

---

# ENSAIO SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE O AMBIENTE DE TRABALHO E A SAÚDE DOS(AS) TRABALHADORES(AS) NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Marisa Palacios<sup>I</sup> Terezinha Souza<sup>II</sup> Luciene Lacerda<sup>III</sup>

Palavras-chave: Saúde do trabalhador; Violência; Serviços de saúde.

---

## INTRODUÇÃO

A relação entre ambiente de trabalho e saúde é objeto de pesquisa em diversas áreas do conhecimento acadêmico, como sociologia, psicologia, administração e medicina, entre outras, o que nos permite elaborar um discurso que não pertence a nenhuma dessas áreas com exclusividade e ao mesmo tempo possibilitou construir esse campo de conhecimentos denominado Saúde do Trabalhador. Por sua natureza multidisciplinar, com uma vocação inequívoca para a transformação e abertura ao novo, esse campo incorpora novos objetos e se aproxima de outros campos, num movimento contínuo. Hoje, podemos falar de Produção – Ambiente – Saúde como o campo que procura articular essas três dimensões da vida social.

A discussão que aqui se estabelece sobre as condições de trabalho e saúde dos(as) trabalhadores(as) de saúde se insere nessa perspectiva de articulação desses três elementos fundamentais: a produção da saúde humana, com todo o aparato produtivo de medicamentos, equipamentos e serviços diversos, assim como a especificidade de ter algo humano como objeto e finalidade; o ambiente, tomado como espaço de permanente transformação engendrada pela biotecnociência em desenvolvimento; e a saúde, ponto de impacto desse movimento nos seres humanos, os(as) trabalhadores(as) da saúde. Como se pode vislumbrar, as questões se tornam mais complexas

quando se indaga sobre qual a relação entre o ambiente de trabalho e a saúde nos serviços cujo objetivo é lidar com a saúde.

## PRODUÇÃO

A idéia de tomar a produção como uma das dimensões conceituais coloca a relação trabalho-saúde num contexto mais abrangente, cuja compreensão é necessária para que se possa intervir eficientemente nos ambientes de trabalho de modo a garantir proteção à saúde dos(as) trabalhadores(as). Então, que fique clara nossa perspectiva: o lugar de onde falamos é o da Saúde do Trabalhador, o que pressupõe uma tomada de posição em favor da saúde de quem trabalha, e nosso horizonte, nossa finalidade maior é a proteção máxima dos(as) trabalhadores(as). Tal proteção só faz sentido se pensada como expressão da coordenação da autonomia dos indivíduos, como um processo de desenvolvimento coletivo das potencialidades individuais. Ou seja, a saúde que deve ser protegida é a emanada do diálogo, forjada na construção de consensos entre os(as) trabalhadores(as).

Pensar na produção da saúde implica considerar diversos elementos que compõem um intrincado sistema produtivo. Embora não tenhamos a pretensão de incluir todos os elementos, vamos citar alguns: a indústria relacionada à saúde e a prestação dos serviços de saúde.

---

<sup>I</sup> Médica; Professora Adjunta do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. marisa.palacios@gmail.com

<sup>II</sup> Psicóloga; Professora Adjunta da Universidade Federal do Recôncavo Baiano. tecabaiana2004@yahoo.com.br

<sup>III</sup> Psicóloga do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. lulacerda@iesc.ufrj.br

A vocação primeira da indústria de medicamentos e equipamentos médicos – só para ficar no campo da recuperação da saúde e não entrarmos na promoção da saúde, nem na indústria da beleza –, como a de qualquer indústria no modo de produção capitalista, é reproduzir e valorizar seu capital, que se realiza no cotidiano dos serviços de saúde públicos e privados. A própria oferta de serviços de saúde se organiza segundo a lógica do mercado: onde há maior consumo há mais serviços de saúde. A saúde vive, então, uma grande tensão: por um lado, é considerada o bem maior ao qual todos os indivíduos têm direito, o que possibilita o desenvolvimento individual e a sensação de bem-estar; por outro, é encarada como mercadoria. É este o contexto que a dimensão da produção nos autoriza a delinear e que modela diretamente os ambientes nos quais os(as) trabalhadores(as) atuam:

1. fortes interesses econômicos de grandes corporações farmacêuticas, de equipamentos e insumos que nada têm a ver com a saúde, senão enquanto esta signifique maior consumo dos bens produzidos por essas corporações;
2. o trabalho em saúde é uma prestação de serviço com características bem particulares; é um trabalho coletivo cujo resultado depende do que Gonçalves<sup>1</sup> chamou de trabalhador médico coletivo (reunião de todos os que concorrem para o sucesso de uma intervenção) e da participação ativa do demandante do serviço, ou seja, do doente em cujo corpo a intervenção se dá;
3. o estatuto da saúde – se um bem ou uma mercadoria.

