



**9º Encontro Internacional de Política Social**  
**16º Encontro Nacional de Política Social**  
 Tema: A Política Social na Crise Sanitária revelando Outras Crises  
 Vitória (ES, Brasil), 13 a 15 de junho de 2023

Eixo: Classe social, gênero, raça, etnia e diversidade sexual

**Interseccionalidade de classe, raça e gênero nos estudos sobre saúde**

**Matheus Oliveira de Paula<sup>1</sup>**

**Resumo:** Este ensaio apresenta algumas reflexões construídas para a dissertação do mestrado em Política Social. Partiu-se materialismo histórico-dialético como método, traçando a metodologia através do levantamento bibliográfico e documental. O objetivo é: apresentar a interseccionalidade de classe, gênero e raça como uma ferramenta de análise e intervenção na política de saúde brasileira. Para isso, enfoca-se a formação social e histórica brasileira, apreendendo as relações de poder e as desigualdades estruturais que conformam o Brasil, e como a interseccionalidade como ferramenta analítica e interventiva pode contribuir para a política de saúde. Assim, articula-se política de saúde à interseccionalidade como uma forma de pensar a dimensão social da saúde sob uma ótica alternativa.

**Palavras-chave:** Interseccionalidade. Formação social brasileira. Política social. Política de saúde.

**Intersectionality of class, race, and gender in health studies**

**Abstract:** This essay presents some reflections constructed for the master's thesis in Social Policy. Historical-dialectical materialism was used as a method, tracing the methodology through a bibliographical and documental survey. The objective is: to present the intersectionality of class, gender and race as a tool for analysis and intervention in Brazilian health policy. For this, it focuses on the Brazilian social and historical formation, apprehending the power relations and structural inequalities that shape Brazil, and how intersectionality as an analytical and interventional tool can contribute to health policy. Thus, health policy is articulated with intersectionality as a way of thinking about the social dimension of health from an alternative perspective.

**Keywords:** Intersectionality. Social background. Social policy. Health policy.

**INTRODUÇÃO**

A formação social e histórica brasileira é a superfície que serve como ponto de partida e chegada para este ensaio; buscando refletir sobre as relações sociais no Brasil e a política de saúde. Os processos que influenciam e determinam a saúde da população brasileira têm vinculação direta à construção da sociedade brasileira; na história do genocídio e massacre da população nativa, na escravização da população negra, na edificação das relações sociais patriarcais, e nas relações clientelistas, patrimonialistas e paternalistas da vida política brasileira (IANNI,1996; MOURA, 2021). Ou seja, as

---

<sup>1</sup> Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Mestrando no Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense (PPS/UFF). E-mail: matheusop@id.uff.br.

relações de poder vigente na sociedade foram construídas de maneira interconectada. Esses processos alijaram – e alijam – a grande maioria da população dos espaços decisórios e de poder, mascarando a imensa desigualdade social, racial e de gênero existente no Brasil (GOZALES, 1984).

Forjou-se assim, pela retórica ocidental, a história de um país como sendo de “cordialidade”, “passividade” e ociosidade, mistificando os processos de extrema violência (MOURA, 2021), ao mesmo tempo que invisibiliza e pormenoriza os processos de lutas, resistências e construções históricas – os quais sujeitos sociais protagonizam cotidianamente. Estabelece-se o modo de produção capitalista no Brasil inserido na economia capitalista de maneira periférica e dependente, estruturado pelo racismo e pelo patriarcado (IANNI, 1996).

A conjunção desses processos na formação social e histórica brasileira leva a relevância de compreender o processo saúde-doença à luz dessas dimensões centrais, apreendendo os meandros históricos, políticos, sociais, econômicos e culturais que interferem no adoecimento individual e coletivo. É nesse sentido que se dá luz à importância da perspectiva interseccional nas análises sobre a dimensão social da saúde, vislumbrando que diferentes relações de poder e processo sociais contribuem para o estado de saúde-doença da população.

