

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014002040013>

A REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA NA ÁREA DA SAÚDE E DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Juliana Amaral Prata¹, Jane Márcia Progianti², Helena Scherlowski Leal David³

¹ Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: juaprata@gmail.com

² Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. Email: jmprogi@uol.com.br

³ Doutora em Saúde Pública. Docente do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: helenalealdavid@gmail.com

RESUMO: Esta reflexão objetivou apresentar as dimensões da reestruturação produtiva concretizadas no setor da saúde brasileira, discutindo os nexos entre este fenômeno e o trabalho da enfermagem obstétrica. Sua construção baseou-se em artigos sobre reestruturação produtiva e saúde, disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde, refletindo os desdobramentos sobre o processo de cuidar dessa especialidade. Verificamos que a reestruturação produtiva na saúde pode ser vislumbrada, na ótica da gestão e da organização do processo de trabalho. Apesar dos impactos negativos no campo do trabalho, na obstetrícia houve a valorização do trabalho vivo num contexto favorável às mudanças na assistência ao parto, por meio da inserção da enfermagem obstétrica e da implantação das tecnologias de cuidado. Concluímos que, além do enfoque no trabalho vivo e nas tecnologias leves, essas concepções constituem uma inovação tecnológica, pois modificaram e ressignificaram o modo de cuidar, iniciando o processo de inversão do núcleo tecnológico na obstetrícia.

DESCRIPTORES: Enfermagem obstétrica. Trabalho. Humanização da assistência. Política. Saúde da mulher.

PRODUCTIVE RESTRUCTURING IN THE AREA OF HEALTH AND OBSTETRIC NURSING

ABSTRACT: This reflection aimed to show the productive restructuring dimensions achieved in Brazilian healthcare, discussing the nexuses between this phenomenon and the work in obstetrical nursing. Its construction was based on articles about productive restructuring and health available in the Virtual Health Library, reflecting the consequences on this speciality's caregiving process. We observed that the productive restructuring in health care may be seen under the health system management and work organization viewpoints. Despite the negative impacts in the field of work, there has been an appreciation of living labor in obstetrics in a context favorable to changes in labor care, through the introduction of obstetrical nursing and implementation of health care technologies. We conclude that, besides the focus on living labor and soft technologies, such concepts comprise technological innovation, as they have changed and ressignified the way of providing care, thus beginning the process of the inversion of the technological core in obstetrics.

DESCRIPTORS: Obstetrical nursing. Work. Humanization of assistance. Politics. Women's health.

LA REESTRUCTURACIÓN PRODUCTIVA EN LA SALUD Y ENFERMERÍA OBSTÉTRICA

RESUMEN: Esta discusión pretende presentar dimensiones de reestructuración productiva en el sector de salud en Brasil, discutiendo la relación con el trabajo de la enfermería obstétrica. Su construcción se basó en artículos sobre reestructuración productiva y salud, disponibles en la Biblioteca Virtual de Salud, reflejando el desarrollo del proceso de cuidar de esta especialidad. Verificamos que reestructuración productiva en salud se puede vislumbrar en la gerencia y la organización del trabajo en salud. A pesar de los impactos negativos en el ámbito del trabajo, en obstetrícia hubo apreciación del trabajo vivo en un contexto favorable a cambios en la asistencia al parto, a través de la inserción de la enfermería obstétrica e implementación de tecnologías de cuidado. Concluimos que, además de centrarse en el trabajo vivo y tecnologías livianas, estas concepciones constituyen avance tecnológico, pues modificaron y resignificaron el cuidar, iniciando el proceso de inversión del núcleo tecnológico en obstetrícia.

DESCRIPTORES: Enfermería obstétrica. Trabajo. Humanización de la atención. Política. Salud de la mujer.

