



REFLEXIONES - ENSAYOS

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

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

*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.

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

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

Keywords: Work, Health Services, Globalization, and Interdisciplinary.

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.

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 da

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.

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 INTRODUÇÃO

Como um processo típico da segunda metade do século XX, a globalização vem conduzindo a crescente integração das economias e das sociedades, especialmente no que tange à produção de mercadorias e de serviços, aos mercados financeiros, e à difusão de informações.¹ Marcadamente de caráter econômico/financeiro, traz como características a facilidade da informação simultânea, da migração dos povos, do acesso aos conhecimentos científicos e a tecnologia, com influência nos sistemas de poder, no processo de produção e no trabalho humano.²

Além dos aspectos econômicos, a globalização também tem sido estudada como processo sócio-cultural, uma vez que o fenômeno é “multifacetado com dimensões econômicas, sociais, políticas, culturais, religiosas e jurídicas, interligadas de modo complexo”.^{3:26}

Embora a globalização possa representar uma oportunidade de crescimento econômico dos povos, a mesma vem sendo criticada em razão dos que a conduzem, ou de como a conduzem e também dos rumos que ela vem tomando, uma vez que esse processo também tem resultado em muitas desigualdades entre os povos. É necessário salientar que a globalização traz consigo mais fatos e implicações do que se pode compreender inicialmente, no entanto já é possível visualizar que não existe uma unidade de efeitos nem de compreensões. O que para alguns parece globalização, para outros significa localização; o que para alguns é sinalização de liberdade, para muitos outros é um destino indesejado e cruel. Ser local num mundo globalizado é sinal de privação e degradação social, com progressiva segregação espacial e exclusão.⁴

O ganho de capital, essência da globalização, torna-se valor decisivo sobre outras dimensões da vida humana. A vida, a saúde e até mesmo o corpo humano, vão se transformando, mais claramente, em mercadorias, e o credo neoliberal é imposto aos povos com as regras do fundamentalismo monetário que não admite dissidências. Este fato é melhor visualizado quando o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) subordinam sua ajuda ao compromisso dos governos de dismantelar os sistemas de saúde pública e de previdência social. As conseqüências dessa opção influenciam os crescentes desníveis de renda, de educação e de poder entre as classes e entre os povos, traduzindo-se, por quase toda a parte em aumento das desigualdades em saúde documentadas por estatísticas que expressam milhões de existências humanas truncadas ou prejudicadas.²

Conseqüente a esses fatos, torna-se necessário estabelecer olhares diferenciados sobre a saúde e o processo de trabalho em saúde na intenção de acessar algumas das bases teórico-conceituais que, historicamente, influenciam sua determinação e concretização. Nesse sentido, esse texto tem o propósito de apresentar uma reflexão teórica acerca da globalização, abordando alguns impactos sobre a saúde e sobre o processo de trabalho em saúde, destacando o papel da interdisciplinaridade na construção de novos modelos assistenciais.

2 ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE OS IMPACTOS DA GLOBALIZAÇÃO NA SAÚDE

Quando se dirige o olhar sobre as repercussões da globalização na saúde das pessoas e populações, notam-se diversos aspectos preocupantes. A disseminação das doenças infecto-contagiosas, o bioterrorismo e os novos padrões comportamentais em saúde, entre outros, são alguns destes aspectos⁵. Nos anos noventa, as doenças transmissíveis se tornaram uma prioridade de saúde em âmbito mundial, contrariando a expectativa de que tais doenças estavam sendo efetivamente controladas. Essa concepção linear explicitava-se no modelo da transição epidemiológica, que identificava o risco de morte por doenças transmissíveis e a alta prevalência de doenças endêmicas causadas por agentes infecciosos como atributos exclusivos do chamado “subdesenvolvimento” socioeconômico. A pandemia da AIDS foi o evento decisivo que obrigou a uma revisão dessa perspectiva; a este evento associa-se, também, a atual pandemia de gripe causada pelo vírus H1N1 que de abril a outubro de 2009 atingiu 399.232 pessoas em todo o mundo, causando 4.735.⁶