A “saúde” enquanto uma construção social, histórica e política é permeada por diversos e divergentes interesses que confluem na sua materialização política, institucional e prática, por meio de políticas públicas que constituem o sistema de saúde nacional (LAURELL, 1981; ALMEIDA FILHO, 2011). Os múltiplos interesses que compõem esse amplo campo de saberes e práticas se desloca à nível internacional, em um mundo extremamente globalizado, de acordo com as orientações referendadas por organismos multilaterais (OMS, 2011; WHO, 2003, 2021, 2021; WB, 2007; BM, 1997, 2007, 2019), com destaque para a Organização Mundial da Saúde (OMS).

A ideia sobre saúde no Brasil, de modo significativo, é vinculada a valores e normas da cultura ocidental; tensionadas pelas relações de colonialidade (QUIJANO, 2005). A teoria e as práticas na política de saúde reproduzem um modelo biomédico-medicalizante-hospitalocêntrico do processo saúde-doença (MATOS, 2017), tendo como referência o padrão de corpo branco, cis-hétero, masculino e magro. Dentro da dinâmica

do modo de produção capitalista, a saúde, assim como a doença, são mercadorias; rentáveis para o capital. A institucionalização de sistemas de saúde é essencial para a legitimidade das práticas: preventivas, assistenciais, curativas, e promocionais, visando intervir no estado de saúde-doença da população; atuando na reprodução da força de trabalho (LESSA, 2013).

A construção de categorias é extremamente relevante no campo das ciências humanas, tentando aproximar-se dos fenômenos que ocorrem na realidade social, sucedendo mediações a fim de apreender a totalidade social e os processos que estão no seu bojo. Os sentidos e as narrativas são disputados no campo das instituições, dos movimentos sociais e das práticas profissionais. Assim, busca-se indicar, nesse breve ensaio, como a interseccionalidade de classe, gênero e raça pode ser acionada como uma ferramenta analítica nos estudos sobre o processo saúde-doença.

Analisar as construções teóricas que se (re)produzem nas práticas sociais em saúde é significativo para retratar um campo de estudos em construção no âmbito das políticas sociais e da saúde coletiva, na contracorrente do discurso hegemônico neoliberal. É necessário aprofundar a apreensão das categorias da perspectiva interseccional que agregue classe, gênero e raça<sup>2</sup>, ampliando as discussões sobre relações de poder e os marcadores sociais da diferença (OLIVEIRA; COUTO; SEPARAVICH; LUIZ, 2020).

## 1. DESENVOLVIMENTO

A discussão sobre a importância de se considerar a saúde de uma maneira ampliada data da década de 1970, em um espectro de interpretações diversas: a medicina social latino-americana e a saúde coletiva brasileira; o pensamento norte-americano. As explicações estritamente biológicas já não logravam êxito na compreensão dos processos

---

<sup>2</sup> A análise proposta se dará a partir do eixo de gênero, classe e raça, através de uma perspectiva interseccional. Contudo, a chave de análise pode ser ampliada e agregar diversos marcadores sociais, com outras relações desiguais de poder, que são pertinentes para intervenções em políticas sociais, tanto quanto para pensar as relações de desigualdade (COLLINS & BILGE, 2021). Sem embargo de desviar-me da responsabilidade – teórica, política e social – é necessário indicar que os estudos interseccionais contribuem com a confluência de diferentes e diversos marcadores sociais da diferença, como, por exemplo: território, idade/geração, sexualidade; sinalizando caminhos e explicações à problemas das relações de poder que influenciam nos modos de vida e na existência objetiva e subjetiva dos sujeitos sociais.

de saúde-doença que acometiam a população, já que, mesmo com o desenvolvimento científico e tecnológico, com o suposto “progresso” do modo de produção capitalista, a população ainda era acometida de comorbidades conhecidas e facilmente erradicadas; tanto quanto novas, devido ao processo de acumulação e degradação da natureza.

