A arquitetura do ambiente de nascer: aspectos históricos

*The birth environment architecture:
historical features*

*La arquitectura del ambiente de nacer:
aspectos historicos*

O trabalho apresenta uma revisão bibliográfica referente à evolução histórica dos ambientes e dos procedimentos destinados ao parto e ao nascimento. As diferentes formas de definir o ambiente adequado para o evento do parto, têm relação histórica com diversos momentos do desenvolvimento social e cultural e, também, com a tipologia arquitetônica das edificações com tal função. Portanto, a concepção arquitetônica para o conforto e adequado funcionamento do centro obstétrico, é um fator que pode desempenhar um significativo papel na qualificação e humanização dos processos e no estabelecimento de atitudes de valorização do parto normal.

This article presents a bibliographic revision referring to the historical evolution of the birth environments. The different ways to define the suitable environment to the event of parturition and birth has a historical relation with the several moments of the social and cultural development and also with the different solutions of architectural design and building. It analyses the health care design contribution in the obstetrical unit as a factor who can perform an innovative and more human perspective on the natural birth process and providing an ambient that encourages active participation and awareness.

El trabajo presenta una revisión bibliográfica concerniente a la evolución histórica de los ambientes y de los procedimientos que se destinan a el parto y al nacimiento. Las distintas maneras de definición del ambiente adecuado para el evento de parto, conduce a una relación histórica con los diversos instantes del desarrollo social, cultural y, claro, con la tipologia arquitectural de las edificaciones con tal función. Por tanto, la concepción de la arquitectura para el confort y el adecuado funcionamiento de instalaciones de atención obstétrica esencial integral es un factor que puede cumplir un significativo papel en la valoración de los procesos y en la consolidación de actitudes que permitan la valorización del parto natural.

Palavras-chave: arquitetura, maternidade, medicina, nascimento, parto.

Autores:

Fábio O. Bitencourt Filho

Arquiteto; Mestre em Arquitetura; Professor de Ergonomia e Conforto Ambiental da Universidade Estácio de Sá; Arquiteto da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

E-mail: f.bit@casashopping.com.br

Maria Tereza Fonseca da Costa

Médica; Mestre em saúde Pública; Coordenadora Adjunta do Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá; Pediatra do Hospital Municipal Lourenço Jorge.

E-mail: coordclin@estacio.br

Introdução

O presente trabalho procura contribuir na avaliação de ambientes de saúde, particularmente os centros obstétricos, a partir do conhecimento histórico da evolução das edificações hospitalares com a função de maternidade, concebidas dentro de critérios de planejamento arquitetônico e paradigmas que caracterizam situações temporalmente distintas e circunstâncias específicas da atenção à saúde da mulher e da criança, no parto e no nascimento.

A necessidade da modificação de alguns procedimentos médicos e a conseqüente compatibilização e adequação da arquitetura das maternidades passaram a determinar modelos e tipologias arquitetônicas que resultaram no fortalecimento do conceito

e da necessidade de estabelecer, fundamentalmente, o usuário como foco principal.

Se podemos afirmar que o hospital é o primeiro de todos os organismos dedicados a defender a vida e a saúde das pessoas, com todos os componentes estruturais e humanos que a própria definição implica, conforme recomenda a OMS - Organização Mundial da Saúde, o hospital-maternidade representa a síntese mais objetiva, pragmática e precisa de tal definição (GIGLI, 1993).

O edifício destinado às atividades de atenção ao parto e ao nascimento deve contemplar e dispor de características arquitetônicas que, embora tenham a responsabilidade intrínseca do serviço com a complexidade dos procedimentos médicos e de enfermagem, apresentem a conformação de ambiente o mais próximo possível da atenção às necessidades específicas e próprias da sensibilidade da mulher/gestante.

Há, portanto, que se considerar na sua implantação, através do processo criativo de planejamento da arquitetura, os elementos que transcendem os limites estabelecidos pela rigidez dos regulamentos, dos códigos edíficos e pelo tecnicismo dos equipamentos que a demanda da atualidade biomédica impõe, compatibilizados com a expectativa de ambiente não-estressante que o evento do parto possa proporcionar (BITENCOURT, 2002).

