



REFLEXIONES - ENSAYOS

GLOBALIZACIÓN Y PROCESO DE TRABAJO EN SALUD: EL DESAFÍO DE LA INTERDISCIPLINARIDAD

GLOBALIZAÇÃO E PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: O DESAFIO DA INTERDISCIPLINARIDADE

Pinheiro, GML, **Kletemberg, DG., ***Gonçalves, LO., * Pires, D., *****Ramos, FRS.**

*Enfermeira. Professora Assistente do Depto de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (DS/UESB). **Enfermeira. Doutoranda do PEN/UFSC. ***Professora do Curso de Fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI. ****Enfermeira, Doutora em Ciências Sociais, Pós-doutorado na University of Amsterdam. Professora do PEN/UFSC.. *****Doutora em Filosofia em Enfermagem, Pós-doutorado em Educação na Universidade de Lisboa. Professora do PEN/UFSC. Brasil.

Palavras chave: Trabalho; Serviços de Saúde; Globalização; Interdisciplinaridade.

Palabras clave: Trabajo, Servicios de Salud, Globalización, Interdisciplinaridad

Keywords: Work, Health Services, Globalization, and Interdisciplinary

RESUMEN

Reflexión teórica que, a la luz de diversos autores, aborda el fenómeno de la globalización y sus impactos sobre la salud y sobre el proceso de trabajo en salud. Destaca el papel de la interdisciplinaridad en la construcción de nuevos modelos asistenciales, además de mostrar que el proceso de trabajo en salud, a lo largo de la historia, ha sido influenciado por el contexto económico-social. En la actualidad, el proceso de globalización tiene fuerte implicación en la distribución y producción de enfermedades, en la mudanza del perfil epidemiológico y en la inversión y organización de los servicios de salud. Registra, también, que en el Estado brasileño contemporáneo se verifica la convivencia de la influencia de las políticas neoliberales y del proceso de innovación tecnológica del mundo globalizado con la democratización de las políticas sociales. Concluye que el trabajo interdisciplinar es un desafío en el campo de la salud, más, que esa perspectiva tiene potencial para aproximar el trabajo en salud de las necesidades de la población, considerándose el concepto de salud establecido en la Constitución Brasileña de 1988.

RESUMO

Reflexão teórica que, à luz de diversos autores, aborda o fenômeno da globalização e seus impactos sobre a saúde e sobre o processo de trabalho em saúde. Destaca o papel da interdisciplinaridade na construção de novos modelos assistenciais, além de mostrar que o processo de trabalho em saúde, ao longo da história, tem sido influenciado pelo contexto econômico-social. Na atualidade, o processo de globalização tem forte implicação na distribuição e produção de doenças, na mudança do perfil epidemiológico e no investimento e organização dos serviços de saúde. Registra, também, que no Estado brasileiro contemporâneo verifica-se a convivência da influência das políticas neoliberais e do processo de inovação tecnológica do mundo globalizado com a democratização das políticas sociais. Conclui que o trabalho interdisciplinar é um desafio no campo da saúde mas que essa perspectiva tem potencial para aproximar o trabalho em saúde das necessidades da população, considerando-se o conceito de saúde estabelecido na Constituição Brasileira de 1988.

ABSTRACT

Theoretical reflection which, based on many relevant authors, approaches the globalization phenomenon and its impacts on health and on the process of work in health. The interdisciplinary role stands out in the construction of new existential models. In addition, it shows that the process of work in health, throughout history, has been influenced by the socio-economic context. Nowadays, the globalization process has strong implications for the distribution and production of diseases, for the epidemiologic profile changes and the organization and investment in health services. It also records that, in the present Brazilian State, it can be noticed the coexistence of neoliberal political influences and the process of technological innovations in a globalized world, with the democratization of social politics. It was concluded that interdisciplinary work is a challenge in the field of health, but that this perspective has a great potential to bring together the process of work in health and the necessities of the population, taking into consideration the concept of health established in the 1988 Brazilian Constitution.