## O AMBIENTE DE TRABALHO EM SAÚDE

Para pensar o trabalho não basta identificarmos o objeto sobre o qual os(as) trabalhadores(as) aplicam suas energias e por meio de instrumentos transformam os objetos em produtos ou serviços. Isso não dá a idéia do que é o trabalho; é preciso agregar a esses elementos a maneira como ele está organizado, ou seja, quantos trabalhadores(as), com que qualificação, se funcionam em equipes, em plantões, como é exercido o controle, etc. Além disso, o grau de influência dos trabalhadores(as) sobre seu próprio trabalho e a formação desse pessoal também cumprem papéis importantes na compreensão do trabalho e sua relação com a saúde.

Antes de encararmos a especificidade do trabalho em saúde, convém uma rápida incursão sobre como o trabalho se organiza na atualidade e as novas formas de organização do trabalho que têm sido objeto de grandes debates.

A partir do último quartil do século XX, novas formas de gestão do trabalho têm surgido e ganhado destaque nas análises sociológicas. Entre as diversas mudanças ocorridas, as que se referem ao ambiente de trabalho ganham centralidade. Nesse item, após um rápido panorama de como se constituíram as novas formas de OT, buscaremos enfatizar as mudanças nos serviços de saúde e suas possíveis repercussões sobre o processo saúde-doença.

O processo histórico em curso herda do taylorismo/fordismo (Tumolo, 2003)<sup>2</sup> a necessidade de duplo controle do processo de trabalho e da vida do(a) trabalhador(a) e recebe variadas denominações, como toyotismo, ohnismo, acumulação flexível, pós-fordismo, conforme a escola teórica a que pertence o pesquisador. Neste trabalho utiliza-se a denominação toyotismo.

Para Gounet (2002)<sup>3</sup>, o toyotismo surge como uma saída para a crise do fordismo, na medida em que, no lugar do trabalho desqualificado, parcelado e repetitivo da linha de produção, apresenta a polivalência, a possibilidade de variar; no lugar de produzir para anônimos (produção em massa), produzir para “satisfazer” a equipe próxima à sua, um sentimento de pertença (produção flexível). Os enunciados ideológicos gerados pelo capital enfatizam as relações de proximidade, as relações de pertença, as emoções: não mais o trabalho desmotivante, mas a realização, o cliente satisfeito, a individualidade e o talento do(a) trabalhador(a) reconhecidos, o(a) profissional múltiplo(a) ao invés do(a) especializado(a), etc.

O controle sobre o trabalho no toyotismo é exercido sobre a subjetividade dos(as) trabalhadores(as) e se dá de forma implícita, subjacente, que implica o(a) trabalhador(as) com a empresa, com a qual ele(ela) estabelece laços afetivos, havendo um deslocamento do sentimento de refúgio para a empresa, o que até então era oferecido exclusivamente pela família. Desta forma, a vigilância exercida de fora passa a ser dispensável, o(a) trabalhador(a) internaliza as regras, toma-as como suas, adota-as. O que dificulta (mas não impossibilita) as possibilidades de rompimento, pois não há como burlar aqui-

lo que não se reconhece como controle, não há como burlar a autovigilância.