INTRODUÇÃO

No início dos anos de 1970, o processo de transformação do capitalismo determinou uma crise mundial caracterizada pelo esgotamento do modelo de produção fordista, que se expressou pela aceleração das taxas de inflação, redução da produtividade e do crescimento, elevação dos déficits públicos e aumento do desemprego.¹⁻²

O fordismo, além de um modo de produção expansionista, foi um modelo de desenvolvimento adotado pelas sociedades capitalistas, que viabilizou a inclusão social de uma grande parcela de trabalhadores, tanto na ótica do consumo, como resultado dos aumentos salariais, quanto dos direitos de cidadania, por meio da criação do Estado de bem-estar social (*Welfare State*), a partir das demandas dos trabalhadores crescentemente organizados.^{1,3} Do ponto de vista da organização dos processos de trabalho, apoiou-se fortemente na chamada Teoria da Administração Científica do Trabalho, de Frederick Taylor, cujas características de segmentação de tarefas, hierarquização das relações, pagamento por produtividade e divisão entre as esferas de planejamento e execução da tarefa, entre outras, impulsionaram a produção industrial, além de influenciar o trabalho no setor de serviços.⁴

A crise deste padrão de acumulação de capital e de organização da produção representou a quebra de um pacto social, gerando instabilidade e insegurança no plano político, econômico e social.¹ Este cenário perdurou até o final da década de 1970, quando o ideário neoliberal conquistava espaços nos países desenvolvidos e se mostrava como a ideologia mais adequada para sustentar politicamente a globalização e a reestruturação produtiva, processos que se constituíram numa resposta à crise do fordismo, e numa reconfiguração do modo de acumulação capitalista.³

O neoliberalismo, enquanto uma doutrina que abrange economia e filosofia social, trouxe proposições que visavam reformar os Estados de bem-estar social, incluindo a contenção de gastos sociais, privatizações dos ativos públicos, flexibilização do trabalho, desregulamentação do mercado e globalização da economia. Tais ações, de 1970 a 1980, foram estratégicas para sanar a crise fiscal dos países, afirmando a responsabilidade individual e definindo o Estado mínimo, no qual a saúde é um dos setores diretamente afetado.⁵

Embora tenha se consolidado nas últimas décadas, o processo de globalização já estava contido

no capitalismo desde sua origem, pois esse modo de produção tem em sua gênese a acumulação, concentração, centralização e internacionalização do capital. Assim, a globalização é a expressão de um novo patamar do capitalismo, possibilitando a plena mobilidade do capital a nível global.⁶⁻⁷

O avanço neoliberal e a globalização se beneficiaram com a reestruturação produtiva, que é definida como um processo que destaca a necessidade de transformações estruturais no âmbito da produção e do trabalho, apontando para um novo paradigma tecnológico e organizacional, com a adoção de novos padrões de gestão e organização do trabalho.²

A flexibilidade é a principal característica da reestruturação produtiva e está presente em diversas perspectivas: na libertação dos processos produtivos, comerciais e financeiros de qualquer rigidez do fordismo; na automação flexível que permite mudanças no processo produtivo de acordo com a demanda e com o mercado; e no método de gestão de *just-in-time*, compreendido como a racionalização do processo de trabalho, através da economia dos elementos da produção, buscando a eficiência e a redução dos custos.^{1,4}

Acompanhando a concepção de um processo de trabalho flexível, o mercado se configura com a livre contratação e negociação, com flexibilização da jornada de trabalho, da remuneração e dos direitos sociais. Por outro lado, para atender às novas demandas de multifuncionalidade e qualidade total, a força de trabalho precisa ser polivalente e qualificada, apresentando iniciativa e envolvimento.^{4,8}

Esse novo padrão produtivo introduz mudanças no âmbito da educação, com propostas que envolvem o desenvolvimento de habilidades e competências. Desse modo, ao investir na educação para o trabalho como uma forma de superar o atraso e a pobreza no país, a formação profissional se configurou como a chave para a inserção do trabalhador no emprego.³⁻⁴ Sendo assim, com um discurso de valorização da educação e da formação de um trabalhador polivalente, flexível, com capacidade de abstração e decisão, o trabalho se mantém subordinado ao capital.⁴

Neste contexto, apesar de fenômenos distintos, o neoliberalismo, a globalização e a reestruturação produtiva estão articulados com as transformações que vêm acontecendo no capitalismo das últimas décadas, pois compartilham do ideal de flexibilização nos diversos setores da sociedade, com reflexos importantes na saúde, na prática da

enfermagem em geral, e, conseqüentemente, na enfermagem obstétrica. Do ponto de vista do fortalecimento de um projeto contra-hegemônico de cuidado, construído pela enfermagem obstétrica ao longo de décadas, pode-se verificar que, em que pese o conjunto de mudanças que afetaram negativamente o mundo do trabalho, ocorreu também um fortalecimento dos processos de resistência, que vinham propondo formas alternativas ao modelo biomédico de atenção obstétrica.⁹

Diante do exposto, com o intuito de contribuir com o debate sobre o trabalho da enfermagem, oferecendo subsídios para compreender o padrão produtivo em que estão inseridas as práticas da enfermagem obstétrica, propomos, nessa reflexão, apresentar as dimensões da reestruturação produtiva concretizadas no setor da saúde brasileira, discutindo os nexos entre este fenômeno e o trabalho dessa especialidade.

