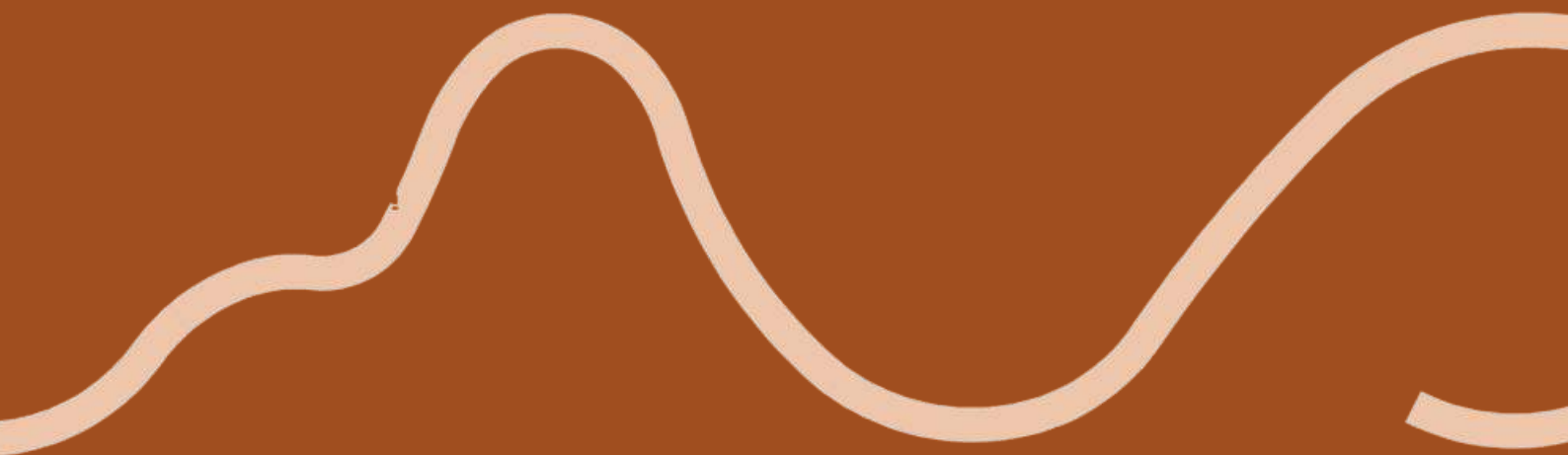


centro de atenção contínua da mulher:

uma nova abordagem para a saúde feminina em
piracicaba-sp



Universidade de São Paulo
Instituto de Arquitetura e Urbanismo

Laura Siqueira

Centro de Atenção Contínua da Mulher:
uma nova abordagem para a saúde feminina em Piracicaba-SP

Comissão de Acompanhamento Permanente (CAP)

Aline Coelho Sanches (Orientadora)

Luciana Bongiovanni Martins

Joubert José Lancha

Coordenador do Grupo Temático (GT)

Paulo Yassuhide Fujioka

São Carlos

2023

Centro de Atenção Contínua da Mulher: uma nova abordagem para a saúde feminina em Piracicaba-SP

Trabalho de Graduação Integrado apresentado ao Instituto de Arquitetura e Urbanismo da USP – Campus de São Carlos.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca do Instituto de Arquitetura e Urbanismo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S618c Siqueira, Laura
Centro de Atenção Contínua da Mulher: uma nova abordagem para a saúde feminina em Piracicaba-SP / Laura Siqueira. -- São Carlos, 2023.
143 p.

Trabalho de Graduação Integrado (Graduação em Arquitetura e Urbanismo) -- Instituto de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, 2023.

1. arquitetura hospitalar. 2. saúde feminina. 3. unidade mista. 4. salas de parto. I. Título.

Bibliotecária responsável pela estrutura de catalogação da publicação de acordo com a AACR2:
Brianda de Oliveira Ordonho Sígolo - CRB - 8/8229

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA:

Aline Coelho Sanches

Paulo Yassuhide Fujioka

Artur Katchborian

São Carlos
2023



AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por toda bondade e misericórdia.

Agradeço aos meus pais, Nelson e Sueli por todo apoio a cada jornada da minha vida. Por causa desse amor estou aqui encerrando mais uma. À minha vó, Therezinha, que sempre esteve comigo, cuidando de mim. À toda minha família, que sempre acreditou no meu potencial.

Agradeço à minha segunda família em São Carlos, Naiara, Cecília, Eduardo e Gabrielle, que fizeram a graduação ficar mais leve. Aos meus amigos do Ensino Médio, que são próximos mesmo à distância.

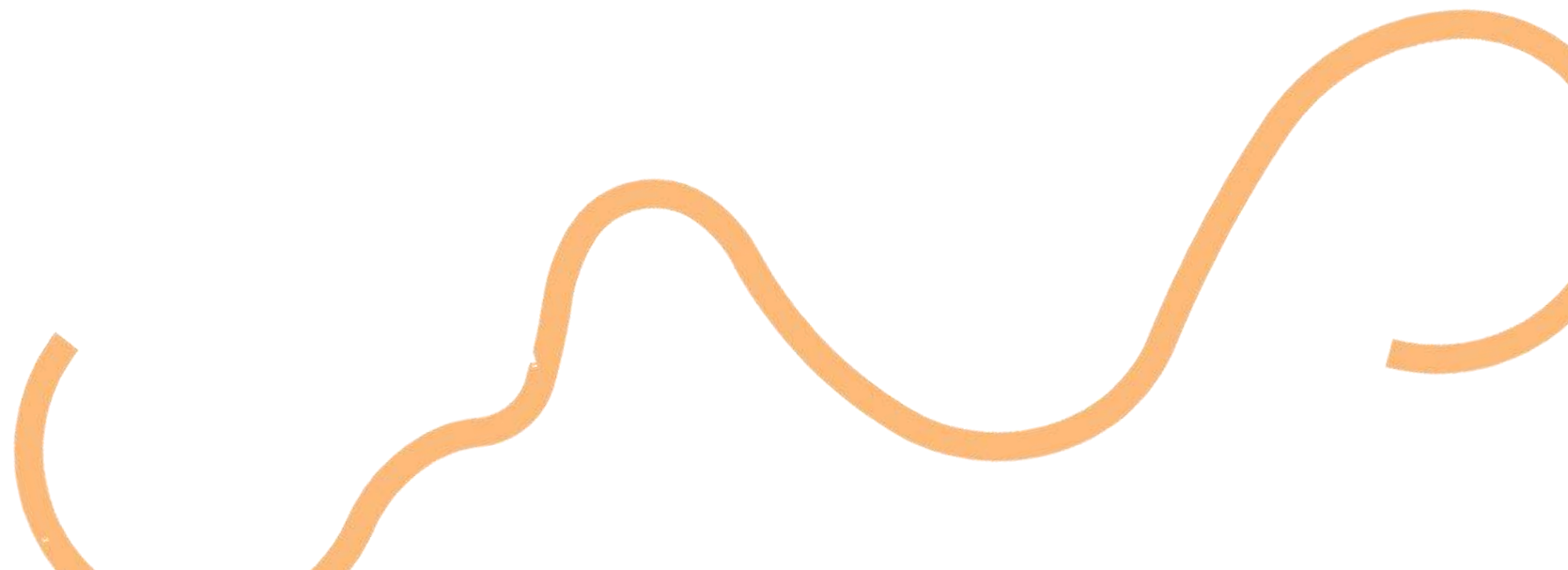
Muito obrigada aos meus Orientadores, Aline e Fujioka, de quem obtive muito apoio e aprendi muito. Ao Instituto de Arquitetura e Urbanismo, aos docentes e funcionários que fazem tudo funcionar.

À todos que de alguma forma me fizeram chegar aqui.

Muito obrigada.

RESUMO

Com base na experiência em Arquitetura Hospitalar obtida anteriormente através de Iniciação Científica, este trabalho propõe um Centro de Saúde Feminina em Piracicaba como um ponto de partida para um acompanhamento fixo e contínuo na vida da mulher na cidade. Desde os primórdios da civilização, a saúde feminina tem recebido atenção por parte de diversos grupos. Desde um papiro egípcio datado entre 1700-1500 a.C., passando por métodos de contracepção até a visualização de um óvulo humano no microscópio, esse campo tem avançado cada vez mais, entretanto o que ainda se observa é que muitas vezes a abordagem de atenção se restringe à questões biológicas e anatômicas. Ainda assim, o que se vê, por exemplo, são muitas mulheres demorando mais de 10 anos para descobrirem certas doenças, apesar delas serem o grupo que mais frequenta espaços de saúde. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (a OMS) em 1948, "Saúde" é mais que um estado de ausência de doenças, mas sim "um estado de completo bem-estar físico, mental e social". Através deste projeto, propõe-se uma abordagem mais ampla de atenção à vida da mulher, englobando tanto saúde física, como mental, emocional e social.



1

saúde da mulher
p.10

2

gravidez e parto
p.22

3

espaços que curam
p.30

4

leitura da cidade
p.34

leituras cartográficasp.41

5

o projeto
p.56

6

memorial de
renders p.122

7

referências
p.142

sumário

justificativa

Mitificado, louvado ou marginalizado, o corpo da mulher sempre foi pauta de discussão ao longo da história. Entretanto, quando se trata da saúde desses corpos, tanto no âmbito físico e mental, é notável que ainda seja necessária muita discussão e investimento apesar dos significativos avanços, principalmente a partir da década de 70. Desde a demora que pode chegar à dez anos para descobrir um distúrbio que afeta todos os aspectos da vida de uma mulher como a endometriose à perda da autonomia sobre seu próprio parto, o campo da saúde feminina deve ser explorado sob diversas lentes, apontando para a questão da humanização tanto da medicina quanto dos ambientes de saúde. Diante disso, um centro especializado em saúde feminina nas diversas fases da vida da mulher se coloca como palco dessas novas perspectivas.



as raízes da saúde e ginecologia da mulher

Um dos primeiros registros de um olhar para as questões médicas femininas é o Papiro Ginecológico de Kahun, da medicina egípcia antiga. O documento data de 1825 A.C. (29º ano do reinado do faraó Amenemés III) e é um dos maiores manuscritos datados do final do Império Médio (1850-1700 A.C.). Ele é composto por 34 parágrafos, sendo que cada seção apresenta um problema ou queixa médica específica. Primeiro há o relato dos sintomas, depois o diagnóstico e consequentemente o tratamento recomendado.

É interessante destacar a crença de que muitas doenças eram geradas por condições do útero, que podia causar até mesmo dificuldades com olhos, dentes, articulações, pescoço e cabeça. Já os tratamentos incluíam fumigação, massagens, introdução de medicamentos no corpo na forma de passários ou líquidos para serem bebidos ou esfregados na pele.

"[Exame] "de uma mulher cujos olhos
doem tanto que ela não consegue
enxergar, além de dores no pescoço.
[O que dizer sobre isso] são
corrimentos do útero em seus olhos.
[Como tratar] "fumigando-a com
incenso e óleo, fumigando seu útero
com isso e fumigando seus olhos com
gordura de perna de ganso. Você deve
fazê-la comer um fígado fresco" "
(trecho do papiro traduzido pela autora)



Papiro ginecológico de Kahun

Uma das formas mais antigas conhecidas de se evitar a gravidez é o famoso "coito interrompido". A primeira menção a um preservativo também remonta ao Antigo Egito através de desenhos que apresentavam o homem usando preservativo feito de pele de animais. Nota-se que os egípcios tingiam os preservativos em diferentes tons para diferenciar as classes sociais e se protegerem contra a febre do caramujo, causada por um verme parasita.

Também remonta ao Antigo Egito a utilização de esterco de crocodilo como contracepção, porém sem deixar claro de que forma isso acontecia, se era introduzido no canal vaginal ou usado como incenso para fumigação. Por milhares de anos as mulheres também utilizavam misturas como ácidos de frutas introduzidos na vagina para evitar a gravidez. Como ambientes muito ácidos ou alcalinos não são favoráveis aos espermatozoides, é pos-

sível que esse método evitasse a gravidez até certo ponto.

a contracepção

É atribuído à Aristóteles entre 384 e 322 A.C. a primeira proposta de usar produtos químicos naturais como óleo de incenso, óleo de cedro e pomada de chumbo como espermicidas. Entretanto, o primeiro contraceptivo oral pode ter sido uma erva encontrada na Líbia chamada sílio, com registros de sua utilização que remontam a 600 a.C.. Já barreiras como esponjas e folhas foram utilizadas por séculos. É atribuído a Plínio, 23-79 A.C., escritor romano, o título de primeiro defensor da abstinência como controle de natalidade, já que aconselhava seus leitores a absterem-se de sexo para evitar a gravidez.



Propaganda de absorventes descartáveis

Outra descoberta importante para o entendimento da reprodução e funcionamento do corpo feminino foi a descoberta⁸ do óvulo de mamífero pelo naturalista Karl Ernst von Baer em 1826. Foi a primeira vez que um óvulo foi visto em um microscópio. Esse foi um grande passo para entender a reprodução dos mamíferos e dos humanos, já que se acreditava que elas se espelhavam. Entretanto, foi somente em 1928 que foi possível ver um óvulo humano em ação.

Foi entre 1888 e 1896 que os primeiros absorventes descartáveis ganharam o mercado de higiene feminina, sendo um substituto muito conveniente para os absorventes reutilizáveis de algodão, trapos e outros materiais. Em 1888 a empresa britânica Southalls' criou as "Toalhas Sanitárias de Southalls"; em 1895 a Hartmann, empresa alemã, anunciava o "Mulpa Ladies' Bandage" ou "Hartmann's Hygienic Towelettes for Ladies", no ano

seguinte a Johnson & Johnson apresenta nos Estados Unidos os absorventes descartáveis "Lister's Towels". No Brasil, esse acontecimento foi mais tardio. Os absorventes descartáveis chegaram no país na década de 30, mas somente em 1950 se popularizaram. Hoje em dia, com a preocupação com o consumo e a produção de lixo, o que se nota é um incentivo a utilização de absorventes reutilizáveis e outros métodos como o famoso "copinho" ou o disco menstrual.

Outro marco no avanço das questões sobre saúde feminina foi o uso da radiografia para identificação de tumores na mama pelo Dr. Albert Salomão, cirurgião alemão, em 1913. Ele comparou as imagens de radiologia com os próprios tecidos retirados dos corpos das mulheres, identificando cistos, tumores e microcalcificações. Mais tarde, essa técnica levaria ao surgimento da mamografia, que se consolidou somente em meados dos anos 60.

mulheres notáveis na história da saúde feminina

Apesar da medicina ser um campo amplamente dominado por homens, mulheres notáveis abriram as portas para que fosse possível outras mulheres adentrarem esse espaço. Algumas delas foram pioneiras no campo da saúde feminina:

Aspasia foi parteira e ginecologista grega, sendo responsável pelas origens das primeiras práticas obstétricas. Ela informava suas pacientes grávidas da necessidade de extremos cuidados para evitar o aborto, tal como evitar andar de carruagem, principalmente em estradas muito irregulares, evitar exercícios intensos e levantar pesos. Aspasia também fazia abortos somente se a vida da mulher estava em perigo ou doenças que podiam prejudicar a gravidez. Muitos de seus procedimentos são até hoje considerados muito válidos. Seu trabalho pioneiro e seus escritos influenciaram grandes figuras da medicina bizantina e ela foi considerada uma médica tão brilhante quanto os médicos de sua época.

Outra figura importante foi Cleopatra Metrodora, cirurgiã, ginecologista e parteira grega, provavelmente de origem egípcia. Metrodora escreveu uma série de tratados médicos que falavam sobre o útero, abdome e os rins e foi responsável pelo texto médico mais antigo criado por uma mulher chamado "Sobre as doenças e cura das mulheres". Tais obras descreviam em detalhes as doenças femininas, semelhante a textos modernos. Entre seus trabalhos, determinou métodos naturais para descobrir o sexo do feto, criou um método para identificar virgindade, sendo possível detectar potenciais abusos; definiu um método para diagnosticar e tratar a esterilidade

Dando um salto no tempo para o século XIX, outro destaque da medicina foi Elizabeth Blackwell, a primeira médica na medicina moderna, sendo a primeira mulher a receber diploma de MD (doutora/professora de medicina) de uma escola de medicina americana. Em 1875 ela foi nomeada professora de ginecologia na London School of Medicine for Woman. Em seu livro "Pioneer Work in Opening the Medical Profession to Women" incentivou a educação de mulheres em medicina.

a saúde da mulher

a saúde da mulher no brasil

No Brasil, as mulheres são mais da metade da população (51,1% em 2021, IBGE) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Além de frequentarem os serviços de saúde para si mesmas, as mulheres são as principais cuidadoras de outros membros de sua família, comunidade e vizinhança, acompanhando-os também até o serviço de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”; é um valor coletivo, um bem de todos e um direito. Por isso, a saúde está ligada à diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, alimentação e lazer, condições de moradia, trabalho e renda. O direito social, inseparável da condição de cidadania, deve ser assegurado sem distinções de raça, ideologia política, religião, gênero ou situação socioeconômica.

No caso das mulheres, dados do IBGE mostram que a expectativa de vida para elas é maior que a dos homens (79,9 anos contra 72,8 em 2018), entretanto, as mulheres adoecem mais. Esses problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e sobrecarga das responsabilidades com o trabalho doméstico, além de outras variáveis como etnia, raça e situação de pobreza, que podem agravar esses problemas.

Os indicadores epidemiológicos brasileiros apresentam uma realidade na qual convivem doenças tipicamente de países desenvolvidos como as cardiovasculares e crônico-degenerativas e aquelas do mundo subdesenvolvido como mortalidade materna e desnutrição. Os padrões de morbimortalidade das mulheres também seguem essa mistura de enfermidades, variando conforme a classe social e desenvolvimento regional, sendo que as populações expostas a situações de vida

precárias são mais vulneráveis e vivem menos.

É importante destacar que, assim como diferentes populações estão expostas a diferentes tipos e graus de risco, mulheres e homens, por causa das organizações sociais das relações de gênero, também estão expostos a diferentes padrões de adoecimento, sofrimento e morte. Por causa disso, é necessária a incorporação da perspectiva de gênero no planejamento de ações de saúde e na análise do perfil epidemiológico para melhoria das condições de vida de ambos os gêneros.

Na literatura, a saúde feminina tem diferentes abordagens. Algumas são mais restritas, limitando apenas a questões biológicas e anatômicas, sendo que nas concepções mais fechadas o corpo feminino é restrito a suas questões reprodutivas, com a maternidade como seu principal atributo. Nesse caso, a saúde da mulher se limita à saúde materna ou à ausência de doenças associadas ao processo de reprodução. Outras abordagens incluem questões mais amplas que envolvem direitos humanos e cidadania.

Na história da saúde feminina no Brasil, as primeiras políticas nacionais de saúde destinadas à essa população foram incorporadas logo nas primeiras décadas do século XX, sendo limitadas justamente às demandas relativas à gravidez e parto. Outra característica é a verticalidade e falta de integração com outros programas e ações propostos pelo Governo Federal, também sem levar em consideração as necessidades de saúde de populações locais.

Na década de 50, as ações de saúde eram fortemente influenciadas pela política do Welfare State (Estado de Bem-Estar), vindo da Europa e direcionado a grupos vulneráveis.

No Brasil, com relação às mulheres, essa política se destrinchou no objetivo de tornar as mulheres "melhores mães", limitando-as à essa condição, consequentemente ficando sem assistência nas outras fases da vida. Assim, foram iniciadas medidas de combate à desnutrição e planejamento familiar. (UNA-SUS, 2017)

Insatisfeitas com tal abordagem, o movimento de mulheres começou a ter uma forte atuação no campo da saúde, lutando para introduzir na agenda política nacional questões até então deixadas em segundo plano, como as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre homens e mulheres, além de problemas relacionados à sexualidade, reprodução, anticoncepção, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, sobrecarga de trabalho, entre outras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Desse modo, na década de 70 começou a ter um enfoque maior nas políticas de equidade de gênero, sendo tema da Conferência do Ano Internacional da Mulher (1975) e do Plano da Década da Mulher (1976-1985). Seus objetivos eram integrar as mulheres no processo de desenvolvimento, dando foco a sua autonomia política e econômica e na redução da desigualdade com os homens.

Entretanto, os programas ainda continuavam verticais, reducionistas e desarticulados de outras ações, como o programa materno infantil de 1975, que continha delineamentos gerais sobre proteção a assistência materna infantil, com foco no período pré-concepcional, pré-natal, parto e puerpério. Somente na década de 80, as fortes críticas por parte do movimento de mulheres repercutem na criação, por parte do Ministério da Saúde em 1984, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, o PAISM, marcando uma ruptura com os

princípios norteadores da política de saúde das mulheres e seus critérios de definição de prioridades. Assim, neste ano começa a distribuição, junto às Secretarias Estaduais de Saúde, os documentos técnicos norteadores das “Ações Básicas de Assistência Integral à Saúde da Mulher”. O PAISM incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, assistindo à mulher clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DSTs, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2011, apud. UNA-SUS, 2017).

Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher identificou a necessidade de articular novas ações junto com outras áreas técnicas voltadas para mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, lésbicas e presidiárias.

Foi em 28 de maio de 2004 que o Ministério da Saúde propôs diretrizes para a humanização e qualidade do atendimento. Em 2011, o MS junto a diversos setores da sociedade, especialmente o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadores rurais, além de estudiosos e organizações não governamentais, elabora a 2ª reimpressão do PAISM, com uma série de objetivos gerais e específicos, como:

Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos, e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo o território brasileiro.

Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.

Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

Como já dito, apesar dos consideráveis avanços, ainda é necessário mais investimento, especialmente científico, no campo da saúde feminina. Ainda hoje, doenças como a endometriose, que afetam a qualidade de vida das mulheres, podem demorar de 7 a 10 anos ou até mais para serem devidamente diagnosticadas, na maior parte das vezes passando por diagnósticos errôneos nesse período. Também é necessária uma mudança social, pois ainda a dor da mulher é tratada com levandade, encarada como "frescura" pela socie-

gravidez e parto



panorama histórico da assistência ao parto

Se por muito tempo a saúde feminina foi considerada apenas durante a gestação, limitando a mulher à função reprodutora, o que ocorre nos dias atuais, fruto de um processo histórico consolidado principalmente após a Segunda Guerra Mundial, é a perda da autonomia da mulher sobre seu parto. Não somente isso, como também a perda da confiança de que seu corpo é capaz de fazer o que faz a milhares de anos. A infiltração médico e da tecnologia transformou para sempre esse momento que até então era absolutamente feminino, de mulheres e com mulheres.

Um dos primeiros registros descrevendo os procedimentos do parto e do nascimento estão presentes no livro *Der Schwangern Frawen und Hebammen Rosengarten* (Rosengarten para Mulheres Grávidas e Parteiras), escrito em 1513 por

Eucharius Rösslin, médico alemão da Cidade de Wörms, no qual o autor apresenta que o procedimento mais comum para o parto era o deslocamento das parteiras até a residência das gestantes (apud. BITENCOURT, 2003). Segundo Nadine Lefaucheu em *“La création des services de maternité et des accoucheurs des hôpitaux parisiens”* (MUSÉE, 2002, apud. BITENCOURT, 2003), tal prática permaneceu até meados do século XIX, no qual raramente o parto era realizado no hospital ou em qualquer sala de medicina ou cirurgia.

Na Europa, um dos primeiros registros de um ambiente destinado ao parto foi uma sala para grávidas, assistidas por parteiras, no Hotel Diel em 1378. Também neste século houve a criação de serviços para grávidas em vários hospitais da Europa, assim como maternidades autônomas em

diversas cidades como Gottingen, Alemanha; São Petersburgo, Praga e o The lying-in Hospital for Married Woman em Londres.

Entretanto, a instalação de muitas dessas maternidades não foi tão benéfica quanto se pretendia, já que a mortalidade de puérperas era bem maior nesses lugares do que nos partos que eram realizados nas residências. Isso ocorria principalmente por causa das infecções propagadas entre as internadas por causa da falta de cuidados antissépticos nas enfermarias. Somente no final do século XIX que esses espaços voltariam a ser valorizados com a introdução da obstetrícia moderna pelo médico francês Adolphe Pinard. (BATISTA, 2012, apud. FRANCO, 2014)

Outro marco importante na história do parto foi a criação do fórceps por Peter Chamberlen no final do século XVI. Nesse procedimento, o instrumento era acoplado na cabeça da criança e ela era puxada até que fosse completamente retirada da mãe. (SILVA, 2021). Esse foi um dos primeiros meios de intervenção externa no parto.