Gounet (1992)<sup>4</sup> denuncia que o toyotismo é o sistema que propicia maior exploração dos(as) trabalhadores(as), utilizando para isto três meios principais. Em primeiro lugar, ele intensifica o trabalho. Cada trabalhador(a) deve ser cada vez mais veloz, reduzir os “tempos mortos” de forma que, neles, novas tarefas sejam executadas. Em segundo lugar, ao utilizar a estratégia da terceirização, o toyotismo reduz os salários e degrada a proteção social nos locais de trabalho. Em terceiro lugar, ao dividir as unidades de produção em locais menores, ao alocar os(as) trabalhadores(as) em firmas menores, divide-os(as), isola-os(as) e obsta suas possibilidades de organização e conseqüente reação. Os contratos de trabalho, no mesmo local de trabalho, se tornam cada vez mais diferenciados: uns são permanentes, outros temporários, alguns(algumas) trabalhadores(as) são simples auxiliares, outros(as), chefes. Todos são divididos(as) em pequenas unidades, que competem entre si, cada uma responsável por determinada cota de produção, que funcionam como uma empresa dentro da empresa. Cada indivíduo é instado, desta forma, a se sentir diretamente responsável pelo sucesso ou fracasso da equipe, o que gera um clima de fiscalização permanente de cada um sobre todos os outros e vice-versa. Nos serviços de saúde este clima é ainda mais acirrado, visto que o resultado final do processo é, muitas vezes, a vida ou a morte de um ser humano, o que agudiza o clima de responsabilização.

## A subjetividade

A constituição da subjetividade não é um processo linear, puro reflexo interno de um acontecimento externo, mas é um processo mediado, em que a emoção, a ideologia, a classe, o gênero, a etnia atuam de forma singular, construindo diversos jeitos de ser e estar no mundo (Souza, 2006)<sup>5</sup>. Frente a um mundo do trabalho mutante, que oferece oportunidades de futuro para poucos, na lógica excludente do capital, diversas subjetividades se gestam: alguns agarram com unhas e dentes a possibilidade de ter, aderindo e defendendo os ditames do capital que aliena e desumaniza; outros, mesmo não tendo acesso a essas possibilidades, as defendem ideologicamente, na esperança de que um dia essas possibilidades apareçam (individualismo possessivo, mesmo não tendo posse,

conforme Antunes, 1999)<sup>6</sup>; outros se rebelam e lutam para mudar a realidade e construir novas formas de existência – o que também se dá de formas múltiplas e variadas.

A afirmação de que a subjetividade extrapola os limites da individuação de um sujeito remete à discussão sobre quais são as forças com as quais os indivíduos se deparam como limite em seu processo de constituição. Podemos afirmar que a forma como nossa subjetividade se constitui não é uma escolha aleatória e monológica de cada indivíduo, mas um processo histórico-social. Para Marx (1989)<sup>7</sup>, as forças produtivas são o resultado da energia prática dos seres humanos, mas esta mesma energia é circunscrita pelas condições em que os seres humanos se acham colocados, pelas forças produtivas já adquiridas, pela forma social anterior, que não foi criada por eles e é fruto da geração anterior.

Nesse sentido, advindos da experiência concreta, de discriminações e diferenciações subjetivas dos papéis sociais de homens e mulheres, negros e brancos na sociedade, os olhares e ações dos sujeitos sobre estes papéis vão interferir na trajetória de cada trabalhador e trabalhadora. Nascimento (2003)<sup>8</sup> avalia que o racismo cumpre um papel fundamental na manutenção das desigualdades sociais, uma vez que “imperam nos padrões de cultura e infiltra-se na constituição dos sujeitos”. Afirma ainda que “as dimensões simbólicas das representações que permeiam a educação e a cultura, e os efeitos psicológicos que estas operam sobre negros e brancos, revelam-se parte integrante dos mecanismos de discriminação nas relações sociais. São inseparáveis e constitutivos do racismo”.

No mundo do trabalho em transformação, competitivo e isolante, é necessário alertar para o que Castro e Guimarães (1993)<sup>9</sup> chamaram de desigualdade racial reproduzida em seu cotidiano. Poucos estudos têm se dedicado a verificar a utilização das diferenças sociais de natureza étnico-racial na caracterização de formas de subordinação no trabalho como as fartamente utilizadas variáveis de gênero, geração ou experiência migratória. Esses autores problematizam as barreiras sociais à mobilidade reproduzidas no microambiente das empresas e que estão fundadas na discriminação racial. Apesar de toda essa pressão, os(as) trabalhadores(as) têm resistido a essa discriminação com estratégias coletivas ou individuais, com atitudes e/ou processos individuais e as po-

líticas coletivas e institucionais, como Grupos de Trabalho Anti-Racistas no Sindicato, Políticas Afirmativas, etc. (Bento, 1992<sup>10</sup>; Lacerda 2002<sup>11</sup>).