Os pensadores latino-americanos buscaram entender como os processos sociais influenciariam a saúde-doença individual e coletiva dentro da sociabilidade vigente (LAURELL, 1981). Os processos de adoecimento que acometem a coletividade, reiteradamente, tem um caráter social; a partir de questões materiais e objetivas, de processos de desigualdades estruturais que refletem na saúde-doença-cuidado. Assim, apreende-se saúde-doença enquanto um processo, tendo suas bases históricas, sociais, políticas, econômicas e culturais (LAURELL, 1981; ESCOREL, 1999; SOUZA, 2020). Segundo Laurell (1981, p. 12-13):

Por el proceso salud-enfermedad de la colectividad entendemos el modo específico como se da en el grupo el proceso biológico de desgaste y reproducción, destacando como momento particular la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas, esto es, la enfermedad. (...) Surge de inmediato una pregunta, ¿por qué el proceso salud-enfermedad tiene carácter social, si está definido por los procesos biológicos del grupo? (...) Por una parte, el proceso salud-enfermedad del grupo adquiere historicidad porque está socialmente determinado. Esto es, para explicarlo no bastan los hechos biológicos sino es necesario aclarar cómo está no se ágora en su determinación social, ya que el proceso biológico humano mismo es social. Es social en la medida que no es posible fijar la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico.

Dessa forma, para compreender e intervir nos processos de adoecimento é indispensável decifrar como a sociedade está organizada, realizando aproximações e mediações à realidade social. Aproxima-se duas áreas do saber, compreendendo que o conhecimento não se dá de maneira compartimentada; as ciências humanas – e sociais – estão interligadas e atreladas aos processos que se sucedem nas ciências da saúde, biológicas.

O pensamento social da saúde coletiva e da medicina social latino-americana recorreu ao uso da categoria determinação social do processo saúde-doença para apontar as dimensões estruturais e estruturantes da sociabilidade vigente que interferem no adoecimento da população. A compreensão histórico-crítica se deu aliada a influência da teoria marxista. É indispensável a análise do contexto estrutural, conjuntural, histórico,

econômico, social, político e cultural, observando que esses fatores interferem no processo saúde-doença da coletividade.

Na Constituição Federal brasileira de 1988, consolidou-se direitos sociais; a proteção social foi arrolada através da Seguridade Social brasileira, com o tripé: saúde, assistência social e previdência (BRASIL, 2017); como um conjunto de políticas sociais. A saúde foi a política que obteve maior êxito<sup>3</sup> dentro da seguridade social, universalizando o direito à saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi a representação institucional e prática do direito à saúde, materializando a política social de saúde brasileira com ações, programas e projetos, garantidos na Constituição de 1988 e na legislação infraconstitucional – Lei 8.080/90 e 8.142/90.

O SUS tornou-se um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo e uma das maiores políticas sociais do Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE/UNA-SUS, 2021), tanto por sua capilaridade em atender todo o território brasileiro, tanto devido aos seus princípios de universalidade e integralidade. Contudo, na garantia legal desse sistema abriu-se uma brecha para a participação “suplementar” da rede privada de planos e seguros de saúde; priorizou-se e expandiu-se a saúde privada, devido à orientações neoliberais.

Na quadra histórica, há um terreno de ampliação das políticas de austeridade fiscal e de avanço do “capital ao mundo do trabalho”, impactando nas condições de vida da população. Esse processo implica no crescimento da individualização, bem como na culpabilização dos cidadãos pelas suas condições sociais. Amplia-se a privatização dos sistemas de saúde, o foco da saúde pública vai se deslocando gradativamente para o indivíduo – dimensão individual dos problemas de saúde. Esse processo contrasta com estratégias de promoção e educação em/na saúde, realizadas de maneira coletiva, respondendo de maneira mais efetiva a diminuição das desigualdades sociais e em saúde (BVS/MS, 2022).