1 INTRODUCCIÓN

Como un proceso típico de la segunda mitad del siglo XX, la globalización viene conduciendo la creciente integración de las economías y de las sociedades, especialmente en lo que atañe a la producción de mercaderías y de servicios, a los mercados financieros, y a la difusión de informaciones.¹ Marcadamente de carácter económico/financiero, trae como características la facilidad de la información simultánea, de la migración de los pueblos, del acceso a los conocimientos científicos y a la tecnología, con influencia en los sistemas de poder, en el proceso de producción y en el trabajo humano.²

Además de los aspectos económicos, la globalización también ha sido estudiada como proceso socio-cultural, una vez que el fenómeno es “multifacético con dimensiones económicas, sociales, políticas, culturales, religiosas y jurídicas, interligadas de modo complejo”.^{3:26}

Aunque la globalización pueda representar una oportunidad de crecimiento económico de los pueblos, la misma viene siendo criticada en razón de los que la conducen, o de cómo la conducen y también de los rumbos que viene tomando, una vez que ese proceso ha resultado en muchas desigualdades entre los pueblos. Es necesario resaltar que la globalización trae consigo más hechos e implicaciones de lo que se puede comprender inicialmente, no obstante ya es posible visualizar que no existe una unidad de efectos ni de comprensiones. Lo que para algunos parece globalización, para otros significa localización; lo que para algunos es señalización de libertad, para muchos es un destino indeseado y

cruel. Ser local en un mundo globalizado es señal de privación y degradación social, con progresiva segregación espacial y exclusión.⁴

La ganancia de capital, esencia de la globalización, se torna valor decisivo sobre otras dimensiones de la vida humana. La vida, la salud y hasta mismo el cuerpo humano, van transformándose, claramente, en mercaderías, y el credo neoliberal es impuesto a los pueblos con las reglas del fundamentalismo monetario que no admite disidencias. Este hecho se observa mejor cuando el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) subordinan su ayuda al compromiso de los gobiernos de dismantelar los sistemas de salud pública y de providencia social. Las consecuencias de esa opción influyen los crecientes desniveles de renta, de educación y de poder entre las clases y entre los pueblos, traduciéndose en un aumento de las desigualdades en salud documentadas por estadísticas que expresan millones de existencias humanas truncadas o perjudicadas.²

Consecuente a esos hechos, es preciso establecer miradas diferenciadas sobre la salud y el proceso de trabajo en salud en la intención de acceder a algunas de las bases teórico-conceptuales que, históricamente, influyen su determinación y concretización. En ese sentido, este texto tiene el propósito de presentar una reflexión teórica acerca de la globalización, abordando algunos impactos sobre la salud y sobre el proceso de trabajo en salud, destacando el papel de la interdisciplinariedad en la construcción de nuevos modelos asistenciales.

2 ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LOS IMPACTOS DE LA GLOBALIZACIÓN EN LA SALUD

Cuando se dirige la mirada sobre las repercusiones de la globalización en la salud de las personas y poblaciones, se notan diversos aspectos preocupantes. La diseminación de las enfermedades infectocontagiosas, el bioterrorismo y los nuevos patrones comportamentales en salud, entre otros, son algunos de estos aspectos⁵. En los años noventa, las enfermedades transmisibles se convirtieron en una prioridad de salud en ámbito mundial, contrariando la expectativa de que tales enfermedades estaban siendo efectivamente controladas. Esa concepción lineal se explicitaba en el modelo de la transición epidemiológica, que identificaba el riesgo de muerte por enfermedades transmisibles y la alta prevalencia de enfermedades endémicas causadas por agentes infecciosos como características exclusivas del llamado “subdesarrollo” socioeconómico. La pandemia del AIDS fue el evento decisivo que obligó a una revisión de esa perspectiva; a este evento se asocia, también, la actual pandemia de gripe causada por el virus H1N1 que de abril a octubre de 2009 afectó a 399.232 personas en todo el mundo, causando 4.735.⁶