Castro e Guimarães (1993)<sup>9</sup> alertam para a pouca atenção que também tem sido dada ao modo pelo qual as pessoas, uma vez inseridas no mercado, constroem, nos locais de trabalho, suas trajetórias profissionais, apesar de alguns estudos descreverem formas e terem analisado determinantes da inserção de negros e brancos no mercado de trabalho. Poucos estudos acadêmicos pesquisam o cotidiano no trabalho e a desigualdade racial ali reproduzida.

Crenshaw (2002)<sup>12</sup> faz referência ao caso de dupla discriminação de raça e gênero, mostrando o quanto é duplamente penoso quando se agregam as questões de gênero ao tratarmos daquelas que envolvem as mulheres e trabalhadoras negras.

## TRABALHO E SAÚDE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Trabalho e saúde têm hoje relações cada vez mais perigosas. No mundo globalizado em que as formas de organizar o trabalho engendram sujeitos cada vez mais competitivos e isolados, os serviços de saúde não se colocam à margem. Pensar, como fizemos até aqui, nas novas formas de organização do trabalho como um movimento global nos aproxima de algumas características universais, comuns aos trabalhadores(as) do mundo. Além dessas características universais, a globalização impõe fardos diferenciados, dependendo da posição que os grupos de trabalhadores(as) ocupam no mundo. Num país periférico, a competição e o isolamento se traduzem em condições muito mais graves, aliadas às condições objetivas de trabalho diferenciadas. O processo de terceirização, por exemplo, visto em todas as áreas da produção em todos os países, adquire contornos mais cruéis num país periférico. No caso dos serviços de saúde, esse processo, além de intensificar o trabalho, tornar as relações mais precárias, reduzir os salários, faz com que o trabalhador perca o compromisso com seu trabalho como um trabalho social da maior importância. É só mais um trabalho no cenário do capitalismo selvagem que aqui se desenvolve.

Às condições precárias de trabalho no setor se somam as necessidades de assistência à saúde da população. Elas

são crescentes, porque, aliadas às condições precárias de trabalho e moradia da população, de maneira geral, geram um ambiente degradado propício às mais diversas exposições a contaminantes. As doenças são vistas como fraquezas que tiram ou atrapalham a relação com o trabalho, o que sobrecarrega os serviços de saúde com quadros clínicos de maior gravidade. Muitas vezes, a população acorre ao serviço quando o estágio da doença é muito grave, o que aumenta a sensação de impotência dos profissionais de saúde e estimula a violência contra esses(as) trabalhadores(as) (Palacios *et al.*, 2003)<sup>13</sup>.

Dito de outra forma, a situação se assemelha ao pelego, manta usada para amortecer o impacto da cavalgada no lombo do cavalo. Os serviços de saúde são o braço do Estado que confere à população o direito à saúde. No entanto, a saúde é fruto das condições de vida e trabalho, muito degradadas na atualidade. Mas é o serviço de saúde que a população culpa pelas más condições de saúde. Esse é o modelo que interessa ao mercado, à circulação e acumulação do capital. Mais medicamentos, equipamentos e insumos chegam ao mercado, as situações de risco de agravos à saúde humana de origem ambiental e do trabalho, na esfera da produção, são investigadas de maneira marginal, enquanto pesados investimentos são lançados na produção da recuperação da saúde. A população, à mercê da propaganda, exige que os serviços de saúde ofereçam os mais sofisticados tratamentos e equipamentos para a recuperação da saúde sem questionar as condições que deram origem a seu sofrimento. Outros mercados se ampliam para dar suporte a essa lógica. A oferta de planos de saúde cresce.

Os mais prejudicados nesse processo recente de transformação do trabalho no setor saúde são os(as) trabalhadores(s) da saúde e a população mais empobrecida que acorre aos serviços de saúde públicos e conveniados.

Mas nem todas as transformações recentes no setor saúde são negativas. Iniciativas como as da Política Nacional de Humanização são bem-vindas quando enfatizam a qualidade de vida no trabalho, quando colocam no centro da reflexão o trabalho, suas formas de organização, sua finalidade, a proteção da saúde dos(as) trabalhadores(as) e da clientela. A política de substituição dos vínculos precários na saúde é outra iniciativa bastante promissora, embora, num primeiro momento, tenha trazido sofrimento a um número significativo de

trabalhadores(as) que após anos de trabalho se viram obrigados(as) a deixar o emprego. A longo prazo, é o caminho para corrigir a falta de isonomia com a multiplicação de vínculos nos serviços de saúde, situação de injustiça insustentável.

