

VESTÍGIOS – Revista Latino-Americana de Arqueologia Histórica  
Volume 17 | Número 2 | Julho – Dezembro 2023  
ISSN 1981-5875  
ISSN (online) 2316-9699

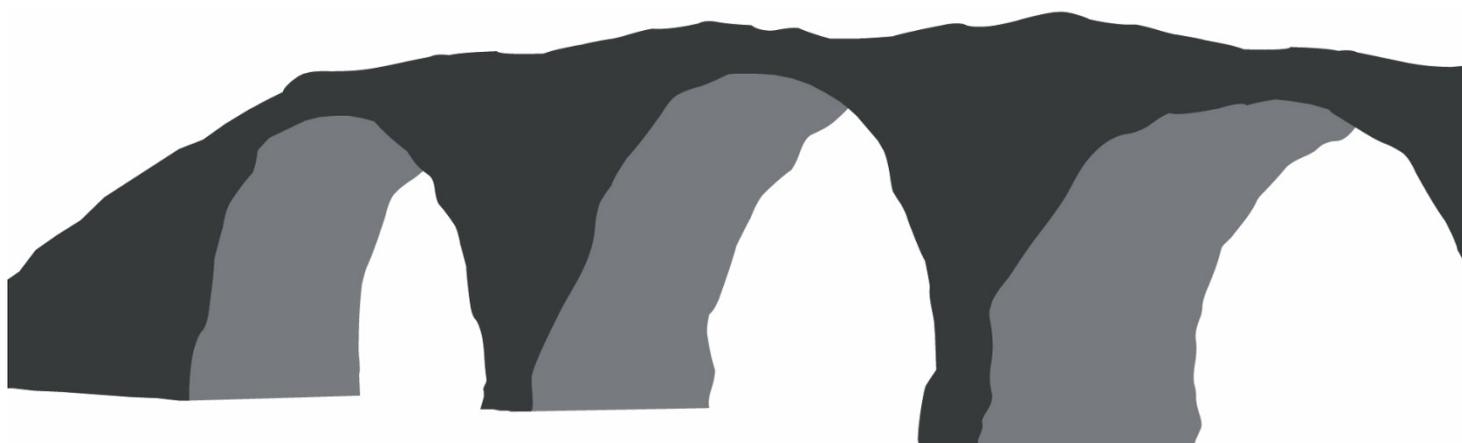
**SOBRE COISAS, ESPAÇOS E PROCEDIMENTOS DO PARIR/NASCER NO  
MUNDO CONTEMPORÂNEO: CONTRIBUIÇÕES DE UM OLHAR  
ARQUEOLÓGICO**

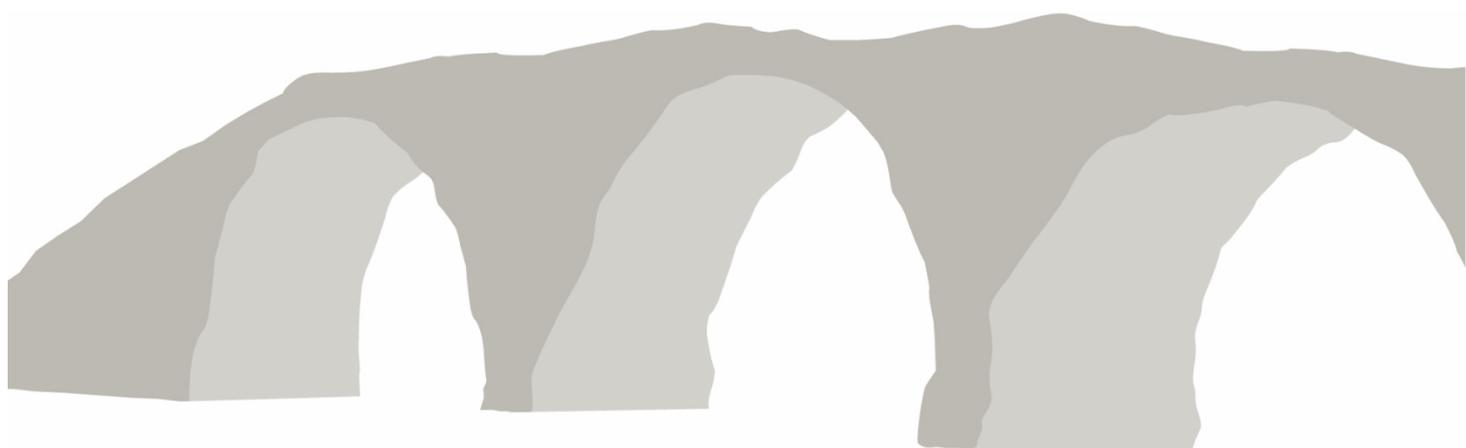
**SOBRE COSAS, ESPACIOS Y PROCEDIMIENTOS DE PARIR/NACER EN EL  
MUNDO CONTEMPORÁNEO: APORTES DESDE UNA MIRADA  
ARQUEOLÓGICA**

**ON THINGS, SPACES AND PROCEDURES OF CHILDBIRTH/BORN IN THE  
CONTEMPORARY WORLD: CONTRIBUTIONS FROM AN ARCHEOLOGICAL**

Adriana Fraga da Silva

Lindaiara Virgulino Tonelli





*Submetido em 02/11/2022.*

*Revisado em: 25/01/2023.*

*Aceito em: 06/03/2023.*

*Publicado em: 31/07/2023.*

**SOBRE COISAS, ESPAÇOS E PROCEDIMENTOS DO PARIR/NASCER NO  
MUNDO CONTEMPORÂNEO: CONTRIBUIÇÕES DE UM OLHAR  
ARQUEOLÓGICO**

**SOBRE COSAS, ESPACIOS Y PROCEDIMIENTOS DE PARIR/NACER EN EL  
MUNDO CONTEMPORÁNEO: APORTES DESDE UNA MIRADA  
ARQUEOLÓGICA**

**ON THINGS, SPACES AND PROCEDURES OF CHILDBIRTH/BORN IN THE  
CONTEMPORARY WORLD: CONTRIBUTIONS FROM AN ARCHEOLOGICAL  
VIEW**

Adriana Fraga da Silva<sup>1</sup>

Lindaiara Virgulino Tonelli<sup>2</sup>

---

RESUMO

Neste artigo observamos que o processo do nascimento modela-se culturalmente a partir dos diferentes paradigmas que formam as sociedades e as ciências que os explicam. Assim, abordamos o parir e o nascer em diferentes ambientes desde o ponto de vista do fluxo das materialidades. Nossa intenção perpassa os processos de industrialização dos partos (via hospitalar) e a retomada de práticas tradicionais considerando as coisas, os ambientes e os procedimentos que intervêm nos partos. Ao observar a materialidade dos partos hospitalares contemplamos um conjunto tecnológico que expressa o controle político sobre o corpo das mulheres e padroniza procedimentos, tendo em vista a ideia da existência de corpos universais. Numa via contrária à percorrida pelas práticas hospitalares observamos as realizadas nas casas de parto como conquista dos movimentos pelos partos humanizados e permeadas de materialidades que atribuem às parturientes o protagonismo no ato de parir. Por fim, concluímos que a perspectiva arqueológica, que considera as possibilidades questionadoras e reflexivas advindas da compreensão e da problematização dos fluxos e dos movimentos das materialidades das coisas, constitui um terreno fértil para contribuição ao debate de diferentes perspectivas para as políticas públicas que envolvem o parir e o nascer na sociedade contemporânea.

**Palavras-Chave:** parto, materialidade, arqueologia do contemporâneo.

---

<sup>1</sup> Professora Adjunta do Bacharelado em Arqueologia/ Universidade Federal do Rio Grande. E-mail: [adrifragasilva@hotmail.com](mailto:adrifragasilva@hotmail.com). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0205-2640>.