Durante o século XVIII, na França, a preocupação com as altas taxas de mortalidade materna fez com que os médicos passassem a se inserir no processo do parto, inicialmente pela observação. Aos poucos, elas foram se infiltrando cada vez mais no processo, buscando solucionar complicações obstétricas que traziam risco de vida a parturiente. Deste modo, a atuação das parteiras foi diminuindo e, assim, os partos foram transferindo gradativamente para a edificação hospitalar ou em estruturas independentes.

Quando as mulheres começaram a migrar em massa para os hospitais para terem seus filhos, os partos começaram a se amoldar a padrões rígidos, como parir em certa posição, dentro de um certo número de horas, por exemplo, fazendo com que o poder e a independência sobre o nascimento de seus filhos fossem aos poucos retirados das mulheres.

Além disso, o modelo adotado pela saúde e cuidado com a nascimento é fundamentalmente tecnocrata, tratando o corpo como uma máquina, um objeto, e a mente é desassociada da composição. Segundo Robbie Davis-Floyd, antropóloga PhD, tudo se resume a intervenções agressivas com ênfase em resultados imediatos.

“Os procedimentos seguros tornaram-se uma espécie de produção industrial. A mulher tornou-se impotente diante da experiência vivida, incapaz de buscar seu significado, uma vez que sua consciência do processo e sua participação no evento foram reduzidas ao mínimo”.

(FRAGA, 1996: p.8, apud. COELHO, 2013)

o parto no brasil

No Brasil dos séculos XVI ao XIX, a assistência ao parto era responsabilidade da "comadre", independentemente da classe social. A mulher só procurava auxílio de cirurgião no caso de patologias de risco ou por ostentação, como era comum a burguesia. Essas "comadres" auxiliavam não só no parto, como também prestando auxílio ao recém-nascido, por exemplo, auxiliando na amamentação ou escolhendo uma ama de leite caso a mãe não pudesse. (COELHO, 2013)

Em 1808, com a vinda da Família Real para o Brasil, muitas parteiras, em sua maioria formadas na Faculdade de Medicina de Paris, vieram para cá e se instalaram nas principais cidades do país, encontrando muito espaço para sua atuação. Elas eram chamadas de madames francesas e não se limitavam ao auxílio ao parto, mas também tinham outras práticas, como vacinação contra a varíola e

tratamento de doenças do útero. É possível notar, a partir de então, que a obstetrícia ganha novos rumos com a incorporação de outras questões a sua prática profissional. (COELHO, 2013)

Nas práticas modernas de parto, que ganharam força a partir da Segunda Guerra Mundial, os procedimentos de enfermagem com a parturiente começavam na sala de pré-parto ou enfermaria para supervisionar o progresso do parto, fazendo desde o monitoramento das contrações até o nascimento estar eminente. Neste momento, a mulher era transferida numa maca e levada a sala de parto, semelhante a uma sala cirúrgica, onde era novamente transferida para uma mesa de parto ou obstétrica. (LERMAN, 2002, apud. BITENCOURT). A tendência da segunda metade do século XX era os partos cada vez menos naturais, sendo que a partir da década de 70 começaram

a utilizar medicamentos para controle da dor, variando desde um leve adormecimento, fortes anestésicos intravenosos e até anestesia peridural, que paralisava o corpo da cintura para baixo. Depois do nascimento, era comum que a mulher fosse transferida para uma sala de recuperação anestésica (RPA), sendo observada por cerca de duas horas e assim ser transferida para a sala de pós-parto ou enfermaria convencional. Além disso, na maioria dos hospitais não era permitido que acompanhantes presenciassem o nascimento, algo que hoje é considerado fundamental na humanização do parto. Com relação ao recém-nascido, por muito tempo a criança era transferida para um espaço próprio, o berçário, longe de sua mãe e família, para que pudesse receber os devidos cuidados de enfermagem.

Esther Vilela, gestora do Ministério da Saúde na época que o documentário "O Renascimento do Parto" foi filmado, diz que, no Brasil, o modelo de atenção ao parto embasado na tecnologia, foi aos poucos criando a cultura da cesariana como o modo de nascer mais confortável (O Renascimento do Parto, 2013).



Essa disseminação da cesárea é um problema multifatorial, como comenta Fernanda Macêdo, médica obstetra, dizendo que existe uma lógica cultural e econômica para isso ter acontecido: está culturalmente disseminado que o parto por cesárea é mais seguro, controlado, não tem riscos. Uma das questões econômicas está ligada ao tempo, já que o tempo que é passado num trabalho de parto é incompatível com o tempo de muitos profissionais, que conseguem fazer uma cesárea completa dentro de 15 a 20 minutos. O que se vê surgir, diante disso, é praticamente uma indústria do parto. (O Renascimento do Parto, 2013)

Tudo isso é confirmado por dados preocupantes: no Brasil 99% dos partos são realizados em hospitais, sendo que 55% deles são cesáreas (40% na rede pública e essa porcentagem chega a 86% na rede privada, FIOCRUZ, 2021), enquanto que o recomendado pela Organização Mundial da Saúde é somente de 10 a 20% de partos por cesárea. Além de poder afetar a relação entre mãe e filho, há diversos riscos na cesárea desnecessária tanto para o bebê quanto para a mãe. Um desses riscos é a prematuridade do bebê, o que aumenta as chances dele precisar ser levado para a unidade de cuidados intensivos, já que a criança não está pronta para nascer. Estudos da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que a cesárea sem uma indicação definida está associada com o aumento das complicações respiratórias para o recém-nascido, aumento da chance de internação na UTI neonatal e aumento da mortalidade neonatal. Para mãe há um maior risco de complicações hemorrágicas e infecciosas, sem contar nas repercussões em longo prazo.

mortalidade materna

Isso pode rebater numa questão muito atual que é a mortalidade materna. Os níveis de morte materna no Brasil aumentaram 94% com relação a 2019, antes da pandemia, passando de 55.31 a cada 100 mil nascidos vivos neste ano, para 107.53 mortes a cada 100 mil nascidos vivos em 2021 (dados do Ministério da Saúde mapeados pelo Observatório Obstétrico Brasileiro), mostrando um claro impacto que a pandemia teve no sistema de saúde sexual e reprodutiva. Esse número vai totalmente à direção oposta à meta do Brasil, feita por meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), de reduzir, até 2030, a razão de mortalidade materna para no máximo 30 mortes a cada 100 mil nascidos vivos. Entretanto, segundo a coordenadora do Observatório, a médica obstetra e professora Rossana Francisco (2021), o país já enfrentava dificuldades nessa área, mesmo antes do COVID-19.. Já em 2019, o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) emitia alertas com relação à necessidade de atribuir esforços na garantia de atenção obstétrica adequada, entretanto, depois da pandemia esse sinal passou de amarelo para vermelho. Sobre isso, Astrid Bant, representante do Fundo de População da ONU no Brasil, afirma: “No começo da pandemia, já sabíamos que haveria um impacto significativo da Covid-19 na saúde sexual e reprodutiva e na garantia dos direitos reprodutivos. Neste momento, a situação é ainda mais grave. Os dados recentes demonstram que é necessário um investimento significativo na rede de atenção obstétrica e neonatal. É preciso acelerar os esforços para garantir assistência adequada a mulheres gestantes e puérperas, es-

pecialmente aquelas em situação de maior vulnerabilidade”.

É importante destacar que a medicina e o conhecimento científico contribuíram muito para um maior controle e entendimento do funcionamento do corpo humano e impediram mortes e complicações que não poderiam ser evitadas no modelo antigo de parto, por isso não é o objetivo desligar-se e deixar de lado os avanços tecnológicos, mas é necessário que não os considerem em detrimento dos conhecimentos e saberes populares e do instinto da mulher ao parir, pois ela já tem parido há milhares de anos. É preciso que um seja aliado ao outro. Diante do que já foi colocado, especialmente com relação aos riscos de uma cirurgia de parto, é necessária a revisão dos procedimentos de parto e dessa cultura da cesárea para uma naturalização e incentivo ao parto normal, além dos esforços também serem direcionados ao pré-natal e ao conhecimento por parte da mulher e da família sobre esse momento tão essencial da gestação, assim como seu próprio corpo. Diante disso, é importante destacar o papel da arquitetura, que encontra uma importante abertura nessas questões. Claudia Cavaleiro Franco, em sua tese de Mestrado, destaca a possibilidade fundamental da arquitetura na mudança dos paradigmas da sociedade com a criação de hospitais só para mulheres e na separação do "ato de nascer" dos hospitais, onde a proliferação de doenças contagiosas e outras enfermidades são riscos comuns. Na concepção do projeto de arquitetura, a vontade da mulher e a promoção da liberdade de escolha de como será seu parto devem ser priorizados.

Diante dessas recomendações dos programas, é possível apreender que a atenção deve ser voltada não somente para o exato momento do parto, como também durante todo o período da gestação com o pré-natal e pós-gestação, no momento da amamentação e puerpério por exemplo. Também é fundamental a educação das mulheres e das famílias sobre planejamento familiar, questões reprodutivas, cuidados com o recém-nascido, conhecimento sobre seus direitos entre outros apoios. Por isso é necessário a promoção de uma rede, um sistema de cuidados que vai além do parto em si. A educação e a troca de experiências se mostram poderosos aliados que podem auxiliar na diminuição de complicações e mortes no parto e puerpério. Assim é colocado um dos objetivos para esse projeto: criar um espaço que junte e proporcione esses cuidados, acolhimento e o parto em si.

espaços que curam

espaços de conforto

Conforme estudado pela autora na pesquisa de Iniciação Científica “Arquitetura Hospitalar em São Paulo: Análise Projetual dos Hospitais do GRAACC – Grupo de Apoio à Criança e ao Adolescente com Câncer”:

Como em todo espaço, o hospital e os espaços de saúde pode provocar impressões tanto positivas quanto negativas em seus usuários. Segundo João Carlos Bross (2013), pesquisadores apontam que a mente, o cérebro e o Sistema Nervoso podem ser diretamente influenciados por elementos sensoriais dos ambientes. Barulhos gerados por máquinas ou em compartimentos contíguos, impossibilidade de observar espaços externos e jardins, ambiente monótono e com luz artificial inalterável são alguns dos elementos que podem promover uma percepção negativa do espaço, desgaste emocional e angustias. Ao mesmo tempo, dispor de uma área para poder andar, conviver com outras pessoas, ter espaço para conversar com familiares, entre outros fatores que envolvem atividades sociais, preservação da privacidade e conforto podem provocar uma visão positiva do local. (BROSS, 2013)

Uma forma de se promover essas ações na prática é através de “Healing Spaces” ou “Healing Environments”. Seu objetivo é a criação de espaços de cuidado à saúde que diminuam elementos que causam estresse, proporcionando aos pacientes paz, alegria, motivação, esperança,

consolo e reflexão, transformando o edifício num local que abrigue o espírito humano e dê suporte ao paciente e sua família para superar a doença positivamente (BROSS, 2013, p.50).

A proposta desses espaços de cura é uma mudança de foco: passar de arquitetura hospitalar para uma arquitetura para saúde, através de cinco conceitos principais: o suporte psicológico, que constitui em um ambiente capaz de elevar a moral e promover a motivação do paciente; o suporte social, que promove a interação entre paciente, família e amigos, sendo fundamental lugares como praças e jardins; distração positiva, que envolve a composição dos espaços com formas, cores, texturas, se utilizando de plantas, água, aquários, quadros, esculturas, entre outros elementos para estimular os usuários, tanto pacientes e acompanhantes, quanto o corpo médico e funcionários; e por último diminuir as distrações negativas, como poluição visual, ruídos, aglomeração de pessoas, mobiliário inadequado e outros desconfortos (BROSS, 2013, p.51). Outra importante estratégia é a legibilidade espacial, no sentido de que as pessoas possam compreender os espaços e caminhos sem grandes dificuldades, prevendo uma hierarquia dos espaços, com áreas comuns e áreas privadas claramente definidas, com saídas e acessos óbvios, possibilitando aos usuários se locomoverem usando o “mapa mental”.

É importante destacar que os esforços para um ambiente acolhedor não deve ser somente para os pacientes, assim como o corpo médico, enfermeiros e os outros funcionários, que podem ter turnos muito longos e exaustivos.

o contato com a natureza

Dentre várias estratégias de humanização em edifícios de saúde, uma das mais comentadas é a aproximação com a natureza, tanto através do contato físico como a visualização. Este fato aponta para uma questão cada vez mais presente nas discussões sobre arquitetura: a biofilia, ou o design biofílico. O termo é traduzido como “amor às coisas vivas” derivado do grego antigo *philia*, que significa amor a/inclinação a. O contato com a natureza é capaz de trazer sensações de paz, calma e distração, extremamente benéficas tanto para o físico como o emocional e psicológico humano.

As primeiras civilizações estiveram profundamente em contato com a natureza e isso foi pouco a pouco se esvaindo com o passar dos séculos com a migração cada vez mais intensa do campo para as cidades. Depois da Revolução Industrial esse afastamento da natureza ganhou ainda mais força. Além disso, com globalização e a mudança das lógicas de vida, com o ser humano subjugado ao relógio, as doenças psicológicas e psicossomáticas aumentaram em níveis preocupantes. Com isso, cada vez mais pessoas anseiam por um modo mais tranquilo e leve de viver, encontrando na aproximação com a natureza a resposta para esse desejo. Dentro disso, parques, praças e espaços verdes qualificados se fazem necessários para a saúde física, mental e espiritual da população, sendo trunfos para a manutenção da saúde.

Da mesma forma, essa aproximação da natureza é muito benéfica para os edifícios de saúde, pois, desde o princípio de sua criação, os hospitais foram vistos como lugares frios e inóspitos. Por muito tempo, eles foram espaços que sequer promoviam a cura, mas os doentes e os pobres eram colocados lá somente para passarem seus últimos dias. Com o avanço da medicina, os hospitais passaram a promover a recuperação de pacientes com enfermidades, entretanto, essa sensação de frieza permaneceu, não somente pelo fato deles acolherem os doentes, como também por sua própria ambiência com a frieza causada pelo uso de materiais e revestimentos voltados para a realização de assepsia constante e para evitar a proliferação de microrganismos causadores de infecção (BROSS, 2013). Com o design biofílico, essa percepção sobre os espaços de saúde pode ser invertida e é com base nisso que este projeto do Centro de Saúde Feminina se desenvolverá.

leitura da cidade

Piracicaba é uma cidade do interior do Estado de São Paulo localizada à 157 quilômetros da capital. O município se estende por 1 376,9 km² e conta com aproximadamente 404 142 habitantes (estimativa IBGE para 2020), sendo cerca de 97% residentes na zona urbana. No perímetro urbano, a densidade habitacional é de 293,5 hab/km².

Em 1766 foi fundado um povoado às margens do Rio Piracicaba pelo Capitão Povoador Antônio Corrêa Babosa. O local seria um ponto de apoio às embarcações que desciam o Rio Tietê e para abastecimento do forte de Iguatemi. Foi somente em 1784 que o povoado foi transferido para a margem esquerda do Rio, onde havia melhores terrenos e a fertilidade da terra atraiu muitos fazendeiros. Um grande período de expansão se deu a partir de 1836, chegando a não ter lotes desocupados e onde predominavam as pequenas propriedades. Com os campos cobertos não somente por café, como também por arroz, feijão, milho, algodão, fumo e pastagens para a criação de gado, Piracicaba se tornou um respeitado centro abastecedor. Entretanto, foi somente em 1877 que o então vereador e futuro primeiro presi-

sobre piracicaba



-dente civil do Brasil, Prudente de Moraes, oficiou a mudança da até então chamada “Vila da Nova Constituição” para Piracicaba, alegando ser “o mais certo, o correto e como era conhecida popularmente”. Desse modo, a cidade se desenvolveu e a margem direita só voltou a ser ocupada por volta das décadas de 1950 e 1960.

o rio de piracicaba

Desde a fundação da cidade, o rio que a nomeia foi protagonista de sua história. Fonte de pesca abundante, vetor de desenvolvimento e geração de energia, o Rio de Piracicaba é parte indissociável da identidade piracicabana. Ele faz parte da bacia hidrográfica do Piracicaba, sendo formado pela confluência dos Rios Atibaia e Jaguari no município de Americana.

A localização da cidade próxima ao salto do rio proporcionou a instalação de serviços pioneiros, como o sistema de iluminação pública pensado por Luiz de Queiroz, que utilizava a corrente da água para mover um gerador de eletricidade. Piracicaba foi a segunda cidade da América do Sul a ter essa tecnologia. Apesar da beleza e destaque que o rio confere a cidade, a relação entre os dois nem sempre foi boa, principalmente devido à poluição das águas por parte das indústrias e degradação das margens. Entretanto, um esforço da população no final do século XX fez com que fossem desapropriadas áreas de risco para implantação de parques ao longo do trecho urbano do rio e a requalificação de pontos importantes como o Mirante e o Engenho Central.

o engenho central

Os engenhos centrais do Brasil começam a surgir durante o período Imperial sob a regra fundamental da substituição da mão de obra escrava pela assalariada, num momento que essa questão pulsava no Brasil. O incentivo à modernização da produção açucareira por parte da política imperial fez com que fosse inaugurado o Engenho Central de Piracicaba em 19 de janeiro de 1881 à margem direita do Rio Piracicaba, recebendo um maquinário moderno da empresa francesa Brissonneau e Lotz logo em seu primeiro ano. Em março de 1883, dois anos após sua inauguração, é noticiado pela Gazeta de Piracicaba que para-raios foram instalados no alto de sua chaminé, sendo os primeiros de Piracicaba. Nesse momento, o açúcar produzido pelo Engenho era de altíssima qualidade, superior e pronto para o consumo, tornando a indústria um exemplo de modernização do Império.

Porém, no ano de 1888, o Engenho começa a passar por dificuldades devido à falta de mão de obra especializada no maquinário francês e a falta de matéria prima começava a prejudicar a produção. Assim, em 1889, o Engenho foi vendido para um grupo de três franceses, passando a ser o mais importante do país, com produção anual de 100 mil sacas de açúcar e três milhões de litros de álcool, incorporando-se a outras seis usinas do grupo do Estado de São Paulo. A chaminé do Engenho, muito marcante na paisagem do Rio, foi inaugurada em 25 de julho do mesmo ano, sob comando do empreiteiro espanhol José Vicente Martinez, que residia em Piracicaba há muitos anos.

A Primeira Guerra Mundial (1914–1919) fez com que o mercado internacional de açúcar fervesse, favorecendo a produção do engenho. Isso se acentuou ainda mais com a quebra da Bolsa de Valores de Nova York, 1929, fazendo a produção aumentar mais ainda. Na década de 20, o Engenho Central passou por melhorias em sua estrutura, muitos edifícios foram substituídos por outros com tijolos aparentes e o edifício da Moenda foi ampliado pelo engenheiro químico Jean Balboud, ganhando nova fachada de linhas clássicas e simétricas, com um frontão ornamentado.

O Engenho Central funcionou até 1974, quando foi fechado e reconhecido com patrimônio histórico. Desativado e desapropriado pela Prefeitura, tornou-se um importante espaço cultural, recreativo e artístico para toda a cidade, mesmo em momentos de abandono. Em 2012, um dos prédios passou por uma intensa restauração, sendo inaugurado o Teatro Erotides de Campos. Hoje, o Engenho é palco de diversos eventos importantes e tradicionais de Piracicaba, como a Festa das Nações e a Paixão de Cristo.



panorama da saúde em piracicaba

A cidade está inserida no Departamento Regional de Saúde X, a DRS X – Piracicaba, que conta com 26 municípios, compreendendo as Regiões de Saúde de Araras, Limeira, Piracicaba e Rio Claro. Esse departamento abriga 93% de sua população na zona urbana, com uma cobertura de 91,2% no abastecimento de água e 82,3% nos serviços de esgoto (IBGE, Censo 2000, apud. UNICAMP, 2014). Na DRS Piracicaba, a maioria das cidade se reporta a Piracicaba, que é o centro mais equipado da região. Em seguida atual Limeira, Rio Claro e Araras. Já a Região de Saúde de Piracicaba é composta por 11 municípios: Águas de São Pedro, Capivari, Charqueada, Elias Fausto, Mombuca, Piracicaba, Rafard, Rio das Pedras, Saltinho, Santa Maria da Serra e São Pedro.

Dando um panorama geral recente sobre a saúde em Piracicaba, considerando dados de 2019, an-

tes da pandemia da COVID-19, o município realizou 1.608.552 procedimentos na Rede Municipal de Saúde, sendo a maior parte deles (mais de 1,3 milhão) exames laboratoriais. Em seguida (136 mil) estão os Raio-X, fisioterapias (49 mil), ultrassonografias (31 mil) e os outros dois procedimentos mais realizados são exclusivamente para mulheres: mamografia e Papanicolau, ambos com 16 mil exames feitos.

Com relação aos nascimentos, em 2019 houve um total de 4.911 nascidos vivos na cidade, sendo que a maioria das mães se encontrava na faixa dos 30 a 39 (41,68%), enquanto as faixas de 25 a 29 e 20 a 24 anos estão respectivamente em segundo e terceiro lugar, porém com pouca diferença entre elas: 25,21% e 20,95%. Houve 388 bebês nascidos de mães adolescentes (até 19 anos), sendo que 10 deles foram de meninas de até 14 anos. Apesar de

ainda ser um número muito alto de gravidezes na adolescência, é importante destacar que nos anos anteriores esse número foi muito maior, passando de 700 na maioria a partir do ano 2000. Com relação ao pré-natal, a cidade possui uma boa cobertura de quantidade de consultas: 85,34% das mulheres fizeram 7 ou mais consultas, assim como recomendado pelo Ministério da Saúde, 13,73% tiveram de 4 a 6 e somente 19 não tiveram nenhuma. Entretanto, a questão do parto reflete a preocupante situação do Brasil: 64,81% dos partos foram cesáreas, enquanto somente 35,19% foram naturais, extrapolando a indicação da OMS dessa taxa estar em 10 a 15%. É importantíssimo destacar que a cidade não possui nenhuma casa de parto pública. Com relação a óbitos de menores de um ano na cidade, houveram 50 mortes no total em 2019, sendo a maior parte (27) por afecções originadas no período perinatal e em segundo lugar por malformações congênitas (19).