Para o alcance de tais objetivos, foi realizada uma captura de artigos que abordassem os efeitos da reestruturação produtiva no setor saúde, buscando estabelecer articulação com o processo de trabalho da enfermagem obstétrica no contexto da humanização do parto e nascimento.

A base de dados utilizada foi a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), adotando os termos “reestruturação produtiva e saúde”. Tal processo gerou a captação de 32 artigos, dos quais 10 apresentavam aderência à reflexão e ao debate proposto. O percurso de construção das formulações discursivas foi a leitura crítica do material selecionado, extração das idéias principais que sustentam as reflexões e análise, a partir dos efeitos da reestruturação produtiva no setor saúde e seus desdobramentos no processo de cuidado em obstetrícia.

As perspectivas da reestruturação produtiva na saúde

A reestruturação produtiva no campo da saúde pode ser vislumbrada tanto na perspectiva da gestão do sistema de saúde quanto na vertente da organização do processo de trabalho nesse setor.

A reestruturação produtiva na gestão do sistema de saúde brasileiro

Em diversas regiões do mundo, a ideologia neoliberal estava em pleno domínio, entretanto os reflexos de suas reformas sobre o sistema de saúde são mais visíveis na América Latina, onde os esforços para a democratização do acesso à saúde

se depararam com a redução do papel do Estado. Principalmente na Venezuela e no Brasil, apesar do contexto desfavorável, a mobilização social e os mecanismos de participação democrática alcançaram avanços importantes para a reforma de seus sistemas de saúde.¹⁰

No caso brasileiro, a política de ajuste econômico, implantada desde o início da década de 1990, afetou profundamente a área da saúde. As reformas estruturais, que acompanharam a entrada do neoliberalismo no país, baseavam-se na contenção dos gastos e na descentralização por meio da desresponsabilização do Estado na área social.¹¹⁻¹²

Neste período, apesar da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a necessidade de cumprimento das metas de inflação e de superávit primário determinaram fragilidades nas condições de financiamento desse setor. Assim, como resultado desta política macroeconômica, houve o congelamento das tabelas de remuneração do SUS e a ausência de expansão dos investimentos.¹¹⁻¹²

Este panorama catalisou o enfrentamento entre concepções sobre o papel do Estado e os padrões de intervenção sobre a sociedade, favorecendo o surgimento de novos modelos de gestão nas unidades de saúde, como as cooperativas, os contratos temporários e as organizações sociais, as quais são gerenciadas por entidades públicas não estatais, submetidas a contratos de gestão, que são acompanhados e avaliados por estrutura da Secretaria Estadual de Saúde.^{11,13}

Este redesenho da gestão, no campo da saúde, demonstra uma das perspectivas da reestruturação produtiva, pautada na flexibilização das estruturas e das formas de organização das relações de trabalho, com a promessa de desburocratização e eficiência da gestão pública de saúde.

Além disso, a desregulamentação das relações de trabalho na esfera pública tem ocasionado mudanças nas formas de estruturação da força de trabalho no âmbito do SUS, como a coexistência de, pelo menos, três estratos de trabalhadores de saúde: os concursados, estatutários e do corpo permanente; os celetistas, de permanência variável e com vínculo institucional precário; e os contratados de forma atípica, sem qualquer vínculo ou garantias trabalhistas.^{11,13-14}

Esta flexibilização e precarização das relações de trabalho na saúde podem afetar o vínculo, a responsabilidade e o envolvimento do profissional com o sistema, comprometendo a qualidade dos serviços e a continuidade das ações, tendo em vista

a alta rotatividade presente nesta realidade.¹³⁻¹⁴ Ainda, esse quadro de reestruturação demonstra a fragilidade dos novos arranjos laborais e a vulnerabilidade dos trabalhadores que se encontram diante desta nova configuração do mercado.^{12,14}

Esse cenário tem sido relacionado ao processo de desestatização e privatização da gestão no sistema de saúde brasileiro e demonstra a materialização do capitalismo no campo da saúde que, através da mercantilização e da financeirização, instituiu a reestruturação produtiva, com reflexos na gestão dos serviços públicos e na organização dos processos de trabalho em saúde.

A reestruturação produtiva na organização do processo de trabalho em saúde

O processo de trabalho em saúde, conceituado como sendo o resultante da articulação entre objeto do trabalho, instrumentos, finalidade e agentes,¹⁵ sofreu mudanças importantes em função do ideário neoliberal e da reestruturação produtiva, que refletem, inclusive, nas características das análises que o tomam como objeto.

A partir de 1990, surgiram questões que se constituíram como um divisor de águas para reflexão e pesquisa sobre o processo de trabalho em saúde. Por um lado, as questões relacionadas às novas formas de trabalho flexível e/ou informal e da regulação realizada pelo Estado, com foco nos mecanismos institucionais de gestão do trabalho; ao mesmo tempo que as questões da integralidade do cuidado e da autonomia dos sujeitos deslocavam o foco de análise para a dimensão da interação, envolvendo as relações profissional-usuário e entre os profissionais.¹⁶⁻¹⁷

Na perspectiva da produção da saúde, em alguns cenários, percebe-se a valorização do trabalho vivo, que se materializa por meio do ato produtivo. Em outras palavras, um trabalho humano, que se realiza na interação do profissional com o usuário e suas subjetividades e que determina a produção do cuidado.¹⁶⁻¹⁸ Neste processo, o trabalho vivo interage com diversas tecnologias, que direcionam suas ações para uma determinada lógica assistencial e conferem sentidos ao modo de produção do cuidado.

As tecnologias de trabalho em saúde são classificadas como: tecnologias duras, que envolvem instrumentos, equipamentos e normas; tecnologias leves-duras, consideradas como o conhecimento técnico estruturado; e tecnologias leves, baseadas nos processos relacionais.¹⁶ Assim, a predomi-

nância de um tipo de tecnologia no processo de trabalho de um profissional caracteriza o modo de produção e gestão do cuidado na elaboração de seu projeto terapêutico. Nesse sentido, a opção tecnológica perpassa por uma dimensão pessoal e por outra, ligada à própria estrutura institucional dos serviços de saúde.¹⁸

Falar em reestruturação produtiva na produção da saúde remete à mudanças no modo de produzir o cuidado, a partir de inovações nos sistemas produtivos da saúde, que refletem no modo de fabricar os produtos da saúde e na forma de assistir e cuidar.¹⁶⁻¹⁸ Além disso, mudanças nas atitudes dos profissionais de saúde também apontam uma reestruturação produtiva, como parte de um processo de reflexão e subjetivação que, ao incorporarem novas disposições geram novas práticas que configuram novos modos de cuidar.¹⁹ Pode-se, então, destacar que, no âmbito da micropolítica, nem sempre os processos de reconfiguração macropolítica e econômica, com vistas à manutenção de determinada ordem social, seguem esses caminhos predeterminados, podendo configurar contextos, que surgem como propostas contra-hegemônicas aos modos vigentes de produzir saúde e vida.

A incorporação tecnológica ou alterações no modelo produtivo caracterizam uma reestruturação produtiva, mas não implicam, necessariamente, mudança do núcleo tecnológico da produção de cuidado. Para que esse fenômeno aconteça, as transformações devem ser tão profundas de forma que alterem a lógica da produção de saúde, priorizando o trabalho vivo em ato, em detrimento da hegemonia centrada em procedimentos, ou seja, o trabalho morto.¹⁷⁻¹⁸

Neste sentido, quando as mudanças operam na direção de um modo de produção baseado nas tecnologias leves e no trabalho vivo, configurando um modelo novo de cuidado, entende-se que houve uma transição tecnológica, pois houve uma redefinição do modo de agir no mundo do trabalho em saúde.¹⁷⁻¹⁸

A partir do exposto, percebemos que no campo da obstetrícia houve um processo de reestruturação produtiva, que começou com a valorização do trabalho vivo, num contexto favorável à mudanças na assistência ao parto, ainda que desfavorável na perspectiva do trabalho como processo emancipatório e autônomo. Posteriormente, essas transformações intensificaram-se a partir do uso das tecnologias leves pela enfermagem obstétrica.

Os nexos da reestruturação produtiva com o trabalho da enfermagem obstétrica no contexto da humanização do parto e nascimento

Até meados de 1980, o paradigma biomédico mostrava-se como o modelo tecnológico hegemônico das práticas obstétricas. Aliado à crescente medicalização da sociedade e ao desenvolvimento de inovações tecnológicas duras, este modelo transformou o parto em um ato médico e institucionalizado. Assim, por meio da forte produção de consultas, exames e procedimentos, o modo de produção e gestão do cuidado obstétrico caracterizava-se pela predominância do trabalho morto.¹⁶

Entretanto, na década de 1990, esta forma de produzir o cuidado na obstetrícia apresentou reflexos negativos em relação ao uso indiscriminado de intervenções e resultou no aumento das taxas de mortalidade materna e neonatal, alarmando as autoridades brasileiras da época. Ao mesmo tempo, as críticas acerca da intensa medicalização e do autoritarismo médico na obstetrícia se desenvolveram a partir de diferentes perspectivas, impulsionando, em nossa sociedade, a organização do movimento pela humanização do parto e nascimento.^{11,20}

Acompanhando a tendência mundial dos movimentos sociais contemporâneos, este movimento envolveu uma diversidade de agentes, o que possibilitou a grande circulação de capitais e a formação de circuitos de solidariedade interorganizacional, caracterizando a interação em rede.²¹ Neste sentido, profissionais de saúde, sociólogos, antropólogos, feministas, mulheres e organizações não governamentais se mobilizaram em torno de interesses comuns, constituindo a Rede de Movimentos pela Humanização do Parto e Nascimento, que passou a reivindicar temas transversais como: os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e a valorização do feminino na obstetrícia, por meio do resgate do parto normal, com o mínimo de intervenções.¹¹

Os envolvidos nesta luta atuaram de forma cooperativa e estabeleceram articulações que resultaram em maior visibilidade no campo político e aumentaram o impacto de suas lutas na esfera pública.²¹ Desse modo, as propostas da rede tornaram-se ações concretas, pois a humanização do parto e nascimento foi incorporada no discurso normativo e programático do SUS, com a elaboração de documentos e manuais que destacavam o uso apropriado das tecnologias, com ênfase nas consideradas leves.

Essas tecnologias foram associadas com a enfermagem obstétrica por meio da publicação de um arcabouço legal, as Portarias n. 2.815/98 e 169/98, que favoreceu a inserção e legitimou a atuação dessas especialistas na atenção ao parto normal no campo obstétrico.^{11,20,22}

Nesse ponto, percebemos que o início da reestruturação produtiva na obstetrícia aconteceu a partir de mudanças no modo de produção e gestão do cuidado, consequentes ao modelo humanizado de atenção ao parto e à entrada de um novo agente no campo, que modificou a lógica assistencial, deslocando o foco do trabalho morto para o trabalho vivo.

Neste processo de mudanças, especialistas em enfermagem obstétrica tiveram um papel essencial na consolidação da reestruturação produtiva, pois mostraram disposição para desenvolver habilidades específicas de valorização do feminino^{20,22} e transformaram seu processo de trabalho e sua prática na lógica da humanização que, para esse grupo de especialistas, significou a desmedicalização da assistência ao parto.

Este significado vem sendo atribuído às mudanças de atitude dos profissionais na interação com mulher, eliminando o raciocínio clínico-médico como única alternativa na construção do cuidado, a partir da compreensão do direito de escolha da mulher e da possibilidade de oferecer outras opções para o processo de parturição.²⁰

Na perspectiva da desmedicalização, especialistas da enfermagem obstétrica desenvolveram as tecnologias de cuidado, definidas como técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados nas diferentes fases do processo de parir e nascer. Assim, são tecnologias essencialmente leves, que constituem um conjunto de saberes estruturados, emanados da prática, que são aplicados de forma intencional e com justificativas, e que produzem resultados.^{20,23}

