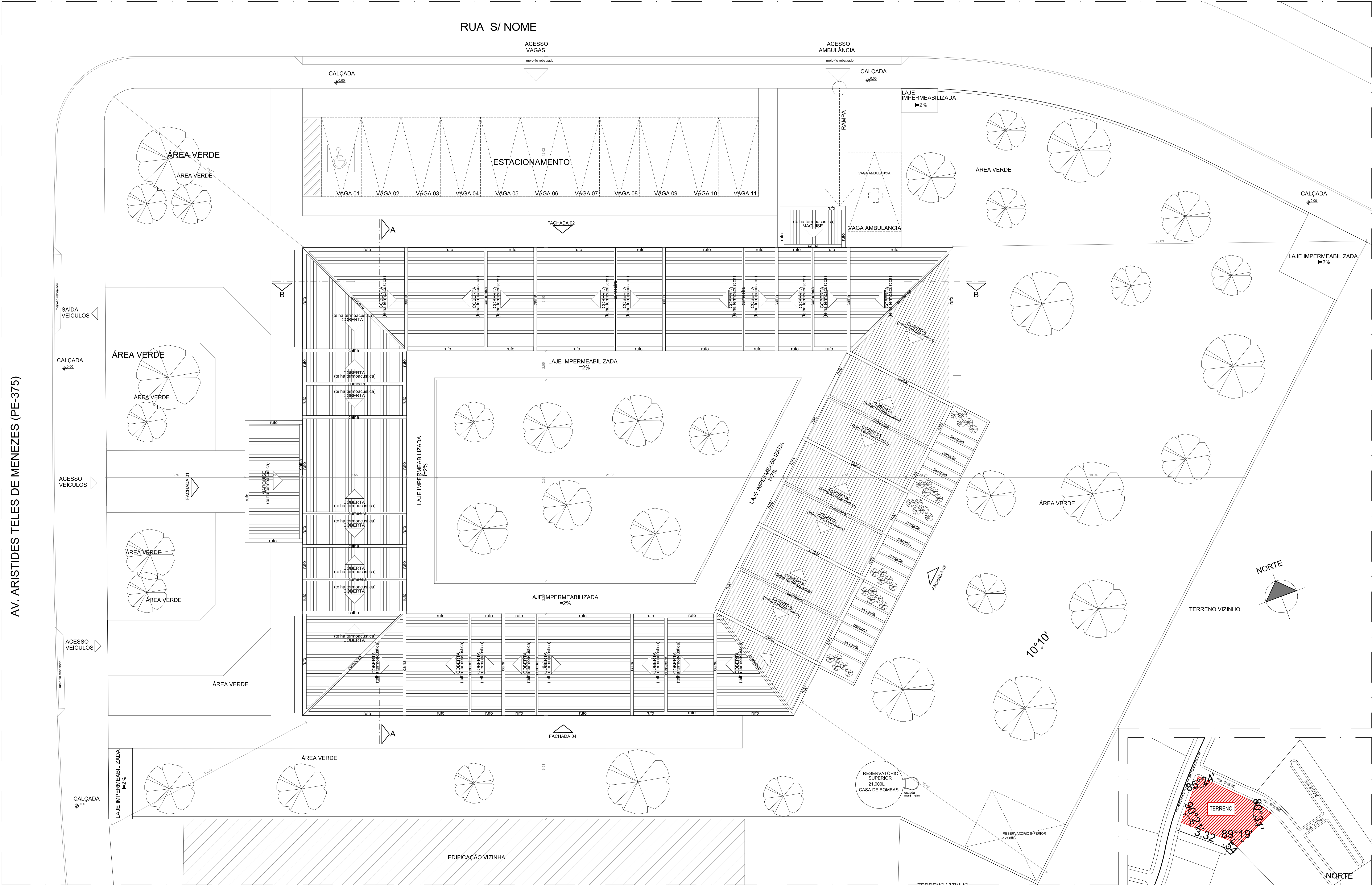
RODRIGUES, Paloma. Parto normal ou cesárea? **Carta Capital**. Publicado em 26 jan. 2015. Disponível em <https://www.cartacapital.com.br/saude/parto-normal7111.html> Acesso em: 24 fev. 2022.

SEIBERT, Sabrina Lins; BARBOSA, Jéssica Louise da Silva; SANTOS, Joares Maria dos; Vargens, Octavio Muniz da Costa. Medicalização x Humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista Enfermagem universidade Estadual do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, nº13, p.245-251, 2005.

SOUZA, Eduardo Souza. 1º Lugar no Concurso para a Unidade Básica de Saúde em Parque do Riacho - CODHAB-DF ". **ArchDaily Brasil**. Publicado em: 29 jun. 2017 Disponível em: <https://www.archdaily.com.br/br/874775/1o-lugar-no-concurso-para-a-unidade-basica-de-saude-em-parque-do-riacho-codhab-df>. Acesso em: 9 set. 2022.