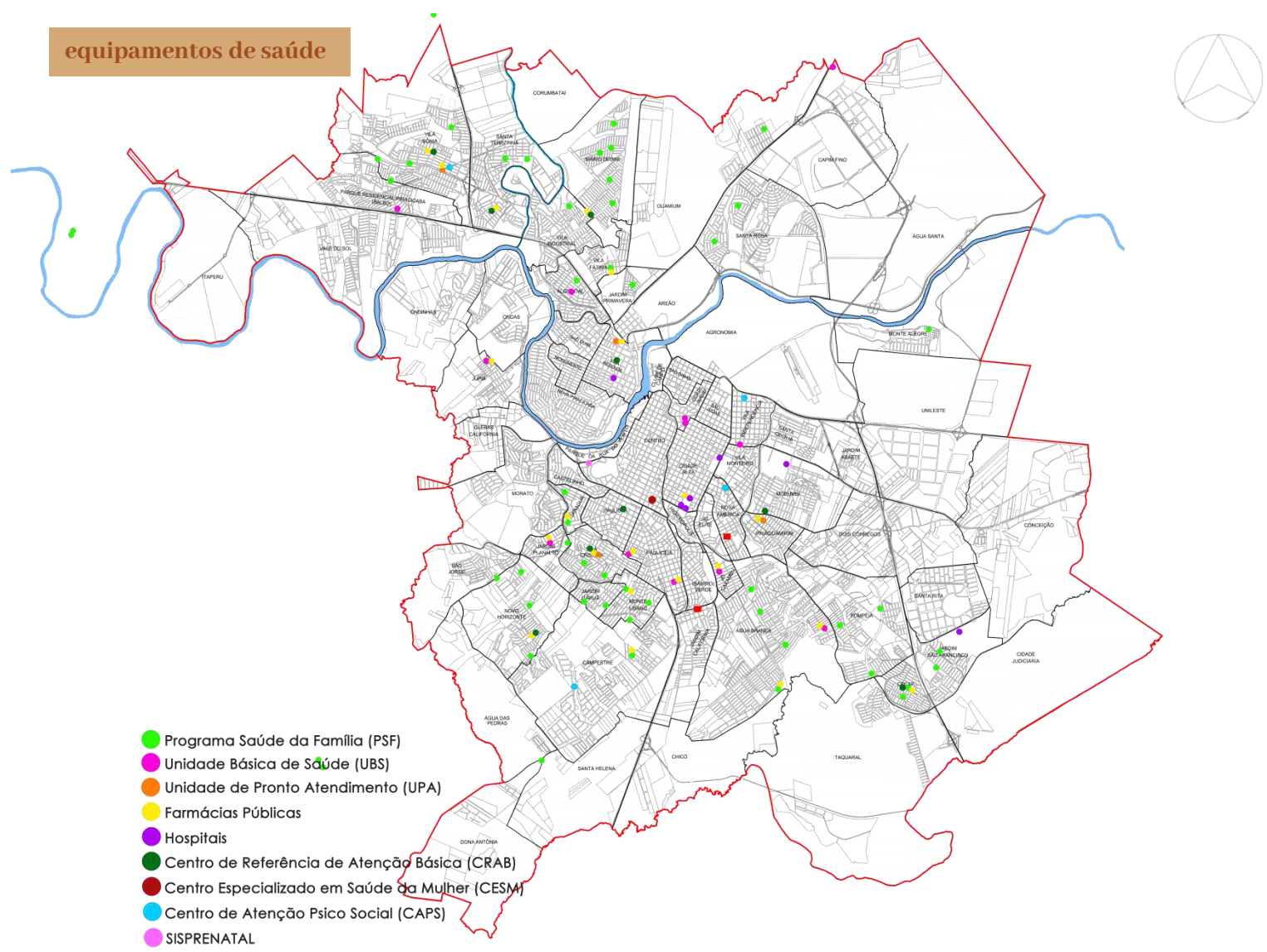
Com relação a óbitos nas outras faixas etárias, 2.921 pessoas morreram em Piracicaba no ano de 2019, sendo 1.332 pessoas do sexo feminino. As principais causas foram (do maior para o menor número): doenças no aparelho circulatório (278), neoplasias (270), mal definidas (238), doenças no aparelho respiratório (107), doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (77) e doenças do sistema nervoso (67). Comparando homens e mulheres, duas principais causas dos óbitos são comuns aos dois sexos (doenças do aparelho circulatório e mal definidas), entretanto os números são mais discrepantes com relação às neoplasias, causas externas de morbidade e mortalidade e doenças do aparelho digestivo,

sendo que nos três os óbitos são muito maiores em homens, respectivamente: 323 e 270; 171 e 70; 151 e 64. Com relação a óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), o número total foi de 109, sendo as principais, do maior para o menor número: neoplasias (29), algumas doenças infecciosas e parasitárias (27), causas externas (22) e doenças do aparelho circulatório (13). Já os óbitos por doenças de notificação compulsória foram muito maiores em homens que mulheres (38 e 14), sendo as principais causas a AIDS e tuberculose.

É importante destacar que Piracicaba possui um Centro Especializado em Saúde Feminina, o CESM, que se localiza no Centro. O nível de atendimento é secundário e somente por encaminhamentos, quando é identificada alguma anormalidade em exames de ginecológicos e mamografias de rotina. Eles identificam tal anomalia, fazendo a biópsia e, se caso for constatado que é maligno, o CESM encaminha a mulher para atendimento no nível de atenção terciário. Numa conversa com a enfermeira responsável pelo centro, Marcela, ela expôs um desejo que até antes da conversa era o objetivo desse projeto: um lugar que a mulher pudesse receber atenção primária e secundária num só lugar, que pudesse fazer as consultas e exames de rotina, exames mais complexos de diagnóstico por imagem e a biópsia caso fosse identificadas anomalias, além de criar uma rede, uma comunidade de acolhimento e compartilhamento de mulheres, para que elas não precisassem ir de um lado para o outro na cidade, muitas vezes em pontos muito distantes, como hoje acontece.

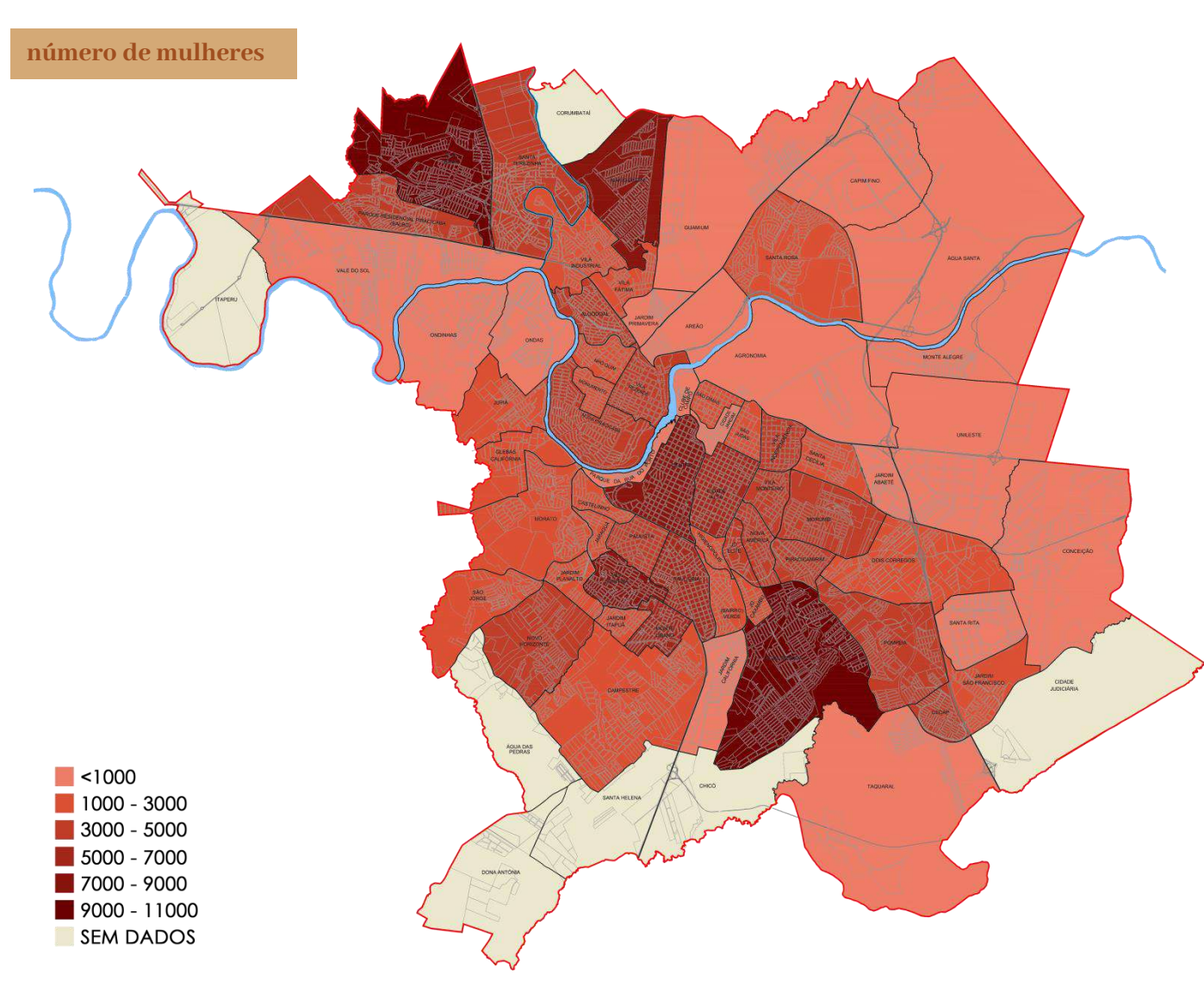
leituras cartográficas

equipamentos de saúde



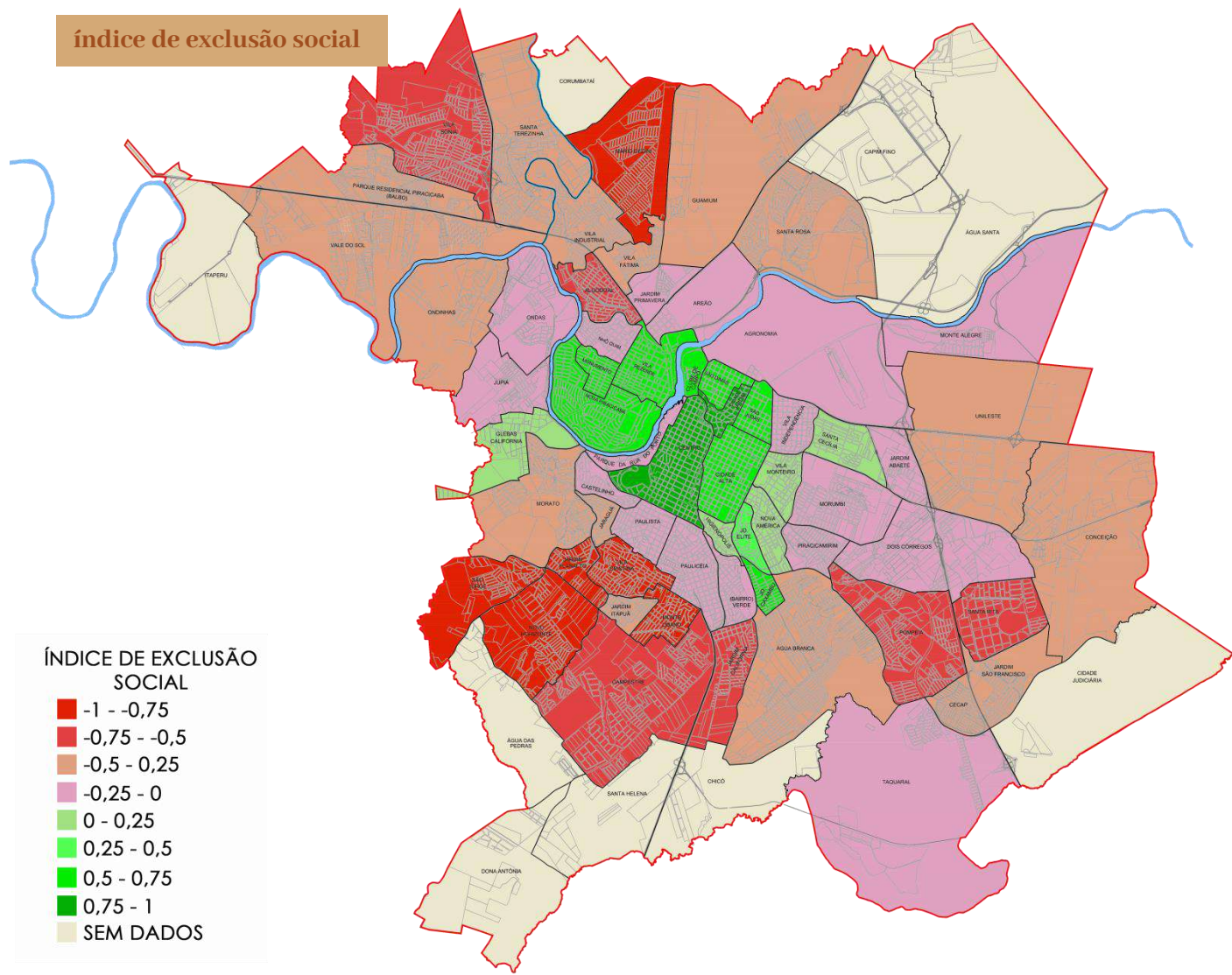
A maior parte das PSF se concentra nas regiões periféricas ao norte e sul, entretanto os hospitais se concentram mais na parte central, sendo somente o Hospital Regional na região periférica mais ao leste, sendo boa sua localização, já que, como o próprio nome já indica, não atende somente pacientes de Piracicaba. Já as quatro UPAs estão bem distribuídas em diferentes pontos da cidade, uma mais ao leste, outra a oeste, outra no centro e ao norte. Muitos bairros não possuem UBS nem Centro de Atenção Psicossocial, alguns dos bairros que não possuem UBS também não têm PSFs, demonstrando uma falha na cobertura da atenção básica na cidade, como é o caso do Jardim Califórnia, do Vale do Sol, do Bairro Dois Córregos, entre outros.

número de mulheres



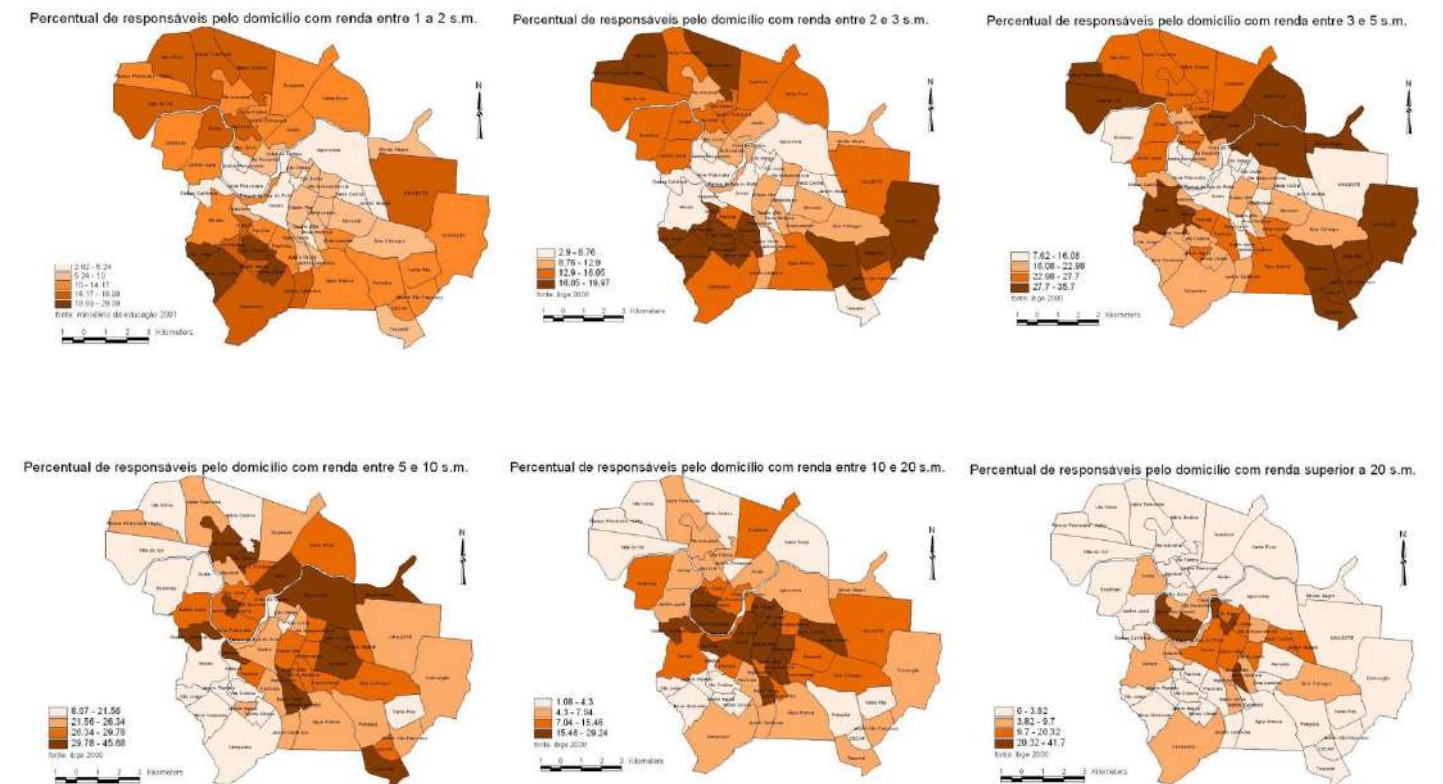
Com relação a densidade demográfica de mulheres, cinco bairros visualmente se destacam pela elevada quantidade de pessoas do sexo feminino: o Água Branca e o Vila Sônia, ambos com até 11 mil mulheres, e o Mario Dedini, o Centro e o Vila Cristina, entre 7 e 9 mil mulheres. De modo geral, a população feminina se concentra nas regiões norte, centro e sul da cidade.

índice de exclusão social



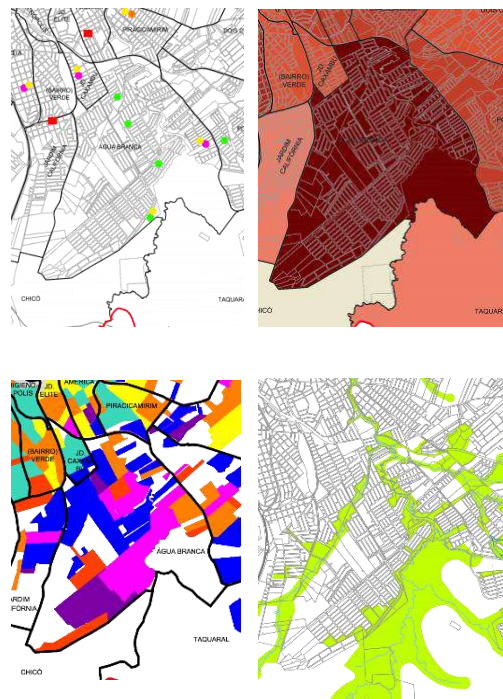
O mapa de índice de exclusão social indica que na região central praticamente não existe vulnerabilidade. O que se vê é uma gradação do centro até as zonas periféricas, passando da menor para maior vulnerabilidade. Assim, as regiões periféricas possuem maior índice de exclusão social, especialmente na porção sudoeste da cidade, contemplando alguns bairros do sul e outros do oeste. Nesses bairros se concentram a maior parte dos assentamentos precários de Piracicaba.

distribuição de renda



Os mapas de distribuição de renda confirmam o de exclusão social: a população mais rica se concentra no centro, em ambas as margens do Rio Piracicaba e as com renda mais baixa se distribuem na periferia.

Em concordância com esses últimos mapas e com a história da cidade, a expansão urbana de Piracicaba partiu do centro para as bordas. Dessa forma, é possível associar que a população mais antiga da cidade é a mais rica e nas expansões mais tardias e periféricas se concentram as populações mais pobres.



a escolha do bairro água branca

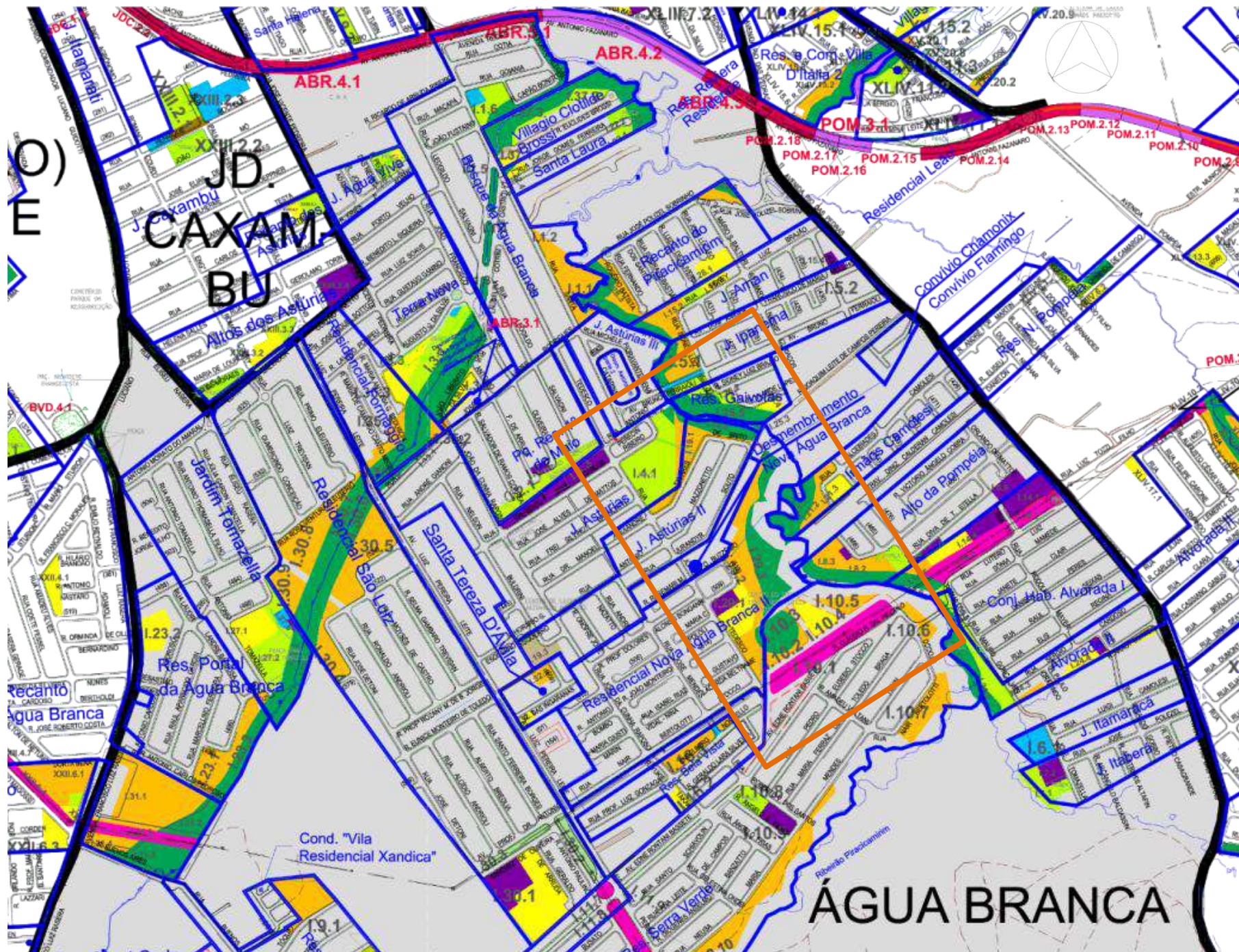
O Bairro Água Branca chamou atenção por sua alta densidade demográfica, mais de 20 mil pessoas, sendo um dos bairros mais populosos da cidade, por ser uma área de expansão recente em Piracicaba, com a maior parte de sua ocupação entre 1990 e 2016 e por ainda estar em expansão, notada pela grande quantidade de terrenos disponíveis e pelo crescimento de condomínios fechados no local. Sua população é hereogênea, sendo majoritariamente de classe C, D e E. Além disso, nota-se que, contrário à sua expansão e altíssima densidade demográfica comparado com outros bairros, o local é deficiente na cobertura de saúde, contando somente com uma UBS, quatro PSFs e uma farmácia popular, mostrando ser um ponto de grande interesse para o investimento de novas infraestruturas para saúde.

Considerando que é recomendado que o Centro de Saúde Feminina não seja centralizado, mas que exista pelo menos um em cada região da cidade, com adaptações do programa de acordo com as necessidades de cada região, o Bairro Água Branca se coloca como um bom ponto de partida para melhoria da atenção à saúde feminina em Piracicaba.

Pelas questões de humanização e biofilia que fortemente norteiam este projeto, era desejável a aproximação com áreas verdes. A partir disso, a escolha do terreno se definiu pelo desejo de incorporar o Centro de Saúde Feminina a um parque, de modo que o equipamento, e consequentemente a própria saúde feminina, ganhassem visibilidade ao se aproximar do convívio diário da população, ao mesmo tempo que reforça a ideia do próprio parque como espaço de saúde.

Diante disso, o terreno se localiza numa área delimitada por uma proposta do Plano Diretor de Piracicaba de um parque linear: o Parque Linear do Piracicamirim, que se estende e ultrapassa o Água Branca, passando por outros bairros, chegando até o Rio Piracicaba. Afirmada a noção de que os parques lineares também são conectores de lugares, principalmente a pé e por meio de ciclovias, a inserção de um equipamento de saúde nele facilitaria o acesso de outras usuárias. Essa localização é interessante também para as usuárias do próprio bairro. Como é possível ver principalmente pelas imagens de satélite, o bairro é dividido em três partes pelas Áreas de Proteção Permanente (APPs) do Córrego Água Branca (a oeste) e do Ri-beirão Piracicamirim (a leste). Como essas áreas não são qualificadas, tendo poucas calçadas, má iluminação, pouca presença de pessoas e poucas e distantes conexões entre as partes,

voltadas para a passagem de automóveis, as APPs infelizmente são consideradas barreiras ao acesso. Diante disso, coloca-se como diretriz a consolidação do parque linear proposto, que melhoraria a conexão entre essas três partes assim como a chegada ao Centro de Saúde. O bairro também dispõe de muitas áreas classificadas como sistemas/espços de lazer. Na prática, muitos deles não estão consolidados, entretanto, é possível notar o cuidado que os moradores tem esses espaços, que são muito fragmentados, sendo mais utilizados pela vizinhança imediata, quase como uma extensão dos próprios quintais das casas. Ainda assim, é forte a busca por locais consolidados de estar, recreação e passeio, pois é possível notar muitas pessoas de todas as idades caminhando e passeando pelas ruas, principalmente nos fins de tarde.