Deve-se enfatizar a necessidade de uma abordagem integrada às partes e ao todo, ao lugar e ao seu contexto globalizado, do particular ao geral. Desta perspectiva, é necessário entender a saúde e a doença como um processo vivido pelos seres humanos individualmente, mas que também tem forte dimensão coletiva, recuperando o “lugar” como o espaço organizado para análise e intervenção, buscando identificar as relações entre as condições de saúde e seus determinantes biológicos, culturais, sócio-econômicos e ambientais, dentro dos ecossistemas modificados pelo trabalho humano.⁷

O entendimento de que a saúde deve ser encarada como questão global e como um bem e um valor, pelo qual se deve trabalhar de modo explícito e programado, é consenso em nível mundial. Neste sentido, a luta contra as desigualdades é um poderoso estímulo para esse objetivo. Pode-se observar que, com a globalização, o direito à saúde no mundo vem sofrendo uma relativa regressão nas últimas décadas. Nos países emergentes, a ameaça mais grave é a sobreposição de perfis epidemiológicos em que se observa a difusão de doenças decorrentes de diferenças nas condições ambientais, na nutrição, na organização social e cultural e pela presença ou ausência de agentes e de vetores biológicos das doenças transmissíveis. Doenças como a varíola, o sarampo, a febre amarela e a sífilis entre outras, mostraram quadros epidemiológicos muito desiguais, que rapidamente afetam o

mundo inteiro com surtos cíclicos. Além desses e de outros danos e riscos provocados pelas infecções, pode-se acrescentar a escala global da poluição ambiental, da utilização de tóxicos e da violência.

A ideia de saúde como sendo primordial para o crescimento dos países e de suas economias, defendida no marco da promoção de saúde, contrapõe-se à lógica neoliberal de que os serviços públicos de saúde e a generalização dos tratamentos são barreiras e muitas vezes obstáculo principal para as finanças públicas e para o desenvolvimento da riqueza dos países.

Outro aspecto complicador para a saúde é a ideia, até então bastante difundida, de que a prioridade em saúde refere-se a tecnologias dispendiosas que acabam se mostrando com acesso restrito, caro e pouco equitativo. Este avanço tecnológico fez com que, em muitos países da Europa e nos Estados Unidos, o modelo que atribuía à *primary health care* função preventiva e terapêutica essencial fosse substituído pela tendência a desmontar os mecanismos de intervenção pública, levando à substituição de serviços comunitários por seguros particulares.²

3 GLOBALIZAÇÃO E PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: O CASO DO BRASIL

O Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) marcaram acontecimentos significativos para o campo da saúde, garantindo, legalmente, o resgate da cidadania do povo brasileiro quando vislumbram a implantação de um sistema de saúde fundamentado nos princípios da Universalidade, da Integralidade, da Equidade, da Resolutividade e da Participação Social.

Nesse contexto, observa-se que o processo de trabalho em saúde no Brasil foi diretamente influenciado por essa reestruturação do sistema de saúde, colocando o profissional frente ao desafio de estabelecer relações diferenciadas com a equipe de saúde e com a população e novas formas de lidar com a saúde e com a doença, bem como a capacidade de adaptação aos cenários nos quais a saúde pode ser promovida.

Entretanto, concomitante a este modelo, a reforma neoliberal, iniciada na década passada, cuja proposta funda-se na desresponsabilização do Estado para com parcela significativa dos direitos sociais conquistados, abre espaços para a disseminação de “soluções alternativas”. A criação de organizações sociais como as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), de cooperativas e de outras formas de terceirização da gestão e precarização do trabalho em saúde, passam a ser determinantes na produção do trabalho nesse setor.⁸

Apesar da conquista do direito constitucional à saúde, o quadro atual ainda é de desigualdade no acesso aos serviços de saúde e bens de consumo individuais e coletivos, conseqüências da concentração de renda. Serviços de alta tecnologia são acessíveis a uma pequena parcela de indivíduos, e a maioria convive com os problemas de acesso aos serviços públicos como de saneamento básico e segurança. A incorporação de tecnologia cada vez mais avançada no âmbito da saúde e adquirida por instituições públicas e privadas de médio e grande porte, consideradas de referência no setor saúde, ocorre de modo desigual.⁹ A lógica da distribuição e disponibilização das inovações tecnológicas, de uso terapêutico e diagnóstico, segue mais as regras do mercado e das pressões de grupos de influência do que a lógica das necessidades de saúde.