As tecnologias de cuidado da enfermagem obstétrica são complexas e se caracterizam como não invasivas, pois apresentam os seguintes atributos: ser relacional, ao favorecer o acolhimento e a formação de vínculo com a mulher na construção compartilhada de um cuidado integral; ser potencializadora, ao mobilizar as capacidades existentes em cada mulher para lidar com as transformações decorrentes do processo de gestar, parir e nascer, em todas as dimensões; ser aberta, ao considerar e incorporar, na construção do cuidado, as influências sociais, ambientais e místicas, singulares de cada mulher; ser viva, pois acontece a partir de

interações com a mulher; ser instituinte, já que se renova constantemente a cada encontro, conforme surgem mudanças; e ser uma tecnologia de conforto, que busca, junto com a mulher, promover sua vivência prazerosa e plena do processo de gestação e parturição.²³

Atualmente, o conceito de não invasão vem sendo incorporado às tecnologias de cuidado da enfermagem obstétrica, pois profissionais especialistas dessa área assumem o papel de coadjuvante e compreendem o protagonismo da mulher durante o processo de parturição, respeitando sua privacidade e suas decisões. Desse modo, ao desenvolver essas tecnologias, a especialidade vem marcando a distinção do seu saber-fazer no campo obstétrico e está contribuindo para que a sociedade possa ressignificar o modo de assistir e cuidar na obstetrícia.

As concepções em que se baseiam as tecnologias de cuidado da enfermagem obstétrica, com o enfoque no trabalho vivo e no uso de tecnologias leves, constituem uma inovação tecnológica, que representa um novo padrão de produção do cuidado na assistência ao parto, e que altera o modo de organização do processo produtivo, iniciando a inversão do núcleo tecnológico do cuidado.

A partir do exposto, podemos dizer que a enfermagem obstétrica assumiu um papel ativo na reestruturação produtiva da obstetrícia no contexto da humanização do parto e nascimento, pois, por meio do desenvolvimento e da implementação das tecnologias não invasivas de cuidado, reconfigura-se o campo obstétrico, contribuindo para a transição tecnológica na obstetrícia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, a reconfiguração do campo obstétrico foi intensificada a partir do desenvolvimento e da implementação das tecnologias de cuidado da enfermagem obstétrica. Para além do enfoque no trabalho vivo e do uso de tecnologias leves, são novas concepções incorporadas ao saber-fazer dessa especialidade que constituem uma inovação tecnológica, pois modificaram e ressignificaram o modo de assistir e cuidar na obstetrícia.

Apesar dessas transformações constituírem o início do processo de inversão do núcleo tecnológico, a composição técnica do trabalho no campo obstétrico ainda apresenta a hegemonia do trabalho morto. Atualmente, há mudanças, em curso, nas instituições públicas de saúde e o contexto é favorável para o fortalecimento do

modelo humanizado, com a atuação efetiva da enfermagem obstétrica, como agente estratégico para a concretização deste processo.

Do ponto de vista da autonomia do trabalhador dentro do seu processo de trabalho, fica evidente que a prática da enfermagem obstétrica, dimensionada por uma perspectiva não medicalizante, opõe-se à tendência à heteronomia e à alienação que a incorporação acrítica de tecnologias duras carrega.

Vale, no entanto, ressaltar que o ideário neoliberal, longe de estar suprimido das práticas sociais e políticas brasileiras, tem se reconfigurado no contexto de crise do modo de acumulação capitalista, que impõe novas dinâmicas ao mundo do trabalho. Exemplo disso é a recente incorporação da idéia de banco de horas, utilizada no setor industrial, como forma de garantir que determinados momentos da produção sejam intensificados, nesse caso específico, à custa da ampliação da jornada de trabalho, para posterior compensação em momentos de menor necessidade produtiva. Resta saber quais as configurações que os modos mais recentes de reorganização do trabalho impõem ao setor de serviços e de saúde, e, em especial, para a prática da enfermagem obstétrica.