Legenda					
	Perímetro urbano		Sistema de Lazer Implantado		Área verde fora da APP
	Limite dos bairros		Sistema de Lazer Não Implantado		Área verde acompanhamento viário
	Limite dos loteamentos		Sistema de Lazer p/ preservação		Área Institucional Implantada
	Bens Patrimoniais Não Ocupados		Sistema de Lazer Ocupado Eq. Público		Área Institucional Não Implantada
	Bens Patrimoniais Ocupados		Sistema de Lazer Ocupado Favela		Área Institucional Ocupada por Favela
	Bens Patrimoniais Ocupados por Favelas		Sistema de Lazer Ocupado Outros		Área Institucional Ocupada por Outros
	Bens Patrimoniais Vias e Pavimentações		Sistema de Lazer em A.P.P.		Unidade de conservação - Parque Natural Municipal de Santa Terezinha
	Bens Patrimoniais Oriundos de Desapropriação		Área Verde Non-Aedificand		

escolha do terreno

Como já mencionado, o terreno fica junto a uma APP, dentro da proposta do Parque Linear do Piracicamirim, e é completamente público. Nele se localiza o Centro Dia do Idoso “Irmã Maria Luigia Moschini”, que é municipal. Uma parte do terreno está como “área institucional não-implantada”, outra parte como “sistema de lazer não implantado” e outra como “sistema de lazer em APP”, além de ficar ao lado de uma “área verde Non-aedificanti”. O terreno tem de 3 a 4 metros de desnível entre a rua e a APP e uma área com cerca de 26.500m² disponíveis para o projeto, considerando até o limite da APP.

Além disso, o terreno escolhido fica próximo à Avenida Rio das Pedras, importante via radial de Piracicaba, que perpassa outros bairros. Próximo ao terreno também se localiza a Universidade Anhembí Morumbi, que possui faculdades de saúde como Medicina, Enfermagem e Biomedicina, possibilitando um parceria técnico-científica com o Centro de Saúde. Estando de acordo com as normas para casas de parto, que permite uma distância máxima de 20 minutos (carro) de algum hospital para caso de emergências, o terreno fica há 10 minutos de distância tanto do Hospital Santa Casa, quanto do Hospital Regional, sendo que ambos atendem ao SUS.

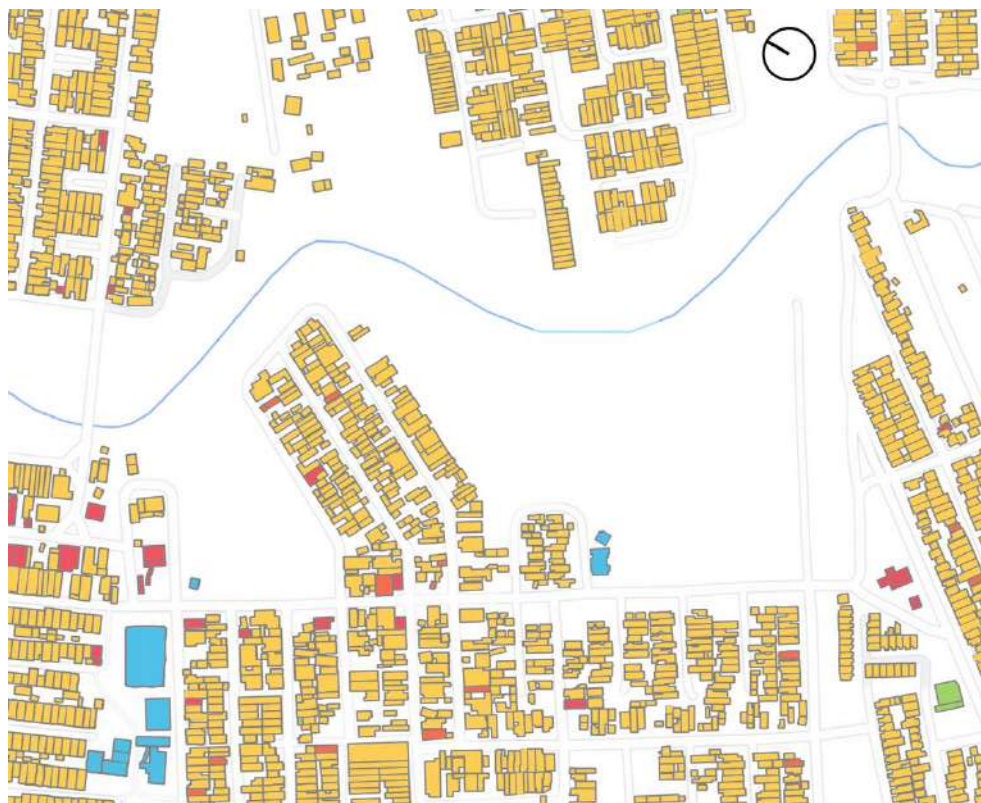
Ao analisar a área de projeto, outro local que imediatamente chamou atenção foi a praça do campo de futebol há cerca de 300 do terreno do projeto. Numa das visitas ao bairro foi possível presenciar um jogo de campeonato entre dois times de crianças e uma boa quantidade de torcida. Além disso, logo ao lado desse campo também há um campinho improvisado que, pelo desgaste do solo, é muito usado. Entretanto, assim que acabou o jogo do campeonato, a praça se esvaziou quase completamente. Portanto, diante dessa característica esportiva, se coloca como desejo desse projeto a consolidação desse potencial através de diretrizes que atraiam os moradores para o parque além dos momentos de jogos.

ÁGUA BRANCA

cheios e vazios



uso e ocupação



- | | |
|---|---|
|  residencial |  residencial |
|  misto |  religioso |
|  comercial | |

gabaritos



- | |
|--|
|  1 pavimento |
|  2 pavimentos |
|  5 pavimentos |



Esquina R. João Tedesco com R. Nair Bertolotti Stocco



R. Nair Bertolotti Stocco



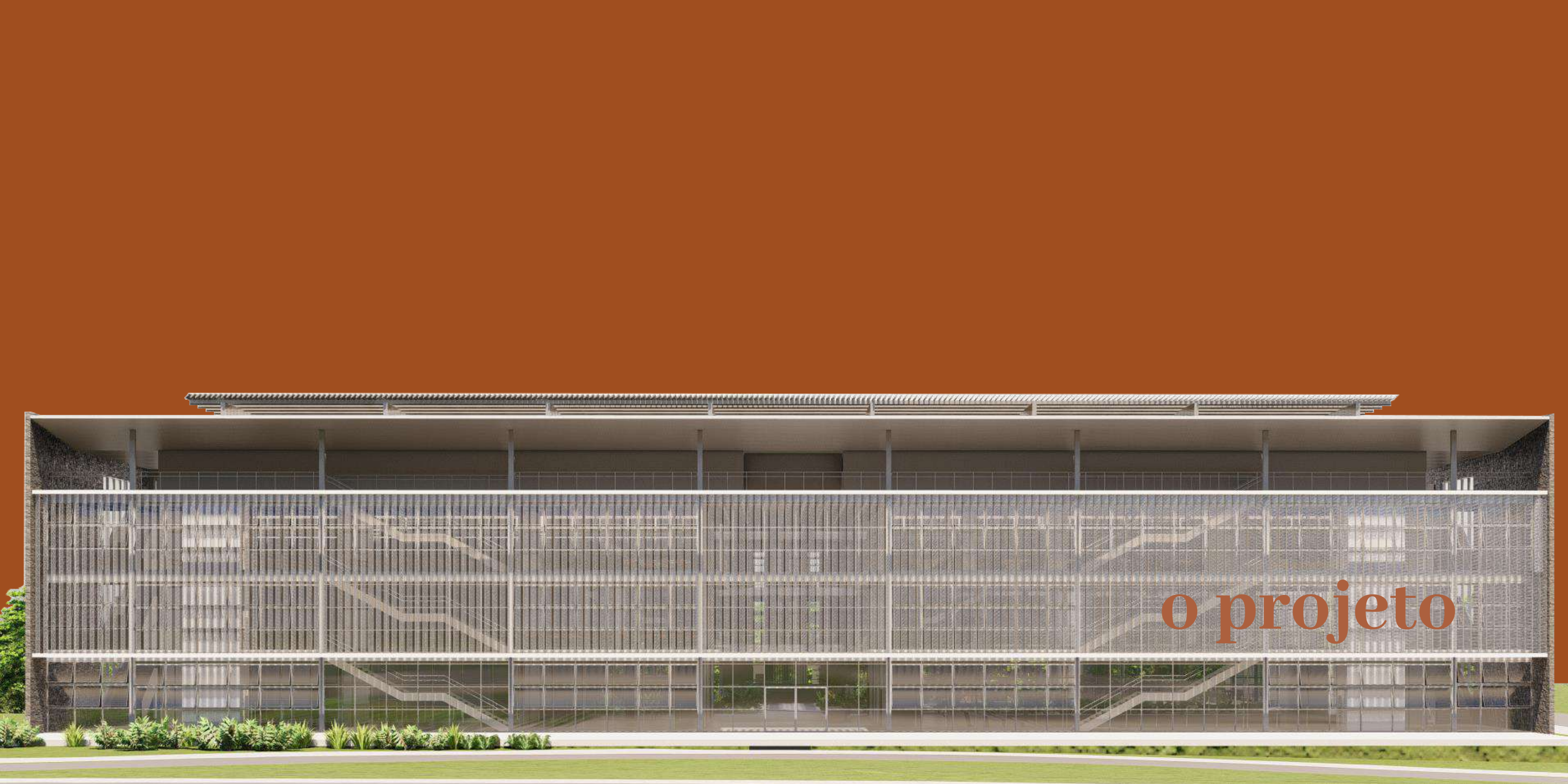
R. João Tedesco



R. João Tedesco



R. João Tedesco, divisa entre o terreno e o centro de idosos

An architectural rendering of a modern, multi-story building with a glass facade. The building features a prominent staircase on the left side, visible through the glass. The facade is composed of a grid of glass panels, and the interior structure, including columns and beams, is visible. The building is set against a solid orange background. The text "o projeto" is overlaid on the right side of the image.

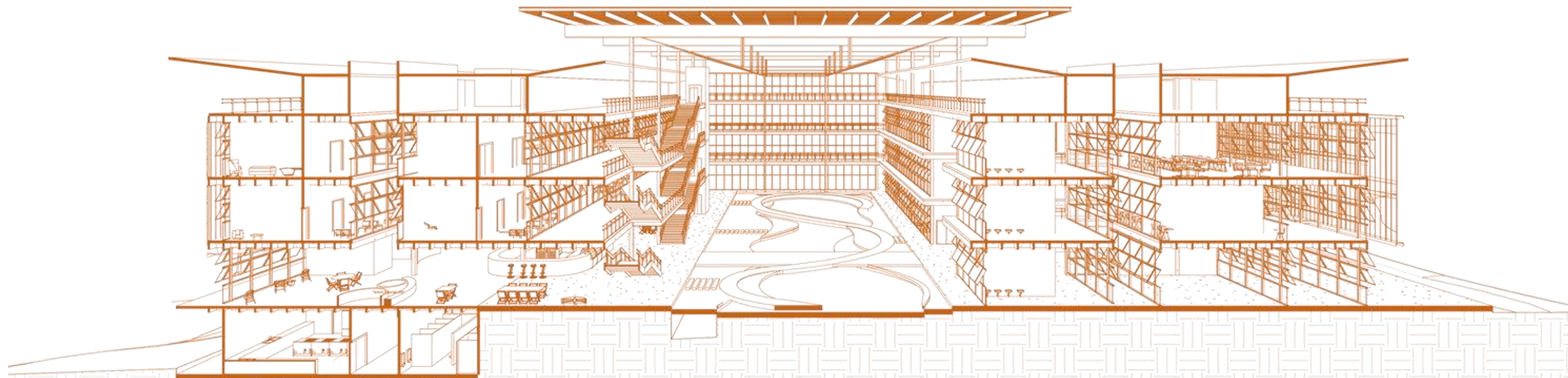
o projeto

Com base nas questões apresentadas e no estudo do local, a proposta do projeto é de um centro de saúde feminina e partos naturais, voltado não somente para a saúde física da mulher, como também a mental e emocional, além de possibilitar o convívio e trocas de experiências, sendo um espaço seguro que promova a sensação de acolhimento para as usuárias. Portanto, além do atendimento de saúde, o Centro conta com salas multiuso, que podem ser usadas para diversos cursos, como pré-natal, musicalização, artesanatos, aulas para gestantes, entre muitos outros.

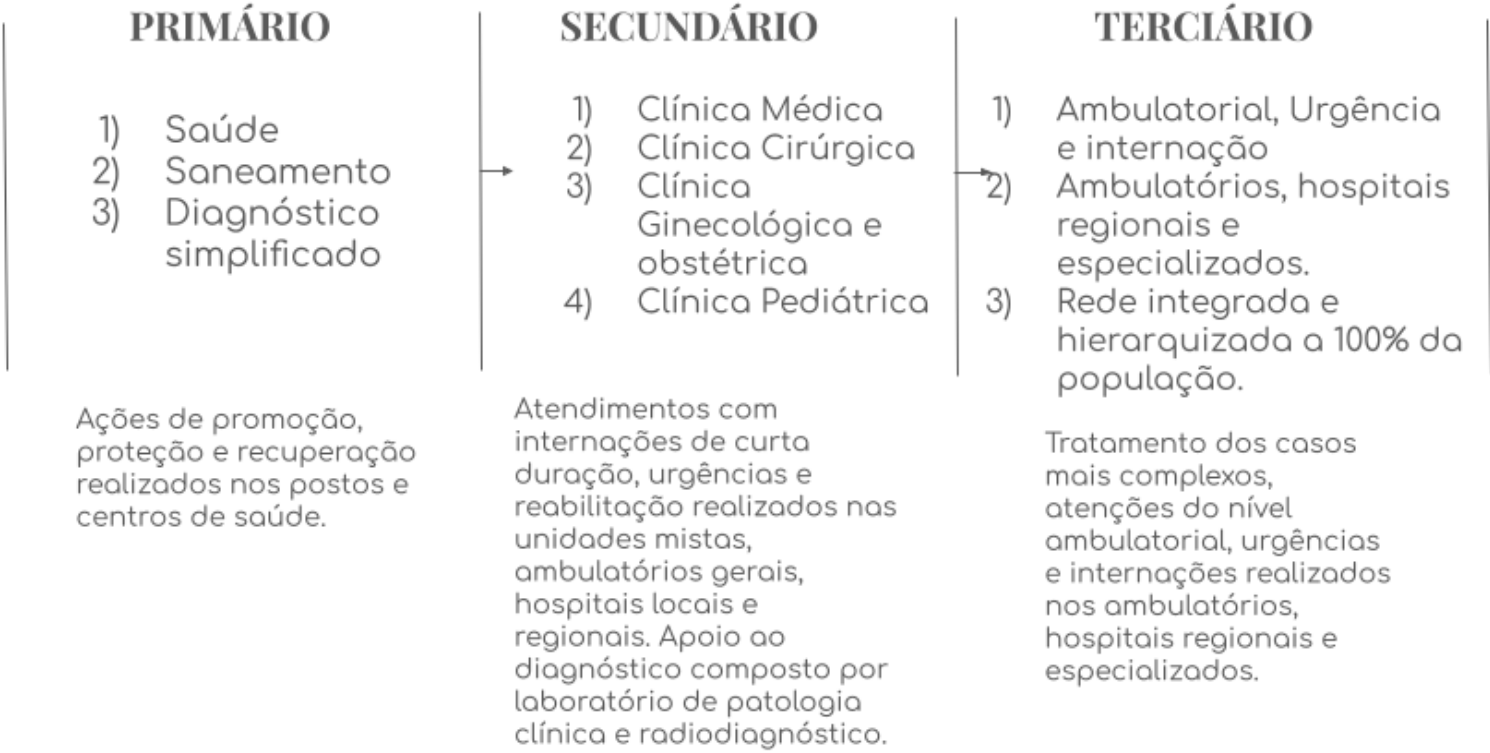
Diante disso, aqui é proposto um espaço que atenda as mulheres em diferentes fases, que proporcione um acompanhamento muito próximo e contínuo na vida delas, abrangendo atendimento de todas as faixas etárias, assim como acompanhamento durante a gestação. Além disso, o programa de atendimento de saúde foi pensado para diminuir ao máximo o deslocamento dessas mulheres pela cidade, de modo que isso somente seja necessário no caso

de um atendimento mais específico ou quando for detectado alguma anomalia nos exames de rotina proporcionados.

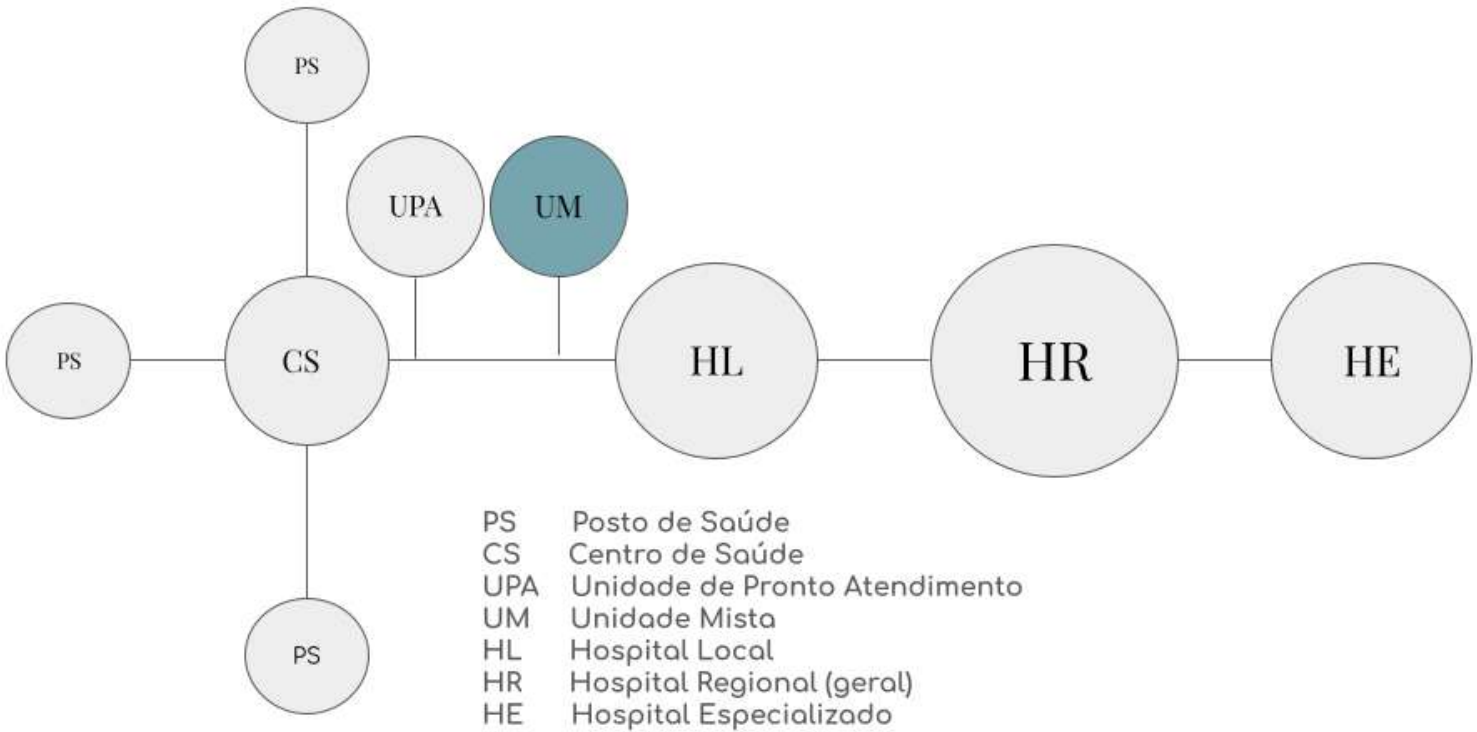
Dois fatores norteadores da concepção do projeto foram a proximidade física e visual com a natureza e iluminação natural para conforto e aconchego tanto das usuárias quanto para a equipe médica e de funcionários, que serão o grupo de pessoas com maior permanência dentro do centro. A proximidade com a natureza e também com a população foi o que motivou a decisão de localizar o Centro dentro de um parque, junto a uma Área de Proteção Permanente (APP). Dessa forma, o espaço ganha facilidade de acesso e visibilidade, passando a fazer parte da convivência tanto das mulheres quanto da população que usufrui deste espaço de lazer. A partir disso, parque e edifícios se conectam à cidade assim como com a APP, de modo que as relações condicionam as formas, dando destaque pro caráter do lugar e do bairro.



NÍVEIS DE ATENDIMENTO



Conforme Resolução 03, de 25 de março de 1981, da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação, e Portaria Interministerial 05, de 11 de janeiro de 1980.A Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, criou o SUS (Manual Prático de Arquitetura para Clínicas e Laboratórios, 2ª ed, Ronald de Góes)



Rede de saúde no Brasil - Estrutura física hierarquizada e integrada - Manual Prático de Arquitetura Hospitalar - 2ª Edição, Ronald de Góes

definições do nível de atendimento do centro de saúde

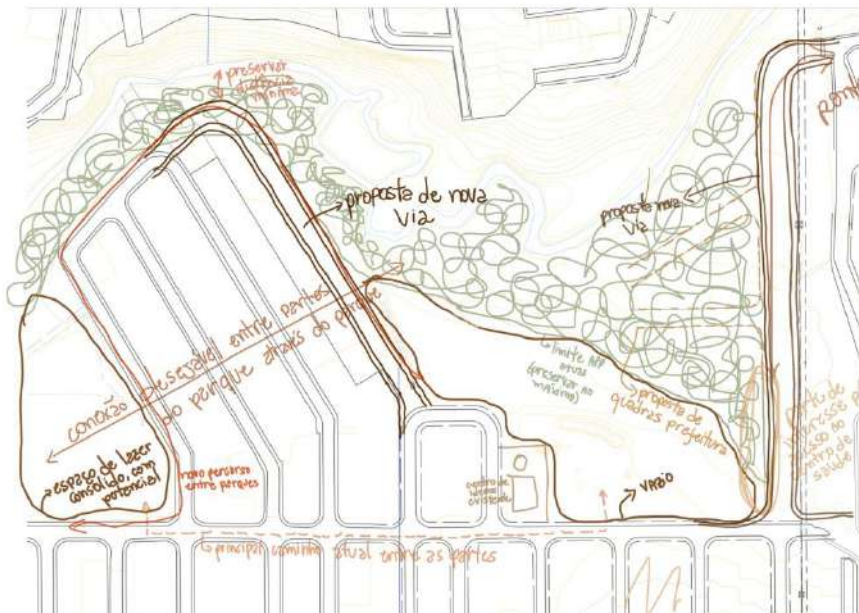
Por ser um centro especializado em um certo grupo de pessoas, o programa se adequa às necessidades deste grupo alvo (mulheres), de forma que não oferece todos os atendimentos competentes a cada Nível de Atenção.

Assim, com base nos manuais, normas e livros estudados, especialmente Ronald de Góes (Manual Prático de Arquitetura Hospitalar), pôde-se definir que o Centro de Saúde Feminina é uma Unidade Mista, sendo a atenção à saúde de nível SECUNDÁRIO, com ações no nível de atenção primária. O centro de saúde é um equipamento municipal, administrado pela Prefeitura. Além disso, não é centralizado: atende a população da região (bairro e bairros vizinhos); exceto pela parte de diagnóstico por imagem, que pode ter um atendimento mais abrangente.