Denota-se uma ampliação do consumo da “saúde”, como uma mercadoria/produto; visualizadas em propagandas e comerciais e encontrada nas prateleiras de mercados e drogarias, tais quais nas estratégias das grandes corporações

---

<sup>3</sup> A grande pressão dos atores sociais e a mobilização realizada entorno da pauta da saúde, pode ser uma das explicações; o movimento sanitário brasileiro foi fundamental nesse processo.

de vendas de “planos” e “seguros de saúde”<sup>4</sup>. O consumo da saúde se dá a partir de compra direta, ou indireta, por serviços em grandes hospitais, com equipamentos de ponta que são rentáveis para a acumulação capitalista. Em sistemas de saúde universais, como o brasileiro, há processos de privatização não clássica, o paradigma que representa as Organizações Sociais (OSs) (MENEZES & LEITE, 2016), acompanhado do subfinanciamento crônico (CNS,2020). Em síntese, a saúde entra na agenda da sociedade de consumo, como uma mercadoria, rentável aos olhos do capital<sup>5</sup>. Menezes & Leite (2016, p.122) apontam sobre esse processo que:

A área da saúde foi uma das que mais despertou interesses, devido ao grande potencial de consumo privado – seguros e planos de saúde para os mais diversos segmentos de renda; indústria de medicamentos e equipamentos de saúde; redes hospitalares e farmacêuticas etc. Assim, a saúde pública é transformada em um campo de degradação contínua, implicando em sérios prejuízos para a população usuária e para os profissionais que nela atuam (...) (MENEZES & LEITE, 2016, p. 122).

A perspectiva interseccional para a compreensão do processo saúde-doença entra nessa linha de análise para apreender que as dimensões não ocorrem apenas no que tange a classe social, mas que tem diferenças substanciais, dentro da própria categoria “classe”. Os indivíduos são circunscritos por marcadores sociais da diferença, a partir das relações de colonialidade, do patriarcado e do racismo, como constitutivos da formação social e histórica brasileira. Collins & Bilge indica que a interseccionalidade:

(...) investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, classe, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária – entre outras – são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas. (COLLINS e BILGE, 2021, p.15-16).

---

<sup>4</sup> Alguns filmes e documentários demonstram essa relação, enfocando o sistema de saúde norte-americano, o qual, devido a ser privado, tem diversos problemas, ainda mais no que se refere a influência de grandes corporações. Cf.: “SICKO – SOS Saúde” (Michael Moore - 2008); “Na rota do dinheiro sujo” (Alex Gibney – 2018, temporada 1, episódio “Remédio Amargo”; temporada 2, episódio “Point Comfort”); “What the Health (Kip Andersen e Keegan Kuhn – 2017); “Operação Enganosa ( Kirby Dick – 2018).

<sup>5</sup> A divisão clássica, e dicotômica do processo saúde-doença, a partir da compreensão biológica de saúde como ausência de doenças, separando os indivíduos; o social e os “sintomas biológicos”, traz a ideia binária de saúde vs doença. Essa ideia é extremamente relevante para o mercado e grandes corporações, ou seja, ao mesmo tempo que lucra-se com a saúde, lucra-se com a doença.

Ratifica-se, assim, como o sistema econômico atual, em articulação com diversas formas de relações de poder, reproduz as desigualdades de classe de maneira desigual. A suposta “liberdade negativa” – de não impedimento a – já contestada pela teoria social crítica, se aprofunda em maiores desigualdades quando o acesso aos bens e serviços se dá por determinada parcela da população, combinado à raça e gênero.

A título de ilustração, de como as relações de opressão/exploração atuam de maneira interseccional; evidencia-se como o acesso à água potável e a ambientes saudáveis tem uma dimensão e um viés racial, demonstrando a atuação do racismo ambiental (JORNAL DA USP, 2021), havendo diferenças no processo saúde e doença e na apropriação dos espaços considerados “saudáveis”. De mesmo modo, podemos indicar como o trabalho reprodutivo – ou o “trabalho não pago” – realizado historicamente e majoritariamente pelas mulheres, amplia sua jornada de trabalho atuando no seu processo saúde-doença de maneira diferente que na dos homens.

No momento de pandemia da Covid-19, aberta ao final de 2019, decretada pela OMS em março de 2020, evidenciou-se mormente a importância de sistemas públicos de saúde, demonstrando a eficácia, eficiência e efetividade da política de saúde pública em contraponto à privada – que não conseguiu responder de maneira efetiva aos graves problemas de saúde causados pela Covid-19. No Brasil, o SUS foi essencial no combate a pandemia, reforçando sua importância e defesa por grande parte da sociedade brasileira. Contraditoriamente, a pandemia reforçou os aspectos biomédico/patológico/curativo das intervenções no processo saúde-doença, utilizando-se mais de estratégias assistenciais do que da promoção e prevenção da saúde, escamoteando o viés de classe, gênero e raça nas intervenções em saúde.