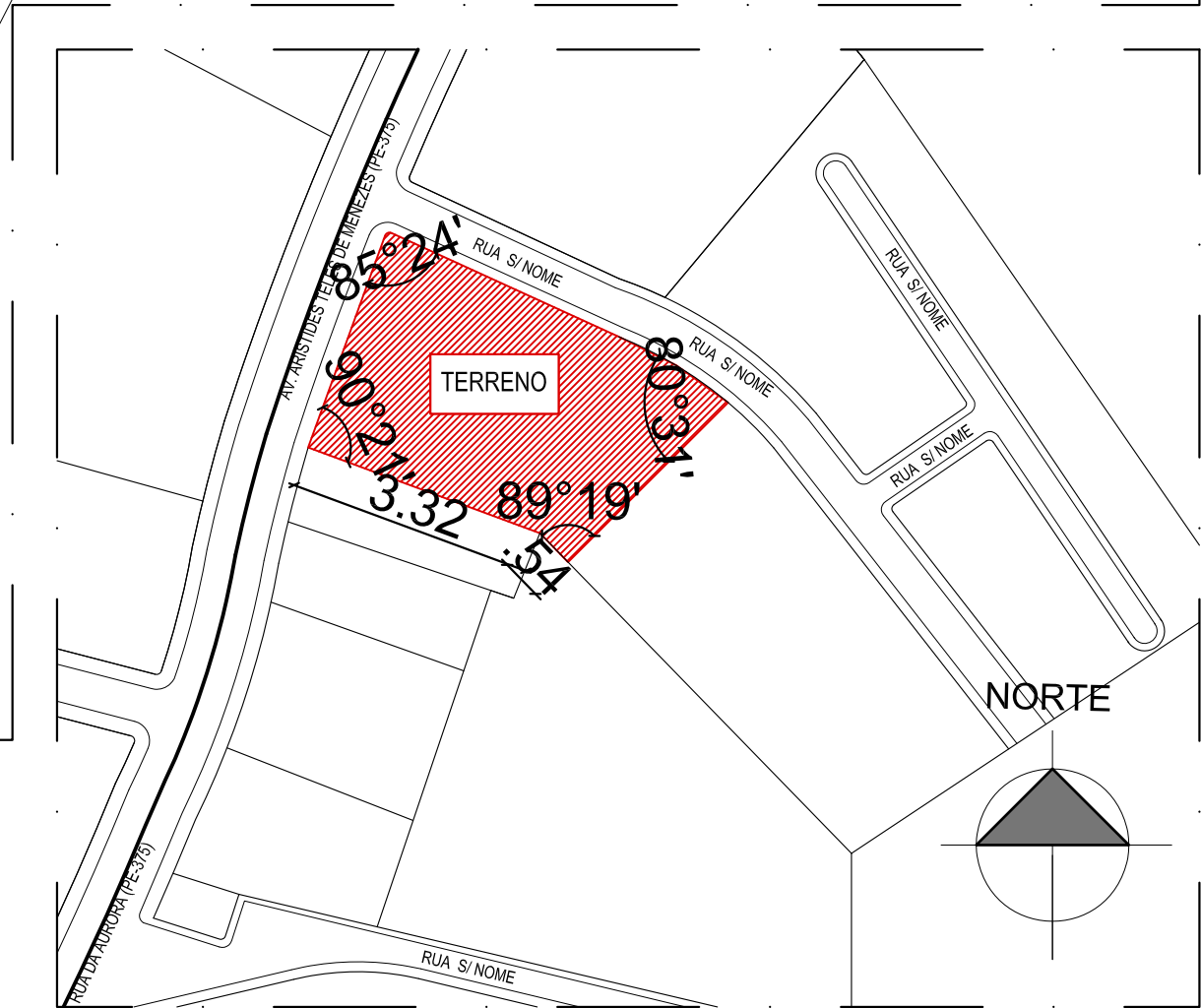
VASCONCELOS, Renata Thaís Bomm. **Humanização de ambientes hospitalares**: características responsáveis pela integração interior/exterior. 2004. 117f. Dissertação (pós-graduação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

VICO, Amanda Fedevjcyc de. **Avaliação da Implantação dos Centros de Parto Normal no Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro, 2017. Dissertação (Mestrado) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2017.