Esses elementos rapidamente apresentados aqui conformam um quadro do trabalho em saúde que engendra conseqüências sobre a saúde dos(as) trabalhadores(as) de saúde.

Uma modo didático de pensar essas conseqüências é utilizar o conceito de carga de trabalho para mediar essa relação entre o trabalho e a saúde. É um conceito interessante, uma vez que representa uma tentativa de agrupar vários elementos do trabalho conforme o impacto sobre a saúde se dê em termos de sobrecarga física, cognitiva, psíquica e moral. Nesses termos, podemos compreender que o trabalho nos serviços de saúde sejam privados ou públicos, impõem uma sobrecarga aos trabalhadores(as) que pode ser didaticamente decomposta em seus aspectos: físico, seja por ação direta de contaminantes ambientais (químicos, físicos ou biológicos), seja indiretamente por meio da reação fisiológica (das LER/Dort às alterações psicossomáticas); psíquico, posto que nenhuma sobrecarga de trabalho pode estar livre de conseqüências psíquicas; cognitivo, uma vez que as funções cognitivas humanas são muito requeridas, especialmente em se tratando do trabalho médico; e moral.

Este último aspecto merece destaque especial. Trata-se da mobilização do sentido de justiça e outros princípios morais relevantes para o sujeito quando confrontados pelas situações concretas de trabalho. São situações dilemáticas ou de conflito ético. É importante ressaltar que a sobrecarga de trabalho tem sempre todos esses componentes articulados, mas num ou outro momento pode haver predominância de um aspecto sobre os demais. Quando, por exemplo, uma situação de trabalho envolve uma difícil decisão entre que paciente atender quando há limitação de vagas, o médico, além da carga moral, certamente terá um sofrimento psíquico intenso por saber que só poderá salvar um paciente.

Outro aspecto interessante do conceito de carga é que ele incorpora a idéia de que todos somos diferentes, temos diferentes sensibilidades ao que nos sobrecarrega. O que é sobrecarga para uns pode não ser para outros. É essa a brecha para incluir na discussão nossas considerações acerca da subjetividade, especialmente as

questões de gênero e raça. Quando se pensa na relação entre saúde e trabalho, não há como considerar um trabalhador médio. Os trabalhadores e trabalhadoras são brancos ou negros, o que sugere um conjunto de experiências marcadas por essas condições.

## **A FORMAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE, O DIÁLOGO E A PAZ**

Como assinalado no início deste ensaio, a formação cumpre um papel fundamental na relação trabalho-saúde. Quanto mais compreensíveis forem as situações de trabalho, mais recursos o sujeito terá para lidar com elas. Se assim é, as ferramentas necessárias para uma análise adequada das situações de trabalho terão que ser objeto de preocupação na formação. Além disso, quando falamos de formação, tendo por modelo a formação médica, não podemos deixar de considerar não só os conteúdos pertinentes às disciplinas oferecidas como também o que é apresentado ao(à) aluno(a) como os valores que a universidade promove por meio do comportamento de seus(as) professores(as) e da atividade reflexiva desenvolvida ao longo do curso (Palacios e Rego, 2006)<sup>14</sup>.

Em termos da estrutura curricular do curso médico, o trabalho tem tido pouca atenção. A reflexão sobre o trabalho, que deveria ser permanente, muitas vezes fica restrita a uma ou duas aulas no interior de uma disciplina. O trabalho não é objeto de reflexão permanente. Não há espaços no interior da jornada de trabalho nos serviços de saúde em geral e em especial em hospitais universitários para a discussão do trabalho: rumos, correções de rumo, relações, pactuações raras vezes são objeto de reflexão.

Santos<sup>15</sup> fez uma análise comparativa acerca do funcionamento de duas alas hospitalares, uma no Brasil e outra na França. Suas conclusões mostram que na França há espaços regulares para a discussão do trabalho e sua organização, diferentemente do que acontece no Brasil, onde os sujeitos são isolados, e os espaços de discussão e construção coletivas do trabalho são raros.

É importante ressaltar que uma das questões iluminadas por aqueles(as) que estudam as relações entre saúde mental e trabalho é que o suporte social (na terminologia das teorias do estresse) ou o reconhecimento dos pares (para a psicodinâmica dejouriana) constitui fator de proteção da saúde mental dos trabalhadores(as) (Palacios,

1999)<sup>16</sup>. A existência de tais elementos configura exatamente o oposto do que vínhamos descrevendo como o mundo do trabalho atual, no qual a competição e o isolamento são a tônica.