Durante o período pandêmico revelou-se que as relações de poder de classe, gênero e raça interferem e determinam o processo saúde-doença (ALESSI, 2020; JORNAL DA USP, 2020; ROSSI, 2020; RESENDE, 2021). As desigualdades sociais, raciais e de gênero, ao mesmo tempo que agravavam processos de adoecimento devido à Covid-19, produzem processos de adoecimento que acometem os indivíduos e determinados grupos, sobressaindo o caráter eminentemente social do processo saúde-doença. Indicar e assumir o caráter social do processo saúde-doença não exclui a natureza e os processos biológicos – e subjetivos –, ao contrário, demonstra-se que esses processos

não são momentos estanques, separados, e/ou binarizados, como o pensamento ocidental hegemônico pressupõe, mas, ao contrário, fazem parte de um mesmo processo contraditório no qual é objeto e sujeito.

O caráter social do processo saúde-doença é histórico, econômico, político e cultural, sendo assim, é produto de processos sociais construídos historicamente nas relações sociais. Esse entendimento é fundamental para compreender que as desigualdades não são naturais, mas sim construídas e reproduzidas pelos atores sociais. De mesmo modo que, processos mais igualitários podem ser construídos e repensados, minorando as desigualdades existentes no processo saúde-doença.

Na contemporaneidade, e com o aprofundamento dos estudos críticos sobre saúde-doença, vinculado ao materialismo histórico, na busca por novas epistemologias, alguns estudos indicam o uso de “sobredeterminações” do processo saúde doença (ALMEIDA-FILHO, 2021). No mesmo sentido, avoluma-se os estudos que centralizam o debate da interseccionalidade de classe, gênero e raça<sup>6</sup> para os estudos do processo saúde-doença e das desigualdades em saúde, sinalizando como os marcadores sociais da diferença afetam os sujeitos e o adoecimento (OLIVEIRA; COUTO; SEPARAVICH). No Brasil essa produção data de um período mais recente, começando a ser desenvolvida a partir de 2015.

Os estudos sobre a interseccionalidade na área das ciências humanas já vem sendo desenvolvidos desde a década de 1970, encampado pelas feministas negras (COLLINS & BILGE, 2021)). Contudo, a aplicação da categoria nos estudos voltados à saúde tardou para ganhar espaço no Brasil. Essa análise é extremamente relevante para se compreender os processos que se sucedem na realidade social latino-americana, especificamente no território brasileiro, um país extremamente marcado por desigualdades estruturais, como: o racismo, o patriarcado e as relações de colonialidade. Oliveira et.al (2020, p. 2-3), indica que:

---

<sup>6</sup> Outras relações de poder podem ser acionadas nas análises que refletem sobre a interseccionalidade (COLLINS & BILGE, 2021). Entretanto, no trabalho o enfoque será dado para as relações entre classe, raça e gênero.



(...) a abordagem interseccional considera que nenhuma diferença deve ser reduzida a um único sistema classificatório, a fim de não perder a força da articulação que propõe para os marcadores sociais da diferença, para assim compreender as várias dimensões das desigualdades que conformam e influenciam as posições sociais, as experiências dos sujeitos e as relações de poder que estabelecem na sociedade. (...) A utilização da abordagem interseccional na saúde congrega a perspectiva da equidade e justiça social. O debate, posto desde a primeira década do atual século, considera os arranjos estruturais dos marcadores sociais da diferença, buscando ir além do reconhecimento da natureza multidimensional das iniquidades em saúde. Além disso, propõe a elaboração de desenhos de pesquisas e modelos de análise capazes de medir e analisar simultaneamente, a multidimensionalidade dos marcadores sociais da diferença em processo de iniquidade em saúde.