<sup>2</sup> Archaeos Consultoria em Arqueologia. Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-6883-468X>

## RESUMEN

En este artículo observamos que el proceso de nacimiento se modela culturalmente en los diferentes paradigmas que forman las sociedades y las ciencias que las explican. Así, abordamos dar a luz y nacer en diferentes ambientes desde el punto de vista del flujo de materialidades. Nuestra intención permea los procesos de industrialización del parto (vía hospitalaria) y la reanudación de las prácticas tradicionales considerando las cosas, ambientes y procedimientos que intervienen en el parto. Al observar la materialidad de los partos hospitalarios, contemplamos un conjunto tecnológico que expresa el control político sobre los cuerpos de las mujeres y estandariza los procedimientos, ante la idea de la existencia de cuerpos universales. De manera contraria a lo que toman las prácticas hospitalarias, observamos las realizadas en los centros de parto como una conquista de los movimientos de patos humanizados y permeados por materialidades que atribuyen a las parturientas el papel protagónico en el acto de dar a luz. Finalmente, concluimos que la perspectiva arqueológica, que considera las posibilidades de cuestionamiento y reflexión que surgen de la comprensión y problematización de los flujos y movimientos de la materialidad de las cosas, constituye un terreno fértil para contribuir al debate de diferentes perspectivas para las políticas públicas que involucran la dar a luz y nacer en la sociedad contemporánea.

**Palabras clave:** parto, materialidad, arqueología contemporánea.

## ABSTRACT

In this article we observe that the birth process is culturally modelled from the different paradigms that form societies and the sciences that explain them. Thus, we approach giving birth and being born in different environments from the point of view of the flow of materialities. Our intention permeates the processes of industrialization of childbirth (hospital route) and the resumption of traditional practices considering the things, environments and procedures that intervene in childbirth. When observing the materiality of hospital births, we contemplate a technological set that expresses political control over women's bodies and standardizes procedures, in view of the idea of the existence of universal bodies. In a way contrary to that taken by hospital practices, we observe those carried out in birthing centers as a conquest of the movements by humanized ducks and permeated by materialities that attribute to the parturients the leading role in the act of giving birth. Finally, we conclude that the archaeological perspective, which considers the questioning and reflective possibilities arising from the understanding and problematization of the flows and movements of the materiality of things, constitutes a fertile ground for contributing to the debate of different perspectives for public policies involving the giving birth and being born in contemporary society.

**Keywords:** childbirth, materiality, contemporary archaeology.

O feminino esteve envolvido no momento do parto desde sempre, até que o materialismo científico resolveu que poderia fazer melhor.  
(Luzes, Eleanor Madruga, 2007, p. 891)

A partir da perspectiva clássica da construção social do mundo ocidental moderno, pautada no materialismo científico (Luzes, 2007), observamos a escalada de concepções ancoradas nas dicotomias demonstradas a partir do binômio natureza/cultura. O controle e o conhecimento da natureza estabeleceram-se como foco na medida em que o mundo natural, tal qual até então fora conhecido, contornou-se na necessidade de descrevê-lo, mensurá-lo, explicá-lo e testá-lo através do pensamento científico que, por sua vez, objetivou o controle sobre o ainda não explicado pela razão.

Nesse caminho, dentre múltiplas variáveis contextuais, os escritos de René Descartes favoreceram a dissociação corpo/espírito desde a razão instrumental, particularidade central do projeto da modernidade. Por esse ângulo, o corpo configurou-se num mecanismo complexo ancorado no conflito natureza/cultura - corpo/espírito ou corpo (material)/corpo (para além do corpo material) - e explicado a partir da perspectiva cartesiana. Compreendido como uma engrenagem multiforme, o corpo (material) foi submetido à condição de objeto de estudo de áreas específicas do conhecimento, como, por exemplo: medicina, enfermagem, educação física, dentre outras abordagens ligadas à saúde humana, em detrimento dos saberes conhecidos como tradicionais, populares ou até mesmo das ciências humanas. E, na esteira da disciplinarização da abordagem racional/científica do mundo na construção do pensamento ocidental moderno, a Medicina buscou os contornos de um corpo universal, explicado como engrenagem natural e tangível.

As ideias aqui apresentadas foram iniciadas durante o desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso de Lindaiara V. Tonelli, orientado por Adriana F. Silva, no Bacharelado em Arqueologia da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). O projeto “Uma cultura de partos: uma análise arqueológica da medicalização como um produto de interesse cultural e econômico” foi desenvolvido durante os anos de 2020 e 2021 junto ao Observatório das Coisas Contemporâneas (LOCCO). O projeto foi realizado a partir de pesquisa bibliográfica, documental e de trabalho campo fundamentados na análise qualitativa. E, considerando a conjuntura pandêmica e a então necessidade de isolamento social, a pesquisa de campo foi realizada desde a observação dos espaços e a interação com diferentes sujeitos a partir dos ambientes virtuais.

Inspiradas nos debates sobre a metodologia netnográfica (Vicente *et al.*, 2017) a observação online foi o melhor caminho metodológico que encontramos na ocasião para que o projeto seguisse diante a pandemia de COVID 19. Assim, como área piloto para a pesquisa de campo em espaços não hospitalares optamos por observar a Casa Ângela - Centro de Parto Humanizado, localizada na cidade de São Paulo/SP/Br. Nossa escolha por esta instituição pautou a análise do centro de parto humanizado como referência na produção de novas experiências de parir/nascer, em sua relação com as materialidades, em comparação aos partos hospitalares tradicionais e pelo fato deste espaço proporcionar seus serviços também via o Sistema Único de Saúde (SUS).

Observamos que as materialidades que configuram o espaço da Casa de Parto levam à parturiente ao vínculo com o ambiente domiciliar. A ideia central, neste caso, é proporcionar sentir-se no aconchego de casa com a assistência clínica necessária para casos de riscos. Nesses locais cada corpo é único, seus limites, interesses e tempo são considerados. Esses aspectos permitem a observação de um amálgama entre procedimentos clínicos vinculados à medicina convencional moderna e a retomada de ritos e saberes tradicionais.

Portanto, além de analisar as informações dentro de uma perspectiva de que parir/nascer é formulado na cultura, tratamos da vinculação entre as coisas e as práticas, tendo em vista que essas coisas e os corpos femininos foram estruturados desde uma perspectiva universal de Medicina. Disso resulta a ideia do corpo parturiente como doente e de cuidados pautados na materialidade hospitalar em contraponto aos saberes tradicionais e a humanização do corpo das mulheres em suas particularidades individuais como posto pelas casas de parto.

Desta maneira, compreender a materialidade no processo de parturição, permite traçar algumas reflexões sobre a industrialização do parto, mediante o envolvimento da hipermedicalização e da universalização dos corpos nos ambientes hospitalares. Ademais, abre caminhos para compreendermos alternativas presentes em nosso entorno cotidiano, impressas no mundo contemporâneo e, por isso, nas políticas públicas de saúde vigentes para mulheres parturientes. Ou seja, as materialidades permitem que possamos indagar aos discursos do parir impressos na linguagem não verbal das coisas.

#### OS PARADIGMAS BÁSICOS DO PARIR/NASCER NO MUNDO CONTEMPORÂNEO

Ao tratar dos paradigmas que pautam o parir e o nascer em nossa sociedade podemos, de forma preliminar, apontar ao menos três modelos básicos:

- 1) o paradigma tradicional de parto;
- 2) o paradigma moderno ou industrial de parto;
- 3) o paradigma humanizado de parto.

Os três modelos são histórica e culturalmente postos/determinados. Todavia, de todos esses encontramos práticas vigentes no mundo contemporâneo. Vamos observar alguns aspectos de cada um deles no que segue.

Historicamente nossa sociedade observou o parto como um ritual entre mulheres, muita das vezes realizado com o acompanhamento das parteiras. Essas mulheres compreendem a gestação e entendem que está na natureza do corpo e no ato fisiológico a força de parir. Seus conhecimentos e experiências sobre partear foram construídos na própria prática e na observação do conhecimento passado de parteira a parteira. Não concebendo o corpo em estado gestacional como doente, ainda hoje são as responsáveis pela assistência de muitos partos e, via de regra, abordam as mulheres como seres capazes de parir naturalmente. Este que podemos chamar de paradigma tradicional de parto, na contramão da concepção universalizante de corpo, compreende cada puérpera e o bebê como únicos, como corpos que tem um tempo e um ritmo particulares impressos numa trama cultural.

Fora dos ambientes hospitalares modernos, os partos tradicionais são realizados quase que exclusivamente em espaço doméstico. Todavia, salvo em algumas situações, o parto domiciliar envolve

riscos à saúde da parturiente e/ou do bebê se não realizado dentro dos protocolos de saúde com equipe técnica especializada. Em alguns casos as práticas de assepsia não são adequadas e os perigos de infecções aumentam drasticamente. Neste cenário os índices de mortalidade de parturientes e bebês devem ser considerados. É nessa esteira que a Medicina tradicional moderna encontrou espaço através de práticas normatizadoras de protocolos e tratamentos.