PLANTA DE LOCAÇÃO E COBERTA

ESCALA 1/100

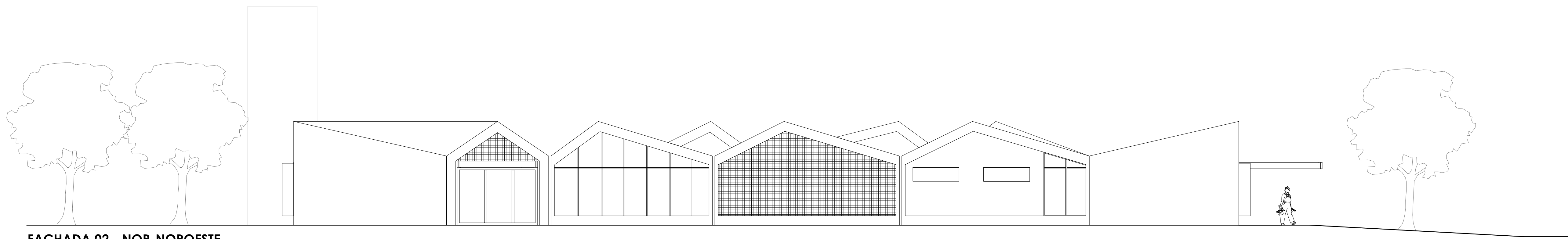


PLANTA DE SITUAÇÃO

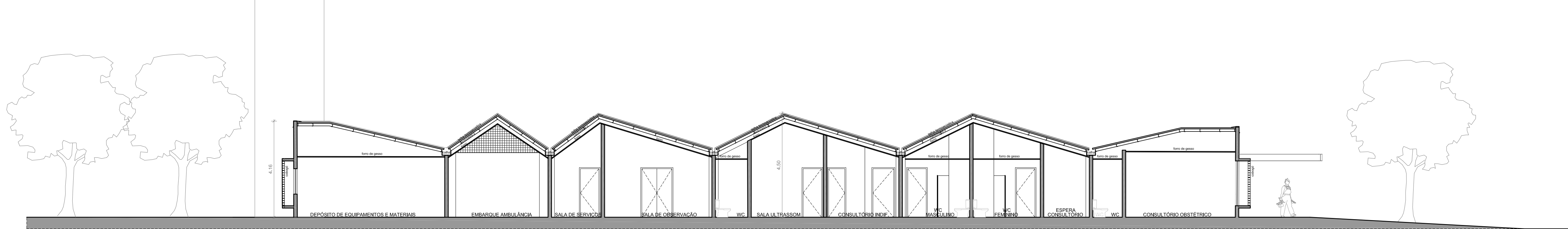
ESCALA 1/1500



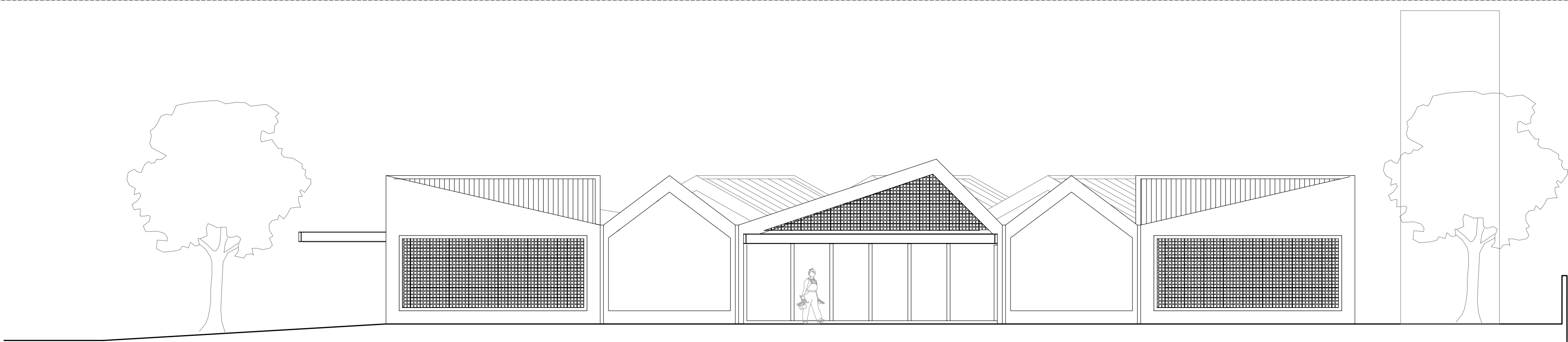
PLANTA BAIXA TÉRREO
ESCALA 1/100



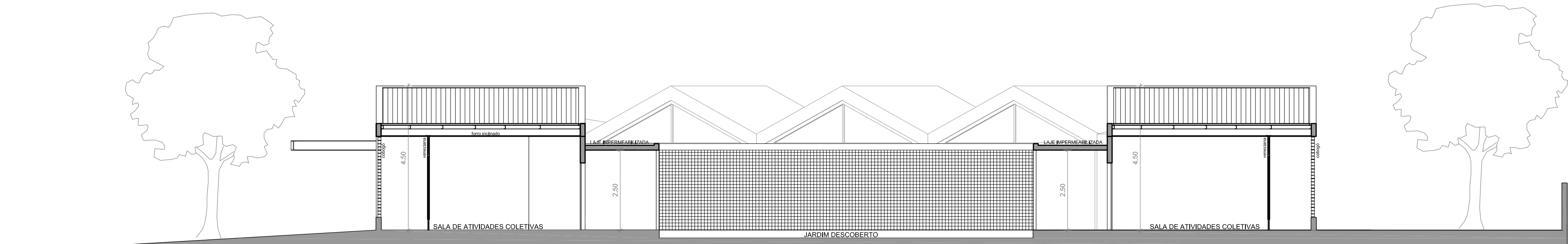
FACHADA 02 - NOR-NOROESTE
ESCALA 1/100



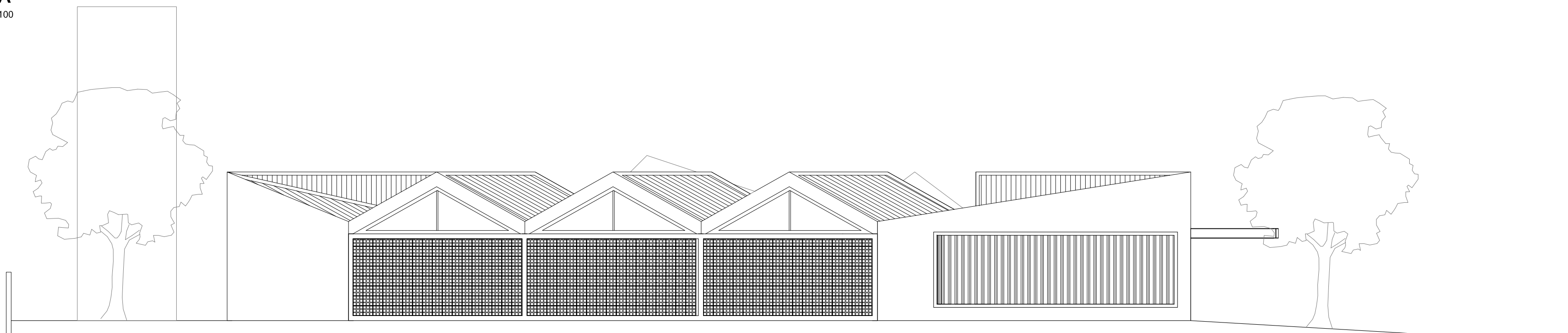
CORTE BB
ESCALA 1/100



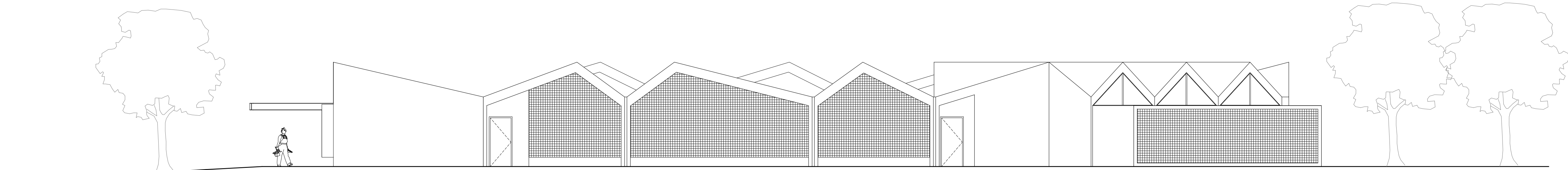
FACHADA 01 - OÉS-NOROESTE
ESCALA 1/100



CORTE AA
ESCALA 1/100



FACHADA 03 - LES-SUDESTE
ESCALA 1/100



FACHADA 04 - SU-SUDESTE
ESCALA 1/100



FACHADA PRINCIPAL
SEM ESCALA DEFINIDA



FACHADA PRINCIPAL
SEM ESCALA DEFINIDA



FACHADA PRINCIPAL
SEM ESCALA DEFINIDA



ESQUINA
SEM ESCALA DEFINIDA



ESQUINA
SEM ESCALA DEFINIDA



FACHADA LATERAL
SEM ESCALA DEFINIDA



VISTA DOS COBOGÓS FAVORECENDO A ILUMINAÇÃO NATURAL
SEM ESCALA DEFINIDA



PÁTIO INTERNO
SEM ESCALA DEFINIDA



FACHADA POSTERIOR - VARANDAS
SEM ESCALA DEFINIDA