A importância de chamarmos a atenção para a reflexão coletiva sobre o trabalho, especialmente sobre o contexto dos serviços de saúde, no interior da estrutura curricular e nos espaços de discussões formais e informais, no interior dos locais de prática na formação dos estudantes da área da saúde está em que se possa adquirir competências diversas:

1. a compreensão do contexto econômico, social, antropológico (a questão da biotecnologia e seu impacto nos ambientes de trabalho), geográfico (as diferenças centro/periferia no mundo globalizado) onde o trabalho em saúde está inserido;
2. entendimento do papel do coletivo (das equipes) no processo de trabalho em saúde para o desenvolvimento de habilidade comunicacional, saber argumentar e ouvir os argumentos dos outros, e estar abertos ao diálogo, à negociação e à pactuação;
3. o respeito devido a cada um e a suas subjetividades, marcadas pelas questões de gênero e etnia, entre outras, e a possibilidade de resolver eventuais conflitos, diminuindo as chances de ocorrer violência no trabalho, especialmente o assédio moral, que grassa na ausência do diálogo e do respeito.

Tais competências não se aplicam exclusivamente às relações entre colegas, mas também às relações com os usuários dos serviços de saúde, baseadas no diálogo e no respeito. Nesse sentido, também constituem elementos indispensáveis a uma política de controle da violência no local de trabalho, especialmente o assédio moral, que tem sido objeto de nossos estudos ([www.iesc.ufrj.br/assediomoral](http://www.iesc.ufrj.br/assediomoral)), tendo o(a) professor(a), o(a) técnico(a) ou o(a) aluno(a) como alvo da violência.

Assim, as universidades devem se preocupar em formar médicos(as) comprometidos(as) com a promoção da saúde, o diálogo e a paz.

## REFERÊNCIAS

1. Gonçalves RBM. Processo de Trabalho em Saúde. São Paulo; 1988. (mimeo)
2. Tumolo PS. Trabalho, vida social e capital na virada do milênio: apontamentos de interpretação. Educação & Sociedade. 2003; 24(82):159-78.
3. Gounet T. Fordismo e toyotismo na civilização do automóvel. São Paulo: Boitempo; 2002.
4. Gounet, 1992.
5. Souza TMS. Emoções e capital: as mulheres no novo padrão de acumulação capitalista. Tese [Doutorado] – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2006.
6. Antunes R. Os sentidos do trabalho. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo; 1999.
7. Marx K. O capital. Crítica da Economia Política. Livro primeiro, vol. 2, 12 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1989.
8. Nascimento EL. O sortilégio da cor: identidade, raça e gênero no Brasil. São Paulo: Summus; 2003.
9. Castro N, Guimarães A. Desigualdades raciais no mercado e nos locais de trabalho. Estud afro-asiát. 1993;(24).
10. Teixeira MAB. Resgatando a minha bisavó: discriminação racial no trabalho e resistência na voz dos trabalhadores negros. São Paulo; 1994. Mestrado [Dissertação]. Psicologia Social Pontifícia Universidade Católica/SP
11. Lacerda LS. Sou mais que sindicalista, sou revolucionária: o que pensam sindicalistas negros e anti-racistas sobre racismo, saúde e trabalho. Rio de Janeiro. Mestrado [Dissertação] - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.
12. Crenshaw, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Estudos Feministas. 2002; 10(1): 9
13. Palácios M. e colaboradores. Relatório Violência no Trabalho do Setor Saúde. Rio de Janeiro: OIT; 2003.
14. Palácios, M. e Rego, S. Bullying: mais uma epidemia invisível? Rev. Bras. Educ. Méd. 2006; 30(1): 3-5.
15. Santos, ML. Cuidado paliativo e Organização do Trabalho: a concepção na atividade de técnicas e auxiliares de enfermagem. Rio de Janeiro; 2001. Tese [Doutorado] – COPPE/UFRJ, 2001.
16. Palácios, M. Sofrimento psíquico e trabalho: um estudo de caso sobre o sofrimento psíquico dos trabalhadores e suas relações e o trabalho de caixa em uma grande empresa estatal bancária. Rio de Janeiro. Doutorado [Tese] - o. Rio de Janeiro, COPPE/UFRJ; 1999.