Observamos então, desde o final do século XIX, na emergência da obstetrícia moderna, uma forma de controlar os eventos biológicos que apontou como princípio prático a universalização dos corpos, do tempo e do espaço, através da influência de todo o escopo social e científico da modernidade. O corpo da mulher passou a ser compreendido através da prática médica (Zanardo, 2017, p. 3) e contemplado como incapaz de parir sozinho.

Alienado e imposto ao ritmo médico obstétrico, o parir passou a ser realizado em um novo espaço, a sala de parto hospitalar. O processo de hospitalização dos partos tornou-se frequente e “natural” na medida em que o parir passou a ser visto como algo a ser tratado num corpo fragilizado/doente. Neste contexto destacamos a transição do parto doméstico para o parto hospitalar, por meio da criação de hospitais específicos para a realização do procedimento – as maternidades, visto que

después de la Segunda Guerra Mundial, en pleno siglo XX, la medicalización de los servicios de maternidad pasa a ser un fenómeno global, [...] Es fundamentalmente durante la segunda mitad del siglo XX cuando cambia el escenario de la asistencia al parto normal, al trasladarse éste del interior del hogar a una sala de hospital [...] (Garrido & Tricas, 2013, p. 63).

No decorrer do processo histórico a necessidade do espaço hospitalar para parir e nascer estava posta. Ou seja: estava estabelecida a crença na suposta incapacidade de as mulheres parirem naturalmente. E, “com efeito, a prática clínica muda com a aquisição de novos conhecimentos e argumentos racionais impõem uma distinção clara entre factos e conveniência.” (Oliva, 2011, p. 4).

Observa-se assim uma visão que se poderia denominar de racionalizadora e “técnica”, na medida em que as pessoas reais, com suas angústias e sofrimentos passam a ser vistas, no jargão tecnocrático presente nesta literatura, como “usuários” do sistema, espécie de “agentes” dotados de comportamentos previsíveis, que deverão ser enquadrados a partir desta racionalidade exterior. (Cecilio, 1997, p. 2).

A medicalização do então visto como corpo a ser tratado e curado contempla o uso de protocolos universais e diferentes recursos, como, por exemplo: exames, equipamentos e farmacológicos. O parto ocorre cercado por coisas que garantem uma suposta segurança e assistência à puérpera e ao bebê. Assim, essas mudanças associaram o partejar às dificuldades e riscos que podem surgir, ampliando significativamente o número de partos cirúrgicos. Para Batista Filho e Rissin (2018), desde essa conjuntura podemos observar uma epidemia de cesarianas em hospitais. Tal epidemia está associada ao produtivismo na saúde em larga escala e, portanto, industrial.

Nesse ambiente observamos que o paradigma tradicional, que até então orientava o parto através da ancestralidade feminina protagonizada por parturientes e parteiras, é interrompido com a introdução de

tecnologias que ressignificam a ideia do nascimento, atrelando-o ao discurso biomédico sobre os aspectos biológicos do corpo. Destarte, o paradigma moderno de parto, que mais tarde tornou-se hegemônico, apagou o protagonismo da mulher no ato de parir e colocou esse papel sobre a ação dos/as profissionais das áreas da saúde, em especial do setor médico. Aliás, o próprio discurso/prática médico alopático aponta pacientes (parturientes ou não) como seres distantes de seu próprio corpo e seu autoconhecimento. Distantes, assim, de sua natureza. Aqui, destacamos como modelo ainda hegemônico o paradigma moderno de parto ou paradigma industrial de parto.

Considerando a materialidade que o forma e conforma, observamos o controle político sobre a biologia, o biopoder no controle do corpo das mulheres, através de procedimentos padronizados, mecânicos e formados por protocolos universais que atendem ao tempo da sociedade industrial e que, como resultado, apresenta o processo em larga escala dos partos. Os números de procedimentos cirúrgicos em partos no Brasil são alarmantes, como bem detalhou o projeto Nascer no Brasil, em 2014, a saber: no setor público chega a 52% e no setor privado chega a 88% (Leal, 2014), contrariando as orientações da OMS e o próprio Ministério da Saúde brasileiro. Esse último vem estabelecendo caminhos legais nos quais observamos certo delineamento da humanização obstétrica. Existem inúmeros documentos que dispõem sobre esta política, como, por exemplo:

Portaria Ministerial 569, de 01/06/2000, que institui no Sistema Único de Saúde (SUS) o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, de 08/03/2004, a Portaria da Presidência da República no 1.459, de 24/06/2011, que institui no Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha, a lei 11.108/2005, denominada Lei do acompanhante. (Monte *et al.*, 2019).

Sendo assim, e considerando a otimização/redução do tempo e custos de uso do espaço hospitalar, “entende-se por industrialização do parto no Brasil um fenômeno decorrente das políticas higienistas, modernizantes e de incentivo à industrialização no século XX, sobretudo após a década de 1930, sendo ainda um processo contínuo e heterogêneo” (Odent, 2003 *apud* Silva & Gill, 2014, p. 1). Por consequência podemos afirmar que: toda mudança parte de significados e práticas construídas na esteira da cultura. Conforme Luzes (2007), toda cultura se encarrega de regular e de administrar as gravidezes de suas mulheres. Em outras palavras, segundo a autora, a gravidez nunca é uma categoria sem marca. O gestar e o parir são localizados socialmente e, portanto, situados culturalmente através das políticas de saúde destinadas ao corpo das mulheres.

Mais recentemente passamos a observar o que podemos apontar como um terceiro modelo de parir: o paradigma humanizado de parto. Pautando o retorno a algumas práticas e saberes tradicionais, esse paradigma não fecha suas portas aos avanços científicos e tecnológicos. Porém, em sentido contrário a alguns aspectos do paradigma hegemônico surgem as casas de partos que trazem a assistência no resgate ao parto humanizado, do parto com menos intervenção, entre outros aspectos.

O paradigma humanizado, o qual o foco se fundamenta no respeito aos direitos das grávidas, na atenção e no suporte à escolha da forma através da qual querem parir de maneira segura e confortável. Tal modelo devolve o protagonismo da puérpera no ato de parir e, de certa maneira, empodera as mulheres ao passo que o procedimento é instituído através de um processo humanitário que enfatiza a importância da não interferência e do respeito pela fisiologia feminina (Malheiros, 2012).

Apesar de todo o parto ser um fenômeno de diferentes espécies de mamíferos, para o caso da espécie humana, conforme apontamos anteriormente, todos, sem exceção, são tocados pela cultura. Todavia, denominar um parto como humanizado não retira os demais do ato humano de parir. Mas sim, enfatiza, para este último paradigma aqui apresentado, a retomada da natureza humana, do respeito ao autoconhecimento, do tempo e do corpo das mulheres e dos bebês, em detrimento da velocidade e uniformização procedimental dos partos industrializados. A denominação “humanizado”, portanto, ao nosso ver, representa uma pauta política muito mais do que bioclassificatória (dentro ou fora da humanidade).

A busca pelo direito ao parto humanizado é fruto de movimentos sociais organizados por mulheres desde o final dos anos de 1990, como apresentou Diniz (2005). Não se trata de um movimento anti-parto hospitalar uma vez que, em determinados casos, considerando o quadro clínico da gestante e do bebê, certos procedimentos aplicados em espaços hospitalares garantem a vida de ambos. O movimento pelo parto humanizado reivindica o fim da violência obstétrica e essa, por sua vez, pode ser definida como:

apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização de processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (Mota *et al.*, 2019, p. 2).

O movimento busca, portanto, o respeito e humanização da assistência. Como bem explicam Castro e Clapis, o parto humanizado

pode ser bastante diversificado, porém, há um movimento defendendo-o como um processo que respeita a individualidade das mulheres, valorizando-a como protagonista e permitindo a adequação da assistência à cultura, crenças, valores e diversidade de opiniões dessas pessoas. (Castro & Clapis, 2005, p. 1).

Busca, então, um equilíbrio, entre os saberes evidenciados pelo desenvolvimento técnico, tecnológico e biomédico e os saberes tradicionais que percebem o corpo, considerando as múltiplas variáveis presentes na natureza e nos sistemas de crenças, por exemplo. Nesta perspectiva, cada corpo é único a partir de um determinado contexto cultural, bem como cada corpo tem um ritmo que precisa ser respeitado, para além das características universais fisiológicas que compartilhamos enquanto espécie biológica e dos valores monetários/econômicos do tempo hospitalar enquanto mercadoria.