Se debe resaltar la necesidad de un abordaje integrado a las partes y al todo, al lugar y a su contexto globalizado, de lo particular a lo general. Desde esta perspectiva, es necesario entender la salud y la enfermedad como un proceso vivido por los seres humanos individualmente, pero que también tiene fuerte dimensión colectiva, recuperando el “lugar” como el espacio organizado para análisis e intervención, buscando identificar las relaciones entre las condiciones de salud y sus determinantes biológicos, culturales, socioeconómicos y ambientales, dentro de los ecosistemas modificados por el trabajo humano.⁷

El entendimiento de que la salud debe ser encarada como asunto global y como un bien y un valor, por el cual se debe trabajar de modo explícito y programado, es un consenso a nivel mundial. En este sentido, la lucha contra las desigualdades es un poderoso estímulo para ese objetivo. Se puede observar que, con la globalización, el derecho a la salud en el mundo viene sufriendo una relativa regresión en las últimas décadas. En los países emergentes, la

amenaza más grave es la superposición de perfiles epidemiológicos en que se observa la difusión de enfermedades derivadas de diferencias en las condiciones ambientales, en la nutrición, en la organización social y cultural y por la presencia o ausencia de agentes y de vectores biológicos de las enfermedades transmisibles. Enfermedades como la varicela, el sarampión, la fiebre amarilla y la sífilis entre otras, mostraron cuadros epidemiológicos muy desiguales, que rápidamente afectan al mundo entero con episodios cíclicos. Además de esos y de otros daños y riesgos provocados por las infecciones, se pueden añadir a escala global la polución ambiental, la utilización de tóxicos y la violencia.

La idea de salud, primordial para el crecimiento de los países y de sus economías, defendida en el marco de la promoción de salud, se contrapone a la lógica neoliberal de que los servicios públicos de salud y la generalización de los tratamientos son barreras y muchas veces obstáculo principal para las finanzas públicas y para el desarrollo de la riqueza de los países.

Otro aspecto dificultador para la salud es la idea, hasta hace poco bastante difundida, de que la prioridad en salud se refiere a tecnologías dispendiosas que acaban mostrándose con acceso restringido, caro y poco equitativo. Este avance tecnológico hace con que, en muchos países de Europa y en los Estados Unidos, el modelo que atribuía a la *primary health care* función preventiva y terapéutica esencial fuese substituido por la tendencia a desmontar los mecanismos de intervención pública, llevando a la sustitución de servicios comunitarios por seguros particulares.²

3 GLOBALIZACIÓN Y PROCESO DE TRABAJO EN SALUD: EL CASO DE BRASIL

El Movimiento de Reforma Sanitaria Brasileña (RSB) y la implantación del Sistema Único de Salud (SUS) marcaron acontecimientos significativos para el campo de la salud, garantizando, legalmente, el rescate de la ciudadanía brasileña cuando vislumbran la implantación de un sistema de salud fundamentado en los principios de la Universalidad, de la Integralidad, de la Equidad, de la Resolutividad y de la Participación Social.

En ese contexto, se observa que el proceso de trabajo en salud en Brasil fue directamente influenciado por esa reestructuración del sistema de salud, colocando a los profesionales frente al desafío de establecer relaciones diferenciadas con el equipo de salud y con la población y nuevas formas de lidiar con la salud y con la enfermedad, así como la capacidad de adaptación a los escenarios de promoción de la salud.