Este modelo se reflete no mercado de trabalho em saúde, o que associado aos baixos salários propicia a expansão do multiemprego, como forma de compensar as perdas salariais, tornando o trabalho desgastante, intenso e estressante.

O processo de trabalho em saúde vai se moldando às transformações mercadológicas próprias da globalização: de um lado, os trabalhadores com vínculo empregatício e direitos trabalhistas preservados, atuam na assistência direta, nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, na gerência, no ensino e na produção de tecnologia. E, do outro lado, os trabalhadores terceirizados e em situações de vínculo empregatício precário, que também atuam na maioria dos setores, excetuando-se a gerência institucional. Esta dimensão do trabalho no setor saúde é semelhante ao que vem ocorrendo em outros setores do mundo do trabalho.¹⁰

Concomitante a lógica de organização dos serviços de saúde para o mercado, a população brasileira convive com as diretrizes do SUS que, em sentido oposto, considera a saúde como direito de todos e dever do Estado, explicitando claramente as conseqüências geradas pela separação entre política social e política econômica.¹¹ O SUS se efetiva em todos os lugares do território brasileiro enquanto norma (direito à saúde), mas não enquanto existência de fato de serviços, equipamentos, profissionais e recursos financeiros. Os lugares que se encontram mais à margem dos processos atuais de modernização e inserção no mercado global são justamente aqueles onde o SUS encontra as maiores dificuldades para atrair e fixar profissionais, manter serviços qualificados e alocar recursos financeiros em saúde.

Observa-se que, durante a construção do SUS, os vários movimentos organizados em prol da democratização da saúde, expressos nas Conferências de Saúde convergiram para a necessidade de estabelecer diálogos com a sociedade, permitindo interação constante entre trabalhadores de saúde, governantes e comunidade, entre saber científico e saber popular, no intuito de promover mudanças condizentes com a realidade cotidiana da população brasileira.¹²

Em consonância com esses acontecimentos, tem-se vivenciado discussões acerca da necessidade de reestruturação do processo de trabalho em saúde com vistas à criação de situações que propiciem a realização de um trabalho interdisciplinar, capaz de dar conta de atender o ser humano considerando sua multidimensionalidade, bem como a multiplicidade de fatores envolvidos na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Numa leitura mais atenta acerca da história das políticas de saúde no Brasil, é possível observar que a estrutura e os processos de trabalho em saúde foram se modificando devido a múltiplos fatores e pressões, dentre eles a finalidade de atender as demandas emergidas no âmbito do sistema de saúde; demandas estas que advêm das necessidades apresentadas pela população, ou seja, das condições de vida e de saúde em seus sentidos e significados mais amplos.

É importante salientar que o processo de trabalho em saúde sempre foi caracterizado por fatores heterogêneos que vão desde a importância de aglutinar profissionais com formações diferenciadas até a necessidade de sua materialização em diferentes espaços sociais nos quais há necessidade de produção da saúde. Assim, é necessário entender que “o trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material que se completa no ato da sua realização”.^{9:159}

Enquanto processo direcionado à saúde do ser humano, o trabalho em saúde deve ser realizado por profissionais que busquem o apoio das ciências para o entendimento da dinâmica de vida das pessoas. Assim, a interdisciplinaridade emerge como uma característica *sine qua non* para os profissionais de saúde, considerando que ela pode apontar possibilidades de construir respostas mais efetivas às necessidades sociais.

4 A INTERDISCIPLINARIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE COMO POSSIBILIDADE DE SUPERAÇÃO DO MODELO BIOMÉDICO

A produção do conhecimento em saúde sofreu a influência da racionalidade positivista e obteve significativo avanço no que diz respeito a compreensão das doenças. A complexidade dos problemas também impulsionou a produção do conhecimento, a formação de especialidades e o surgimento de novas profissões, que caracterizam hoje o trabalho coletivo na área da saúde.