As análises interseccionais sobre o processo saúde-doença confluem com categorias de análise da determinação social da saúde, uma vez que buscam compreender as relações de poder e as estruturas das desigualdades na sociedade brasileira. Assim, a perspectiva interseccional se relaciona com a determinação social da saúde; na medida que entende as mediações políticas, históricas e sociais do processo saúde-doença, através do modo de produção capitalista como uma relação de poder estruturante para compreender a saúde-doença. Entretanto é fundamental articular e aprofundar elementos culturais e como eles se mesclam com a dimensão econômica, assim: como o racismo e o patriarcado constituíram as relações sociais no Brasil, e sobretudo, como eles interferem, contemporaneamente, na saúde-doença da população brasileira.

A interpretação do processo saúde-doença através da ótica que considera apenas a economia como matriz estruturante – ou seja, a sociabilidade capitalista – das relações sociais e ordenadora das relações de poder; não logra êxito, pois não capta – nem conecta – outras relações de poder que são estruturantes na realidade brasileira e latino-americana. Os processos estruturais que interferem no processo saúde-doença são engendrados através das relações de poder, não tão somente no sistema econômico; esse sistema, capitalista, é uma matriz estrutural das relações de poder contemporânea, mas não é o único, nem sobretudo determinante sob outros sistemas de poder. Assim, aponta-se para a compreensão da violência relacionada às desigualdades estruturais de classe, gênero e raça, indicando que:

(...) enquanto a articulação entre os marcadores sociais como o racismo, o patriarcado, e o classismo não for considerada, não se caminhará rumo ao enfrentamento de desigualdades. A ordem social parece naturalizar as opressões vivenciadas pela população periférica dos grandes centros urbanos, em especial pelas mulheres negras, ocorrendo, inclusive, por meio das políticas públicas oferecidas, uma vez que vêm comumente acompanhadas de

entraves ao acesso, seja na questão da mobilidade, seja na distribuição de verbas. Tornam-se, por isso, insuficientes e servem como uma das muitas ferramentas de manutenção da ordem excludente, transferindo aos sujeitos a responsabilidade pela exclusão e a culpa por suas estagnações socioeconômicas. (CORREA; MOURA; ALMEIDA; ZIRBEL, 2021, p.9).

Assim, empenha-se em comunicar o uso da interseccionalidade na política de saúde e o modo como as categorias apresentam-se no debate, através de uma apreensão latino-americana sobre classe, gênero e raça. Interpretando a interseccionalidade como uma ferramenta analítica nos estudos sobre o processo saúde-doença, sendo fundamental para manifestar de modo sistemático como os estudos estão se desenvolvendo, assinalando perspectivas críticas que dialoguem com a realidade brasileira. Portanto, argumenta-se o estudo e enfoque da interseccionalidade de classe, gênero e raça à compreensão das desigualdades sociais em saúde.

Os marcadores sociais da diferença estruturam desigualdades que ainda não foram superadas na teoria e na prática da política de saúde; tanto no acesso ao sistema de saúde, quanto no cuidado, bem como no direito à saúde e na justiça social. As categorias interseccionais investigadas, à saber: classe, gênero e raça, corroboram para demonstrar como está estruturado o processo saúde-doença na sociedade brasileira, com envergadura para o panorama neoliberal da quadra contemporânea.

Os reordenamentos neoliberais, ao contrário de ampliar o acesso e diminuir desigualdades, atuam na contracorrente: penalizando as pessoas mais pobres e vulneráveis; marcadas por gênero e raça, dispendo de lugares desiguais nas relações de poder, sendo na sua maior parte mulheres e negras/negros, do sul global, onde alia-se ainda a superexploração do trabalho e um grande contingente de exército industrial de reserva. Interseccionar raça, classe, gênero e território revela a dimensão complexa que o sistema de saúde, assim como os trabalhadores do SUS, precisam lidar no cotidiano de trabalho, apreendendo que os níveis de saúde não se dão da mesma forma para todos e são moldados por diversas relações de poder.