Entre tanto, concomitante a este modelo, la reforma neoliberal, iniciada en la década pasada, cuya propuesta se funda en la no responsabilización del Estado en el ámbito de los derechos sociales conquistados, abre espacios para la diseminación de "soluciones alternativas". La creación de organizaciones sociales como las Organizaciones de la Sociedad Civil de Interés Público (OSCIPS), de cooperativas y de otras formas de tercerización de la gestión y precarización del trabajo en salud, pasan a ser determinantes en la producción del trabajo en ese sector.⁸

A pesar de la conquista del derecho constitucional a la salud, el cuadro actual todavía es desigual en el acceso a los servicios de salud y bienes de consumos individuales y colectivos, consecuencias de la concentración de renta. Servicios de alta tecnología son accesibles a una pequeña parcela de individuos, y la mayoría convive con los problemas de acceso a los servicios públicos así como de saneamiento básico y seguridad. La incorporación de tecnología cada vez más avanzada en el ámbito de la salud y adquirida por instituciones públicas y privadas de medio y gran porte, consideradas de referencia en el

sector salud, ocurre de modo desigual.⁹ La lógica de la distribución y disponibilidad de las innovaciones tecnológicas, de uso terapéutico y diagnóstico, sigue más las reglas del mercado y de las presiones de grupos de influencia que la lógica de las necesidades de salud.

Este modelo se refleja en el mercado de trabajo en salud, lo que asociado a los bajos salarios propicia la expansión de múltiples empleos, como forma de compensar las pérdidas salariales, haciendo el trabajo desgastante, intenso y estresante.

El proceso de trabajo en salud se va amoldando a las transformaciones de la lógica de mercados propias de la globalización: de un lado, los trabajadores con vínculo laboral y derechos laborales preservados actúan en la asistencia directa, en los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, en la gerencia, en la educación y en la producción de tecnología, y de otro lado, los trabajadores tercerizados y en situaciones de vínculo laboral precario, que también actúan en la mayoría de los sectores, exceptuando la gerencia institucional. Esta dimensión del trabajo en el sector salud es semejante a lo que viene ocurriendo en otros sectores del mundo del trabajo.¹⁰

Al igual que la lógica de organización de los servicios de salud para el mercado, la población brasileña convive con las directrices del SUS que, en sentido opuesto, considera la salud como derecho de todos y deber del Estado, explicitando claramente las consecuencias generadas por la separación entre política social y política económica.¹¹ El SUS se efectiva en todos los lugares del territorio brasileño en cuanto norma (derecho a la salud), mas no en cuanto existencia de hecho de servicios, equipamientos, profesionales y recursos financieros. Los lugares que se encuentran más al margen de los procesos actuales de modernización e inserción en el mercado global son justamente aquellos donde el SUS encuentra las mayores dificultades para atraer y fijar profesionales, mantener servicios cualificados y destinar recursos financieros en salud.

Se observa que, durante la construcción del SUS, los varios movimientos organizados en pro de la democratización de la salud, expresados en las Conferencias de Salud convergieron en la necesidad de establecer diálogos con la sociedad, permitiendo interacción constante entre trabajadores de salud, gobernantes y comunidad, entre saber científico y saber popular, con el interés de promover cambios conducentes con la realidad cotidiana de la población brasileña.¹²

En consonancia con esos acontecimientos, se han vivenciado discusiones acerca de la necesidad de reestructuración del proceso de trabajo en salud con miras a la creación de situaciones que propicien la realización de un trabajo interdisciplinario, capaz de atender al ser humano considerando su multidimensionalidad, así como la multiplicidad de factores envueltos en la promoción, protección y recuperación de la salud.

En una lectura más atenta acerca de la historia de las políticas de salud en Brasil, es posible observar que la estructura y los procesos de trabajo en salud fueron modificándose debido a múltiples factores y presiones, entre ellos la finalidad de atender las demandas emergidas en el ámbito del sistema de salud; demandas estas que provienen de las necesidades presentadas por la población, o sea, de las condiciones de vida y de salud en sus sentidos y significados más amplios.

