



O CONTEXTO BRASILEIRO DE INSERÇÃO DAS ENFERMEIRAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO

THE BRAZILIAN CONTEXT OF INTEGRATION OF THE NURSES INTO
HUMANIZED LABOR CARE

EL CONTEXTO BRASILEÑO DE INSERCIÓN DE LAS ENFERMERAS EN LA
ASISTENCIA AL PARTO HUMANIZADO

Juliana Amaral Prata^I

Jane Márcia Progianti^{II}

Adriana Lenho de Figueredo Pereira^{III}

RESUMO: No Brasil, a partir dos anos 90, ganha força o movimento pela humanização do parto que influenciou a prática de muitas enfermeiras na assistência ao parto. Ao incorporarem em seu discurso os ideários deste movimento, as enfermeiras ganharam poder e autonomia no campo obstétrico. Este estudo objetivou discutir em qual contexto político e econômico a enfermeira ocupou espaços na assistência ao parto. Trata-se de um artigo de revisão realizada na Biblioteca Virtual de Saúde utilizando os termos *política neoliberal e política de saúde*. Identificamos que o contexto neoliberal globalizado favoreceu a inserção da enfermeira na assistência ao parto, uma vez que sua prática estava de acordo com o ideário de Estado mínimo e apresentava características esperadas para o trabalhador dentro da lógica da reestruturação produtiva. Concluímos que a enfermeira, ao incorporar os princípios da humanização, atendeu aos requisitos para atuar dentro da política neoliberal brasileira num mundo globalizado.

Palavras-chave: Parto humanizado; enfermeiras obstétricas; saúde da mulher; políticas de saúde.

ABSTRACT: From the 1990s, Brazil has witnessed the emergence of the movement for the humanization of labor, which has influenced the many nurses' practice in labor care. As they embrace the ideology of this movement in their discourses, nurses began to develop power and autonomy in the obstetrics field. This study aims at discussing in which political and economic context the nurse has occupied spaces in labor care. It is an review carried out at the Virtual Health Library Database using the terms *neoliberal policy and health policy*. We have identified that the globalized neoliberal context has promoted the integration of the obstetric nurses into labor care, since their practice was in tune with the minimum State ideology and it displayed the expected characteristics for the worker within the productive restructuring logic. We conclude that, in embracing the humanization principles, the nurse has fulfilled requirements to act inside the Brazilian neoliberal policy in a globalized world.

Keywords: Humanized labor; obstetric nurses; women's health; health policies.

RESUMEN: En Brasil, desde los años 90, el movimiento por la humanización del parto, que influyó la práctica de muchas enfermeras en asistencia al parto, ganó fuerza. Al incorporar en su discurso los ideales de este movimiento, las enfermeras ganaron poder y autonomía en el campo obstétrico. Este estudio propone discutir en cual contexto político y económico la enfermera ocupó espacios en la asistencia al parto. Es una revisión en la Biblioteca Virtual de Salud, utilizando los términos *política neoliberal y política de salud*. Se identificó que el contexto neoliberal globalizado favoreció la inserción de la enfermera en la asistencia al parto, ya que su práctica era compatible con la ideología del Estado mínimo y tenía características previstas para el trabajador dentro de la lógica de la reestructuración productiva. Se concluye que la enfermera, al incorporar los principios de la humanización, cumplió los requisitos para actuar en la política neoliberal brasileña en un mundo globalizado.

Palabras clave: Humanización del parto; enfermeras obstétricas; salud de las mujeres; políticas de salud.

INTRODUÇÃO

No final da década de 80, o movimento pela humanização do parto e nascimento propôs mudanças no modelo de atenção ao parto hospitalar no Bra-

sil, pautado na medicalização e na intervenção. À época, suas reivindicações basearam-se na publicação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1985,

^IEnfermeira obstétrica. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: juaprata@gmail.com.

^{II}Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pesquisadora do Grupo de Pesquisas sobre Gênero, Poder e Violência na Saúde e Enfermagem. Pesquisadora do Programa de Prociência da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: jmprogi@uol.com.

^{III}Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pesquisadora do Grupo de Pesquisas sobre Gênero, Poder e Violência na Saúde e Enfermagem. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: adriana lenho.uerj@gmail.com.

que legitimou as práticas humanizadas através da medicina baseada em evidências. Na ocasião, recomendou o uso de tecnologias apropriadas ao parto e nascimento, modificações nas rotinas hospitalares e o incentivo à atuação de enfermeiras obstétricas no parto normal¹.