Além disso, o Centro de Saúde será de atendimento-dia, entretanto é proposto que ultrapasse o horário comercial de Piracicaba (9h - 18h), além de possuir atendimento aos sábados para que possibilite o atendimento das mulheres que trabalham nesses horários. Por ter características de hospital-dia, o Centro não conta com o setor de internação e o atendimento ambulatorial se restringe à casos de violência.

estudo e leitura do terreno

Com base nessa escolha de inserir o projeto em um parque linear, vê-se a necessidade da consolidação do parque como conector e facilitador de acessos. Assim, para este momento, cabe a consolidação da conexão entre os dois sistemas de lazer mencionados, o da praça recreativa e o terreno do projeto, atualmente com sua área majoritariamente vazia além do centro de idosos, e conexão direta com a ponte que conecta a porção do bairro na margem direita do Ribeirão, que leva à Avenida Rio das Pedras.



Para isso, foram propostas duas ruas, uma que faz a continuação da Rua Rosemari Maria de Oliveira Buzzério, criando mais uma linha de lotes, voltados para comércio de bairro e edificações mistas, que abrem espaço para uma praça para feiras. É interessante a consolidação de pequenos comércios na região, que é majoritariamente residencial. A outra rua é a extensão da Rua Nair Bertolotti Stocco, se conectando com a Rua Claudio Roberto Dal Pícolo, que se liga à ponte.

A presença da APP, que é muito densa, não pode e nem deve sofrer grandes alterações e que se estende no terreno ao longo de mais de 200 metros, tornou desejável proporcionar uma aproximação sem causar interferência. Assim dois pontos-chaves foram colocados: a gradação do silêncio e contemplação, conforme a proximidade com a APP. Para o outro espaço, são colocadas algumas diretrizes: de modo a manter e reforçar a parte esportiva da praça: reforma do campo de futebol, quadra poliesportiva coberta no lugar do campinho improvisado, quadras de areia, pista de caminhada e pista de ciclismo e pista de skate.



Pela facilidade de acesso por ambos os lados, tanto os que podem vir de outro bairro através da ponte quando para as moradoras, foi decidido o posicionamento do centro de saúde feminina mais ao sul do terreno. A partir de então foi definido dois principais eixos de fluxo: um mais longitudinal e outro mais transversal. A definição desses posicionamentos apresentou dois potenciais-desafios: a transição do centro de saúde para o parque e vice versa e a transição do parque para a APP.



programa do parque

O programa do parque se apoia em três principais pilares. Sua definição foi feita pensando nesses três pontos indissociavelmente, em conjunto.



- Lazer
- Esporte
- Cultura
- Comércio
- Muitas escolas presentes no local – propostas voltadas para educação

- Memórias do engenho central através da materialidade – incorporação de arcos, tijolos aparentes e a chaminé, que é muito marcante na paisagem do Parque do Engenho

- Homenagem a importantes mulheres brasileiras



NISE DA SILVEIRA → Espaço terapêutico Nise da Silveira (meditação, arte, música).

ZILDA ARNS → Recreação Infantil Zilda Arns

ENEDINA ALVES MARQUES → Marco Enedina Alves Marques

GRAZIELA MACIEL BARROSO → Jardim Botânico Graziela Maciel Barroso

NISE DA SILVEIRA foi uma psiquiatra brasileira e aluna de Carl Jung, Nise ficou conhecida pela contribuição pela luta anti-manicomial e por ter implementado a terapia ocupacional e as artes no tratamento das doenças psiquiátricas no processo terapêutico.

ZILDA ARNS foi uma médica pediatra e sanitarista brasileira, responsável pela fundação da Pastoral da Criança.

ENEDINA ALVES MARQUES formou-se em Engenharia Civil em 1945 pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), entrando para a história como a primeira mulher a se formar em engenharia no Paraná e a primeira engenheira negra do Brasil.

GRAZIELA MACIEL BARROSO, chamada de Primeira Dama da Botânica no Brasil, Graziela é a maior referência em taxonomia de plantas no Brasil e se tornou um nome importante também internacionalmente. Cerca de 25 espécies de plantas foram batizadas levando seu nome como homenagem.

programa do Centro de Saúde Feminina

Com base nos estudos de necessidades do público feminino a partir da bibliografia, especialmente Manual Prático de Arquitetura Hospitalar, o Manual Prático para Clínicas e Laboratórios (ambos do Ronald de Góes) e o livro Saúde da Mulher (UNA-SUS), oito tipos de consultórios foram propostos: Ginecologia e Obstetrícia, Nutrição, Psicologia, Medicina Fetal (para gravidez de alto risco), Odontologia, Pediatria – principalmente para acompanhamento no período do puerpério –, Geriatria e também consultórios rotativos multidisciplinares, conforme a necessidade da população. Um espaço importante, também recomendado pelo livro Saúde da Mulher, são as salas de acolhimento com escuta qualificada, nas quais as mulheres podem falar suas queixas para serem encaminhadas para as consultas adequadas.

O diagnóstico por imagem é crucial na detecção de enfermidades e anomalias. No caso da saúde feminina, é interessante a mamografia, a ressonância magnética, o ultrassom, raio-X e a densitometria óssea (importante especialmente para mulheres no climatério). Além do diagnóstico e consultas, o centro de saúde também vai contar com salas designadas para atenção primária: procedimentos, coleta, curativo e nebulização. O apoio técnico é composto pela farmácia e o Centro de Material Esterilizado (CME). Esse bloco ainda conta com o Atendimento para violência doméstica/sexual, que é ambulatorial. Essa seção conta com atendimento médico, psicológico, sala de serviço social e sala de procedimentos. O Centro ainda conta com um laboratório para análises clínicas de pequeno porte, como indicado por Ronald de Góes. Já a seção de partos conta com 5 Quartos PPP (Pré-parto, parto e puerpério), que é o máximo permitido por lei. Os ambientes foram pensados com base na norma para casas de parto, assim como o banco de leite.

A parte da convivência é composta por três salas maiores para atividades mais físicas como aulas de dança, meditação, pilates, e outros tipos, duas salas maiores voltadas para artesanatos, duas salas menores multiuso, sendo possível também serem usadas para artesanatos e duas salas mais voltadas para aulas teóricas, como cursos de pré-natal. Apesar dessas predefinições, essas salas foram pensadas para serem multiuso, ou seja, se adequarem as necessidades das usuárias. A convivência ainda conta com auditório com capacidade de 308 pessoas.

O setor administrativo é composto por sala de administração, secretaria, chefia, arquivos médicos, pessoal, telefonia, informática, central de processamento de dados (CPD) e duas salas de reuniões. O Centro ainda conta com parte de Ensino, voltado para profissionais da saúde, com duas salas para 42 pessoas e duas para 24 pessoas, além de espaço de estudo e leitura. Os espaços destinados aos funcionários são o refeitório, com cozinha e depósito, o espaço de estar e os vestiários. A área de serviços e apoio logístico conta com lavanderia, manutenção predial, depósito de materiais de limpeza, almoxarifado, subestação e depósitos de lixo comum e contaminado.

	MEDIDA (m)	ÁREA (m2)	QUANTIDADE	ÁREA TOTAL (m2)
BLOCO SAÚDE				
Consultórios com sanltário (ginecologia)	3x5	15	4	60
Consultórios odontológicos	3x5	15	3	45
Consultórios (Nutrição, Psicologia, Geriatria, Pediatria, Medicina Fetal, Rotativo)	3x5	15	11	165
Salas UBS (curativos, procedimentos, nebulização, coleta)	4,5x5	22,5	4	90
Posto de enfermagem	2,20x5 + 2,85x2	16,7	1	16,7
Sala de avaliação do recém nascido	3x5	15	1	15
Quarto plantonistas com sanitário	4,55x5	22,75	1	22,75
Sala depósito de macas	6x5	30	1	30
Sala equipamentos	4,55x5	22,75	1	22,75
Sala utilidades	4,55x5	22,75	1	22,75
Rouparia	4,55x5	22,75	1	22,75
Conjunto de santários (Fem., Masc., 2 PNE)	9,45x5	47,25	3	141,75
Banco de Leite				
Coleta	3x5	15	1	15
Processamento	2,20x3,20	6,82	1	6,82
Estoque	2,15x3,10	6,66	1	6,66
Laboratório controle biológico	3,75x3,20	11,62	1	11,62
Atendimento violência				
Atendimento médico	3x5	15	1	15
Atendimento psicológico	3x5	15	1	15
Assistência social	2,75x3	8,25	1	8,25
Sala de esterilização com sanitário	3x5	15	1	15
Sala de procedimentos	3,5x5	17,5	1	17,5
Recuperação	2,5x5	12,5	1	12,5
Laboratório de análises clínicas	11,3x5 + 2,9x2	62,3	1	62,3
Quarto com sanitário (pré-parto, parto e pós parto)	4,45x5 + 1,40x2,35	26,54	4	106,16
Quarto com sanitário (pré-parto, parto e pós parto)	4,65x5 + 1,40x5	11,65	1	11,65

Diagnóstico por Imagem				
Laudos	3,5	15	1	15
Ultrasson com sanitário	3,5	15	2	30
Mamografia	3,5	15	2	30
Raio X				
Camara clara	2,20x3	6,6	1	6,6
Camara escura	2,51x3	7,53	1	7,53
Exame	6,15x5	30,75	1	30,75
Densitometria óssea	5x4,60	23	1	23
Endoscopia				
Preparo com sanitário e vestiário	4,55x5	22,75	1	22,75
Sala de exame	4,55x5	22,75	1	22,75
Processamento	2,20x5 + 2,85x2	16,7	1	16,7
Pavimento técnico				727,76
Sanitários PNE	1,70x1,90	3,23	2	6,46
Subsolo				
Estar funcionários	7,80x9,45	73,71	1	73,71
Refeitório	11,40x7,80	88,92	1	88,92
Cozinha com deposito e congelado	10,85x7,80	84,63	1	84,63
Almoxarifado	8,40x7,80	65,52	1	65,52
Substação	5,80x7,80	45,25	1	45,24
Manutenção predial	3,90x5,75	22,42	1	22,42
DML	3,70x5,75	21,27	1	21,27
Depósito de resíduo comun	4,20x3,65	15,33	1	15,33
Depósito de resíduo contaminado	4,20x3,65	15,33	1	15,33
Lavanderia	12,45x4,80	59,76	1	59,76
Central de material esterilizado	10,25x4,80	49,2	1	49,2
Farmácia	16,50x4,80	79,2	1	79,2
Vestiário fucionários(F/M)	13x4,80	62,4	1	62,4

BLOCO CONVIVÊNCIA				
Salas grandes (multiuso)	9,45x7,85	74,18	8	593,44
Salas médias (multiuso)	9,45x5	47,25	4	189
Salas pequenas (multiuso)	4,65x7,85	36,5	2	73
Escuta qualificada	5x3	15	3	45
Espaço kids	9,45x5	47,25	1	47,25
Auditório	28,10x18,45	518,44	1	518,44
Café e estar (térreo)				
Conjunto de santários (Fem., Masc., 2 PNE)	9,45x5	47,25	4	189
Administração				
Sala pessoal	9,20x5	31	1	31
Telefonia	3x5	15	1	15
Informática 1	3x5	15	1	15
Informática 2	6,20x5	31	1	31
Sala de reunião	3x7,85	23,55	2	47,1
Administração	7,85x9,45	74,18	1	74,18
Secretaria	7,85x6,20	48,67	1	48,67
Chefia	3,85x3	11,55	1	11,55
Sala de arquivos	3,85x3	11,55	1	11,55
Pavimento técnico				727,76
Sanitários PNE	1,70x1,90	3,23	2	6,46

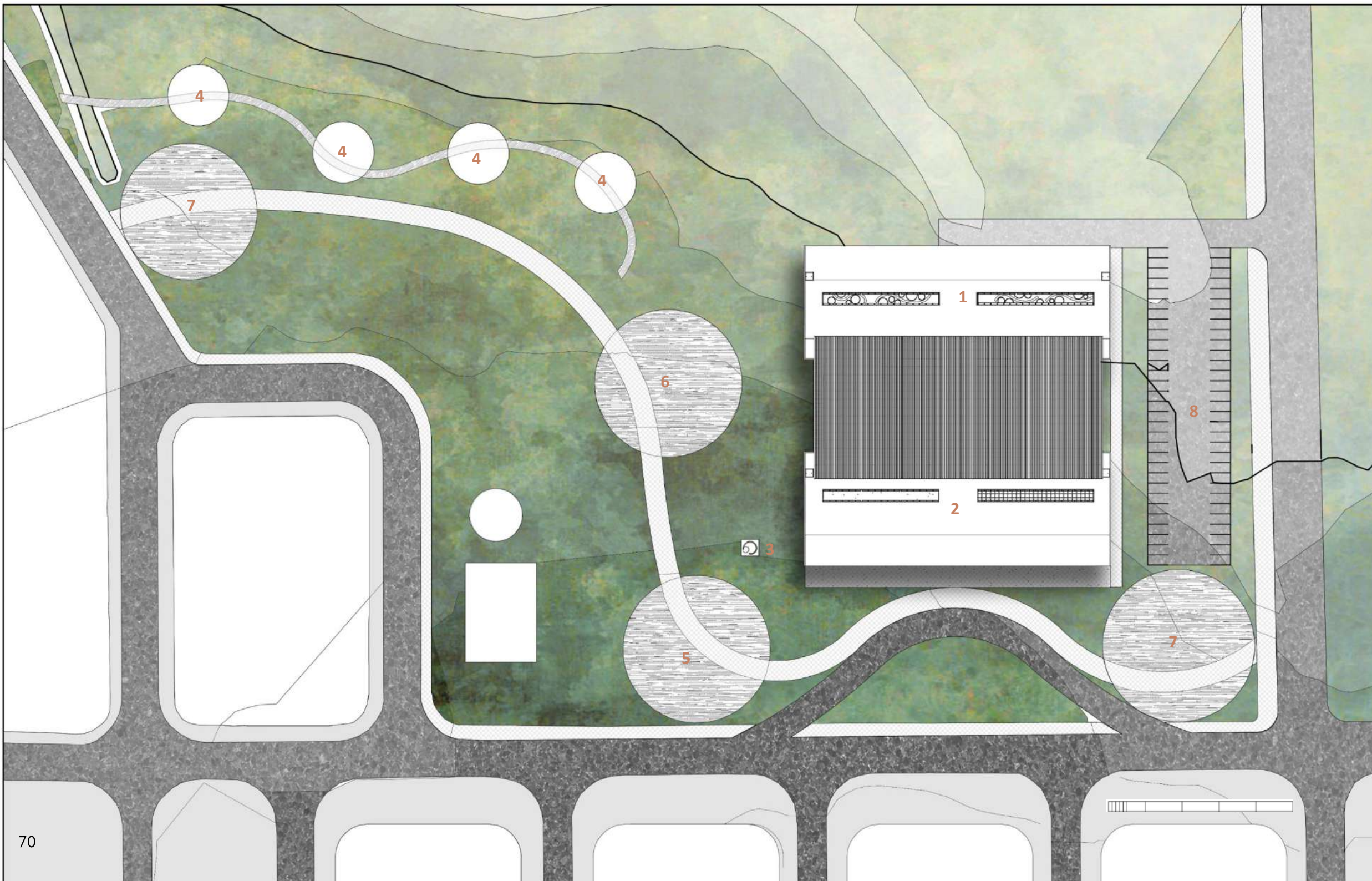
TOTAL: 5.254,54m²



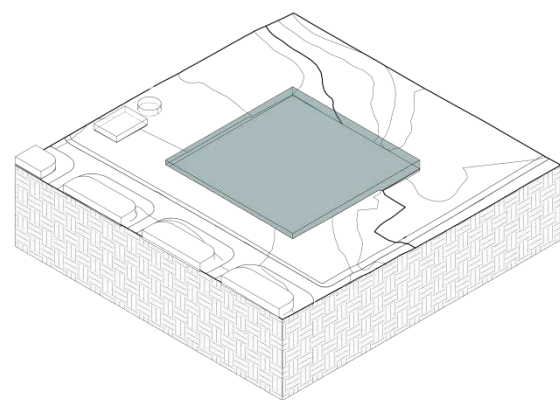
implantação

Consolidação das gradações de silêncio e contemplação. O jardim botânico faz a aproximação com a APP sem interferi-la, alimentando a questão do contato com natureza nessa parte do parque. Definição de um caminho principal que incorpora tanto o eixo transversal quanto o longitudinal. A vista também é marcada pelo desenho curvo que compõe a caixa d'água, sendo o Marco Enedina Alves. Foram definidas três pontos principais de acesso ao parque, com proposta de ocupação das esquinas, sendo que o ponto central receberá a Recreação Infantil Zilda Arns, que forma um "eixo geracional", com diferentes idades: o centro de idosos, o espaço infantil e o centro de saúde, cujo público alvo são mulheres adultas.

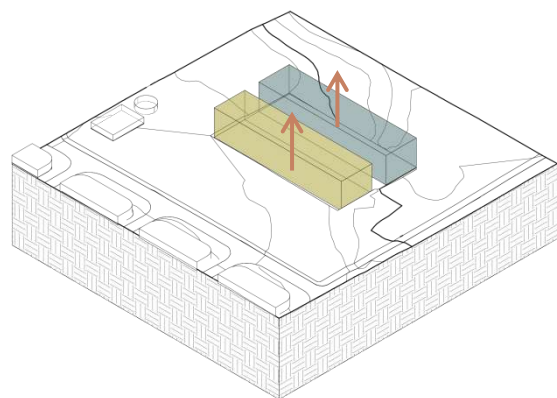
- 1 Bloco saúde
- 2 Bloco convivência
- 3 Marco Enedina Alves/Caixa d'água
- 4 Jardim Botânico Graziela Maciel Barroso
- 5 Recreação Infantil Zilda Arns
- 6 Espaço Terapêutico Nise da Silveira
- 7 Praças de Entrada
- 8 Estacionamento



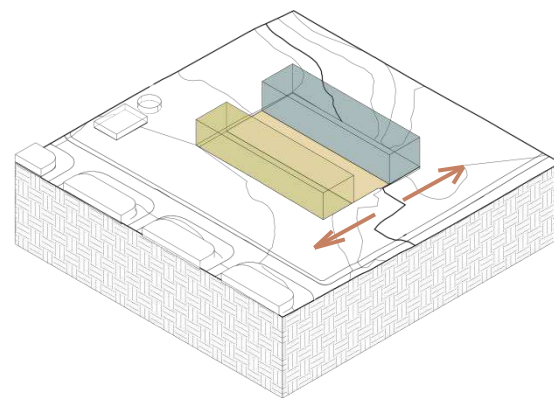
Diagramas de concepção



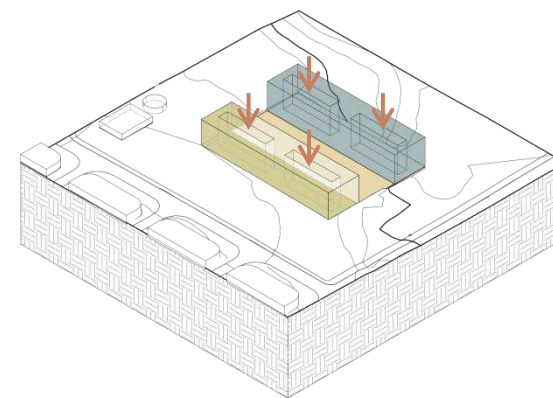
1.
Distribuição da somatória de áreas dos ambientes na porção mais ao sul do terreno, conforme definido no plano de massas



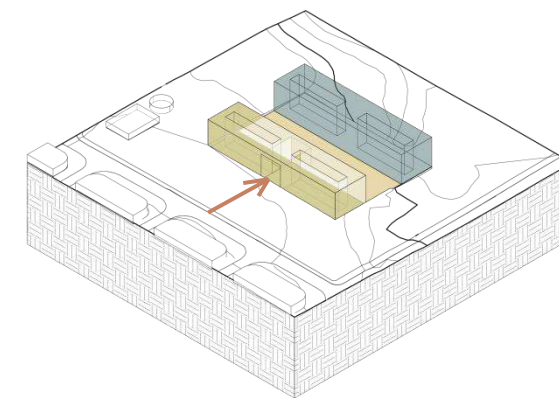
2.
Separação funcional do programa em dois blocos: um de Atendimento de Saúde e Partos e o outro de Convivência e Ensino, aumento do número de andares para distribuição dos setores conforme maior/menor fluxo de pessoas, maior/menor necessidade de restrição.



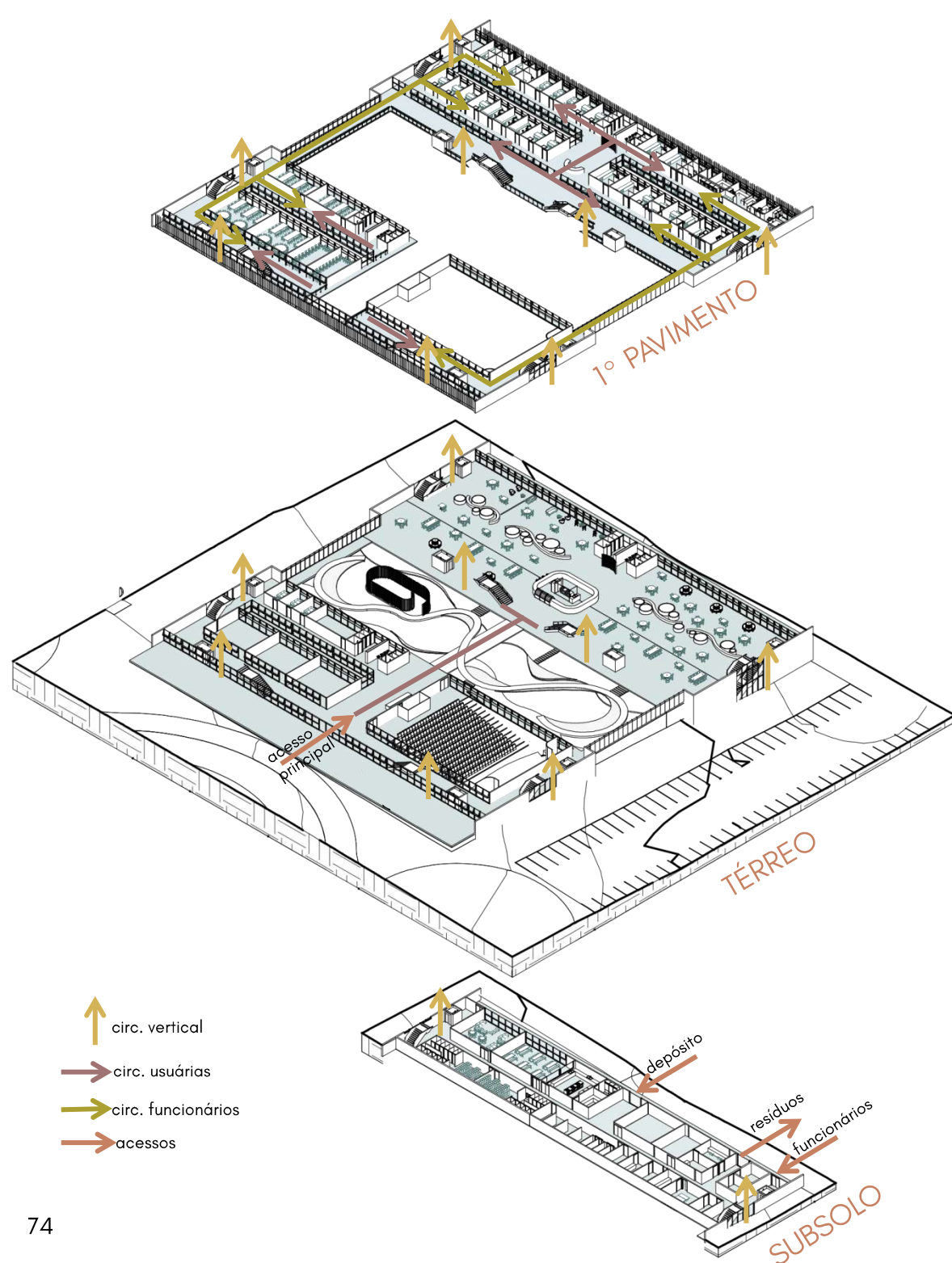
3.
Valorização das vistas e do contato com a natureza: criação do jardim interno, proporcionando vista para as fachadas internas do Centro e priorização de contato visual com a APP, fazendo com que os ambientes que a faceiam tenham vista para ela.