O trabalho em saúde desenvolve-se, majoritariamente, na forma de trabalho coletivo exercido por diversos profissionais de saúde e grupos de trabalhadores que deveriam se relacionar trocando informações técnicas para uma avaliação global do indivíduo assistido. Entretanto esta relação entre diferentes profissionais é insuficiente e, por vezes, inexistente. No âmbito do trabalho coletivo institucional, os diversos profissionais de saúde têm certa autonomia de avaliação e interpretação, no entanto, a centralidade do ato assistencial em saúde tem se mantido em torno das decisões médicas.

O modelo assistencial hegemônico reflete o paradigma biomédico e a organização capitalista do trabalho no setor, com forte influência do taylorismo na divisão de tarefas e nos modelos de organização e gestão. Associa-se a esta lógica, a do trabalho profissional e a especificidade de cuidar de seres humanos o que dificulta a padronização de regras, procedimentos e o controle gerencial nos moldes tayloristas. A produção do ato assistencial não é dominada pela administração das instituições, tornando difícil a subordinação aos gerentes e a definição rígida do papel de cada trabalhador no ato assistencial.⁹ Assim, diferentemente da teoria da organização científica do trabalho, o trabalhador não está alheio ao processo de produção, detendo certa autonomia na determinação de seu trabalho. A idéia de autonomia certamente está ligada às dimensões de trabalho social e de profissão inserida no mercado de trabalho, porém, traz-se aqui a discussão da autonomia associada à tomada de decisões no processo de trabalho e à responsabilidade por estas decisões.

Entende-se que a questão da autonomia deve ser vista com relação à independência técnica no âmbito de um serviço que se cristaliza nas relações interpessoais, gerando a autorregulação entre os profissionais de saúde e os usuários dos sistemas de saúde. Mesmo enfraquecida esta autorregulação, por ação de outros grupos sociais, a autonomia tende a ser preservada no âmbito da independência técnica. Isto não só pela sua característica de serviço em geral, mas especialmente pela forte presença das incertezas e da subjetividade observadas na relação terapeuta-paciente.

Ao se falar de autonomia, deve-se obrigatoriamente reportar à responsabilização profissional que precisa acompanhar a questão da tomada de decisões e incide sobre a independência técnica, de um lado, e de outro, incide sobre a autorregulação e a representação de interesses.¹³

A manutenção do modelo tradicional de assistir em saúde, e as dificuldades atuais de interação entre as profissões para o exercício da interdisciplinaridade, podem ser explicadas pela inexistência de mecanismos de controle da qualidade da assistência prestada; pela

história da organização das profissões de saúde; pelo tratamento de quem recebe a assistência de saúde como “paciente” e não “usuário com direitos”; pela influência da organização capitalista do trabalho no setor saúde, e pelo modelo hegemônico de produção de conhecimento em saúde.⁹ Dentre as dificuldades encontradas para a implementação da interdisciplinaridade, acrescenta-se a referência a “falta de tempo”, apontada em pesquisa recente na qual as autoras consideram a sobrecarga de trabalho e a conseqüente falta de tempo como elementos que podem dificultar a articulação das ações na equipe, na medida em que os profissionais não encontram espaços no cotidiano para realizar interfaces e conexões entre os diversos saberes e práticas, desperdiçando, assim, o grande potencial do trabalho em equipe.¹⁴ Entretanto as autoras fazem um questionamento interessante, ou seja, se o excesso de atividades e falta de tempo não derivariam justamente das dificuldades em realizar um trabalho integrado, pois a cooperação poderia contribuir para a organização do trabalho e, conseqüentemente, para o seu melhor desenvolvimento.