Assim, nos anos 90, no âmbito federal, o Ministério da Saúde (MS) elaborou um arcabouço legal que legitimou e favoreceu a inserção da enfermeira na assistência ao parto das instituições públicas municipais. Além disso, deu condições para que essas agentes, uma vez inseridas no campo obstétrico, pudessem lutar pela implantação e desenvolvimento das práticas humanizadas, fato que inexistia anteriormente devido à ausência dessas especialistas na assistência ao parto².

Ao incorporarem os discursos e as práticas obstétricas recomendadas pelo movimento de humanização, as enfermeiras obstétricas foram reconhecidas pelos gestores públicos como profissionais autorizadas para implantar as ações desta política². Desse modo, essas especialistas foram consideradas locutoras autorizadas, dotadas de competência necessária para produzir discursos legítimos capazes de serem reconhecidos por terem uma eficácia simbólica diante da estrutura do campo obstétrico humanizado.

Diante do exposto, este estudo tem por objetivo discutir em qual contexto político e econômico a enfermeira ocupou espaços na assistência ao parto. Este estudo contribuirá para refletirmos sobre a prática da enfermagem obstétrica e para que as enfermeiras obstétricas possam estabelecer novas estratégias de luta no sentido de se manterem no campo obstétrico no contexto atual.

METODOLOGIA

Para alcançar o objetivo do estudo, optamos pelo método da revisão bibliográfica, pois viabiliza a síntese dos resultados de diversos estudos possibilitando conclusões gerais sobre um tema³.

O levantamento bibliográfico foi realizado na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período de fevereiro a março de 2010, utilizando os termos *política neoliberal* e *política de saúde*. Num segundo momento, restringimos a busca abordando os textos completos disponíveis. Encontramos 21 artigos publicados em periódicos. Dessa amostra, foram excluídos 11, considerando que não apresentavam aderência ao tema deste estudo.

Após a leitura dos 10 artigos selecionados, procuramos responder ao seguinte questionamento: Em qual contexto político e econômico as enfermeiras obstétricas conquistaram espaços na assistência ao parto?

A partir da leitura dos textos, emergiram duas categorias: neoliberalismo e globalização; e a política

neoliberal e a política de saúde brasileira. Posteriormente, como uma reflexão, criamos uma terceira categoria: as condições do contexto neoliberal globalizado que favoreceram a inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto: o Estado mínimo e a reestruturação produtiva. Esta última apresenta a correlação da inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto humanizado com as características Estado mínimo e reestruturação produtiva da política neoliberal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neoliberalismo e globalização

Neoliberalismo é uma doutrina que abrange economia e filosofia social. Como um movimento surgido dentro do liberalismo, suas proposições visam reformar os Estados de bem-estar social, que incluíam contenção de gastos sociais, privatizações dos ativos públicos, flexibilização do trabalho, desregulamentação do mercado e globalização da economia. Tais ações foram estratégicas para sanar a crise fiscal dos Estados de 1970 a 1980, afirmando a responsabilidade individual, definindo o Estado Mínimo, no qual a saúde é um dos setores diretamente afetado⁴.

Primeiramente, a globalização refere-se à rede de produção e troca de mercadorias que se estabelece em nível mundial. Além disso, designa o fenômeno do intercâmbio político, social e cultural entre as diversas nações que, nos dias atuais, se encontra intensificado pelas profundas transformações decorrentes da aplicação das inovações científicas e tecnológicas na área da comunicação⁵.

Embora tenha se consolidado nas últimas décadas, o processo de globalização já estava contido no capitalismo desde sua origem. Este modo de produção tem em sua gênese uma vocação internacional, devido à dinâmica da acumulação, concentração, centralização e internacionalização do capital fazerem parte da sua própria constituição e forma de expansão. Portanto, concordamos que a globalização é a expressão de um novo patamar do capitalismo, possibilitando a plena mobilidade do capital em nível global⁵.

A forma organizacional do trabalho também sofreu transformações. Em decorrência da globalização surgiu a reestruturação produtiva que sugeria novas formas de gestão, a racionalização e a descentralização da produção, a desregulamentação e a precarização das condições e das relações de trabalho⁶.