A arquitetura do ambiente de nascer, aspectos históricos

Ao longo do processo histórico que caracteriza a evolução das diversas formas de implantação da atenção obstétrica ao parto e ao nascimento, conforme analisado por Nadine Lefaucheu em "La création des services de maternité et des accoucheurs des

hospitaux parisiens" (MUSÉE, 2002) e ainda, conforme descrito no livro denominado *Der Schwangeren Frauen und Hebammen Rosengarten* (*Rosengarten para Grávidas e Parteiras*), escrito em 1513 por Eucharius Rösslin, médico alemão da Cidade de Wörms, o procedimento característico mais frequente era o deslocamento das parteiras ao domicílio das parturientes, figura abaixo:

Figura 1 - Capa de um capítulo do *Rosengarten* (*Rosengarten para Grávidas e Parteiras*), livro de Eucharius Rösslin, publicado em 1524 em Augsburg, Alemanha. Quarto onde se realizou um parto, com a puerpera sendo atendida pela parteira, enquanto a criança está sendo banhada. Gravura de Gustave Klein, Londres, século XVI.

Fonte: The Wellcome Library, nº A013357

Esse foi o primeiro registro publicado descrevendo os procedimentos do parto e do nascimento que estabelecia uma orientação prática para o referido evento. (RHODES, 1995 p.14). Tal prática permaneceu inalterada até meados do século XIX, onde, segundo Lefaucheu, raramente qualquer procedimento de parto realizava-se no "hospital ou mesmo em qualquer sala de medicina ou de cirurgia, onde uma centena de leitos reservados às mulheres ficava sem uso". (MUSÉE, 2002, p.76)

Figura 2 - Enfermaria obstétrica feminina, New York, USA. Fotografia de W. Abatt, 1889.

Fonte: The National Library, nº AO16207

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

Essa disputa pela atividade de execução dos procedimentos do parto foi, ao longo do século XVIII e XIX, motivo de grandes conflitos entre a classe médica e as parteiras (MUSÉE, 2002). Movimentos sociais, disputas profissionais e de conceitos estabeleceram a gradativa transferência da realização do parto para o interior da edificação hospitalar, no entorno do mesmo, ou mesmo em estruturas físicas completamente independentes. Diferentes estratégias e conformações para o espaço construído, destinadas aos procedimentos de atenção materno-infantil começam a consolidar-se ao final do século XVIII, conforme vista de enfermaria feminina obstétrica do hospital norte-americano de New York apresentado na figura 2.

Para cada período, vão sendo estabelecidas plantas arquitetônicas específicas que simbolizam variações compatíveis com distintas formas de ocupação e de tipologia construtiva, conforme descrito por Lefaucheu (op. Cit., 2002).

Uma das primeiras situações registradas na história da arquitetura e da obstetrícia, de edificação destinada especificamente à função de atenção ao parto e ao nascimento foi o Pavilhão de Isolamento da Maternidade de Paris, França, construída em 1875 conforme planta baixa apresentada a seguir, Figura 3. Durante o período de 1876 a 1880, a razão de mortalidade materna em Paris era de 2.326 para cada 100.000 partos realizados (1 registro de óbito em cada 43 partos realizados), face às condições de assistência perinatal e às altas taxas de infecção hospitalar (DAVIS-FLOYD, 1994).

Figura 3 - Fachada, corte e planta baixa do Pavilhão de Isolamento da Maternidade de Paris, 1875.

Fonte: Musée de L'Assistance Publique, 1995, p. 70

Cada edifício construído com a função de atenção ao parto e ao nascimento contém, representado em suas próprias características e tipologias construtivas, o conjunto de elementos que contribuíram sistematicamente para a compreensão histórica da

arquitetura dos ambientes destinados a tais funções. Essa representação histórica e a evolução da transformação dos procedimentos que ali se estabeleceram ou se praticaram, passaram por movimentos sociais e construção de “modelos sociais predominantes que impediram a mulher de participar e ser sujeito pleno de sua própria história”. (BRASIL, 2001, p.12)

Desde as primeiras referências aos hospitais como “domus dei” (casa de Deus) ou “domus pauperum” (casa dos pobres), sempre implantados junto a catedrais (Figura 4) e conforme documento localizado no ano de 1232 em Esslingen, Alemanha, encontram-se os mais primitivos vínculos à existência de espaços públicos especificamente destinados ao atendimento de mulheres em trabalho de parto. Pois, conforme descrito nas *Leis Cristãs Ocidentais de São Benedito*, Capítulo 53 “todo visitante que chegar deve ser tão bem recebido como se fosse Cristo” “omnes supervenientes hospites tamquam Christus suscipiantur” (PEVSNER, 1997, p.139).

Figura 4 - Vista da fachada principal do Hôpital de L'Hotel Dieu, localizada na Praça, onde está a Catedral de Notre Dame, Paris. Desenho de A. Pugin, 15 de fevereiro de 1830.

Fonte: PEVSNER, 1977, p.140.

A função do espaço destinado à maternidade no conjunto do hospital começa a consolidar-se como um desenho e ambientes específicos, a partir do século XIX, embora o modelo tradicional dos serviços de Obstetrícia tenha sido estabelecido de forma mais intensa no período pós-Segunda Guerra Mundial.

As primeiras unidades obstétricas hospitalares foram construídas entre 1940 e 1970 nos EUA e entre 1920 e 1970 na França, consistindo de um conjunto de salas para procedimentos específicos e individualizados - as equipes de enfermagem eram, conseqüentemente, especializadas para cada etapa do parto e nascimento (MUSÉE, 1995, p.101).

A rotina dos procedimentos de enfermagem com a parturiente começava na sala de pré-parto ou na enfermaria, monitorando o progresso do trabalho de parto, das contrações iniciais ao estágio intermediário até o nascimento estar iminente. Nesse momento, a mulher era transferida rapidamente do seu leito para uma maca de transporte - cama elevada e móvel com sistema de rodízios, utilizada para transferir usuários de serviços de saúde, impossibilitados de deambular, de um setor para outro - e conduzida à sala de parto, ambiente semelhante a uma sala cirúrgica onde, então, era novamente transferida da maca para uma mesa de parto ou mesa obstétrica (LERMAN, 2002, p. 4).

A tendência predominante ao longo dos anos 50 e 60 era o adormecimento completo da parturiente e o confinamento na sala

obstétrica/cirúrgica para a realização do procedimento cirúrgico que, ao longo dos anos 70, passou à utilização de medicamentos para controle da dor que poderiam variar de um leve adormecimento a fortes anestésicos intravenosos, até mesmo à analgesia peridural, onde o corpo ficava paralisado (sem sensibilidade) da cintura para baixo.

Também, neste período e conforme LERMAN (2002), em alguns poucos hospitais - maternidades, espelhos portáteis eram trazidos para a sala de parto e a mesa era, então, inclinada para oferecer à mulher mais flexibilidade, envolvimento e percepção do momento do nascimento.

Não era comum que a administração do Hospital permitisse aos acompanhantes, sequer ao pai, acessarem ao centro obstétrico para acompanharem o parto. No entanto, sempre existia a possibilidade de estabelecer-se negociações com a equipe médica no sentido da concessão do acesso. Esta concessão é vista atualmente como um procedimento que deve atuar de forma plenamente integrada e complementar aos padrões de humanização e participação da família na atenção ao nascimento.

Da sala de parto, o procedimento mais comum era transferir a mãe para uma sala de recuperação pós-anestésica (RPA) para ser monitorada por uma ou duas horas e, a partir daí, novamente ser transferida para a sala de pós-parto ou enfermaria convencional.

Quanto à criança, após o nascimento, inicialmente era conduzida a um espaço próprio - o berçário - onde era envolta em completos cuidados de enfermagem com o objetivo de permitir maior flexibilidade para que a mãe ou o pai pudesse cuidar do filho à noite (ou durante o dia).

No livro *A Arte de Projetar em Arquitetura*, Ernst Neufert (1936) apresenta um desenho esquemático, conforme Figura 5, onde a puerpera é representada deitada e recebendo o filho através de uma cama/berço que se desloca sobre trilhos para o interior da enfermaria, onde a mesma se encontra. Do lado externo, a enfermeira aguarda o contato e observação materna, na expectativa da imediata devolução da criança, que será reencaminhada ao berçário. Este livro teve a sua primeira edição publicada em 1933 na Alemanha e mesmo após dezenas de edições e revisões, permanece até hoje com a mesma ilustração e conceitos apresentados no texto original, conforme apresentado abaixo.

“Para os recém-nascidos são necessárias duas ou mais salas separadas das ocupadas pelas mães, mas dando para o mesmo corredor, assim como uma sala de isolamento o mais afastada possível da dos outros recém-nascidos. Habitualmente os recém nascidos não ficam com as mães, excepto em casos especiais. Ficam geralmente em boxes de 4 a 8 berços”. (NEUFERT, 1976, p. 396)

Figura 5 - Quarto de puerpera com berço de correr, de acordo com desenho apresentado no livro *A Arte de Projetar em Arquitetura*, a primeira edição publicada na década de 30, na Alemanha.

Fonte: NEUFERT, 1976, p. 393.

O período de internação do puerpério imediato no hospital foi, gradativamente, sendo reduzido de 10 dias no princípio dos anos 50, para 5 dias nos anos 70 e menos de 48 horas no final dos anos 80 e princípio de 1990. Este período tem sido recomendado pela necessidade de manutenção de um período de segurança e de observação, variando entre 24 e 48 horas, conforme as características do procedimento e da intervenção médica adotada (LERMAN, 2002).

Significativas mudanças na atitude do parto e do nascimento nas duas últimas décadas têm promovido importantes impactos nas alterações do ambiente físico, destinado a prover o atendimento da mulher e do neonato (o período neonatal compreende do 1º ao 28º dia de vida, denomina-se *neonato* a criança com idade de 0 a 28 dias). Uma grande variedade de projetos arquitetônicos e concepções e do centro obstétrico e cirúrgico e dos demais ambientes de atenção ao parto tem proliferado, refletindo, de alguma forma, as mudanças filosóficas e práticas de abordagem do nascimento.

Considerações Finais

Não se pode negar que a arquitetura dos ambientes de saúde compreende mais que uma atividade funcional, caracterizada pela responsabilidade social que comporta. Importante destacar também que, a diversidade de estratégias construtivas e alternativas de viabilização projetuais para a edificação de maternidades, preservando a dignidade necessária dos profissionais de saúde e mantendo atitudes de humanização do atendimento, são também responsabilidades inerentes à atividade e à competência profissional do arquiteto.

Também deve ser uma de suas preocupações, o processo produtivo da elaboração do projeto arquitetônico, o exato entendimento de que a construção destina-se a uma arquitetura humana, que deve respeitar as suas expectativas e que somente consolidar-se-á com a ocupação produtiva dos diversos atores que a compõem – clientes, visitantes e profissionais de saúde. A história da arquitetura, particularmente dos ambientes de saúde, recomenda que não haja um projeto *standardizado*, padronizado, replicável indiferentemente e sob as diversas condições ambientais. O próprio meio ambiente encarregar-se-á de negá-lo. A tipologia da arquitetura representará a leitura de informações científicas e culturais, muito mais que informações técnicas sobre materiais de construção ou práticas construtivas *de per se*.

O conhecimento de diferentes momentos históricos e das relações sócio-culturais que determinaram transformações nas expectativas sobre o ambiente de parto e do nascimento é, portanto, um importante subsídio para o estabelecimento de uma profunda revisão na arquitetura das maternidades na atualidade, privilegiando, fundamentalmente, a humanização do ambiente de nascer.

Referências Bibliográficas

- BITENCOURT, Fábio. *Espaço e promoção de saúde: a contribuição da arquitetura ao conforto dos ambientes de saúde*. In:—. *Saúde em foco*. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (Informe epidemiológico em saúde coletiva). Rio de Janeiro: 23, jul / 2002, p. 35-46 (ISSN 1519-5600).
- CARMICHAEL, Ann G. & RATZAN, Richard M. *Medicine: a treasure of art and literature*. Wantagh (New York): Beaux Arts Editions, 1991. 376 p.
- DAVIS-FLOYD, R. E. *The rituals of American hospital births in conformity and conflict: readings in cultural anthropology*. 8 ed. Harper Cooling (New York): David Mc Curdy ed, 1994. p. 323-340.
- GIGLI, Guido. *Esperienze, progetti, normative e tecnologie*. Roma (Itália): Gangemi Editore, 1993. 204 p. il.
- LERMAN, Alice. *Birth environments, emerging trends and implications for design*. Center for Architecture and Urban Planning Research, University of Wisconsin (Milwaukee): 2002. 143 p. il.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. In:—. *Secretaria de políticas de saúde: área técnica de saúde da mulher*. Brasília, 2001. 199 p. il.
- MUSÉE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE – HÔPITAUX DE PARIS. *L'heureux événement: une histoire de l'accouchement*. Paris (França): 1995. 180 p.
- . *Demain sera meilleur: hôpital et utopies*. Paris (França): 2002. 180 p. il.
- NEUFERT, Ernst. *Arte de projetar em arquitetura*. Trad. 21. ed alemã. 7. ed. São Paulo: Editorial Gustavo Gili, 1976. 432 p. il.
- PEVSNER, Nikolaus. *A history of building types*. Princeton (New Jersey): Princeton University Press, 1976. 352 p.
- RATTO DE LIMA, Kátia Maria. *Maternidade Leila Diniz (1994-1996): nascimento de um novo profissional de saúde*. Dissertação de Mestrado. Área de concentração: Saúde da criança. Orientadora: Sherrine Maria Nejaine Borges. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, 1997. 228 p. il.
- RHODES, Phillip. *A short story of clinical midwifery: the development of ideas in the professional management of childbirth*. England: Books for Midwives Press, 1995. 187 p. il.