Es importante resaltar que el proceso de trabajo en salud siempre fue caracterizado por factores heterogéneos que van desde la importancia de aglutinar profesionales con formaciones diferenciadas hasta la necesidad de su materialización en diferentes espacios

sociales en los cuales hay necesidad de producción de la salud. Así, es necesario entender que “el trabajo en salud es un trabajo esencial para la vida humana y es parte del sector de servicios. Es un trabajo de la esfera de la producción en lo material que se completa en el acto de su realización”.^{9:159}

Como proceso dirigido a la salud del ser humano, el trabajo en salud debe ser realizado por profesionales que busquen el apoyo de las ciencias para el entendimiento de la dinámica de vida de las personas. Así, la interdisciplinariedad emerge como una característica *sine qua non* para los profesionales de salud, considerando que ella puede apuntar posibilidades de construir respuestas más efectivas a las necesidades sociales.

4 LA INTERDISCIPLINARIDAD EN EL PROCESO DE TRABAJO EN SALUD COMO POSIBILIDAD DE SUPERACIÓN DEL MODELO BIOMÉDICO

La producción del conocimiento en salud sufrió la influencia de la racionalidad positivista y obtuvo significativo avance en lo que respecta a la comprensión de las enfermedades. La complejidad de los problemas también impulsó la producción del conocimiento, la formación de especialidades y el surgimiento de nuevas profesiones, que caracterizan hoy el trabajo colectivo en el área de la salud.

El trabajo en salud se desenvuelve, mayoritariamente, en la forma de trabajo colectivo ejercido por diversos profesionales de salud y grupos de trabajadores que deberían relacionar intercambiando informaciones técnicas para una evaluación global del individuo asistido. Entre tanto esta relación entre diferentes profesionales es insuficiente y, a veces, inexistente. En el ámbito del trabajo colectivo institucional, los diversos profesionales de salud tienen cierta autonomía de evaluación e interpretación, no en tanto, la centralidad del acto asistencial en salud se ha mantenido en torno de las decisiones médicas.

El modelo asistencial hegemónico refleja el paradigma biomédico y la organización capitalista del trabajo en el sector, con fuerte influencia del taylorismo y la división de tareas y en los modelos de organización y gestión. Se asocia a esta lógica, la del trabajo profesional y la especificidad de cuidar de seres humanos lo que dificulta la padronización de reglas, procedimientos y el control gerencial en los modelos tayloristas. La producción del acto asistencial no es dominada por la administración de las instituciones, haciendo difícil la subordinación a los gerentes y la definición rígida del papel de cada trabajador en el acto asistencial.⁹ Así, diferentemente de la teoría de la organización científica del trabajo, el trabajador en el está ajeno al proceso de producción, suspendiendo cierta autonomía en la determinación de su trabajo. La idea de autonomía ciertamente está ligada a las dimensiones de trabajo social y de profesión inserta en el mercado de trabajo, no obstante, se trae aquí la discusión de la autonomía asociada a la toma de decisiones en el proceso de trabajo y a la responsabilidad por estas decisiones.

Se entiende que el asunto de la autonomía debe ser visto con relación a la independencia técnica en el ámbito de un servicio que se cristaliza en las relaciones interpersonales, generando la autorregulación entre los profesionales de salud y los usuarios de los sistemas de salud. Así debilitada esta autorregulación, por acción de otros grupos sociales, la autonomía tiende a ser preservada en el ámbito de la independencia técnica. Esto no solo por su característica de servicio en general, sino especialmente por la fuerte presencia de las incertidumbres y de la subjetividad observada en la relación terapeuta-paciente.