4.
Valorização da iluminação natural através de grandes aberturas no meio das lajes e ambientes e espaços de espera voltados para essas aberturas, permitindo maior noção de tempo durante o dia por parte dos usuários.



5.
Criação do recorte no Bloco de Convivência, trazendo destaque para a entrada principal do Centro, emoldurando a vista para o Jardim interno e para o bloco de saúde.



ACESSOS

Para um equipamento de saúde, é recomendado que os acessos sejam diferenciados segundo os usos/usuários. Diante disso, o projeto conta com um acesso principal para usuárias, localizado na fachada principal do bloco de convivência, voltada para a Rua João Tedesco. Na fachada posterior, no subsolo, se localizam o acesso para os funcionários, a entrada e saída de resíduos e a de carga e descarga. O projeto conta com uma rua de acesso à essas entradas, que se liga à Rua Nair Bertolotti Stocco.

CIRCULAÇÕES VERTICAIS

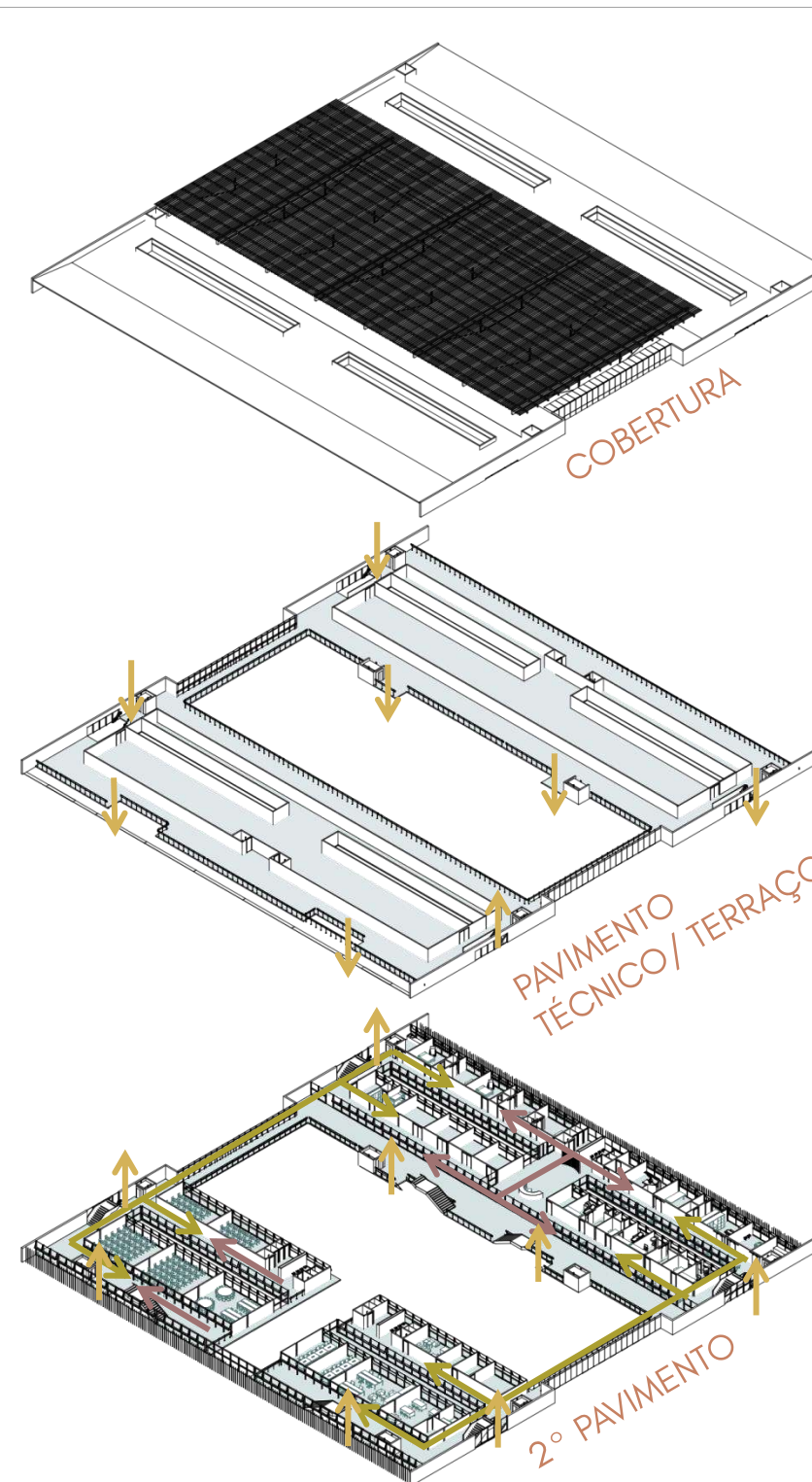
Dado o conceito de legibilidade espacial, as circulações verticais foram “destacadas” dos edifícios, de modo que sejam rapidamente encontradas pelos usuários, facilitando navegar pelo projeto visualmente e através de mapas mentais.

CIRCULAÇÕES HORIZONTAIS

Uma questão pensada no projeto foi a diferenciação das circulações das pacientes/usuárias e dos funcionários, especialmente do corpo de saúde. Desse modo, a circulação das usuárias é central e é distribuída para os corredores em que são realizados os atendimentos. Diferentemente, a circulação dos funcionários se concentra nas laterais dos edifícios, e assim se distribui para os corredores, sendo que passarelas ligam os dois blocos, para facilidade e rapidez de acesso. Funcionários e pacientes, então, compartilham os corredores de atendimento.

PASSAGEM E PERMANÊNCIA

Apesar dos esforços de proporcionar que os ambientes de atendimento e salas de convivência sejam os mais confortáveis possíveis, para este projeto, eles são considerados espaços de passagem. A permanência dentro do projeto se caracteriza pelo andar térreo, especialmente o café e jardim interno, e os terraços, próprios para banhos de sol. Nesses espaços, os dois principais usos do Centro se convergem, potencializando a troca de experiências.

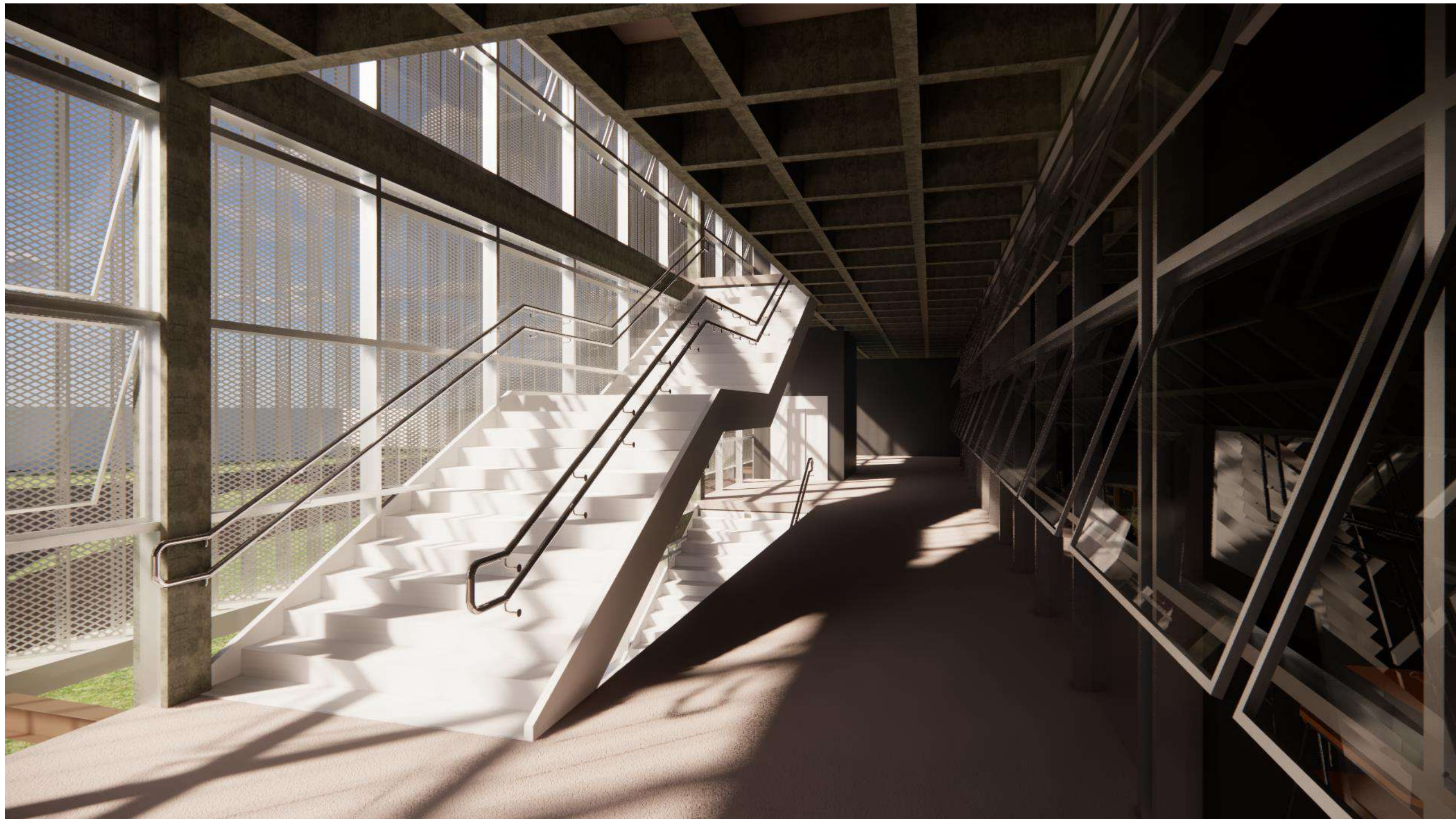


Diagramas funcionais das plantas



A circulação principal centralizada divide os dois blocos em duas alas em cada andar. Isso permite a separação funcional dos andares a partir de cada ala. Em ambos os blocos, essa separação foi feita de acordo com as questões de maior/menor privacidade e maior/menor fluxo de pessoas. Desse modo, por exemplo, o setor de partos naturais se encontra no último andar do Bloco de Saúde, onde também fica o setor de Diagnóstico por Imagem, com menor rotatividade de pessoas que o andar de atendimentos. Ainda assim, o Setor de Parto tem acesso restrito através de portas.





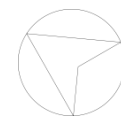


PLANTA SUBSOLO

1:400

- 1 Estar funcionários
- 2 Refeitório funcionários
- 3 Cozinha
- 4 Depósito
- 5 Congelados
- 6 Almoxarifado
- 7 Subestação
- 8 Manutenção predial
- 9 Depósito de material de limpeza (DML)
- 10 Depósito Resíduos comum
- 11 Depósito Resíduos contaminados
- 12 Vestiário funcionários
- 13 Farmácia
- 14 Central de material esterilizado (CME)
- 15 Lavanderia (roupa suja, roupa limpa)

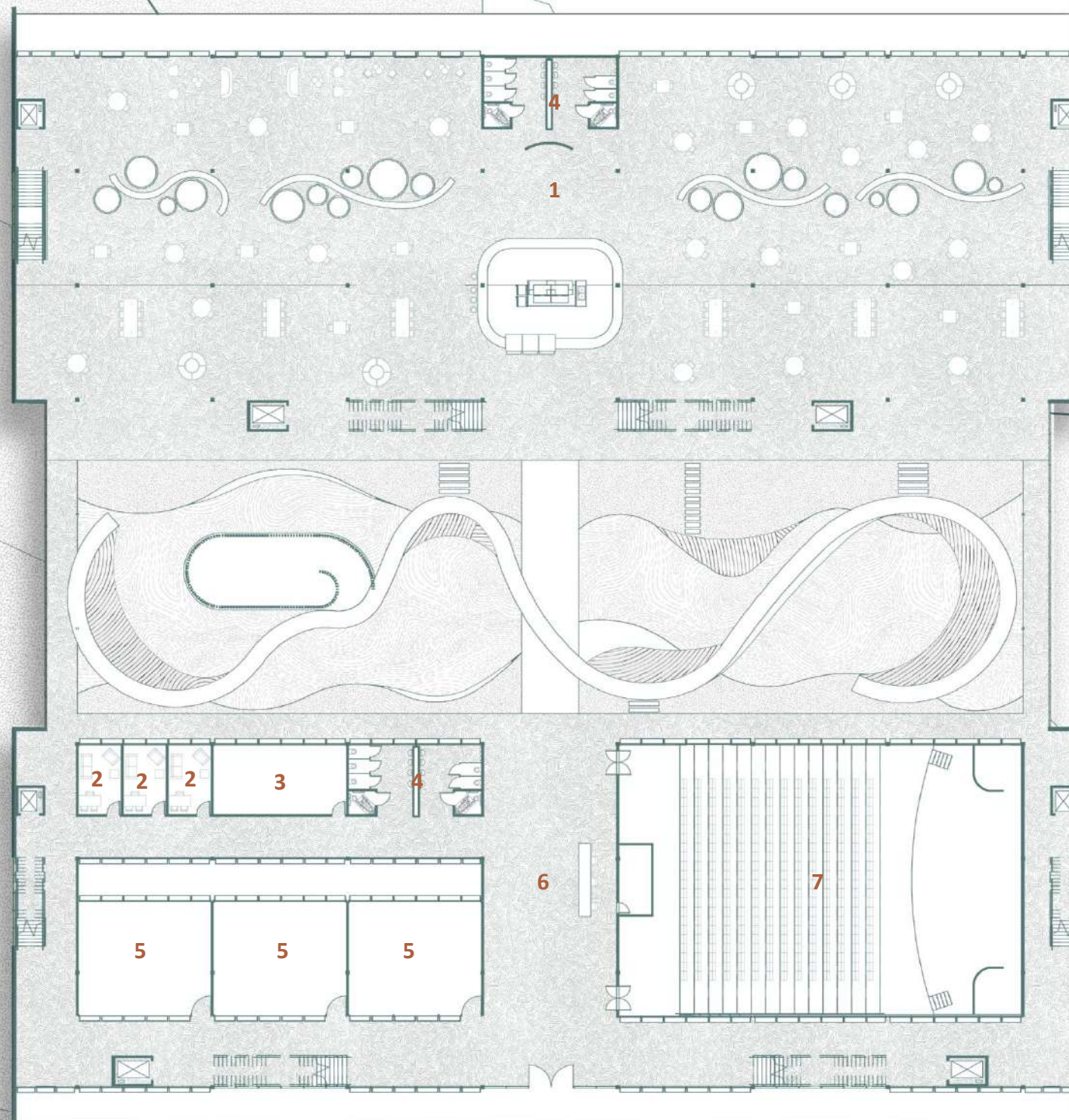




PLANTA TÉRREO

1:400

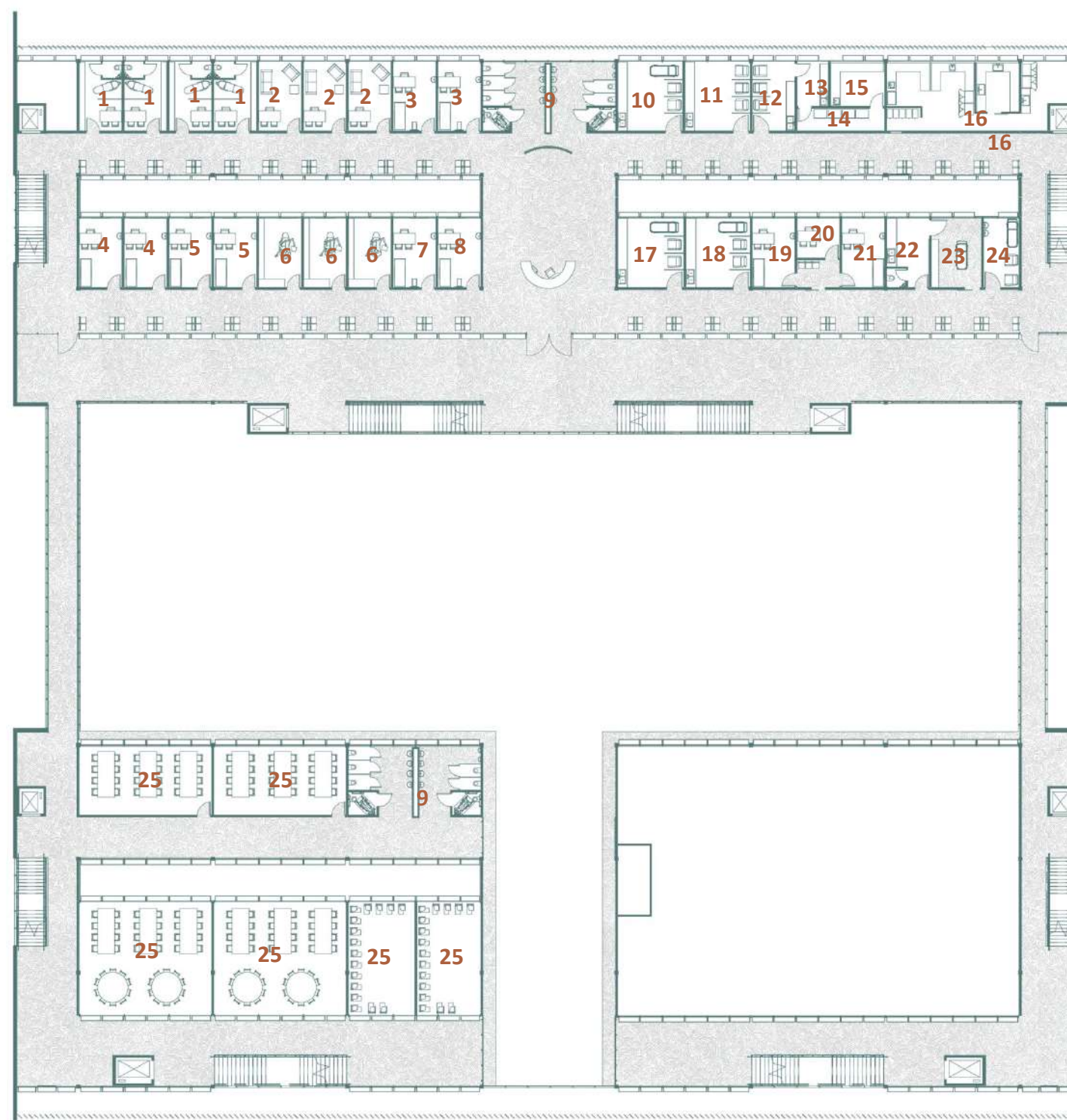
- 1 Café/estar
- 2 Escuta qualificada
- 3 Espaço kids
- 4 Sanitários (F/M/PNE)
- 5 Sala Multiuso
- 6 Recepção
- 7 Auditório





PLANTA 1º PAVIMENTO

1:400



- | | |
|---|---------------------------------------|
| 1 Consultório Ginecológico | 13 Processamento |
| 2 Consultório Psicologia | 14 Estoque Banco de Leite |
| 3 Consultório Nutrição | 15 Laboratório Controle Biológico |
| 4 Consultório Rotativo Multidisciplinar | 16 Laboratório Análises pequeno porte |
| 5 Consultório Geriatria | 17 Sala Nebulização |
| 6 Consultório Odontológico | 18 Sala de Curativo |
| 7 Consultório Pediatria | 19 Atendimento médico violência |
| 8 Consultório Medicina Fetal | 20 Assistência social |
| 9 Sanitários (F/M/PNE) | 21 Atendimento psicológico violência |
| 10 Sala de Procedimentos | 22 Esterilização |
| 11 Sala de Coleta | 23 Sala pequenos procedimentos |
| 12 Coleta Banco de leite | 24 Recuperação |
| | 25 Salas multiuso |

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



PLANTA 2º PAVIMENTO

1:400



- 1

Posto Enfermagem
- 2

Quarto PPP
- 3

Sala de avaliação do recém
nascido
- 4

Quarto Plantonistas
- 5

Sala depósito de macas
- 6

Sala equipamentos
- 7

Rouparia
- 8

Utilidades
- 9

Sanitários (F/M/PNE)
- 10

Câmara clara
- 11

Câmara escura
- 12

Exame Raio-X
- 13

Exame Densitometria Óssea
- 14

Sala Preparo Endoscopia
- 15

Sala de Exame Endoscopia
- 16

Recuperação
- 17

Processamento
- 18

Laudos
- 19

Ultrassom
- 20

Mamografia
- 21

Recepção
- 22

Salas de aula
- 23

Sala de leitura e estudo
- 24

Pessoal
- 25

Telefonia
- 26

Informática
- 27

CPD
- 28

Sala de Reuniões
- 29

Administração
- 30

Secretaria
- 31

Chefia
- 32

Arquivos Médicos

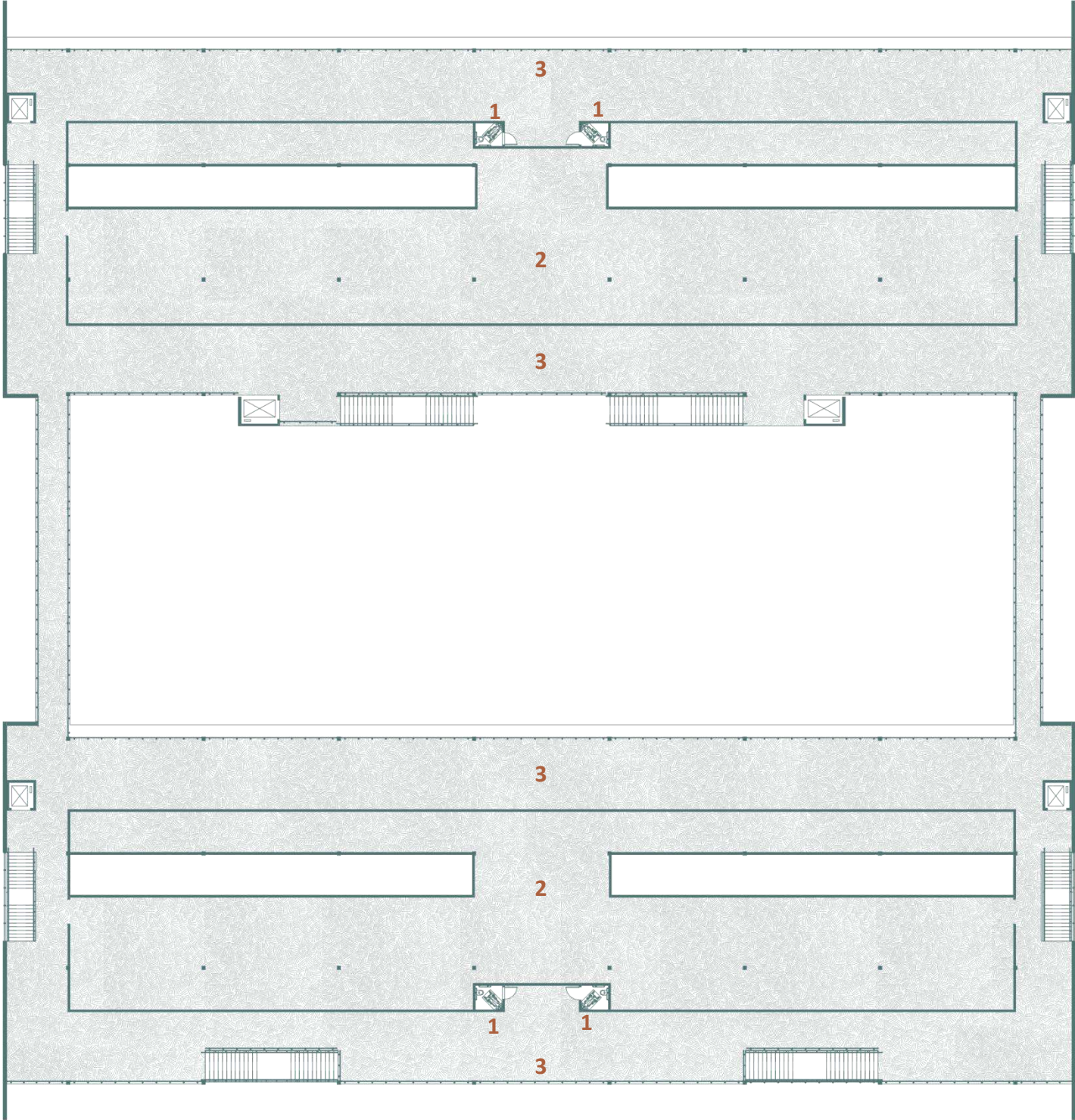
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