Talvez neste último ponto esteja um elemento fundamental a ser considerado quando colocamos em cena os dois últimos paradigmas básicos aqui apresentados. O paradigma industrial de parto considera o

valor do tempo hospitalar como um importante ponto pautado pelos planos e sistemas de saúde, sejam estes públicos ou privados. O ritmo da indústria acelera os partos, doméstica e aliena os corpos, libera leitões para novos partos e padroniza os procedimentos. O parto humanizado, ao contrário, considera o ritmo de cada corpo, as escolhas da puérpera acompanhada de família e equipe multidisciplinar em espaço clinicamente seguro e que remete ao aconchego e acolhimento tradicionais dos partos domésticos, operando, assim, em outra temporalidade.

#### ENTRE O HOSPITAL E A CASA DE PARTO: OS AMBIENTES DO PARIR/NAScer

Os hospitais e as casas de partos são definidos como Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) e são estruturados mediante uma organização física funcional. A Resolução-RDC N° 50, de 21 de fevereiro de 2002, classifica as atividades de “Realização de partos normais, cirúrgicos e intercorrências obstétricas” em duas categorias:

- a) Centro de parto normal - unidade ou EAS que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias. Caso se configure em um EAS isolado, extra-hospitalar, deve ter como referência um hospital que seja alcançável em no máximo uma hora.
- b) Centro obstétrico - unidade destinada a higienização da parturiente, trabalho de parto, parto (normal ou cirúrgico) e os primeiros cuidados com os recém-nascidos.

Essa classificação permite traçarmos alguns paralelos entre as instituições hospitalares e as casas de parto, desde uma configuração já estabelecida a partir de um padrão material de imersão no mundo dos procedimentos. Mesmo que ambas partam da mesma orientação funcional e legal de atendimento, tais EAS possuem aspectos diferentes que dizem respeito à estrutura física e aos artefatos utilizados durante todo o ciclo gravídico-puerperal (Medeiros *apud* Coutinho, 2014).

Iremos, portanto, percorrer as singularidades materiais de alguns espaços, procedimentos e artefatos utilizados em ambas as EAS. O foco é possibilitar uma reflexão sobre os fluxos da agência material, da materialidade das coisas, para além das dicotomias cartesianas corpo/coisa e sujeito/objeto. Bem como contribuir, desde a Arqueologia, para a agenda que pauta a humanização dos partos.

Em 2006, Tilley afirmou que os objetos não são simples reflexos das relações sociais ou de sistemas simbólicos, mas sim o próprio meio através do qual a sociedade produz e legitima seus valores, onde toda a trama social se instala. Portanto, a materialidade nos conduz por diferentes discursos não verbais que, por sua vez, formam e conformam práticas sociais. Percebemos, então, os discursos não verbais do parir e as relações de poder por eles transparecidas através das coisas. Iniciaremos tomando como exemplo, para fins comparativos, alguns espaços físicos.

### a) A sala de recepção

O espaço físico das salas de recepção pode ser compreendido como a primeira etapa da comunicação entre paciente e EAS. Logo, trata-se de um espaço de interação, acolhida e, como o próprio nome indica, de recepcionar. Na Figura 1 podemos observar comparativamente a sala de recepção da Casa Ângela e uma sala de recepção hospitalar. Na primeira os assentos dispostos em L possibilitam a comunicação visual e verbal, por exemplo, entre pacientes/acompanhantes. Nota-se uma mesa com algum tipo de alimento, uma garrafa térmica e um berço, objetos que denotam consideração não somente para com as pacientes, mas igualmente aos/às acompanhantes e aos bebês. O ambiente tem tonalidades de cor e design que remete ao um local quente, indicando semelhanças com a disposição de mobiliários e cores em uma sala domiciliar de visitas.



Figura 1. A Recepção

Fonte: <<http://www.casaangela.org.br/img/internas/fotos-da-casa-angela/recepcao02.jpg>>

Fonte: <[https://piauihoje.com/migration/public\\_html/media/image\\_bank/2017/2/hospitais-e-clinicas-terao-botao-de-panico.jpg](https://piauihoje.com/migration/public_html/media/image_bank/2017/2/hospitais-e-clinicas-terao-botao-de-panico.jpg)> Acesso em: 25/02/2022

A recepção hospitalar, por sua vez, via de regra apresenta-se como na Figura 1. É padronizada, composta por assentos individuais, todos em um mesmo sentido e um balcão de recepção que separa usuários e profissionais. A disposição do mobiliário não facilita a interação visual direta entre pacientes/acompanhantes. E, caso alguma paciente chegue com bebê nos braços, não há berço ou outro artefato disponível para que os pequenos fiquem enquanto mães e/ou acompanhantes descansam seus braços. Tendo em vista a presença de um aparelho de televisão localizado em frente aos assentos, esse artefato encontra o foco imediato da atenção dos olhares a ele direcionados. Além disso, igualmente diferente da casa de parto, a recepção do espaço hospitalar, bem como todos os demais espaços nele contidos, são brancos. A cor branca remete às medidas sanitárias de higiene. Neste sentido, quanto mais branco, mais asséptico transparece ser o ambiente. Por outro lado, quando mais branco, mais frio e distante, nosso corpo percebe ser em relação ao ambiente, ou seja: menos acolhedor ele é.

## b) A sala de espera

Em 1986, foi discutido um novo conceito de saúde, a ideia era que os serviços fornecessem novas formas de acolhimento, humanizando a assistência prestada à população. Neste contexto, as salas de espera foram planejadas como os espaços onde se estabeleceria a aproximação entre pacientes e profissionais. É nela onde usuários aguardam pelo atendimento.



Figura 2. A Sala de Espera.

Fonte em: <<http://www.casaangela.org.br/img/internas/fotos-da-casa-angela/salaespera02.jpg>>

Fonte em: <[http://www.hospitalstacruz.com.br/infraestrutura/hotelaria/dsc\\_0038/#main](http://www.hospitalstacruz.com.br/infraestrutura/hotelaria/dsc_0038/#main)>

Acesso em: 25/02/2022.

Na Figura 2 é possível observar que as EAS dispõem os mobiliários de forma semelhante. Todavia, a sala de espera da Casa Ângela contém sofás com estofamento em cores quentes, assim como é a pigmentação das paredes. Também inclui almofada, elementos decorativos fixados nas paredes e uma cadeira de balanço. Há um berço próximo da porta para que a mãe possa colocar seu bebê e, assim, descansar seus braços. Na Figura 2 também observamos um cavalinho em madeira para as crianças maiores brincarem. A ideia de conforto e aconchego para diferentes frequentadores está fortemente aparente neste espaço. Somado a isso observamos que o design das cadeiras remete às salas da “casa da avó”.

A sala de espera hospitalar apresenta assentos individuais idênticos aos do espaço da recepção. No entanto, a disposição das cadeiras de frente umas às outras facilita contato visual, por exemplo, entre os usuários e o aparelho de televisão fixado em uma das paredes com o objetivo de entreter os pacientes durante o tempo de espera. Por outro lado, a presença do aparelho de televisão emana a ideia de que o contato entre os usuários não é necessário, uma vez que os olhares e a atenção encontram-se acolhidos na programação nela exibida. Em contraste com a sala de espera da Casa Ângela, as paredes brancas trazem a sensação de ambiente frio, apesar da aparente assepsia.

### c) O consultório

O consultório, como o próprio nome já diz, é o espaço destinado para as consultas. Trata-se do ambiente em que são realizados os acompanhamentos de pré-natal e/ou exames. Na perspectiva humanizada, os consultórios devem proporcionar às gestantes a excelência na qualidade dos atendimentos, oferecendo uma estrutura física que respeite a saúde e a intimidade das pacientes.

Os consultórios, como observamos na Figura 3 (Casa Ângela) e na Figura 4 (ambiente hospitalar), contêm itens essenciais para uma consulta, como: macas, cadeiras, mesa de atendimento, instrumentos diversos, etc. Porém, algumas diferenças chamam nossa atenção. A mesa de atendimento e as cadeiras, por exemplo, mobiliário através do qual o/a médico/a e pacientes conversam, remetem dissimilaridades. Na Casa Ângela a mesa e as cadeiras de consultas são iguais as muitas encontradas em unidades domésticas contemporâneas, que poderiam estar na sala de jantar ou na cozinha da casa de qualquer um de nós. Observamos ainda que o lado em que há uma cadeira é destinado ao/a médico/a, ao passo que a outra extremidade da mesa, onde há duas cadeiras, é destinada a paciente e seu/sua acompanhante. As três cadeiras são iguais.

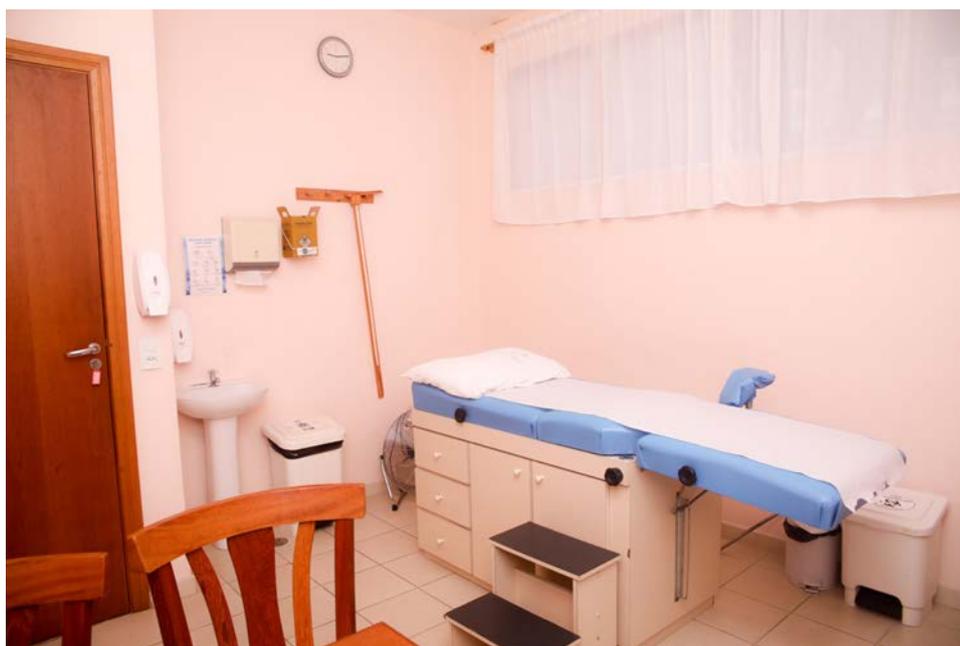


Figura 3. O Consultório (Centro de Partos).

Fonte: <<http://www.casaangela.org.br/img/internas/fotos-da-casa-angela/consultorio03.jpg>>

Acesso em: 25/02/2022.

Levamos agora nossa observação à mesa do consultório do ambiente hospitalar (Figura 4). Nele a mesa tem designe típico de mesa de trabalho, ou mesa de escritório. Há apenas duas cadeiras, a do/a médico/a e a da paciente que, em caso de estar acompanhada, caberá a esse/a aguardar em pé. Apesar do estofamento das cadeiras serem da mesma cor e, provavelmente, do mesmo material, a cadeira destinada a/ao profissional da saúde tem rodas nas bases (o que facilita o deslocamento imediato do/a médico para

alcançar seu entorno imediato sem a necessidade de levantar-se) e braços para descanso dos braços. A da paciente, por sua vez, não contém rodas tampouco local para repouso dos braços.

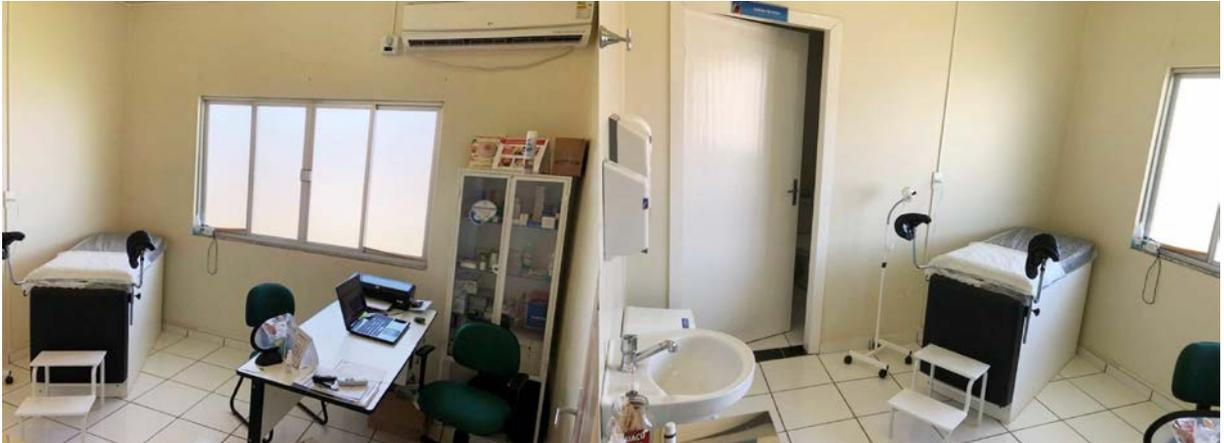


Figura 4. O Consultório (Centro obstétrico).

Fonte: <[https://www.catanduvasonline.com.br/noticias/noticias\\_ver.php?id=6476](https://www.catanduvasonline.com.br/noticias/noticias_ver.php?id=6476)>

Acesso em 25/02/2022.

As macas de ambos os consultórios são funcionalmente e até mesmo na forma básica muito parecidas. Mas as cores das paredes novamente mostram o contraste entre o quente e o frio. Esse último contido no branco hospitalar. Assim, o ambiente hospitalar demarca acentuada noção de especialização médica, criando, desta maneira, significativa distância epistemológica entre paciente (leigo) e médico (especialista).

#### **d) A sala de parto**

As salas de parto devem, em tese, ser projetadas como ambientes confortáveis e aconchegantes, com o objetivo de proporcionar o máximo acolhimento, segurança clínica e emocional aos pais durante o trabalho de parto; além de oferecer recursos para a equipe de profissionais a fim de garantir a segurança obstétrica e pediátrica necessária durante o parto/nascimento. O ambiente da sala de parto influencia em todo o processo, uma vez que o conforto lumínico, ergonômico e térmico, por exemplo, atuam diretamente na assistência prestada nas EAS, tanto para parturiente quanto para equipe de assistência. Vamos então às comparações.

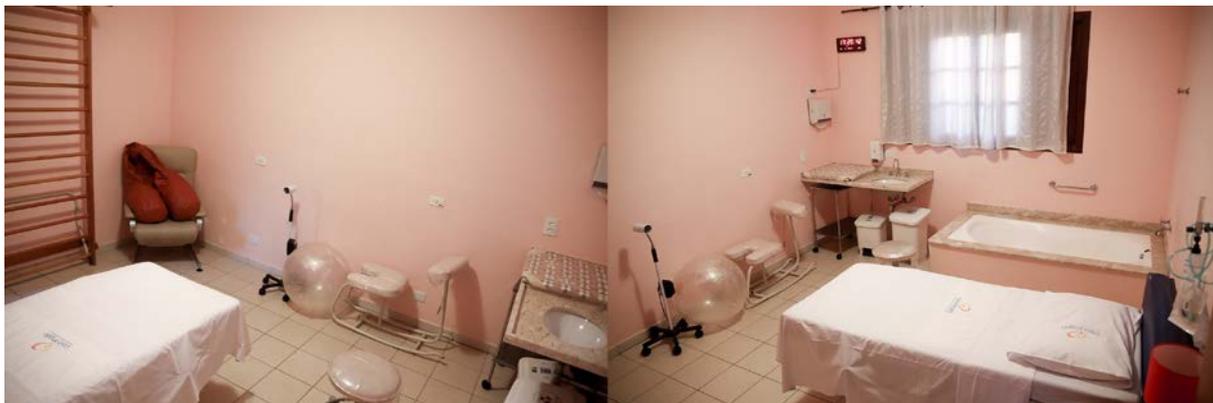


Figura 5. Quarto de parto (Centro de Parto).

Fonte: <<http://www.casaangela.org.br/img/internas/fotos-da-casa-angela/quarto01.jpg>>

Acesso em: 25/02/2022.