Al hablar de autonomía, se debe obligatoriamente remitir a la responsabilidad profesional que precisa acompañar el asunto de la toma de decisiones e incide sobre la independencia técnica, de un lado, y de otro sobre la autorregulación y la representación de intereses.¹³

El mantenimiento del modelo tradicional de asistencia en salud, y las dificultades actuales de interacción entre las profesiones para el ejercicio de la interdisciplinariedad, pueden ser explicadas por la inexistencia de mecanismos de control de la calidad de la asistencia prestada; por la historia de la organización de las profesiones de salud; por el tratamiento de quien recibe la asistencia de salud como “paciente” y en el “usuario con derechos”; por la influencia de la organización capitalista del trabajo en el sector salud, y por el modelo hegemónico de producción de conocimiento en salud.⁹ Entre las dificultades encontradas para la implementación de la interdisciplinariedad, se incluye la referencia “falta de tiempo”, indicada en investigación reciente en la cual las autoras consideran la sobrecarga de trabajo y la consecuente falta de tiempo como elementos que pueden dificultar la articulación de las acciones en el equipo, en la medida en que los profesionales no encuentran espacios en lo cotidiano para realizar interfaces y conexiones entre los diversos saberes y prácticas, desperdiciando, así, el gran potencial del trabajo en equipo.¹⁴ Entre tanto las autoras hacen un cuestionamiento interesante sobre si el exceso de actividades y falta de tiempo no derivarían justamente de las dificultades en realizar un trabajo integrado, pues la cooperación podría contribuir a la organización del trabajo y, consecuentemente, a su mejor desarrollo.

La interdisciplinariedad y la integralidad de las acciones de salud han sido propuestas por la Reforma Sanitaria Brasileña y vienen siendo incorporadas a las políticas públicas de salud, por su potencial para la construcción de una asistencia con mejor calidad.¹⁵

La pretensión de la interdisciplinariedad es la búsqueda de integración, de instaurar formas de totalidad en un campo de saber múltiple, pluralista, heterogéneo, reconociendo la complejidad de los fenómenos, dialécticamente, con miradas diferenciadas, rescatando una unidad que se perdió en el transcurrir de la historia. Entre tanto, es importante anotar que la no comprensión del concepto de interdisciplinariedad lleva a la yuxtaposición de acciones parceladas que no dan cuenta de atender a las amenazas emergentes a la salud y de comprender las novedades de las biociencias, de las profundas modificaciones de la vida cotidiana y de las relaciones de trabajo, que desvelan el escenario complejo de un nuevo paradigma del conocimiento.¹³

A pesar de que el trabajo asistencial en salud continúe siendo compartimentalizado, sin espacios de planeamiento colectivo y de debate de las diversas evaluaciones profesionales sobre los sujetos cuidados, hay situaciones prácticas que indican la posibilidad de un trabajo del tipo cooperativo, como realización de procedimientos en conjunto; formación y equipos multidisciplinares; grupos de estudios multidisciplinares; implantación de prontuario en sistema de registro único y la composición de servicios institucionales multidisciplinares^{9, 14}.

5 REFLEXIONES FINALES

La orientación política neoliberal y las diversificaciones tecnológicas, oriundas del mundo globalizado, imprimen un patrón de productividad de bienes y servicios, acarreando cambios en la organización y en las relaciones de trabajo en el sector salud. La lógica de la medicina empresarial direcciona la organización de los servicios para la productividad e incorporación de innovaciones tecnológicas con desigualdad de acceso, además de deteriorar las relaciones de trabajo y desconfigurar la empleabilidad en el área de salud.

En este escenario, Brasil convive con aspectos antagónicos: de un lado, la influencia del modelo económico neoliberal del Estado mínimo y, de otro, con las directrices del SUS, el cual trae la salud como derecho de todos y deber del Estado; la incorporación de innovaciones tecnológicas orientadas, predominantemente, por la lógica del mercado distanciándose del principio de equidad propuesto por la Constitución y por la estructura jurídica que reglamenta el SUS.

Los profesionales de salud vienen discutiendo su proceso de trabajo en las Conferencias de Salud, en eventos específicos y afines, en los Consejos de Salud y en los foros de negociación permanente del trabajo en el SUS. De forma todavía tímida, debates acerca de esa temática toman cuerpo en el cotidiano de los servicios de salud en reuniones multidisciplinarias, vislumbrando la formación de grupos para estudios de las especificidades de la atención a la salud, a partir del entendimiento de salud como necesidad social.