PLANTA TERRAÇO E PAV. TÉCNICO

1:400

- 1 Sanitário PNE
- 2 Pavimento técnico
- 3 Terraço

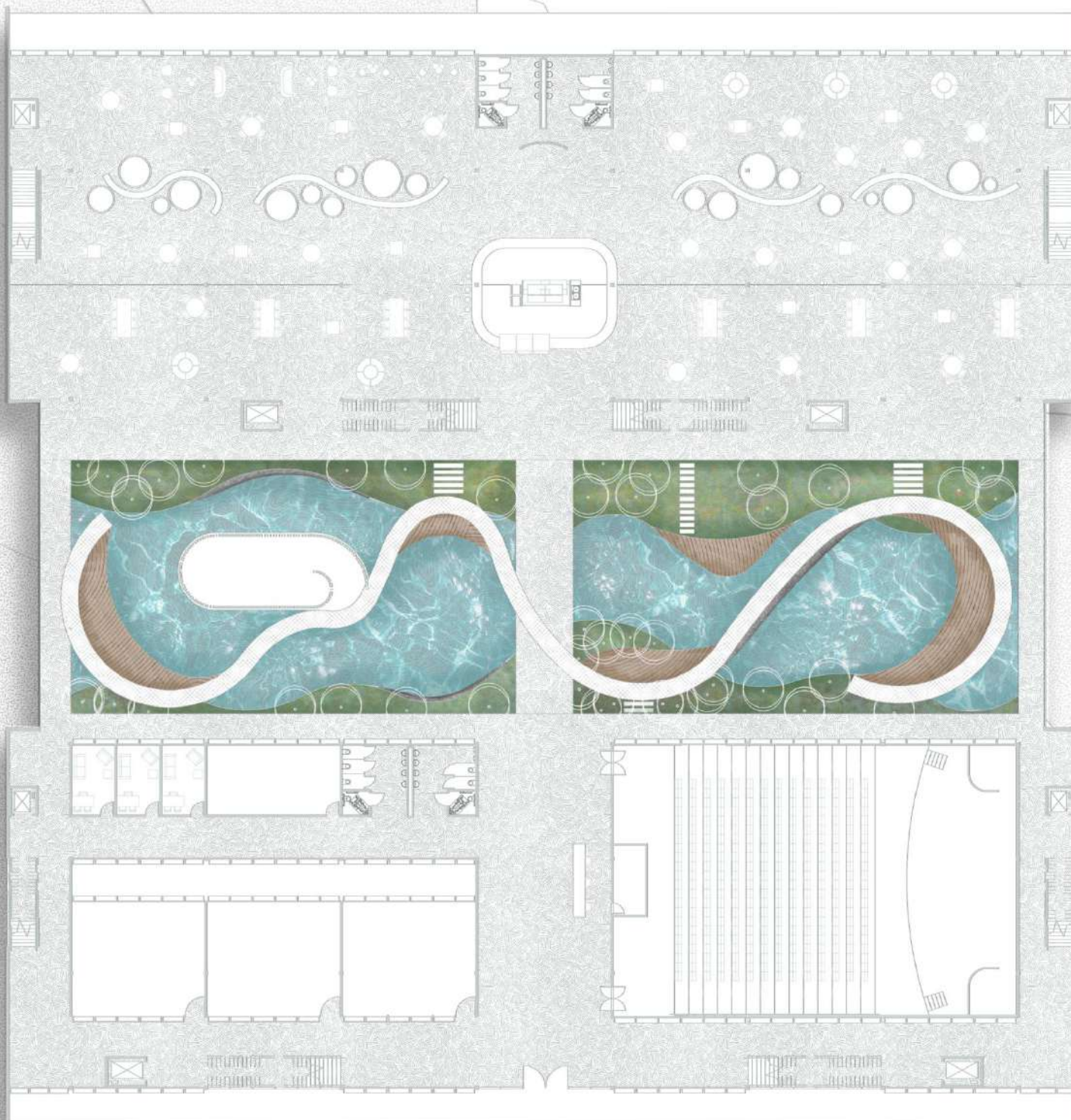




jardim interno· um espaço de paz e contemplação

Enquanto a concepção dos blocos segue uma modulação e é mais ortogonal, o desenho do jardim interno faz um contraponto à essa lógica e introduz um novo material ao projeto: a madeira.

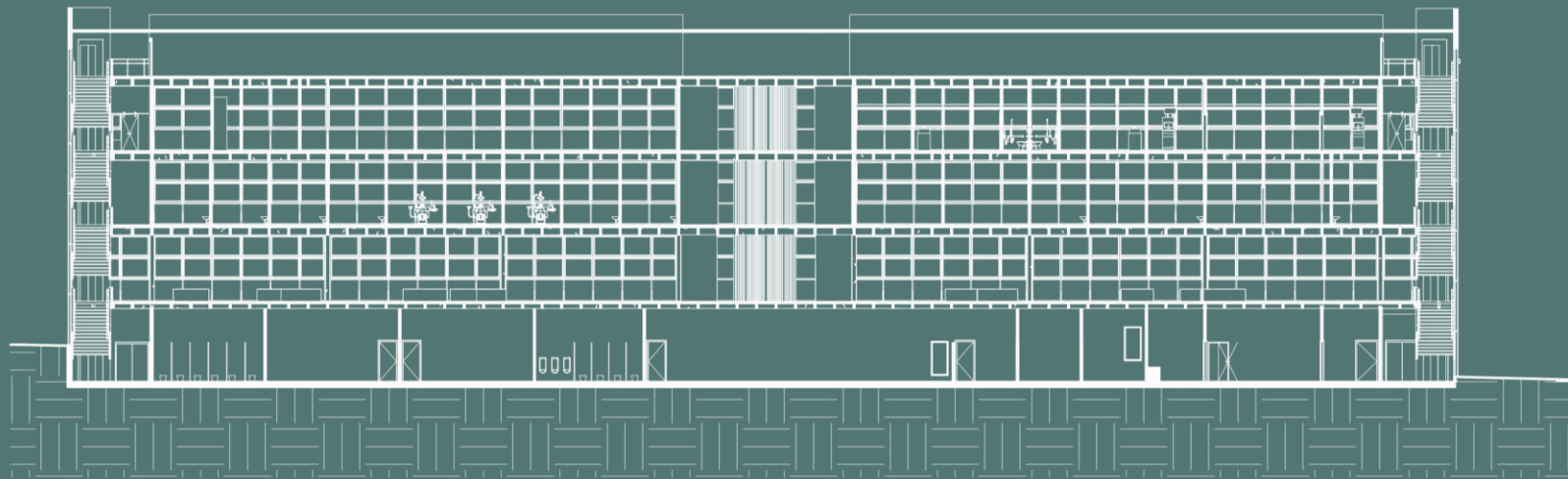
As curvas que perpassam momentos de água e momentos de vegetação criam um percurso contemplativo e calmo, instigando a diminuição da euforia e da pressa para descobrir cada momento. O caminho curvo principal leva a espaços de estar em decks de madeira. O trabalho com árvores e plantas arbustivas (mais altas) fazem com que esses espaços sejam mais contemplativos. Os pequenos caminhos de pedra com aspersores baixos trazem a sonoridade da água. O caminho principal também leva à Capela, com estrutura em montantes de madeira, que é um lugar de paz e calma das angustias, sendo elas causadas por doenças ou outros motivos.





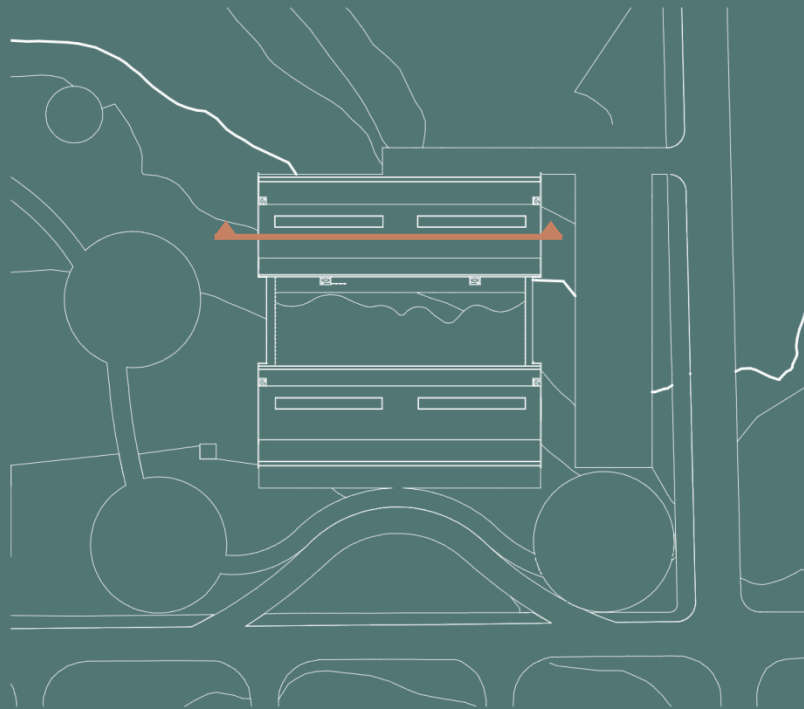


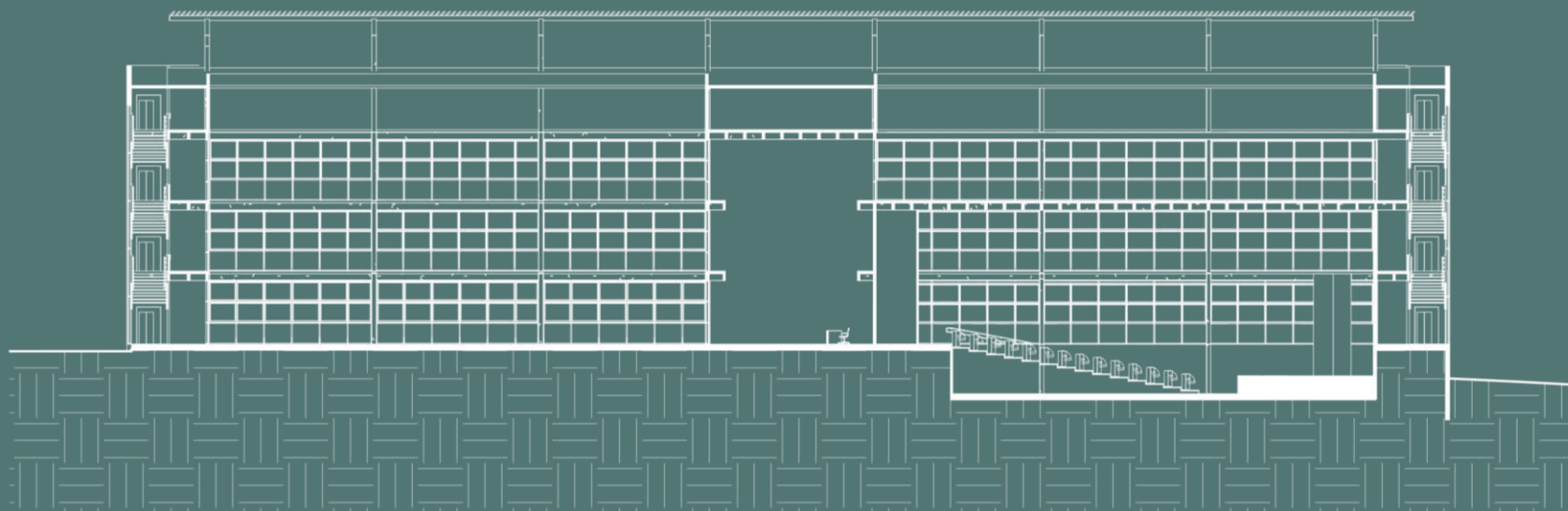




CORTE AA'

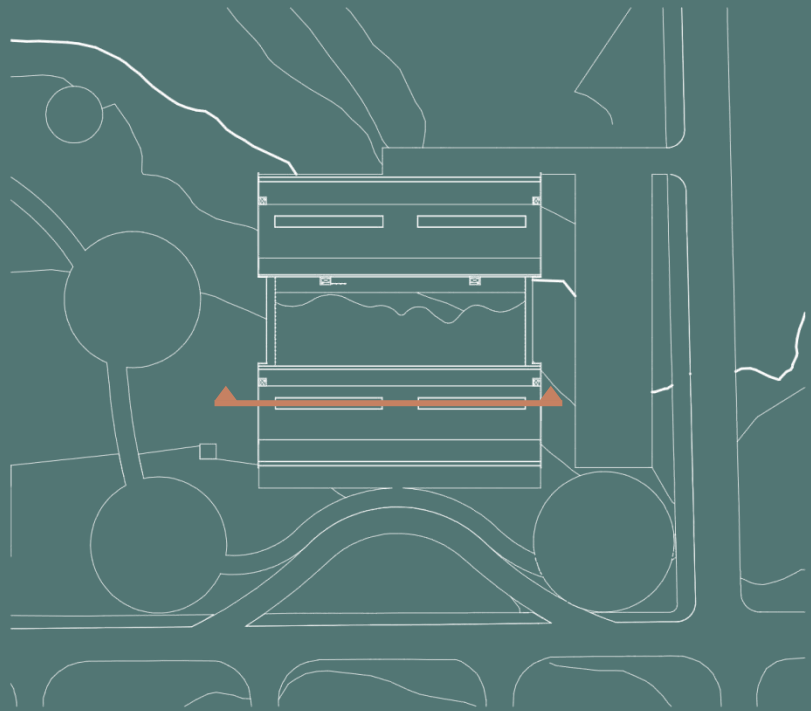
1:400

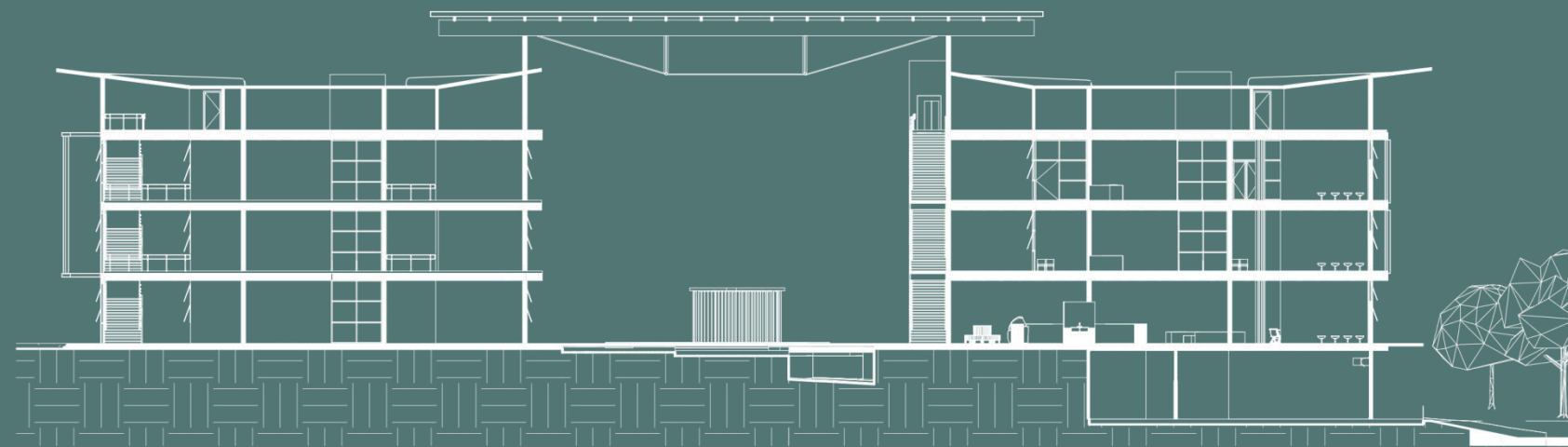




CORTE BB'

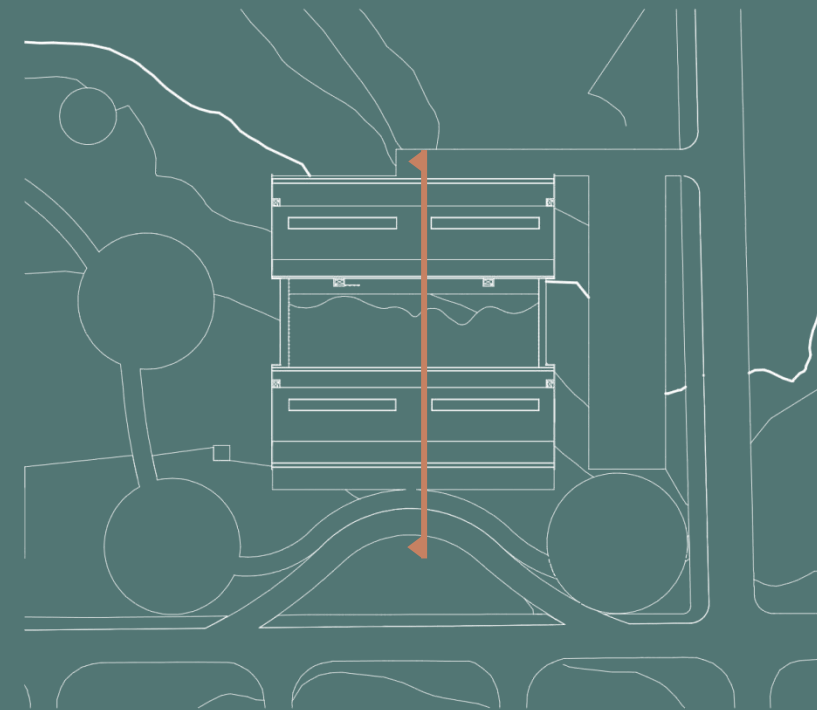
1:400



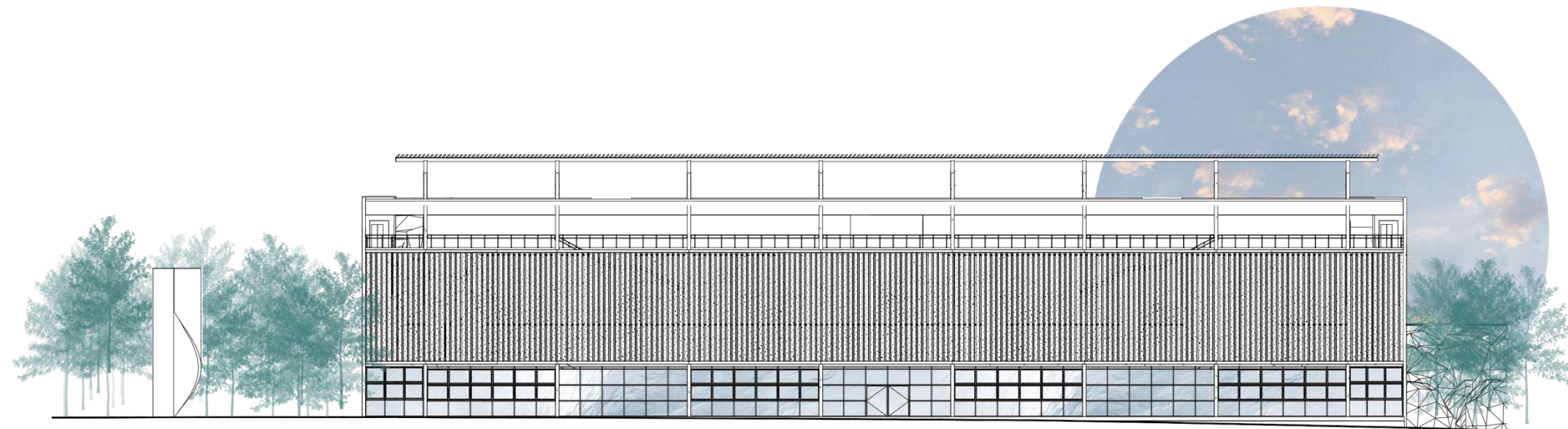


CORTE CC'