Na Figura 5 podemos visualizar algumas particularidades da sala de parto da Casa Ângela. Contudo, vale destacar que nos centros de partos esse ambiente recebe o nome de “quarto de parto”. Remetendo a ideia de quarto de casa, o ambiente objetiva segurança emocional para o momento que a parturiente vai passar. As luzes são amenas e a mulher tem opções de como deseja parir e/ou se preparar para, através de objetos como: cama, banheira, banquetas, bola e apoio. O espaço também conta com cadeira para descanso, barras para exercícios. Neste ambiente toda a estrutura e os artefatos nele presentes mesclam elementos que remetem aos partos tradicionais, aqueles realizados no espaço doméstico, no quarto de casa. E, na prática, é assim que ele ocorre: com apoio de equipe de saúde interdisciplinar e doulas rompendo com as barreiras espaciais, temporais e epistemológicas do parto dito industrial e com a domesticação do corpo através do modelo hegemônico de parto em que o discurso biomédico é o único presente.

Neste sentido, a dinâmica no quarto de parto é diferente das salas de parto hospitalares. Os centros obstétricos (Figura 6) normalmente possuem as paredes brancas atendendo aos protocolos hospitalares. As luzes são intensas e de luminosidade branca. Aqui prioriza-se o uso da maca, comumente localizada no centro da sala, algumas possuem barras, como é visível no primeiro segmento da Figura 6. Porém, percebemos que em frente às barras fixadas na parede há uma mesa, o que intuitivamente já impede seu uso. Muitos dos partos em centros obstétricos, então, são feitos nas macas. Nessas, as mulheres ficam em posição semi-deitada (litotômica) com as pernas flexionadas e para o alto. Tal postura limita a liberdade corporal e os desejos que a parturiente possa ter com objetivo de aliviar os desconfortos físicos e as dores.



Figura 6. sala de parto (Centro obstétrico).

Fonte: <<https://hrav.com.br/noticia/portas-da-maternidade-e-centro-obstetrico-sao-abertas-483/>>

Fonte: <<https://maternidadecandidomariano.org.br/centro-obstetrico/>> Acesso em: 25/02/2022.

Toda a materialidade instrumental do centro obstétrico, destinadas para procedimentos, higienização e intervenção, se encontra no entorno da sala, o que nos leva a entender que o ambiente não é para a gestante possa nele se movimentar e/ou usufruir, mas sim a equipe médica. Aqui o fluxo da materialidade das coisas nos mostra que o movimento e a agência, não está na parturiente (até porque em via de regra ela se encontra com pouca mobilidade devido à postura litotômica) mas sim nos instrumentos e na equipe médica. Cabe a obstetrícia controlar e acelerar a natureza daquele corpo afim dele parir. Uma lógica completamente inversa àquela exalada pela materialidade das coisas nos quartos de parto.

O ambiente proporcionado pelos centros obstétricos hospitalares nos fazem pensar no quão muitos deles são, desde uma perspectiva material e das materialidades, inadequados ao bem parir e a humanização dos partos, seja este natural ou cesáreo. Estudos mostram que os hormônios envolvidos no trabalho de parto são liberados mediante diversas situações/condições, como: pouca luz, calor, familiaridade, bem-estar, liberdade, etc.

As situações de intimidade, pouca luz, calor, familiaridade de lugar, de odor, de não se sentir observada e de não ter que explicar ou falar nada são as condições facilitadoras da liberação da oxitocina. Tudo que é o inverso disto libera adrenalina (substância presente nos animais quando há necessidade biológica de resposta de luta ou fuga, sendo, em geral, antagonista da oxitocina, um dos hormônios mais pesquisados nas últimas décadas). A adrenalina só deve ser liberada no final do trabalho de parto, quando é importante para o reflexo de ejeção, em qualquer outro momento sua liberação paralisa todo o processo. (Luzes, 2007, p. 1338).

Porém, ao observarmos as salas de parto dos centros obstétricos notamos que as condições listadas acima não são facilmente atingíveis. Fato que acarreta, em muitos casos, na parada da progressão do trabalho de parto, tendo em vista o ambiente constituído por materialidades e práticas que prejudicam a produção da “cascata” hormonal natural própria do parir.

### e) O centro cirúrgico

O centro cirúrgico é um ambiente exclusivo às instituições hospitalares. É composto por diversas áreas destinadas a proporcionar condições adequadas para a realização de procedimentos anestésicos e cirúrgicos. Devido ao acesso restrito, a estrutura física da área é peculiar e deve atender a todas as especificações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). A maternidade também atende gestantes com complicações na gravidez, isto é, o centro cirúrgico é um ambiente destinado aos partos cesáreos em casos de emergências. Neste aspecto os centros de partos, como a Casa Ângela, seguem a orientação da normativa nº50 de fevereiro de 2020, lançada pelo Ministério da Saúde. Tal documento aponta que tenha uma ambulância disponível e um hospital localizado a, no máximo, uma hora de deslocamento.

Assim, as alas cirúrgicas são destinadas aos partos de risco, conhecido como parto cesáreo. O ambiente é todo esterilizado, permite a entrada de um acompanhante, de acordo com a legislação vigente e os protocolos adotados por cada hospital. Destacamos que os procedimentos cesáreos são essenciais em partos onde há risco materno e fetal, todavia, as cesáreas desnecessárias onde a mulher e o bebê estejam clinicamente saudáveis, os riscos de mortes maternas aumento (Bewley & Cockburn, 2002), como também, o aumento da incidência de prematuridade fetal e diversas síndromes.

Infelizmente, a sociedade passou a crer que a cesárea era o meio mais seguro para um bebê nascer, embora seja uma cirurgia abdominal que aumenta o risco de morte materna em cerca de quatro vezes, se comparada ao parto normal, segundo Enkin *et al.*, em 2000. (Buckley, 2005 *apud* Luzes, 2007, p. 736).

Esses partos cirúrgicos, tidos como desnecessários, são nomeados de cesarianas eletivas. Quando trazemos o termo cesáreas desnecessárias, apontamos aquelas em que a equipe induz o processo de nascimento através do processo cirúrgico sem, portanto, esperar e respeitar o tempo que o corpo da parturiente necessita para entrar em trabalho de parto. Neste caso, o que está em jogo é a economia do tempo do fluxo hospitalar e, por vezes, o maior valor cobrado dos diferentes sistemas de saúde pelo procedimento. Em outros casos, por exemplo, uma cesárea pode ocorrer desnecessariamente por vontade da parturiente (que muitas das vezes não é informada dos riscos e benefícios físicos e emocionais de outras formas de parir) ou da própria equipe médica por questão de ajuste de agenda, de calendários e objetivos pessoais. Contudo, para esses ou outros casos que possamos apontar como exemplos de cesarianas eletivas, o ambiente e tal procedimento proporciona velocidade no processo cirúrgico, na cadeia/esteira produtivista de partos cesáreos desnecessários.

## COISAS E MÉTODOS DO PARIR/NASCER

### **a) O fórceps e o extrator a vácuo**

O fórceps e o extrator a vácuo são usados para extração do feto. Ambos são colocados ao redor da cabeça do bebê. A principal diferença está no fato de que o vácuo-extrator usa sucção para aderir à cabeça e o fórceps, a pressão pinça. O uso de quaisquer desses instrumentos classifica o parto como instrumental<sup>3</sup>. Algumas indicações para este tipo de parto acontecem se o trabalho de parto for prolongado ou precisar ser acelerado. Em 1920, esse método ganhou nomeação de “uso profilático do fórceps” (Odent, 2002). Diante tais particularidades e de acordo com a natureza do parir seguido nos partos humanizados, nas casas de partos esses instrumentos não são utilizados. O fator que faz diferença favorável na evolução do parto é a liberdade de movimentação, principalmente quando o uso da posição de cócoras é incentivada, o que faz com que raramente seja utilizado o fórceps ou vacuo extrator. E, quando dificuldades surpreendem o trabalho de algum parto, a parturiente é imediatamente deslocada à unidade hospitalar mais próxima, como já mencionado.