Na esfera social, a aproximação de culturas e economias, dentro da lógica da universalização, ressaltou ainda mais as desigualdades entre os países tendo em vista que uma parcela significativa da população mundial ficou excluída dos benefícios da globalização⁴. Nesse contexto, a globalização pode ser vista como um processo histórico de produção e reprodução do capital de

forma combinada e desigual, que ao mesmo tempo em que visa integrar também salienta as diferenças⁷.

Contudo, ressaltam-se algumas oportunidades positivas provenientes de iniciativas de âmbito global. Uma delas foi a criação do sistema das Nações Unidas, incluindo a OMS, representando uma conquista para o diálogo internacional. Acrescenta-se ainda a realização de conferências temáticas - como a Conferência das Nações Unidas sobre os Direitos Humanos (1993), a Conferência das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento (1994), Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher (1995) e outras - que promoveram debates importantes e resultaram em recomendações mundiais⁸.

Na perspectiva político-econômica, a globalização favoreceu a disseminação dos ideários neoliberais, os quais encontraram, nos países da América Latina, terreno fértil para incorporação de suas propostas⁹.

Entendendo a globalização como uma nova modalidade de acumulação de capital resultante de atividades especulativas do mercado financeiro, sua associação com o modelo neoliberal possibilitou que uma política econômica vigorasse sem qualquer limitação dos mecanismos de mercado¹⁰.

A moeda estável, a concentração de riquezas, a contenção de gastos com as funções sociais do Estado e a taxa natural de desemprego são alguns traços do neoliberalismo. A ideologia neoliberal defende que essas medidas propiciam o aumento de capital e novos investimentos. A taxa natural de desemprego é vista como necessária para a redução de salários, o que garante o aumento dos lucros, sendo considerada um dos componentes estratégicos da economia neoliberal¹⁰.

A consolidação da aliança entre neoliberalismo e globalização foi a realização do Consenso de Washington, em 1989. Na ocasião, integrantes do Fundo Monetário Internacional, do Banco Mundial, do Banco Interamericano de Desenvolvimento e de representantes do governo dos Estados Unidos e de alguns países da América Latina, definiram um conjunto de regras a serem aplicadas aos países para obter apoio político e econômico dos governos centrais e destes organismos¹¹.

Especificamente para o Brasil, algumas estratégias foram traçadas, como: privatização das empresas estatais; reformas constitucionais; desregulamentação dos aspectos econômicos em todas as instâncias; flexibilização dos direitos trabalhistas; redução dos investimentos estatais em políticas públicas básicas; e reformas no aparato burocrático do Estado, a fim de reduzir gastos em geral⁷.

A implementação de tais medidas resultou numa globalização excludente¹⁰. O impacto dos ajustes sobre as Políticas Sociais no Brasil pode ser verifi-

cado através da interrupção do processo de construção de uma seguridade social, com base nos direitos de cidadania e no dever do Estado. Como parte de uma redefinição global do campo político-institucional e das relações sociais, o ajuste neoliberal implicou na perda dos direitos sociais e na restrição da concepção de cidadania¹¹.

A política neoliberal e a política de saúde brasileira

A política de ajuste econômico, implantada desde o início da década de 90, afetou profundamente a área da saúde. Sob a ótica das políticas sociais, as reformas estruturais que acompanharam a entrada do neoliberalismo no Brasil são vistas como um retrocesso diante das conquistas democráticas e sociais da Reforma Sanitária, afirmadas pela Constituição de 1988¹².

Os princípios de universalidade e igualdade que estabeleceram a saúde como um direito de cidadania a ser garantido pelo Estado através de políticas sociais e econômicas, conforme o artigo 196, vão de encontro com as propostas neoliberais, as quais estavam articuladas com o mercado e baseadas nas políticas de ajustes fiscais e de reforma do Estado¹².

Em oposição ao Projeto da Reforma Sanitária está o projeto neoliberal ou privatista, marcado pela contenção dos gastos e pela descentralização através da desresponsabilização do Estado na área social¹¹.

Nos anos 90, seguindo a proposta de ajuste fiscal do Banco Mundial, primava-se pela eficiência, efetividade e economia nos gastos públicos em detrimento dos princípios da equidade. Sendo assim, ao considerar a saúde como um setor seletivo com foco nas populações pobres, ela deixa de ter o caráter de um direito¹³.

Assim, os anos 1990 tiveram sua importância para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo pelo fomento ao processo de municipalização. Entretanto, houve dificuldades relacionadas com oscilações no financiamento do setor, provocando congelamento das tabelas de remuneração do SUS e a ausência de expansão dos investimentos, que resultaram no sucateamento da rede pública, na queda na qualidade da atenção, na sub-remuneração dos profissionais, entre outros problemas¹⁴.

Nos governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC) e Luís Inácio Lula da Silva, a política macroeconômica determinou fragilidades nas condições de financiamento do SUS, conseqüente à necessidade de cumprimento das metas de inflação e de superávit primário, que implicou em tentativas de diminuição dos gastos públicos, em especial da saúde⁹.

Nesse contexto, houve uma desistência das camadas médias pelo projeto de saúde pública universal, ocasionando uma expansão do consumo dos ser-

viços do segmento da saúde complementar. Paralelamente a esse movimento, as ações governamentais privilegiaram a expansão das ações básicas de saúde, promovendo significativo incremento no número de equipes de saúde da família e permitindo a inclusão de contingentes populacionais com dificuldades de acesso aos serviços de saúde¹⁴.

Esses movimentos contraditórios simultâneos, de exclusão e de inclusão de segmentos sociais em um sistema de saúde universalista, fizeram com que autores constituíssem a expressão universalização excludente para designar a associação entre a expansão do atendimento pela inclusão de milhões de pobres e indigentes, e a exclusão dos segmentos de trabalhadores mais qualificados e a classe média em geral que, aparentemente, renunciaram à assistência médica do SUS, em busca de atendimento diferenciado dos planos de saúde, provocando a consolidação do mercado da assistência à saúde¹⁵.

O debate sobre a crise fiscal do Estado e suas implicações sobre o financiamento das políticas públicas catalisou o enfrentamento entre concepções sobre o papel do Estado e os padrões de intervenção sobre a sociedade. No governo FHC esse debate foi expresso nas propostas do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), concebido pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), que lançou bases para novas relações entre o Estado e a Sociedade e possibilitando o surgimento de um novo modelo de gestão nas unidades de saúde, com a implantação de organizações sociais (OS), que são gerenciadas por entidades públicas não estatais, submetidas a contratos de gestão, que são acompanhados e avaliados por estrutura da Secretaria Estadual de Saúde¹⁶.

Essas OS surgiram como uma promessa de desburocratização e eficiência da gestão pública de saúde. No entanto, têm sido questionadas acerca das implicações sobre a lógica inscrita de mercado, reproduzindo ações de saúde com forte cunho tecnicista e pautada na produtividade. Além disso, os profissionais de saúde atuantes na rede pública de saúde são submetidos às relações de trabalho diferenciadas de outros profissionais que exercem a mesma função, gerando a co-existência de dois estratos de trabalhadores de saúde, aqueles que são concursados, estatutários e do corpo permanente e os que são celetistas, de permanência variável e com vínculo institucional precário. Portanto, esse cenário tem sido relacionado ao processo de desestatização e privatização da gestão no sistema de saúde brasileiro.

As condições do contexto neoliberal globalizado que favoreceram a inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto: o Estado mínimo e a reestruturação produtiva

No final do século XX, o Estado brasileiro adotou as concepções neoliberais para estabelecer refor-

mas em direção ao desenvolvimento econômico e como principal resposta às necessidades de melhoria das condições sociais da população. No campo da saúde, houve o estabelecimento de ações governamentais que visavam a redução dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e neonatal e de qualificação da assistência às gestantes e neonatos, que integraram um conjunto de medidas da Política de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), que culminaram na oficialização da assistência da enfermeira obstétrica na legislação do SUS, como as Portarias n° 2.815/98 e 169/98.

A primeira portaria estabeleceu a inclusão do procedimento *parto normal sem distocia* realizado por *enfermeiro obstetra* nas tabelas do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS. A segunda descreve as atribuições das enfermeiras obstétricas nesse tipo de atendimento e determina o laudo de internação de enfermagem para a emissão de *autorização de internação hospitalar* (AIH) de mulheres que tiveram parto normal¹⁷.

Essas iniciativas governamentais geraram descontentamentos na categoria médica que se intensificaram com a decisão do Ministério da Saúde de implantar os Centros de Parto Normal ou Casas de Parto (CP) no SUS por meio da Portaria/GM n° 985, de 1999. O discurso médico para refutar essas medidas ministeriais foi baseado na (ausência) segurança médica e na pauperização da medicina.

A primeira argumentação fundamenta-se no conceito de risco implícito na medicalização do parto para demarcá-lo como ato médico e na representação do parto tecnológico como modernidade e progresso na assistência obstétrica. A segunda argumentação refere-se a essas medidas como destinadas à população mais carente e à redução de custos na assistência materno-infantil, que coloca em risco as gestantes e são apregoadas como medidas de humanização de parto¹⁸.

Nessas argumentações, o Estado aparece como promotor de estratégias de diferenciação na qualidade e acesso de serviços por meio da racionalização dos custos e simplificação tecnológica das ações públicas de saúde, constituindo uma segmentação entre as zonas centrais e periféricas da cidade na distribuição e provisão de recursos assistenciais e profissionais.

Por outro lado, as inovações tecnológicas estão associadas ao progresso da ciência e ao grau de modernização de uma sociedade. Essa representação também está presente no campo da saúde, implicando na pouca valorização social e econômica das práticas percebidas como de menor complexidade técnica e tecnológica.

Desse modo, as práticas de cuidado humanizado ao parto, realizadas pelas enfermeiras obstétricas,

podem ter interpretações diferenciadas, como avanço em direção ao respeito à singularidade e à subjetividade do feminino, valores necessários para a qualidade do cuidado obstétrico, ou como um anacronismo da política de saúde que utiliza o discurso da humanização como pano de fundo para reduzir os custos implicados com a crescente complexidade tecnológica na saúde, incluindo a profissional enfermeira cujo trabalho tem menor representatividade social e econômica em comparação ao do médico.

Diante da exposição aqui desenvolvida, pode-se inferir que o Estado incorporou o ideário da humanização do parto e nascimento no discurso normativo e programático do SUS, cuja inserção da enfermeira obstétrica foi diretamente associada a esse ideário. No entanto, o contexto neoliberal foi um determinante político-econômico decisivo para que tal fato ocorresse, confluindo para as reformas que já estavam em curso na década de 1990. Se esses interesses econômicos no setor saúde não estivessem envolvidos, o Estado não se sensibilizaria pelas potencialidades profissionais da enfermagem em detrimento das representações e forças hegemônicas na assistência obstétrica brasileira.

Ao investir na assistência ao parto pela enfermeira obstétrica, o governo neoliberal seguia seu ideário de Estado mínimo tendo em vista que a prática profissional dessa especialista envolve tecnologias leves e de baixo custo. Acrescenta-se ainda a questão salarial, como uma profissão feminina relacionada com o cuidado, a remuneração das enfermeiras é inferior¹⁹, o que reduz os gastos públicos e viabiliza a continuação das reformas neoliberais.

Acrescenta-se ainda que a política neoliberal veio acompanhada da reestruturação produtiva, a qual exige dos trabalhadores habilidades diferenciadas e capacidade de adaptar-se a novas situações. A sua principal característica é a flexibilização do trabalho, com a formação profissional direcionada para habilidades intelectuais, manuais e empresariais, polivalência, qualificação e produção de conhecimento, valorizando a qualidade do trabalho, a criatividade, intuição e a autonomia na tomada de decisão²⁰.

Nesse sentido, ao se mostrarem dispostas a transformar sua prática de acordo com as propostas difundidas pelo movimento de humanização do parto e nascimento, a enfermeira atendeu às exigências da reestruturação produtiva que acompanha a política neoliberal.

CONCLUSÃO

Baseado nas tendências mundiais, durante a implantação das práticas humanizadas na assistência ao parto no Brasil, o governo neoliberal investiu em recursos humanos qualificados e que utilizassem tecnologias de baixa complexidade. Ao refletirmos sobre situação, percebemos que o Estado identificou

na enfermeira obstétrica um agente para viabilizar seus interesses.

Podemos dizer que nosso objetivo foi alcançado, pois verificamos, neste artigo de revisão, que o contexto brasileiro apresentou um jogo de interesses entre a política neoliberal, a globalização e a política de humanização do parto e nascimento, no qual as enfermeiras obstétricas obtiveram lucros. Estas especialistas tiveram sua prática reconhecida e amparada legalmente, ganharam poder e autonomia na assistência ao parto e tiveram condições de lutar pela ocupação de espaços durante a implantação das práticas humanizadas. Assim, a enfermeira obstétrica atendeu aos requisitos para atuar dentro do modelo humanizado, subordinado à política neoliberal brasileira num mundo globalizado.

Apesar da política neoliberal e da globalização terem favorecido a inserção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto humanizado, o modelo de gestão atualmente aplicado aos serviços de saúde, principalmente nos níveis municipal e estadual, através das privatizações e das OS, pode apresentar-se como um fator negativo para as enfermeiras tendo em vista que sua prática obstétrica somente é exercida no âmbito municipal, o que pode resultar na perda de espaço.

A prática da enfermeira obstétrica, por ser interessante para a política neoliberal do ponto de vista econômico, pode causar a precarização do trabalho da enfermeira, que é predominantemente feminino. Diante do exposto, caso essa tendência se mostre contínua, gostaríamos de alertar as enfermeiras obstétricas para que direcionem sua luta também contra as consequências indesejáveis dessas políticas sobre seu processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Tornquist CS. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Rev estud fem.* 2002; 10:483-92.
2. Progianti JM, Mouta RJO. 2009. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. *Rev enferm UERJ.* 2009; 17:165-9.
3. Mendes KDS, Silveira RCC, Pereira GCM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm.* [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2008 [citado em 29 out 2010]. 17:758-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/prc>.
4. Munhoz DB, Jesus JAL, Costa MA, Souza EM. Neoliberalismo e Estado mínimo: repercussões na atenção à saúde no Distrito Federal. *Com ciências saúde.* 2009; 20:271-6.
5. Santos TS. Globalização e exclusão: a dialética da mundialização do capital. *Sociologias.* 2001; 3:170-198.
6. Castro CA. Globalização, neoliberalismo, trabalho precarizado, desemprego e Estado penal. In: *Anais do XVII*

- Congresso Nacional do CONPEDI; 2008 nov; Brasília, Brasil. Brasília (DF): CONPEDI; 2008. p. 8110-34.
7. Leme AA. Neoliberalismo, globalização e reformas do Estado: reflexões acerca da temática. *Barbarói*. 2010; 32:114-38.
 8. Buss PM. Globalização, pobreza e saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2007; 12:1575-89.
 9. Borlini LM. Há pedras no meio do caminho do SUS - os impactos na saúde do Brasil. *Textos & Contexto*. 2010; 9:321-33.
 10. Pires MFC, Reis JRT. Globalização, neoliberalismo e universidade: algumas considerações. *Interface - comunic saúde educ*. [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 1999 [citado em 15 jul 2010]. 3:29-39. Disponível em: <http://www.scielo.br/prc>.
 11. Mendonça L. O ajuste neoliberal na política de saúde brasileira [site de Internet]. [citado em 25 mar 2011]. Disponível em: <http://www.webartigos.com>.
 12. Noronha JC, Soares LT. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciênc saúde coletiva*. 2001; 6:445-50.
 13. Bezerra SO, Araújo MAD. As (re)configurações das demandas ao serviço social no âmbito dos serviços públicos de saúde. *Rev adm pública*. 2007; 187-209.
 14. Pasche DF, Righi LB, Thomé HI, Stolz ED. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. *Rev panam salud publica*. 2006; 20:416-22.
 15. Ocké-Reis CO. A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: Uma promessa não cumprida pelo SUS? Texto para discussão n° 1376. Rio de Janeiro; 2009; 1-18. [citado em 16 maio 2011]. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>.
 16. Barbosa NB, Elias PEM. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Ciênc saúde coletiva*. 2010; 15:2483-95.
 17. Pereira ALF, Progianti JM, Alves VH. Legislação profissional e marcos regulatórios da prática assistencial da enfermeira obstétrica no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: ABENFO Nacional e Faculdade de Enfermagem Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.
 18. Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro. Casas de parto: SGORJ contra medicina pobre para pobre. *G&O Rio*. [boletim na internet]. 2003 [citado 20 out 2007]; 6:[cerca de 14 p.]. Disponível em: http://www.sgorj.org.br/publicacoes/g&o6bi_03.pdf
 19. Sodré F. Políticas globais de saúde: a constituição de novas lutas sociais no campo da saúde coletiva [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
 20. Pedroso MNC. Reestruturação produtiva e a formação do novo trabalhador [trabalho de conclusão de curso]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2006.