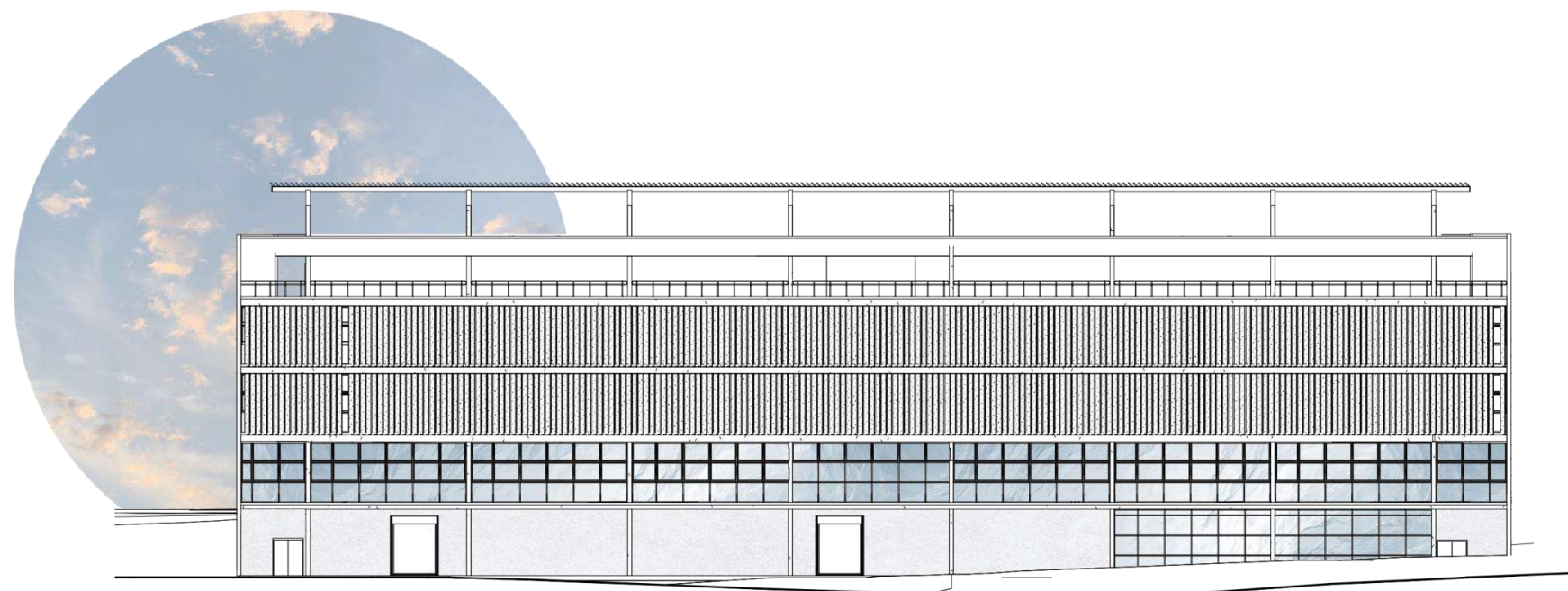
1:400



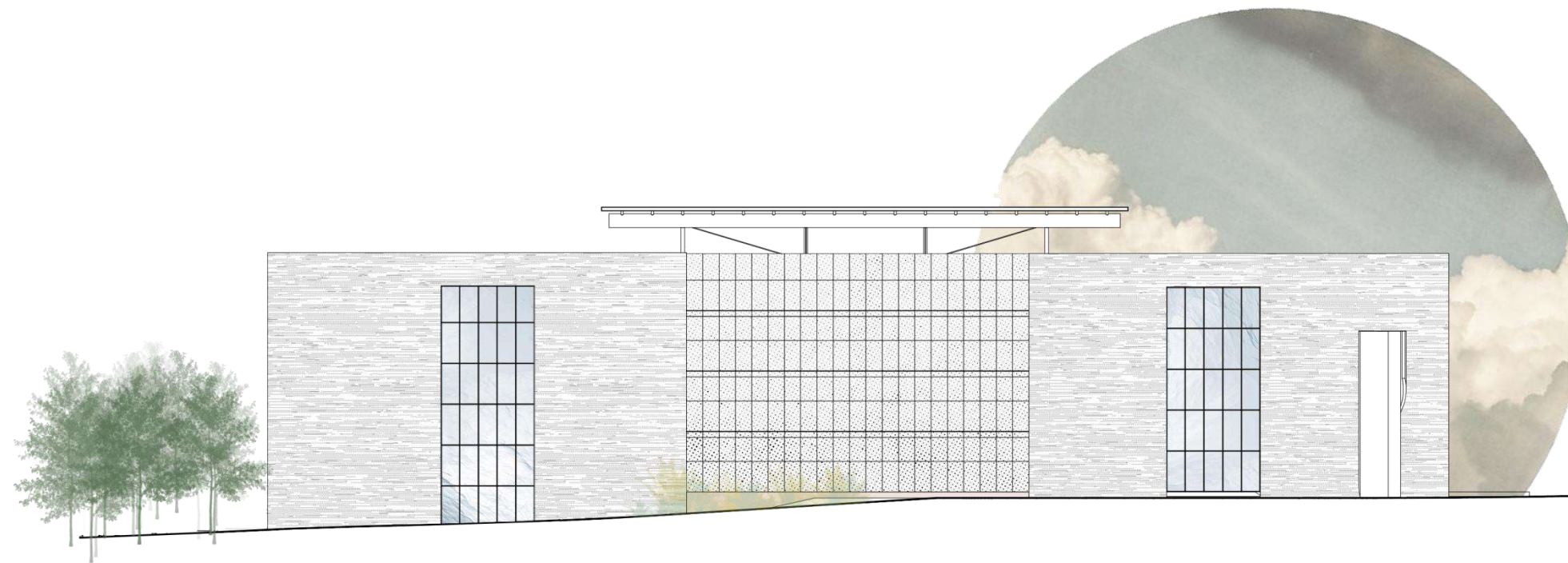




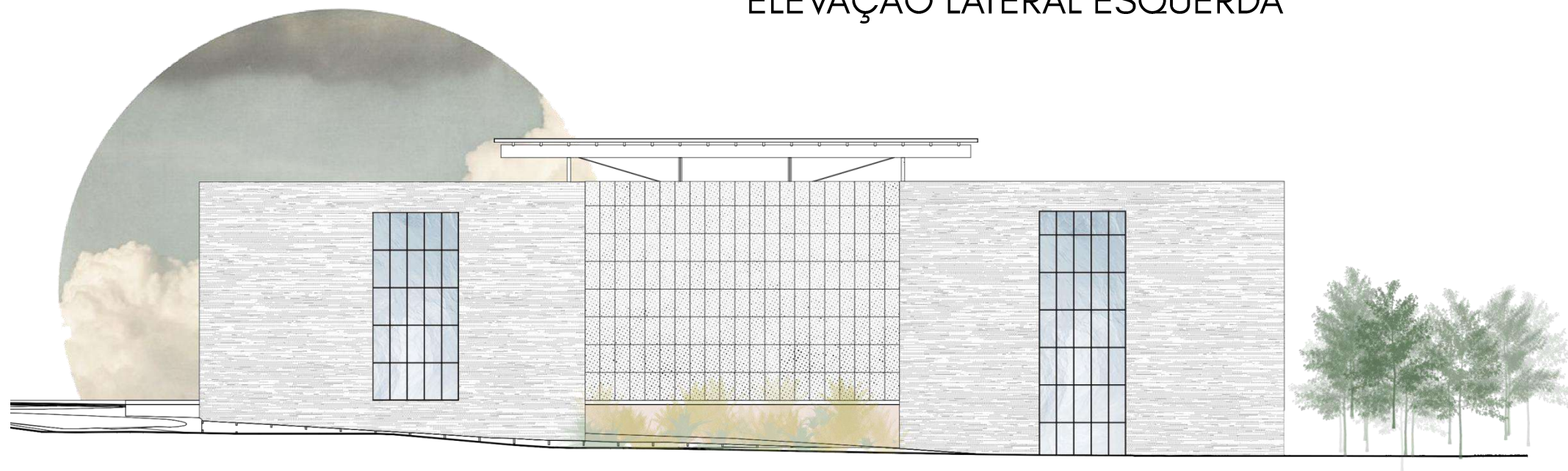
ELEVAÇÃO FRONTAL



ELEVAÇÃO POSTERIOR



ELEVAÇÃO LATERAL ESQUERDA

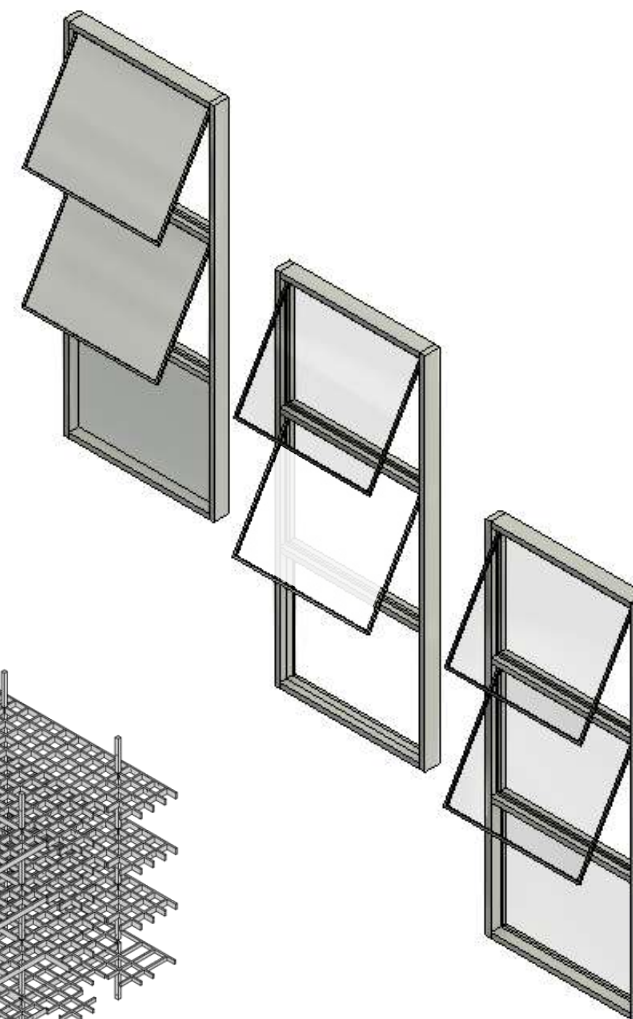
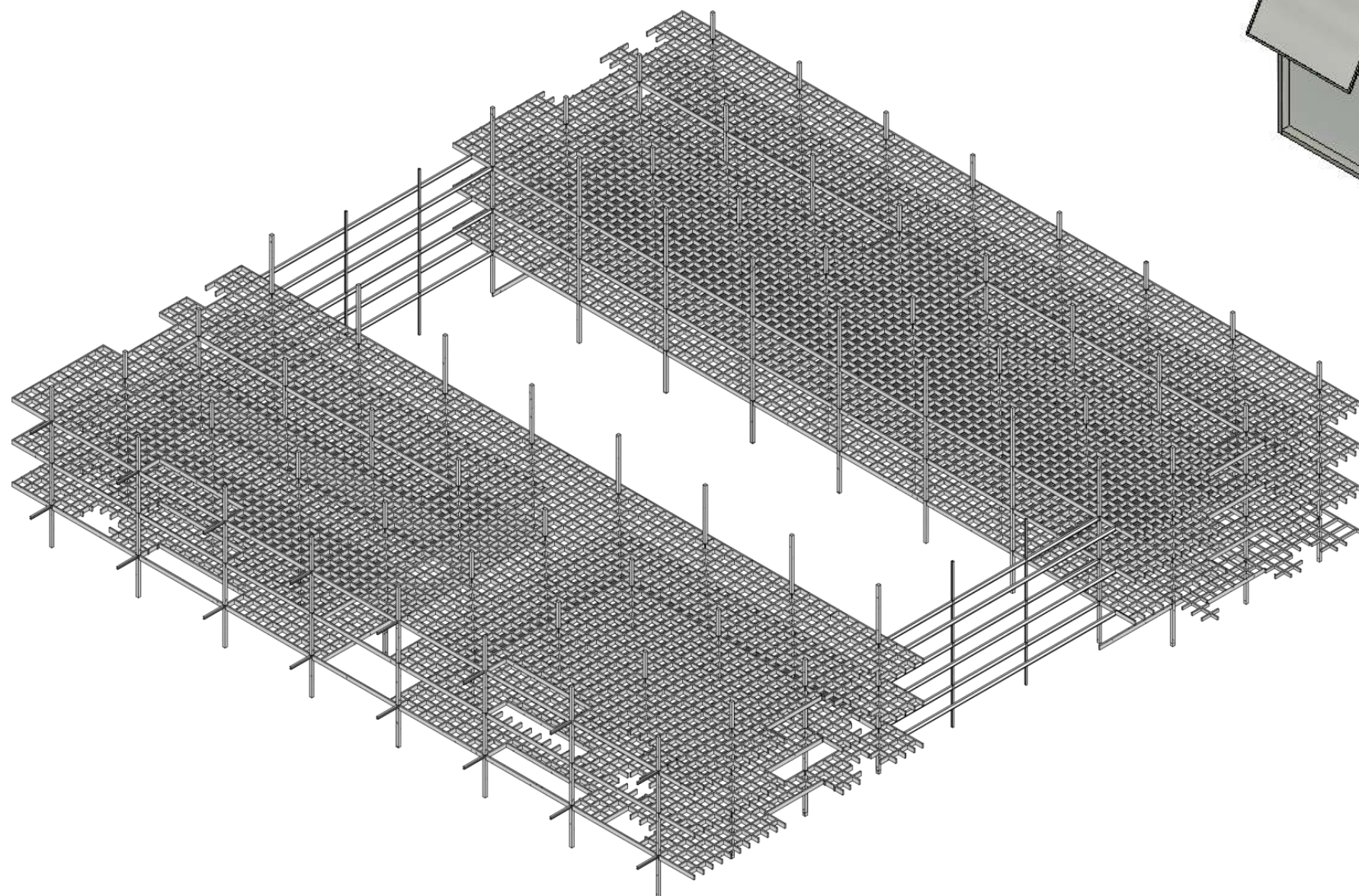


ELEVAÇÃO LATERAL DIREITA





A estrutura dos blocos é em concreto armado, com pilares de 25x25cm e laje nervurada, com nervuras de seção 12x40cm, que fazem a função de vigas e laje de 15cm. A modulação é de 8x9,45 metros.



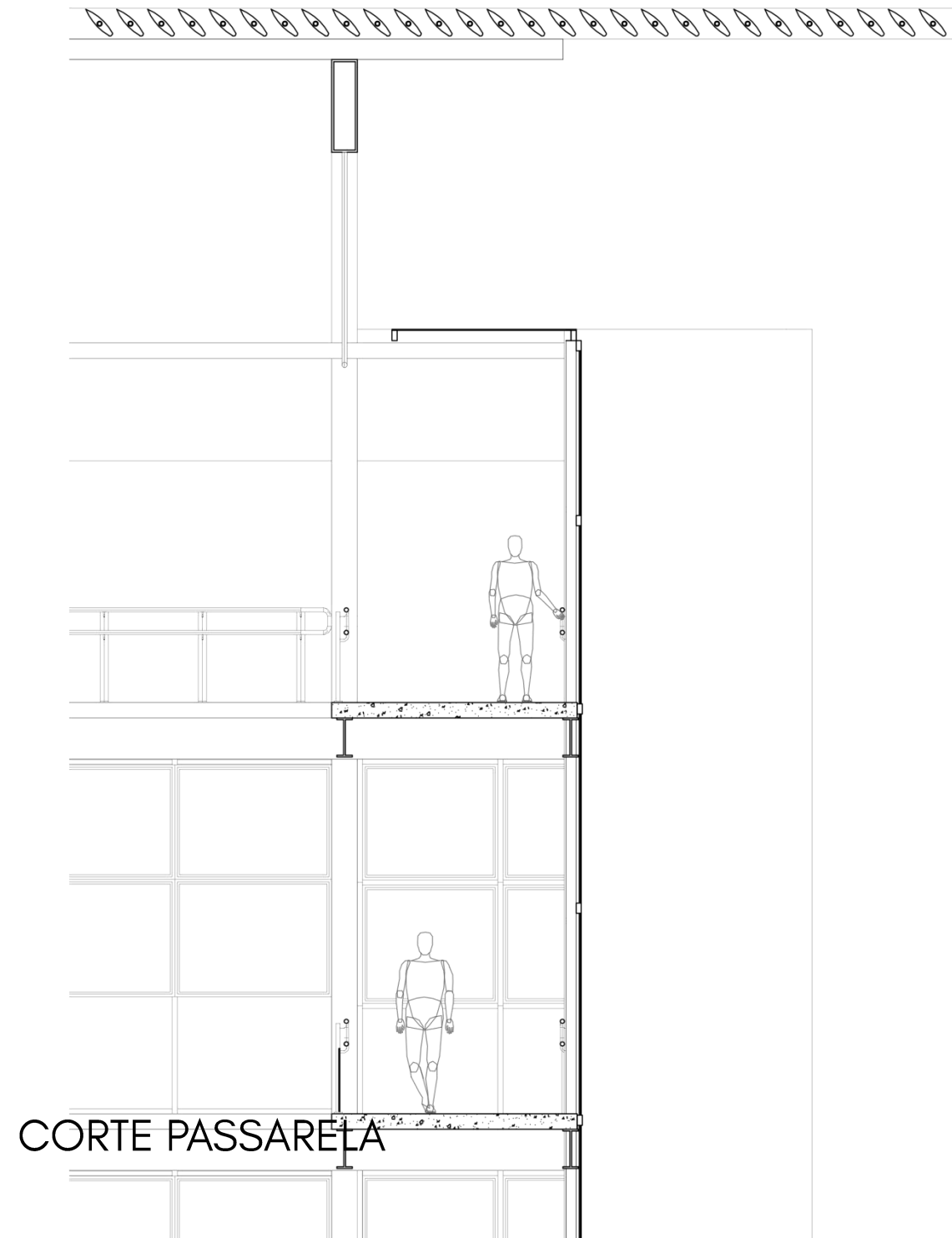
Além das paredes de alvenaria que dividem os ambientes, a maior parte dos fechamentos que dão para áreas externas são de painéis cortina, com montantes a cada 1,20m de altura, proporcionando peitoril e janelas em duas alturas. Isso permite mais controle da ventilação natural. Entretanto, certos setores precisam de maior ou menor iluminação e ventilação, então é proposto diferentes fechamentos para esses painéis:

Vidro comum, temperado: permite passagem total de iluminação natural.

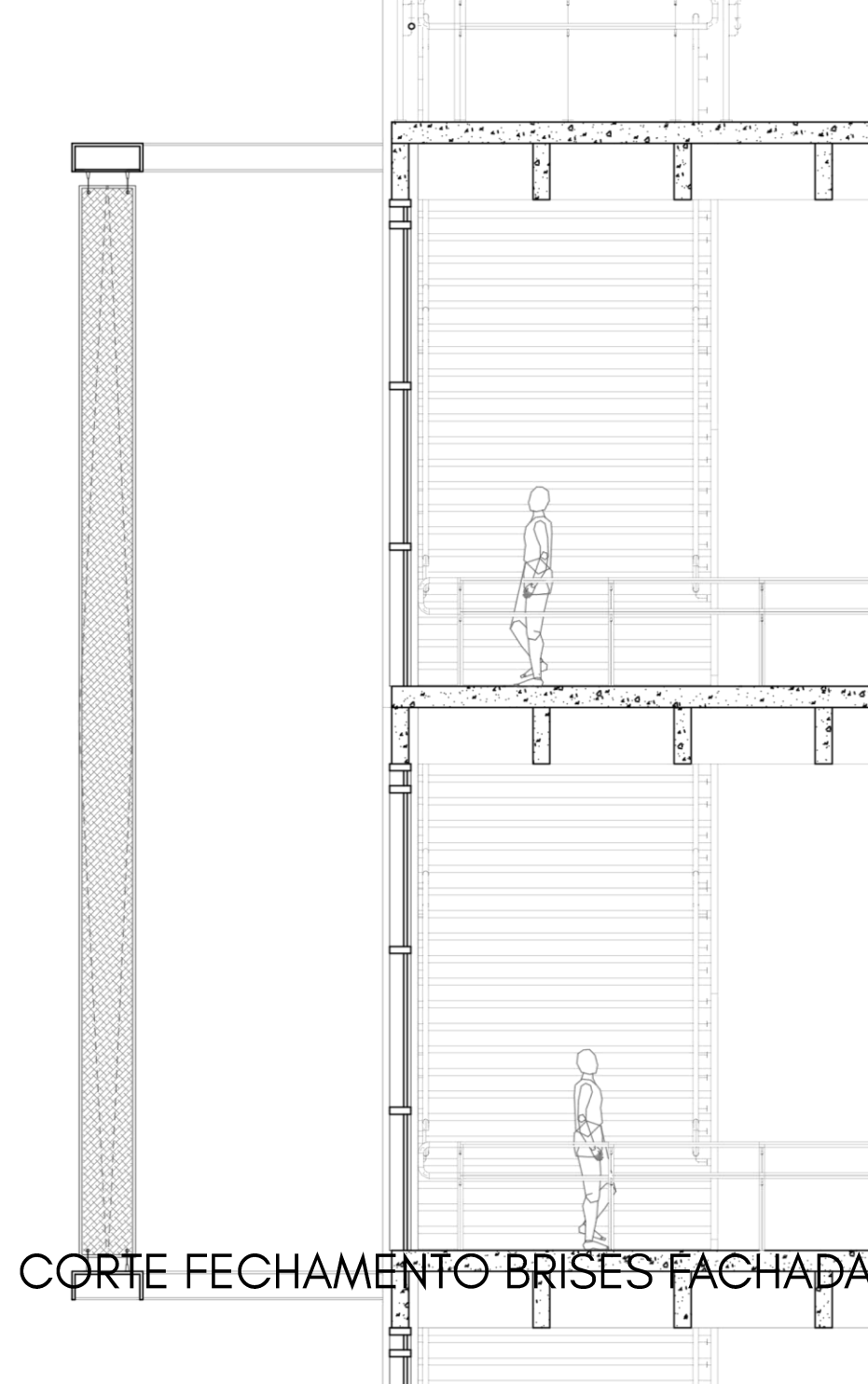
Vidro leitoso: proporciona maior privacidade para os ambientes, já que é mais opaco, mas ainda sim permite certa passagem de iluminação natural.

Fechamento sólido: Impede totalmente a passagem de luz solar e iluminação natural. É próprio para o setor de diagnóstico por imagem, que possui controle mais rigoroso da luz.

É importante destacar que certas salas, como a de raio-X e mamografia, precisam de um trabalho maior nesses fechamentos, para controle da radiação, com chapa de chumbo, por exemplo.



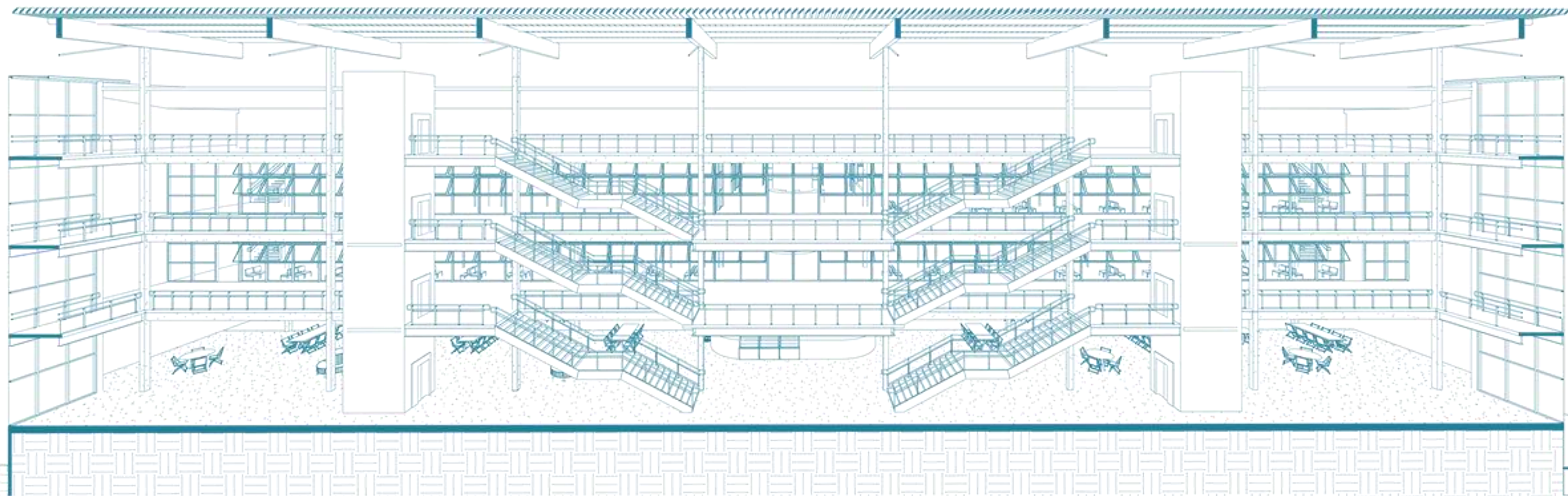
CORTE PASSARELA



CORTE FECHAMENTO BRISES FACHADA FRONTAL

Todas as estruturas secundárias são metálicas: a cobertura do jardim interno é feita com vigas-vagão para vencer o vão de 24m, com seção principal de 90x25cm e altura total de 3,15m. A cobertura é através de brises metálicos. Os brises das fachadas também são de estrutura metálica e fechamento em chapa expandida engastada na estrutura de concreto dos Blocos.

As passarelas também são de estrutura metálica com vigas em I de 15x40 e pilarem em I de 15x15 que respeitam a modulação do restante do projeto. O fechamento das passarelas também é de chapa expandida, que permite ventilação natural e proporciona certo grau de privacidade, já que não é totalmente translúcido.



memorial de renders



















referências

Banco de Leite Humano: Funcionamento, Prevenção e Controle de Riscos, (Série Tecnologia em Serviços de Saúde), Ministério da Saúde, Brasília, 2008

BITENCOURT, Fábio. **Arquitetura do ambiente de nascer: reflexões e recomendações projetuais de arquitetura e conforto ambiental**. Rio de Janeiro: Rio Book's, 2008.

BROSS, João Carlos, **Compreendendo o Edifício de Saúde**: Série Gestão em Saúde (FGV) v.2. São Paulo: Atheneu, 2013.

COELHO, Guilherme. **A ARQUITETURA E A ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO**: Humanizando o Espaço. Orientador: Prof. Dr. Mauro César de Oliveira Santos. 2003. 144 f. Dissertação de Mestrado (Pós-graduação em Arquitetura, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

GÓES, Ronald, **Manual Prático de Arquitetura Hospitalar**. 2ª ed. rev. e aum. São Paulo: Blucher, 2011.

Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, Saúde da Família, Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção à Saúde, 2ª. Edição, Série A, Normas e Manuais Técnicos, Brasília, 2008

Manual de Gestão de Alto Risco, 6ª edição, Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção Primária à Saúde – Série A. Normas e Manuais Técnicos, Ministério da Saúde, Brasília, 2022

Normas Casa de Parto Natural, Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde, Portaria número 353 de 14 de fevereiro de 2017 – Aprova as diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Natural

OLIVEIRA, Ana Emília Figueiredo de; BRITO, Luciane Maria de Oliveira; et al. **Saúde da Mulher** (Cadernos de Saúde da Família, número 10), São Luís, EDUFMA, 2017

Programação Arquitetônica de Unidades Funcionais de Saúde, Volume 3 – Apoio ao Diagnóstico e à Terapia (Imagemologia), Brasília, 2013

Resolução RDC número 50, de 21 de fevereiro de 2002, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – **Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**.

A Brief History of Women's Health, 2021 <http://www.aspivix.com/a-brief-history-of-womens-health> , acesso em 03/07/2023

O RENASCIMENTO do Parto. Direção: Eduardo Chauvet. Produção: Eduardo Chauvet, Érica de Paula. [S. l.: s. n.], 2013. Disponível em: <https://www.netflix.com/br/title/80995575>. Acesso em: 28 dez. 2022.

Góes, Ronald de, **Manual prático de arquitetura para clínicas e laboratórios**, 2ª ed. Ver. E ampl. – São Paulo, Blucher, 2010

Lima, João Filgueiras, **Arquitetura: uma experiência na área de saúde** – São Paulo, Romano Guerra Editora, 2012