A interdisciplinaridade e a integralidade das ações de saúde têm sido propostas pela Reforma Sanitária Brasileira e vem sendo incorporadas às políticas públicas de saúde, pelo seu potencial para construção de uma assistência com melhor qualidade.¹⁵

A pretensão da interdisciplinaridade é a busca de integração, de instaurar formas de totalidade em um campo de saber múltiplo, pluralista, heterogêneo, reconhecendo a complexidade dos fenômenos, dialeticamente, com olhares diferenciados, resgatando uma unidade que se perdeu no decorrer da história. Entretanto, é importante salientar que a não-compreensão do conceito de interdisciplinaridade leva apenas à justaposição de ações parcelares que não dão conta de atender às ameaças emergentes à saúde e de compreender as novidades das biociências, das profundas modificações da vida cotidiana e das relações de trabalho, que desvelam o cenário complexo de um novo paradigma do conhecimento.¹³

Apesar do trabalho assistencial em saúde continuar sendo compartimentalizado, sem espaços de planejamento coletivo e de debate das diversas avaliações profissionais sobre os sujeitos cuidados, há situações práticas que indicam a possibilidade de um trabalho do tipo cooperativo, como realização de procedimentos em conjunto; formação e equipes multidisciplinares; grupos de estudos multidisciplinares; implantação de prontuário em sistema de registro único e a composição de serviços institucionais multidisciplinares^{9, 14}.

5 REFLEXÕES FINAIS

A orientação política neoliberal e as diversificações tecnológicas, oriundas do mundo globalizado, imprimem um padrão de produtividade de bens e serviços, acarretando mudanças na organização e nas relações de trabalho no setor saúde. A lógica da medicina empresarial direciona a organização dos serviços para a produtividade e incorporação de inovações tecnológicas com desigualdade de acesso, além de deteriorar as relações de trabalho e desconfigurar a empregabilidade na área da saúde.

Neste cenário, o Brasil convive com aspectos antagônicos: de um lado, a influência do modelo econômico neoliberal do Estado mínimo e, de outro, com as diretrizes do SUS, o qual traz a saúde como direito de todos e dever do Estado; a incorporação de inovações tecnológicas orientada, predominantemente, pela lógica do mercado distanciando-se do princípio da equidade proposto pela Constituição e pelo arcabouço jurídico que regulamenta o SUS.

Os profissionais de saúde vêm discutindo o seu processo de trabalho nas Conferências de Saúde, em eventos específicos e afins, nos Conselhos de Saúde e nos fóruns de negociação permanente do trabalho no SUS. De forma ainda tímida, debates acerca dessa temática tomam corpo no cotidiano dos serviços de saúde em reuniões multidisciplinares, vislumbrando a formação de grupos para estudos das especificidades da atenção à saúde, a partir do entendimento de saúde como necessidade social.

Ao mesmo tempo, observa-se que um novo debate sobre saúde e desenvolvimento está tomando corpo baseado na indagação a respeito dos conflitos políticos gerados ao separar a política econômica, voltada para o complexo produtivo da saúde, e a política social, voltada para a proteção social em saúde. Isso porque a melhoria das condições de saúde da população não depende só do êxito das políticas de saúde, mas da combinação virtuosa entre desenvolvimento econômico e social, isto é, da compatibilização entre economia de mercado, democracia e bem-estar coletivo.¹¹

Com as leituras realizadas para elaboração desse texto, percebeu-se que ainda se convive com a drástica herança de centrar as ações de saúde na doença e em tecnologias curativas sem preocupação com o acesso universal as mesmas. Ao mesmo tempo, observa-se experiências exitosas com o intuito de organizar os serviços de saúde na lógica do entendimento de saúde enquanto necessidade social complexa e multifacetada.

Mudanças no sentido de aproximar-se dos princípios constitucionais que orientam o SUS, e no sentido de articular o olhar das profissões para melhor cuidar da multidimensionalidade do ser humano com carência de saúde, têm sido dificultadas, uma vez que para a produção social da saúde é necessário “mudança das coisas e das pessoas”.¹⁶ Essa mudança perpassa a reestruturação organizacional dos serviços, a formação permanente dos profissionais e a percepção da saúde enquanto uma construção coletiva que exige a articulação entre gestores, profissionais e comunidade. Embora tais princípios já se coloquem como política de Estado, as conquistas desejadas devem atingir o cotidiano das práticas e enfrentar o desafio de construir novos modos de trabalhar.

REFERÊNCIAS

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/Apr.; 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