Diante do exposto, atentamos para refletir sobre as diferentes dimensões da reestruturação produtiva na enfermagem obstétrica, pois, se por um lado este processo favorece a ocupação de espaços e fortalece a prática efetiva dessa especialidade, por outro, na perspectiva da gestão e da organização do sistema de saúde, representa flexibilização e precarização das relações de trabalho. Assim, sugerimos novos estudos que estabeleçam estratégias no sentido de promover a transição tecnológica na enfermagem obstétrica, levando em consideração as consequências negativas da reestruturação produtiva sobre seu processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Filgueiras LAM. Reestruturação produtiva, globalização e neoliberalismo: capitalismo e exclusão social neste final de século. In: Anais do V Encontro Nacional da Associação Brasileira de Estudos do Trabalho, 1997 Set 10-12, Rio de Janeiro(RJ): ABET, 1997. p. 895-919.
2. Gomes Serafim MT. Debate sobre a reestruturação produtiva no Brasil. RA'EGA. 2011; 21:51-77.
3. Andrade FF. Reestruturação produtiva: dos novos padrões de acumulação capitalista ao novo parâmetro de políticas sociais. Rev Urutágua. 2004 Ago-Nov; (10):1-9.

4. Estrada JHM. La formación por competencias y el mundo del trabajo: de la calificación a la empleabilidad. *Rev Salud Pública*. 2012 Jun; 14 (Suppl 1):98-111.
5. Munhoz DB, Jesus JAL, Costa MA, Souza EM. Neoliberalismo e Estado mínimo: repercussões na atenção à saúde no Distrito Federal. *Comun Ciênc Saúde*. 2009 Jul-Set; 20(3):271-6.
6. Santos TS. Globalização e exclusão: a dialética da mundialização do capital. *Sociologias*. 2001 Jul-Dez; (6):170-98.
7. Rocha-Vidigal CB, Vidigal VG. Investimento na qualificação profissional: uma abordagem econômica sobre sua importância. *Acta Scien Human Social Sci*. 2012 Jan-Jun; 34 (1):41-8.
8. Bernardino MTS, Bento PEG. Reestruturação produtiva: condições de trabalho e saúde no Brasil. *Cadernos Terap Ocupac UFSCar*. 2002 Jan-Jun; 10(1):19-29.
9. Pereira ALF, Moura MAV. Hegemonia e contra-hegemonia no processo de implantação da Casa de Parto no Rio de Janeiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2009 Dez; 43(4):872-9.
10. Mahmood Q, Muntaner C. Politics, class actors, and health sector reform in Brazil and Venezuela. *IUHPE - Global Health Promotion*. 2013 Mar; 20(1):59-67.
11. Prata JA, Progianti JM, Pereira ALF. O contexto brasileiro de inserção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto humanizado. *Rev Enferm UERJ*. 2012 Jan-Mar; 20(1):105-10.
12. Garcia AL, Oliveira ERA, Barros EB. Qualidade de vida de professores do ensino superior na área da saúde: discurso e prática cotidiana. *Cogitare Enferm*. 2008 Jan-Mar; 13(1):18-24.
13. Gomez CM, Thedim-Costa SMF. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999 Jan; 4(2):411-21.
14. Flegeler DS, Guerra MA, Espindula KD, Lima RCD. O trabalho dos profissionais de saúde na estratégia saúde da família: relações complexas e laços institucionais frágeis. *UFES Rev Odontol*. 2008 Out-Dez; 10(4):17-23.
15. Mendes RBG. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo (SP): Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992.
16. Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB, Merhy EE. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(4):898-906.
17. Franco TB, Merhy EE. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. *Ciência Saúde Coletiva*. 2008 Set-Out; 13(5):1511-20.
18. Martins AM, Franco TB, Merhy EE, Feuerwerker LCM. A produção do cuidado no Programa de Atenção Domiciliar de uma cooperativa médica. *Rev Saúde Coletiva*. 2009; 19(2):457-74.
19. Bourdieu P. O poder simbólico. 9ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil; 2006.
20. Progianti JM, Vargens OMC. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégias na desmedicalização do parto. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2004 Ago; 8(2):194-7.
21. Scherer-Warren I. Das mobilizações as redes de movimentos sociais. *Soc Estado*. 2006 Jan-Abr; 21(1):109-30.
22. Vargens OMC, Progianti JM, Silveira ACF. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. *Rev Esc Enferm USP*. 2008 Jun; 42(2):339-46.
23. Torres JA, Santos I, Vargens OMC. Construindo uma concepção de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica: estudo sociopoético. *Texto Contexto Enferm*. 2008 Out-Dez; 17(4):656-64.