### **b) Métodos farmacológico: a ocitocina sintética**

A ocitocina sintética é um método farmacológico muito utilizado na prática para induzir o trabalho de parto. O uso é destinado aos ambientes hospitalares. Os centros de parto utilizam como potencial ocitocina natural os meios alternativos como: aromaterapia, massagens em períneo, entre outros. Infelizmente acontece de utilizarem esse medicamento sintético de forma inadequada ou desnecessária durante a assistência à parturiente nos centros obstétricos, para acelerar o procedimento, o que em consequência pode ocasionar problemas maternos e fetais, como diminuir a oxigenação fetal, alterar a liberação de hormônios da parturiente e, muitas vezes, levar a uma cesárea de emergência. Diversas literaturas vêm estudando a oxitocina como uma droga que afeta o comportamento.

A ocitocina sintética é um produto farmacológico de um hormônio natural também produzido pelo corpo, conhecido popularmente como “hormônio do amor”. Não se sabe até que ponto o seu uso, isolado ou em conjunto com outras substâncias, auxilia e potencializa o processo do parto. Assim, tendo em vista os preceitos dos movimentos por partos humanizados, a introdução de fármacos é questionável, uma vez que considera o fato de o corpo produzir as substâncias necessárias em quantidades adequadas para o ato de parir, com exceção aos casos excepcionais apontados em pré-diagnósticos.

---

<sup>3</sup> Classificação definida em: Ministério da saúde, diretrizes nacionais assistência parto normal, 2017. Disponível em: <[https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)> Acesso em: 16/03/2022

### **c) Métodos farmacológicos: as anestésias**

A anestesia é um procedimento médico que bloqueia temporariamente a capacidade do cérebro de reconhecer um estímulo doloroso. É usada para realização de cirurgias e outros procedimentos invasivos sem que a paciente sinta dor. Em procedimentos de partos a anestesia se divide em duas combinações e cada uma possui recomendação específica: a analgesia peridural e a analgesia raquidiana. Ambas têm o intuito de aliviar a dor de parto, sendo que a escolha entre qual delas será aplicada fica a critério da equipe médica.

A anestesia peridural é normalmente usada nos partos normais. É inserido um cateter fino na área peridural, através do qual a substância é injetada. Ao chegar nos nervos, o medicamento bloqueia a transmissão dos sinais de dor ao cérebro, fazendo com que a gestante não sinta dor durante a saída do bebê. O que aqui se examina pode ser uma das causas do excesso de cesariana, pois os transmissores param de ter sensibilidade, o que dificulta o trabalho da mulher de fazer os puxos para a expulsão do feto. O seu efeito é individual, conforme cada corpo, por isso é aplicada aos poucos, de acordo com a necessidade da paciente.

A anestesia raquidiana, é indicada para pacientes que estão sentindo muita dor, uma vez que o seu efeito é imediato, ela bloqueia a dor de toda região inferior do corpo. Essa opção é usada frequentemente em procedimentos cirúrgicos, como a cesárea. Aqui vemos que a introdução do medicamento é aplicado na região lombar e a agulha inserida com mais profundidade do que a utilizada na técnica anterior, os mais comuns problemas relatados por mulheres são a dor de cabeça após a analgesia. Portanto, o “estado de analgesia” é frequentemente usado em centros obstétricos para mascarar a dor do parto. Logo a dor, apesar de ser parte da natureza humana, é tida como um elemento ruim que ninguém deseja sentir. Assim, observamos que a ideologia que aponta a medicina como a fonte de cura e que pode tirar todo sofrimento permeia muitos campos, principalmente o do trabalho de parto rápido, indolor e em escala industrial.

O estudo feito por Costa Firmino, sobre a percepção da mulher frente à dor do parto, teve como resultado que:

as mulheres atribuíram a dor do parto normal com o significado negativo no sentido de ser uma experiência inexplicável, horrível, uma dor insuportável. Entretanto, atribuíram também positivamente a experiência como prazerosa diante de uma dor tolerável e passageira, com uma recuperação rápida e regada de emoções (Firmino, 2020, p. 2).

Na maioria das vezes, os profissionais que acompanham os partos hospitalares não estão aptos para tratarem dessa dor de uma forma não invasiva e sem caracterizá-la como doença. Dessa forma vemos a assistência humanizada oferecida pelas casas de partos dispõem às mulheres conforto, empoderamento e abertura para parir com fluidez.

## O TEMPO DA FÁBRICA DETERMINA O PROCEDIMENTO: ACELERANDO O PARTO

Abordaremos, ainda que brevemente, alguns procedimentos de rotinas aplicados nos partos hospitalares, os quais são realizados em parturientes que buscam ou desejam o parto dito normal. Existem vários procedimentos invasivos e agressivos. Apontamos alguns que atualmente não possuem recomendações de aplicação pela Organização Mundial da Saúde que, por sua vez, os classifica como técnicas de violência obstétrica

### **a) Episiotomia**

Durante o trabalho para parto normal, algumas mulheres relatam ter sofrido o pique. Esse nada mais é do que a episiotomia, um corte que é feito entre a vagina e o ânus para, em tese, facilitar a saída do bebê e evitar que haja rasgadura ou rompimento na região de modo descontrolado. Esse tipo de prática expõe as mulheres à dor perineal, edema, maior risco de infecção, hematoma e principalmente dor na relação sexual. Muito do que ocorre durante o trabalho de parto é fazerem esse procedimento sem haver necessidade e, na maioria dos casos, sem o consentimento das pacientes.

Em contraposição ao uso desse procedimento, as casas de parto utilizam outras técnicas para auxiliar o bebê na passagem do canal vaginal sem que haja pique, como, por exemplo: a fisioterapia pélvica e a massagem perineal durante o pré-natal e trabalho de parto. Ambas levam ao ganho de flexibilidade da musculatura do assoalho pélvico, perda do medo e entendimento do direcionamento da força expulsiva a ser realizada no momento de o bebê nascer. A liberdade de mudança de posição ao longo do trabalho de parto e a movimentação são outros fatores usados pelas casas de parto para contribuir com parto.

### **b) Manobra de Kristeller**

No decorrer do trabalho de parto, surge, por vezes, a necessidade de “ajudar” a parturiente, essa ajuda pode ser chamada Manobra de Kristeller. É uma técnica realizada em trabalho de parto hospitalar em que é exercida uma pressão externa sobre a barriga da mulher, com o objetivo de acelerar o parto e diminuir o período de tempo e força expulsivos. Normalmente a mulher se encontra na posição litotômica e uma pessoa da equipe médica sobe sobre a mulher. Um procedimento relatado pelas mulheres como doloroso e violento, contraindicado pela literatura, sem evidências de benefícios, associado a processos médico-legais, que continua a ser ensinado/aprendido e praticado nos ambientes hospitalares. Sabe-se que a manobra de Kristeller não encurta o período de trabalho de parto, não possui qualquer benefício materno ou fetal (Carvalho, 2014).

Em contraposto a aplicação da manobra, as casas de parto indicam o uso do trabalho das doulas. Estudos, como de Kennel (1991) e Brüggenmann (2005) comprovam que o tempo de parto reduz, em

média, 41 minutos quando acompanhado por doulas, comprovou-se também, a diminuição do uso de fórceps e a necessidade de analgesia em trabalho de parto, essas observações reforçam que a presença da doula contribui para um processo de humanização. Ressalvo aqui que as doulas não assumem o papel de parteira ou de obstetra, mas sim estão presentes para auxiliar e desenvolver segurança emocional, física. Auxiliam, portanto, sem intervenção clínica.

#### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, conforme o até então exposto, observamos que o processo de industrialização dos partos decorre do emaranhado de práticas e materialidades que emanam de um discurso biomédico investido pelo poder político hegemônico que lhe foi atribuído desde o seio do projeto de modernidade ocidental. Com a perspectiva da cura de um corpo doente, visto como incapaz de parir a partir de sua força natural, os espaços, as coisas e os procedimentos médicos trazem à baila diferentes nuances da violência obstétrica. Algumas dessas podemos chamar de violências sutis, nas quais as mulheres não compreendem ou percebem o protocolo como violento, uma vez que o mesmo é vestido pelas malhas da Medicina moderna.

Algumas pesquisas<sup>4</sup> apontam o uso inadequado de tecnologias como um tipo de violência, com a realização de intervenções e aplicação de procedimentos muitas vezes desnecessários. Dessa forma, a casa de parto busca respeitar a fisiologia do corpo com assistência humanizada, pois estes trazem resultados positivos que auxiliam na melhor recuperação da mulher e do recém-nascido.

Em síntese, as estruturas, os materiais e os procedimentos usados, também provocam a desassistência às mulheres em muitas maternidades hospitalares. Logo, observamos que temos como ponto de chegada a ideia de que deve-se fazer uma reflexão crítica sobre o tema nos centros obstétricos e uma reorientação das práticas e conceitos empregados. E, a perspectiva arqueológica, que considera as possibilidades questionadoras e reflexivas advindas da compreensão e da problematização dos fluxos e dos movimentos das materialidades das coisas, constitui um terreno fértil para contribuição ao debate e a construção de diferentes perspectivas para as políticas públicas que envolvem o parir e o nascer na sociedade contemporânea.

Assim, em uma sociedade muito desigual e patriarcal, como a do Brasil, o tema aqui tratado torna-se urgente desde diferentes áreas de conhecimento. E, portanto, a Arqueologia, como pretendemos demonstrar, também tem um grande potencial político de contribuir nas reflexões para construção de políticas públicas de saúde que debatem as consequências geradas pelo modelo de assistência chamado

---

<sup>4</sup> Escreva Lola Escreva. **GUEST POST: AGRESSÃO NO PARTO, UM OUTRO TIPO DE VIOLÊNCIA**, 26 DE NOVEMBRO DE 2011. Disponível em: <<https://escrevalolaescreva.blogspot.com/2011/11/guest-post-agressao-no-parto-um-outro.html>> Acesso em 21/03/2022.

tecnocrático, sistematizado sobretudo na imobilização e controle do corpo das mulheres, indução ou aceleração do parto de rotina, bem como a restrição ou a proibição de escolhas por parte das mulheres. Esse debate deve ser posto para além de campo científico único, comumente circunscrito à área da saúde. É, sobre tudo, um debate múltiplo que envolve do direito das mulheres, o início da vida extra uterina, bem como o fluxo das coisas, dos espaços e dos procedimentos que envolvem o parir/nascer.

#### REFERÊNCIAS

- Alvarenga, Sarah Pereira & Kalil, José Helvécio. (2016). Violência Obstétrica: como o mito “parirás com dor” afeta a mulher brasileira. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 14 (2). 641-649.
- Batista Filho, Malaquias & Rissin, Anete. (2018). A OMS e a epidemia de cesarianas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 18 (1). 3-4.
- Behruzi, Roxana *et al.* (2010). Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC pregnancy and childbirth*, 10 (1). 1-18.
- Bewley, S. Cockburn, J. Ii. The Unfacts Of 'request' Caesarean Section. *Bjog.*, 109(6):597-605, Jun. 2002.
- Bio, Eliane. (2015). *O corpo no trabalho de parto: o resgate do processo natural do nascimento*. Summus Editorial.
- Biurrún-Garrido, Ainoa & Tricas, Josefina Goberna. (2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Profesión*, 14 (2). 62-66. Retrieved from: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/49091/1/631224.pdf> Acessado em dezembro 2020.
- Brüggemann Odaléa Maria, Parpinelli, Brüggemann, Mary Angela, Osis, Maria José Duarte. Evidências Sobre O Suporte Durante O Trabalho De 1393 Parto/Parto: Uma Revisão Da Literatura. *Cad. Saúde Pública*, Rio De Janeiro, 21(5):1316-1327, Set./Out. 2005.
- Carvalho, Laëtícia Cristina. (2014). *Os efeitos da manobra de Kristeller no segundo período de trabalho de parto*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior De Enfermagem do Porto. Mestrado Em Enfermagem de Saúde Materna Ecobstetrícia. Portugal.

- Castro, Jamile Claro De & Clapis, Maria José. (2005). Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6). 960-967.
- Cechin, Petronila Libana. (2002). Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 55 (4). 444-448.
- Cecilio, Luiz Carlos de Oliveira. (1997). Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, 13. 469-478.
- Coelho, Cleydson Assis. (2017). *O processo de mercantilização das cesarianas no Brasil..* Dissertação de Mestrado. Mestrado em Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde; Administra. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Coutinho, F. A. *et al.* (2014) Proposta de uma unidade de análise para a materialidade da cognição. *Revista SBEnBio*, 7. 1930-1942.
- Diniz, Simone. (2005) Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência Saúde Coletiva* 10 (3). p.627-637. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3>
- Firmino, Klecianne Costa *et al.* (2020). Percepção da mulher frente à dor do Parto. *Revista Ciência Plural*, 6 (1). 87-101.
- Kennel, J., Klaus, M., Mcgrath, S, Robertson, S, Hinkley C. Continuous Emotional Support During Labor In A Us Hospital. A Randomized Controlled Trial. *Jama.*, 265(17): 2197-201, 1991.
- Leal, Maria do Carmo (coordenação). (2014). Nascer no Brasil. Inquérito Nacional sobre o Parto e Nascimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 30.
- Luzes, Eleanor Madruga. (2007) *A necessidade do ensino da ciência do início da vida.* Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Psicologia/UFRJ.
- Malheiros, Paolla Amorim *et al.* (2012) Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 21 (2). 329-337.
- Mena-Tudela, Desirée *et al.* (2021). Obstetric violence in Spain (part II): interventionism and medicalization during birth. *International journal of environmental research and public health*, 18 (1). 199.
- Ministério da Saúde. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. *Resolução-RDC N° 50*, de 21 de Fevereiro de 2002. Retrieved from:

<[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050\\_21\\_02\\_2002.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html)> Acesso em: 15/02/2022

Monte, Nalida Coelho; Mota, Anabel Crysthina Mesquita e BORGES, Charlene da Silva. (2019). *Nota Técnica No 1 - DPGU/SGAI DPGU/GTMSAI DPGU*. Retrieved from: <https://promocaodedireitoshumanos.dpu.def.br/wp-content/uploads/2021/06/Nota-Tecnica-no-SEI-2974474-GTM.pdf>.

Odent, Michel. *A Cientificação do Amor*. 2ª edição. Florianópolis: Editora

Saint Germain, 2002. 138 p. (a)

Oliva, Célia Maria Pinto Saraiva. (2011). *Cesariana versus Parto Vaginal: como nascer?*. Dissertação de Mestrado. Mestrado Integrado em Medicina. Universidade do Porto/Portugal.

Sousa, Mauro Wilton. (1998). A recepção sendo reinterpretada. *Novos olhares*. 39-46.

Sousa, Valeria. (2015). *Nota Técnica Violência Obstétrica: considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento*. Editora Artemis.

Vicente, Natalí Ilza; Corrêa, Elisa Cristina Delfini; Sena, Tito. A divulgação científica em redes sociais na internet: proposta de metodologia de análise netnográfica. 2017. Retrieved from: <http://www.ufpb.br/evento/index.php/enancib2015/enancib2015/paper/viewFile/2853/1160>. Acessado em outubro de 2020.

Zanardo, Gabriela Lemos de Pinho *et al.* (2017). Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & sociedade*, 29.

#### Sites Consultados

CASA ANGELA, CENTRO DE PARTO HUMANIZADO. Disponível em:

<<http://www.casaangela.org.br/fotos-da-casa-angela.html>>. Acesso em: 28 de Fev de 2022.

FEBRASGO FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA.

Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/402-organizacao-mundial-da-saude-oms-lanca-56-recomendacoes-para-tentar-diminuir-as-cesareas#:~:text=Segundo%20a%20OMS%2C%20o%20Pa%C3%ADs,a%20taxa%20%C3%A9%20de%2056%25>>. Acesso: 15/11/2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em:

<[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050\\_21\\_02\\_2002.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Regulamento%20T%C3%A9cnico,que%20lhe%20confere%20o%20art](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Regulamento%20T%C3%A9cnico,que%20lhe%20confere%20o%20art)>. Data de acesso: 28/02/2022.

MÔNICA ALEXANDRE MALTA E VERA MÉDICE NISHIDE. Enfermagem Em Unidade De Terapia Intensiva, 1997 <<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/uti-pl.htm>> Acesso em: 03/03/2022.

Organização Mundial da Saúde (OMS), “Taxas de cesarianas continuam aumentando em meio a crescentes desigualdades no acesso, afirma OMS” 16 junho de 2021. Disponível em:

<<https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuam-aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso>> Acesso em: 02 de Setembro de 2021.

SOBRE COISAS, ESPAÇOS E PROCEDIMENTOS DO PARIR/NAScer NO MUNDO CONTEMPORÂNEO:  
CONTRIBUIÇÕES DE UM OLHAR ARQUEOLÓGICO