Al mismo tiempo, se observa que un nuevo debate sobre salud y desarrollo está tomando cuerpo basado en la indagación al respecto de los conflictos políticos generados al separar la política económica, orientada para el complejo productivo de la salud, y la política social, orientada para la protección social en salud. Eso porque la mejoras de las condiciones de salud de la población no dependen solo del éxito de las políticas de salud, sino de la combinación virtuosa entre desarrollo económico y social, esto es, de la compatibilidad entre economía de mercado, democracia y bienestar colectivo.¹¹

Con las lecturas realizadas para elaboración de ese texto, se percibió que todavía se convive con la drástica herencia de centrar las acciones de salud en la enfermedad y en tecnologías curativas sin preocupación con el acceso universal a las mismas. Al mismo tiempo, se observan experiencias exitosas con la intención de organizar los servicios de salud en la lógica del entendimiento de salud como necesidad social compleja y multifacética.

Cambios en el sentido de aproximarse a los principios constitucionales que orientan el SUS, y en el sentido de articular la mirada de las profesiones para cuidar mejor de la multidimensionalidad del ser humano con carencia de salud, han sido dificultados, una vez que para la producción social de la salud es necesario “cambios de las cosas y de las personas”.¹⁶ Esos cambios superan la reestructuración organizacional de los servicios, la formación permanente de los profesionales y la percepción de la salud como una construcción colectiva que exige la articulación entre gestores, profesionales y comunidad. No obstante aunque tales principios se coloquen como política de Estado, las conquistas deseadas deben alcanzar el cotidiano de las prácticas y enfrentar el desafío de construir nuevos modos de trabajar.

REFERENCIAS

1. Ferreira ABH. Novo Aurelio século XXI: o dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.
2. Berlinguer G. Globalização e saúde global. Estud. av. 1999 Jan/Abr.; 13(35):21-38
3. Santos BS. A globalização e as ciências sociais. 2 ed. São Paulo: Cortez; 2002.
4. Bauman Z. Globalização: as conseqüências humanas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 1999.

5. Buss PM. Globalization and disease: in an unequal world, unequal health! Cad. Saúde Pública 2002 Nov/Dec; 18(6): 1783-1788.
6. Ministério da Saúde (BR). Situação epidemiológica da Influenza Pandêmica (H1N1) 2009 no Mundo e no Brasil, até semana epidemiológica 40 de 2009. [on line]. [acesso em 2009 out 30]. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_40_influenza_pandemica_19out2009_atual.pdf.
7. Sabroza PC, Waltner-Toews D. Doenças emergentes, sistemas locais e globalização. Cad. Saúde Pública 2001; 17(supp.):S04-S05.
8. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. Ciência & Saúde Coletiva 2007; 12(Sup):1819-1829.
9. Pires D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. 2 ed. São Paulo: Annablume; 2008.
10. Medeiros MM, Rocha SMM. Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em Natal. Ciência & Saúde Coletiva 2004; 9(2); 399-409.
11. Viana AL, Elias PEM. Saúde e desenvolvimento. Ciência & Saúde Coletiva 2007; 12 (Sup):1765-1777.
12. Presidência da República (BR). Lei 8080, de 19 de setembro de 1996. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 16 Set 1990.
13. Meireles BHS, Erdmann AL. A interdisciplinaridade como construção do conhecimento em enfermagem e saúde. Texto&Contexto Enferm. 2005; 14(3):411-8.
14. Colomé ICS, Lima MADS, Davis R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. Rev Esc Enferm USP 2008; 42(2):256-61.
15. Matos E, Pires D. A contribuição da prática interdisciplinar na construção de novas formas de organização do trabalho em saúde [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006
16. Campos GWS. Reforma da reforma: Repensando a saúde: 2a. ed. São Paulo: Hucitec; 1994.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia