

AMBIENTES DE PARTURIÇÃO

Uma linha do tempo e seus impactos simbólicos, físicos e culturais

BIRTHING SPACES
A historical timeline and their symbolic, physical, and cultural impacts

**Monique Denoni¹,
Natalia Naoumova², Laura Sarturi³ e Gabriela Schranck⁴**

Resumo

O artigo analisa a evolução dos ambientes de parturição, destacando a influência dos espaços físicos na experiência do parto e na promoção do cuidado humanizado. A partir de uma revisão não sistemática da literatura, o estudo percorre desde os saberes ancestrais ligados ao parto natural até a consolidação do modelo hospitalar biomédico. No Brasil, observa-se o apagamento de práticas tradicionais em favor de uma assistência tecnicista, marcada por intervenções e controle sobre o corpo feminino. Com o avanço de políticas públicas como a Rede Cegonha e a Política Nacional de Humanização, intensificam-se debates sobre ambiência, conforto e protagonismo da mulher. A arquitetura, nesse contexto, passa a ser compreendida como parte integrante da assistência. Conclui-se que a qualificação dos espaços de parturição deve considerar não apenas critérios técnicos e sanitários, mas também as dimensões subjetivas, simbólicas e afetivas da experiência do nascimento. Palavras-chave: ambiente de parto; humanização; arquitetura hospitalar; saberes ancestrais; ambiência.

Abstract

This article analyzes the evolution of childbirth environments, highlighting the influence of physical space on the birthing experience and the promotion of humanized care. Based on a non-systematic literature review, the study explores the trajectory from ancestral knowledge related to natural childbirth to the consolidation of the biomedical hospital model. In Brazil, traditional practices have been largely replaced by a technicist approach, marked by interventions and control over the female body. With the implementation of public policies such as the Rede Cegonha and the National Humanization Policy, debates on ambiances, comfort, and women's protagonism have intensified. In this context, architecture is increasingly understood as an integral component of care. The study concludes that the design and qualification of childbirth spaces must consider not only technical and sanitary standards but also the symbolic, affective, and subjective dimensions of the birth experience.
Keywords: birth environment; humanization; hospital architecture; ancestral knowledge; ambiance.

Introdução

Ao longo da história e em diferentes culturas, o nascimento sempre foi uma experiência profundamente significativa, associada à continuidade da vida e à chegada de um novo ser ao mundo, envolto em afetos, expectativas e cuidados. A maneira como cada sociedade organiza os espaços destinados ao nascimento revela muito sobre seus sistemas simbólicos, práticas de cuidado e estruturas de poder.

Durante séculos, o parto foi conduzido em casa, cercado por mulheres da comunidade, com forte caráter coletivo, afetivo e ritualístico. No entanto, com o avanço do modelo biomédico ocidental, o nascimento foi progressivamente deslocado para os hospitais, tornando-se um evento técnico, protocolado e desvinculado de sua carga simbólica original.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) afirma, em sua Trecentésima Vigésima Reunião Ordinária, que o parto saudável é aquele que ocorre de forma natural e em ambiente humanizado, sendo a cesariana indicada apenas em casos de risco real à saúde da mãe ou do bebê, mediante diagnóstico médico. Considerando que o parto normal é considerado, pelo SUS, o mais seguro e adequado na maioria das situações, o uso excessivo da cesariana — procedimento cirúrgico que implica riscos imediatos e futuros — torna-se motivo de alerta. Apesar disso, segundo a Organização Mundial da Saúde, o Brasil figura como o segundo país com maior número de cesáreas no mundo, atrás apenas da República Dominicana (Brasil, 2019).

Nas últimas décadas, mudanças na forma de compreender o nascimento e suas implicações têm influenciado diretamente a conformação dos espaços destinados ao parto. Projetos arquitetônicos com foco na humanização vêm se multiplicando, especialmente no que se refere ao centro obstétrico e aos ambientes de atenção à parturiente, refletindo novos paradigmas filosóficos e assistenciais (Bitencourt, 2003; Odent, 2003).

Nesse contexto, a arquitetura passa a ser compreendida como parte integrante do cuidado, capaz de atuar como um dispositivo de acolhimento e bem-estar, o que justifica sua leitura como um “gesto médico” em si mesma (Toledo, 2006). A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS), por sua vez, reforça esse entendimento ao reconhecer que um ambiente saudável deve promover acolhimento e valorização (Brasil, 2013).

Este artigo tem como objetivo propor uma reflexão crítica sobre essa trajetória, mapeando os ambientes de parto desde os saberes ancestrais até os dias atuais. O texto propõe uma linha do tempo analítica, destacando como os aspectos físicos influenciaram (e ainda influenciam) a experiência das parturientes.

Metodologia

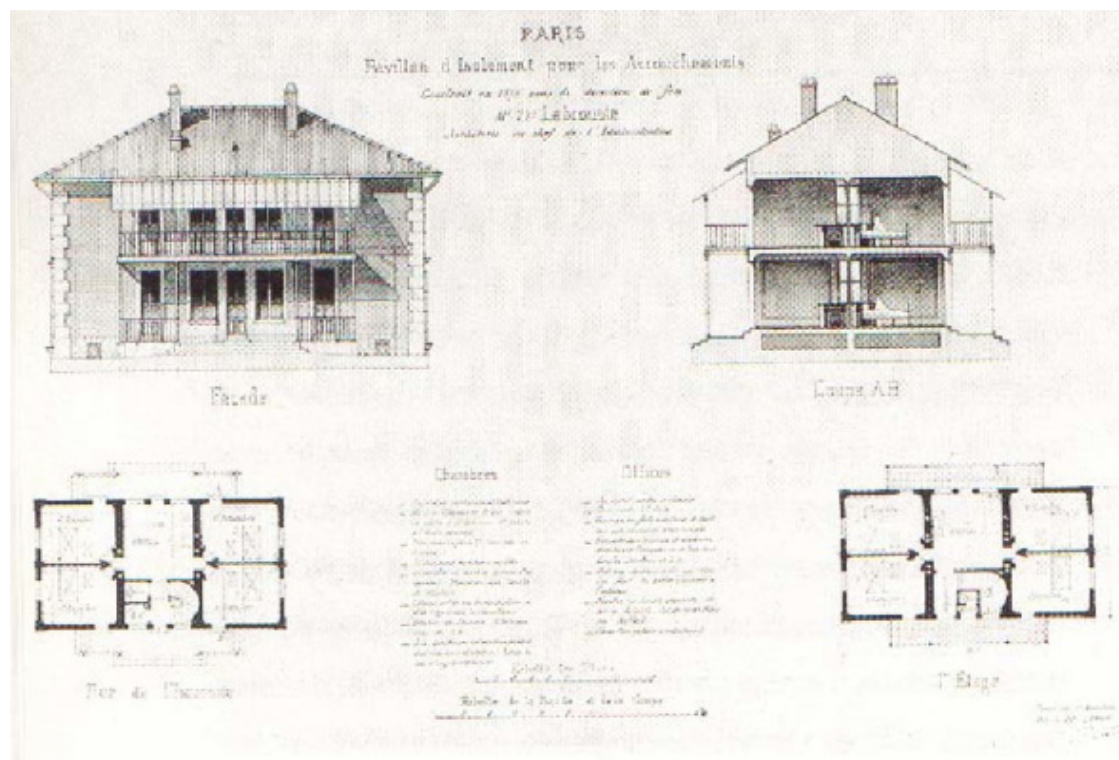
Este artigo parte de um recorte teórico e documental da dissertação de mestrado da autora, com abordagem qualitativa e revisão bibliográfica sobre a evolução dos ambientes de parto no Brasil e no mundo. A análise se ancora em fontes históricas, iconográficas, relatos etnográficos e documentos normativos.

1 Doutoranda em Arquitetura e Urbanismo pelo PROGRAU (UFPEL), Mestra em Arquitetura pelo mesmo programa (UFPEL/2024) e Arquiteta e Urbanista (UCPEL/2020).

2 Doutora em Arquitetura e Urbanismo (UFRGS/2009), Mestra em Arquitetura e Urbanismo pela Universidade Técnica do Extremo Oriente (FETU/1984). Arquiteta e Urbanista pela mesma universidade (FETU/1982).

3 Mestra em Arquitetura e Urbanismo (UFPEL/2024) e Arquiteta e Urbanista (URCAMP/2022).

4 Mestranda em Memória Social e Patrimônio Cultural (UFPEl) e Arquiteta e Urbanista (UCPEL/2019).



A consolidação do parto como evento hospitalar exigiu a construção de estruturas complexas. Em menos de cem anos, o parto passou de um ato familiar para um procedimento fragmentado em múltiplos ambientes técnicos (Bitencourt; Maria, 2003). A organização hospitalar dos anos 1940 passou a incluir espaços específicos para cada etapa: pré-parto, anestesia, assistência ao neonato, parto normal ou cirúrgico, UTI materna e neonatal, entre outros (Lerman, 2002).

As edificações destinadas ao parto, portanto, revelam um acúmulo de práticas que ajudam a decifrar os modelos sociais impostos às mulheres em relação à gestação e nascimento. Como aponta o Ministério da Saúde, essas transformações estruturais também operaram simbolicamente, negando à mulher o papel de sujeito de sua própria experiência de nascimento (Brasil, 2001, p.12).

Um exemplo emblemático dessa organização espacial está no Pavilhão de Isolamento da Maternidade de Paris, construído em 1875 (Figura 3). Esse edifício ilustra o modelo pavilhonar, que passou a influenciar o projeto de hospitais ao longo do século XIX, com setores bem definidos e arquitetura simétrica (Bitencourt; Krause, 2007).

O modelo pavilhonar consolidou-se ao longo do século XIX como referência para a organização dos hospitais, sendo caracterizado pela distribuição dos serviços em edifícios separados conforme as especialidades médicas e os tipos de patologias tratadas. Essa lógica funcionalista se refletiu diretamente na arquitetura hospitalar, marcada por composições simétricas, fachadas regulares, aberturas reduzidas e pés-direitos elevados (Bitencourt; Krause, 2007).

Nesse mesmo período, surgiram os primeiros esforços em reservar, dentro das instituições hospitalares, áreas específicas voltadas à atenção obstétrica. A consolidação dessas áreas como espaços destinados exclusivamente ao parto e nascimento ganhou força especialmente após a Segunda Guerra Mundial, quando as políticas públicas passaram a priorizar a redução da mortalidade materno-infantil (Oba; Tavares, 1996). Entre os anos de 1940 e 1970 nos Estados Unidos, e entre 1920 e 1970 na França, foram erguidas as primeiras unidades obstétricas hospitalares com desenho funcional



Figura 4 - Quarto de puérpera com berço sobre trilhos, recomendação projetual do livro *A Arte de Projetar em Arquitetura* de Ernst Neufert, publicado originalmente em 1933. Fonte: Neufert, 1976, p. 393.

segmentado. Esses espaços continham ambientes específicos para cada etapa do processo de parturição, e as equipes de enfermagem passaram a atuar de maneira especializada em cada uma dessas fases, acompanhando desde o início do trabalho de parto até os cuidados pós-natais (Bitencourt; Costa, 2003).

Os procedimentos influenciavam e eram, ao mesmo tempo, influenciados pela arquitetura. 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 eminente. Nesse momento, a mulher era transferida rapidamente do seu leito para uma maca de transporte 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).

Da sala de parto, o procedimento mais comum era transferir a mãe para uma sala de recuperação pós-anestésica, 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 ao neonato, após o nascimento, era encaminhada a um espaço próprio - o berçário coletivo, onde seria envolta em completos cuidados de enfermagem (Bitencourt; Krause, 2007).

A influência dessas ideias se estendeu também à produção arquitetônica. Em 1933, Ernst Neufert publica a obra *A Arte de Projetar em Arquitetura*, onde ilustra o parto hospitalar com uma cama/berço sobre trilhos, possibilitando o contato limitado entre mãe e bebê (Figura 4). A imagem mostra uma enfermeira supervisionando o breve encontro antes da criança ser devolvida ao berçário (Bitencourt; Krause, 2007).

Embora edições mais recentes da obra tenham incentivado o contato contínuo, o impacto do modelo inicial foi duradouro.



O referido livro manteve a indicação citada anteriormente por muitas edições. Atualmente incentiva a não separação da mãe e do bebê, visando maior contato possível. Desta forma, dada a expressiva difusão deste livro no meio arquitetônico, diversos hospitais projetados ao longo do século XX adotaram esse tipo de recomendação (Figura 5).

A partir de 1970, uma nova crítica ao modelo tecnocrático ganhou força. Iniciou-se uma mobilização internacional em torno da humanização do parto, com foco em experiências mais respeitadas e centradas na mulher (Ratto, 1996). Desde então, novas abordagens têm influenciado a forma como se pensa e projeta os ambientes de nascimento.

Nas últimas décadas, percebe-se uma ampliação do debate sobre o papel do espaço no cuidado obstétrico. Diferentes concepções arquitetônicas para centros obstétricos vêm sendo desenvolvidas, acompanhando mudanças na forma como o nascimento é compreendido — não apenas como um evento médico, mas como uma vivência humana, afetiva e transformadora (Bitencourt; Costa, 2003).

Histórico e evolução do ambiente de parturição no Brasil

A trajetória dos espaços de nascimento no Brasil acompanha transformações profundas nas esferas cultural, social e política. Desde os períodos anteriores à colonização, o parto era realizado entre os povos indígenas em ambientes naturais, como ocas ou matas, com apoio das mulheres da comunidade e conduzido segundo práticas e rituais tradicionais, baseados em saberes ancestrais (Castro, 2002).

Entre as etnias botocuda e tapuia, por exemplo, as mulheres costumavam dar à luz sozinhas em meio à natureza, sendo acompanhadas apenas por uma anciã em partos de primeira viagem (Figura 6a). Após o nascimento, realizavam banhos rituais antes de retornarem à aldeia (Rezende apud Bitencourt; Krause, 2007, p. 59). Já entre os tupinambás (Figura 6b), o parto se dava de forma coletiva, no interior das ocas, com a participação de outras mulheres da tribo (Ratto apud Bitencourt; Krause, 2007, p. 59).



Figura 6 - Ilustração representando o parto das Tribos Botocudos e Tupinambás. Fonte: SILVA, 2018.

A chegada dos colonizadores, a partir do século XVI, deu início a um processo de imposição cultural e religiosa que afetou diretamente essas práticas. A influência europeia trouxe consigo novos modos de compreender o corpo, o nascimento e o cuidado, provocando uma substituição dos ritos indígenas por práticas da medicina ocidental e preceitos do catolicismo.

Autores como Betty Mindlin (2003), em *Do Parto e do Nascer entre os Gaviões Ikolen: Mulheres, Parteiras e Xamãs*, analisam essas rupturas culturais e os impactos sofridos pelas populações originárias. Ainda durante o período colonial, o parto passou a ocorrer, majoritariamente, em domicílio, com a presença de parteiras ou, em determinados casos, de médicos e figuras religiosas. Maria Clementina Pereira Cunha (2001), em *O Espelho de Próspero: A Cultura Literária no Brasil Colonial*, explora como medicina e religião se articularam no controle da experiência do nascimento.

Autores como Maria Clementina Pereira Cunha em "O Espelho de Próspero: A Cultura Literária no Brasil Colonial" explora a interação entre medicina e religião durante esse período.

A urbanização e o avanço da medicina moderna nos séculos XIX e XX contribuíram para institucionalizar o parto em ambientes hospitalares. Essa transição foi acompanhada por um aumento significativo de procedimentos invasivos, como fórceps e cesarianas, muitas vezes realizados sem necessidade clínica. Nesse contexto, as vontades e necessidades das gestantes foram frequentemente desconsideradas.

Reflexões sobre a dimensão de gênero e o poder médico nesse processo podem ser encontradas em obras como *O Segundo Sexo*, de Simone de Beauvoir, e *Birth and Power: A Savage Enquiry Revisited*, de Sheila the Baroness Hollins, que discutem o afastamento das mulheres do protagonismo sobre seus próprios corpos.

Somente a partir das últimas décadas do século XX é que surgiram movimentos em direção à humanização do parto no Brasil, com um foco renovado na promoção da autonomia das mulheres, respeito à escolha da gestante e práticas baseadas em evidências científicas.

Somente a partir das últimas décadas do século XX é que se intensificaram os debates em prol da humanização do nascimento no Brasil. Passou-se a defender, com mais força, a autonomia da gestante, o respeito às escolhas individuais e a aplicação de boas práticas obstétricas baseadas em evidências.

Na década de 1990, os Centros de Parto Normal (CPN) começaram a ser implantados no país, seguindo diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS). Essas unidades, localizadas fora do centro cirúrgico, visam oferecer um modelo de assistência menos intervencionista, em espaços acolhedores que promovem privacidade e permitem a presença ativa da mulher e de seus acompanhantes durante o processo (Vendruscolo; Kruehl, 2015).

Um marco fundamental desse movimento foi a formulação, em 1985, dos princípios para a Humanização da Assistência ao Parto, promovidos pela OMS. Esses princípios incentivam o parto natural, o aleitamento materno imediato, o contato contínuo entre mãe e bebê, a atuação de enfermeiras obstétricas e a valorização das parteiras tradicionais, especialmente em regiões onde o acesso hospitalar é limitado (Tornquist, 2002).

Entre as décadas de 1980 e 1990, o Ministério da Saúde brasileiro passou a incorporar essas pautas em suas políticas públicas. Em 2000, foi lançado o Programa Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), institucionalizando o termo "humanização" e ampliando os debates sobre a qualidade do atendimento. Desde então, os espaços hospitalares passaram a ser questionados quanto à sua capacidade de representar e responder às expectativas das usuárias (Rattner, 2009).

Em 2017, no Dia Internacional da Mulher, o Ministério da Saúde publicou as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, que reafirmam a centralidade da mulher no processo. Entre os aspectos contemplados estão: a presença de doulas e/ou acompanhantes, liberdade de posição no trabalho de parto, uso de métodos naturais para alívio da dor (como massagens e banhos), elaboração compartilhada do plano de parto, contato imediato entre mãe e bebê e incentivo à amamentação. As diretrizes também reconhecem as Casas de Parto como espaços seguros para gestações de baixo risco e autorizam que enfermeiras obstétricas acompanhem partos em ambientes integrados, como os quartos PPP — pré-parto, parto e pós-parto (Brasil, 2017; Silva, 2017).

A história dos ambientes de parturição no Brasil revela, portanto, não apenas uma mudança de cenário físico, mas uma profunda reestruturação simbólica e ética. A busca por práticas mais humanas, respeitosas e centradas na mulher permanece como um compromisso contínuo na construção de experiências de nascimento mais dignas e seguras.

A legislação referente aos Estabelecimentos de Assistência à Saúde (EAS) no Brasil

No Brasil, os espaços destinados à assistência à saúde são orientados por um conjunto de normas técnicas, resoluções e diretrizes oficiais, que ao longo do tempo foram sendo atualizadas e ampliadas para atender às transformações nos modelos de cuidado e às

exigências sanitárias e de conforto. Essas diretrizes impactam diretamente os projetos arquitetônicos e complementares dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS), influenciando tanto a forma quanto a funcionalidade desses ambientes.

As regulamentações vigentes são disponibilizadas por órgãos como o Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio de portarias, cartilhas, manuais técnicos e resoluções normativas. Um dos primeiros marcos legais foi a publicação da Portaria nº 1.884/94, que estabeleceu normas para o dimensionamento dos espaços físicos voltados à assistência à saúde, além de definir oficialmente o termo “Estabelecimento Assistencial de Saúde” (EAS) para qualquer edificação voltada ao atendimento de pacientes em diferentes níveis de complexidade (Brasil, 1994, p.6).

No anexo II da referida Portaria, é destacada a relevância do ambiente físico como componente essencial do cuidado: “A adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não intervencionistas” (Brasil, 1994, p.6). Esse entendimento já sinalizava a importância de um espaço planejado não apenas sob critérios funcionais, mas também afetivos e relacionais.

Em 2002, a ANVISA publicou a RDC nº 50/2002, que atualizou os parâmetros para construções, reformas e ampliações em unidades hospitalares. Essa resolução serviu como base normativa até ser revogada posteriormente. Nesse período, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) passou a assumir um papel central nas políticas públicas, culminando na consolidação da Política Nacional de Humanização (PNH).

Com a publicação, em 2004, do Caderno de Textos Humaniza SUS, o Ministério da Saúde reafirmou a importância de integrar práticas humanizadas aos modelos de gestão e aos espaços físicos do Sistema Único de Saúde. A proposta visava não apenas transformar o atendimento em si, mas também qualificar os ambientes onde esse atendimento ocorre (Brasil, 2004).

No contexto específico da atenção ao parto e nascimento, a legislação mais significativa passou a ser a RDC nº 36/2008, que substituiu a RDC 50 e introduziu medidas voltadas à segurança do paciente e à elevação da qualidade dos serviços de saúde. Desde então, as recomendações sobre o projeto e funcionamento de ambientes obstétricos passaram a incorporar também aspectos relacionados ao acolhimento e à experiência da mulher.

Outros marcos relevantes incluem a Portaria nº 1.459/2011, que instituiu a Rede Cegonha — iniciativa voltada a garantir a assistência humanizada durante a gestação, o parto, o puerpério e os primeiros anos da infância. Essa política ampliou o olhar sobre o ciclo gravídico-puerperal como um processo contínuo, que demanda espaços físicos integrados e humanizados.

Em 2012, a Portaria nº 1.020 estabeleceu critérios para a estratificação de risco obstétrico, promovendo uma melhor organização dos serviços conforme a complexidade dos casos. Já a Portaria nº 3.390/2013, ao instituir a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), reforçou a centralidade do cuidado humanizado e seguro como premissas fundamentais dos ambientes hospitalares.

No ano de 2015, por meio da Portaria nº 11, foram definidas as diretrizes para a criação e funcionamento dos Centros de Parto Normal Peri-Hospitalar (CPNp), fortalecendo um modelo de assistência ao parto natural mais acolhedor, seguro e tecnicamente

qualificado (Brasil, 2015). Essa portaria também reafirma a vinculação desses centros à Rede Cegonha, propondo sua articulação com o Sistema Único de Saúde e reconhecendo o protagonismo da mulher no processo de nascimento.

Além das regulamentações diretamente voltadas ao cuidado obstétrico, a norma técnica NBR 7256 trata de aspectos fundamentais à qualidade do ambiente hospitalar, como a renovação do ar, controle da umidade, filtragem e climatização. Essa norma estabelece parâmetros que visam garantir ambientes salubres e seguros, essenciais para o bem-estar de pacientes e profissionais da saúde.

A NBR 7256 também oferece diretrizes técnicas para a instalação e manutenção de sistemas de climatização, incluindo recomendações sobre localização de equipamentos, segurança elétrica, drenagem e prevenção de riscos. O cumprimento dessas normas contribui diretamente para a qualificação dos espaços hospitalares, promovendo ambientes mais eficientes, confortáveis e compatíveis com as exigências da vigilância sanitária.

Por fim, a compreensão e aplicação dessas legislações e normas são indispensáveis para arquitetos e profissionais da saúde envolvidos na concepção de espaços de parturição. Elas fornecem o arcabouço técnico necessário para projetar ambientes que garantam não apenas funcionalidade e segurança, mas também um acolhimento digno e respeitoso para mulheres e recém-nascidos.

A seguir, apresenta-se uma síntese das principais normas, portarias e resoluções que orientam os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) no Brasil, com ênfase nos seus objetivos e diretrizes (Quadro 1). Esse panorama normativo contribui para a compreensão dos marcos regulatórios que influenciam diretamente o planejamento, a qualificação e a humanização dos espaços hospitalares, especialmente aqueles destinados ao parto e nascimento, assegurando ambientes mais seguros, confortáveis e acolhedores.

DOCUMENTO	OBJETIVOS	DESTAQUES
Portaria nº 1.884/94	Normas e diretrizes para projetos arquitetônicos em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS).	Introduziu o termo 'Estabelecimento Assistencial de Saúde' (EAS).
RDC nº 50/2002	Regularização de novas construções, reformas de hospitais.	Substituída pela RDC 36 em 2008.
Caderno de Textos Humaniza SUS (2004)	Promover a humanização do atendimento hospitalar e do ambiente físico.	Transformação do Programa Nacional de Humanização em política pública: Humaniza SUS.
RDC nº 36/2008	Instituir ações para a segurança do paciente e melhoria da qualidade nos serviços de saúde.	Revogou a RDC nº 50 e enfatizou segurança e qualidade.
Portaria nº 1.459/2011	Garantir atenção humanizada durante a gravidez, parto e puerpério, alinhada à Rede Cegonha.	Estabeleceu a Rede Cegonha para assistência humanizada e segura.
Portaria nº 1.020/2012	Estabelecer critérios para classificação de risco obstétrico.	Organizou o cuidado obstétrico à gestante e ao neonato.
Portaria nº 3.390/2013	Qualificar e organizar a atenção hospitalar no SUS, incluindo diretrizes para humanização.	Incluiu diretrizes voltadas à humanização e segurança do paciente.

Portaria nº 11/2015	Diretrizes para implantação de Centros de Parto Normal Peri-Hospitalar (CPNp).	Foco em acolhimento e assistência ao parto natural e humanizado.
NBR 7256	Estabelecer requisitos para qualidade do ar interior e operação de sistemas de climatização.	Prevenção de problemas relacionados à má qualidade do ar em ambientes hospitalares.

Cabe destacar que tanto a Portaria nº 11 quanto as resoluções RDC 50 e RDC 36 concentram-se, em sua maioria, nos aspectos físicos e técnicos dos ambientes de parto, deixando em segundo plano elementos subjetivos como o bem-estar emocional e psicológico das parturientes — fatores igualmente fundamentais para garantir uma experiência de nascimento acolhedora e verdadeiramente humanizada.

Conclusão

A trajetória histórica dos ambientes de parturição evidencia mais do que uma transformação arquitetônica: revela a passagem de um evento profundamente humano, coletivo e ritualístico para um procedimento técnico, institucionalizado e, muitas vezes, desumanizado. Ao longo dos séculos, os saberes ancestrais de povos indígenas, africanos e ribeirinhos foram sendo invisibilizados, substituídos por práticas biomédicas que afastaram o parto do seu contexto cultural, afetivo e simbólico.

No Brasil, essa transição é marcada tanto pela imposição colonial quanto pelas transformações urbanas e sanitárias, culminando em modelos hospitalares cada vez mais centrados na eficiência técnica e no controle do corpo feminino. A medicalização do nascimento, embora tenha contribuído para reduzir alguns riscos obstétricos, também resultou em intervenções excessivas, perda de autonomia da mulher e afastamento do vínculo entre mãe, bebê e comunidade.

Em vista disso, na última década, surge um movimento de humanização do parto promulgado pelo Ministério da Saúde que, dentre muitas iniciativas, encontra-se a preocupação com a ambiência dos espaços de parturição, reconhecendo que o ambiente físico influencia diretamente no conforto, na autonomia e na experiência emocional da parturiente, sendo considerado parte integrante do cuidado em saúde.

Eis um caminho fundamental a ser trilhado na busca por uma real contribuição do estudo para a modelagem dos projetos arquitetônicos voltados à assistência ao parto. A pesquisa sobre o estabelecimento de parâmetros efetivos de conforto ambiental torna-se imprescindível, uma vez que tais parâmetros devem atender não apenas às necessidades básicas, mas também às demandas subjetivas e emocionais inerentes ao processo de parturição. Quanto mais cedo e com maior precisão a informação chegar ao arquiteto, maior será a possibilidade de sua integração ao projeto e, consequentemente, mais elevada será a qualidade global do ambiente construído — qualidade esta compreendida como condição essencial para favorecer a humanização da assistência ao parto (BARROSO-KRAUSE apud DEL RIO, 1998, p. 41).

Não se pode negar que a arquitetura dos ambientes de saúde, assim como a medicina, compreende mais que uma atividade funcional, caracterizada pela responsabilidade social que comportam, e se apresenta como um instrumento potente para a promoção de experiências de parto mais respeitosas e sensíveis. Ao valorizar a ambiência, o acolhimento e o respeito às práticas tradicionais, torna-se possível não apenas adequar espaços às normas técnicas, mas sobretudo reconfigurar sentidos e restabelecer vínculos entre o corpo, o espaço e o nascer.

Retomar os saberes ancestrais e compreender os ambientes de parturição como espaços de cuidado integral — físico, emocional, simbólico e social — é fundamental para a construção de modelos de atenção mais humanos, baseados em evidências e culturalmente sensíveis. Trata-se de reconhecer o parto não apenas como um procedimento técnico, mas como uma experiência profunda, que demanda respeito à autonomia da mulher, escuta ativa e um ambiente que favoreça o vínculo e o bem-estar.

A articulação entre arquitetura, saúde, cultura e ancestralidade permite ressignificar os espaços de nascimento, superando a lógica padronizada da medicalização. Ao valorizar práticas e disposições espaciais que acolham o corpo e a subjetividade da parturiente, abrimos caminho para ambientes que, além de funcionais e seguros, sejam também dignos, acolhedores e centrados na mulher. Essa compreensão amplia o papel da arquitetura como mediadora do cuidado e reforça o compromisso ético com a qualidade da assistência ao nascimento.

Referências

- BITENCOURT, Fábio; COSTA, Maria. A arquitetura do ambiente de nascer: aspectos históricos. *Revista DISSERTAR*, Rio de Janeiro, Dez. de 2003 p. 12-15. Disponível em: <https://www.academia.edu/8349670/Arquitetura_do_ambiente_de_Nascer_reflexões_e_recomendações_projetuais_de_arquitetura_e_conforto_ambiental>. Acesso em: 30 abr. 2020.
- BITENCOURT, Fábio; KRAUSE, Claudia; UFRJ. *Arquitetura no ambiente de nascer: investigação, reflexões e recomendações sobre adequação de conforto para centros obstétricos em maternidades públicas no Rio De Janeiro*. UFRJ, 2007.
- BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. *Recomendação nº 038, de 23 de agosto de 2019*. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <<https://www.gov.br/conselho-nacional-desaudef/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/recomendacoes/2019/recomendacaono-038.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2023.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher*. Brasília, 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. 1 ed. Brasília, DF, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução-RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002*. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html>. Acesso em: 20 mar. 2023.
- CASTRO, Eduardo. *A inconstância da alma selvagem: e outros ensaios de antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2002.
- CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. *Metodologia Científica*. 4. ed. São Paulo: MAKRON Books, 1996.
- CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O espelho de Próspero: a cultura literária no Brasil colonial*. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.
- LERMAN, Alice. *Birth environments, emerging trends and Implications for Design*. Wisconsin: Center for Architecture and Urban Planning Research. University of WisconsinMilwaukee, 2002. 143 p.
- MALDONADO, Maria. *Psicologia da Gravidez. Parto e Puerpério*. 6 ed. Petrópolis, Vozes, 2002. P. 88 - 98.
- MINDLIN, Betty. *Do parto e do nascer entre os Gaviões Ikolen: mulheres, parteiras e xamãs*. São Paulo: Editora da UNESP; Imprensa Oficial do Estado, 2003.
- OBA, Maria; TAVARES, Maria. *As mulheres e os receios vivenciados em suas trajetórias obstétricas*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, out de 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71671996000400008&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- ODENT, Michel. *O Camponês e a parteira: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto*. Trad. de Sarah Bauley. – São Paulo: Ground, 2003, 189 p.
- PARENTE, Raphael. et al. *A história do nascimento (parte 1): cesariana*. *Femina*, set de 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n9/a481-486.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832009000500027&lng=pt&lng=pt>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- RATTO, Kátia Maria. Algumas reflexões sobre o profissional de saúde, o parto e o nascimento. *Revista Saúde em Foco*. Ano V, n. 14, Rio de Janeiro, nov. 1996. p. 36- 39.
- SILVA, Amanda Krauze. *Casa de Parto: a humanização do ambiente de nascer por meio da arquitetura*. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Arquitetura e Urbanismo). Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2017. Disponível em: <[CT_DEAAU_2018_1_02.pdf](http://www.ct-deaaau-2018-1-02.pdf) (utfpr.edu.br)>. Acesso em: 6 jan. 2021.
- SILVA, Cristiane. *Ergonomia aplicada na qualificação da ambiência do espaço de nascer*. ResearchGate, jul. 2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/326527609_Ergonomia_aplicada_na_qualificacao_da_ambiencia_do_espaco_de_nascer>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- SPINK, Mary Jane. *Psicologia Social e Saúde: saberes e sentidos*. 9. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013.
- TOLEDO, Luiz Carlos Menezes de. *Feitos para Curar: arquitetura hospitalar e o processo projetual no Brasil / Rio de Janeiro: ABDEH, 2006, 127p.:il.*
- TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário de humanização. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14972>>. Acesso em: 10 jan. 2022.
- VENDRÚSCOLO, Claudia; KRUEL, Cristina. A história do parto: do domicílio ao hospital, das parteiras ao médico, de sujeito a objeto. *ResearchGate*, 15 de jun. de 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/311420444_a_historia_do_parto_do_domicilio_ao_hospital_das_parteiras_ao_medico_de_sujeito_a_objeto_1>. Acesso em: 20 abr. 2020.