Essa relação entre desigualdades estruturais que interfere na saúde-doença-cuidado evidencia a necessidade de apreender o processo saúde-doença através de uma compreensão interseccional. A interconecção das relações de poder dentro da sociabilidade vigente é central na apreensão das relações desiguais e na forma como é construída a sociedade brasileira, uma visão interseccional vislumbra caminhos

explicativos mais amplos para compreensão dos problemas sociais e das desigualdades em saúde (COLLINS & BILGE, 2021).

## 2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas considerações preliminares sobre a interseccionalidade aplicada ao estudo do processo saúde-doença, apontam que esses estudos vêm obtendo maior visibilidade no espaço acadêmico, político e prático. Demonstrando a relevância e a contemporaneidade do debate, na busca por apreender as dimensões sociais do adoecimento através de uma perspectiva interseccional.

Nos estudos enfoca-se a dimensão da estrutura social e os marcadores sociais da diferença, e como os indivíduos são afetados por esses processos. A análise compreende as contradições que se sucedem nas relações sociais, demarcando a formação social e histórica brasileira como fundamental para compreender o processo saúde doença. Assim, as relações de colonialidade, o patriarcado, o racismo e o capitalismo se interseccionam, mediando os processos que interferem no adoecimento individual e coletivo.

As produções dialogam com objetos dos mais diversos, como: o fenômeno da violência, a dimensão do cuidado na sociedade e a educação em saúde, como exemplos. A interseccionalidade tem se tornado central nas análises, agregando a determinação social do processo saúde-doença, mas, ao mesmo tempo, indo além dessa construção teórica, apontando uma diversidade de marcadores sociais que interferem na saúde, como: a classe, raça, gênero, sexualidade, idade, território, entre outros.

Observou-se que há uma conexão entre as desigualdades em saúde, exacerbadas nas últimas décadas, e a égide neoliberal que vem dando a métrica das políticas sociais desde 1990. Esse modelo político-econômico precarizou os sistemas de saúde e apontou, novamente, para uma perspectiva do processo saúde-doença voltado apenas para a dimensão biológica, naturalizando as desigualdades sociais, raciais e de gênero. Esse processo vai na contracorrente de uma compreensão ampliada que não binarize biológico e social, voltando novamente para uma perspectiva biomédica-hospitalocêntrica e medicalizante da compreensão sobre saúde.

Assim, coloca-se como central visualizar as potencialidades e construir caminhos que sejam cada vez mais coletivos, fora da seara do mercado e das relações neoliberais, compreendendo as intersecções que marcam os sujeitos sociais em suas diversas relações sociais. Desse modo, é imperativo a construção de uma sociedade que se baseie na solidariedade - além do ideário liberal - na qual haja respeito e fomento às diferenças e pluralidades, abandonando a universalidade ocidental, e construindo novas epistemologias do sul.

## REFERÊNCIAS

- ALESSI, Gil. Mulheres enfrentam alta de feminicídio no Brasil da pandemia e o machismo estrutural nas instituições. **El País Brasil**. 29 dez. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-12-29/mulheres-enfrentam-alta-de-femicidios-no-brasil-da-pandemia-e-o-machismo-estrutural-das-instituicoes.html>. Acesso em: 10 abr. 2022.
- ALMEIDA FILHO, Naomar. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 54.ed. São Paulo:Saraiva, 2017.
- COLLINS, Patrícia; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2021.
- CORRÊA, M.; MOURA, L.; ALMEIDA, L.; ZIRBEL, I. As vivências interseccionais da violência em um território vulnerável e periférico. **Saúde e Sociedade (online)**. 2021, v,30, n.2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/mWbM6RR4wzCTvpvqJ5tfFHB/?lang=pt#>. Acesso em: 20 jan.2022.
- ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2021.
- GALEANO, Eduardo. **As veias abertas da América Latina**. Porto Alegre: L&PM, 2019.
- GONZALES, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **In: Revista Ciência Sociais Hoje**. Anpocs, 1984, p.223-244. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4584956/mod\\_resource/content/1/06%20-%20GONZALES%2C%20Lélia%20-%20Racismo\\_e\\_Sexismo\\_na\\_Cultura\\_Brasileira%20%281%29.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4584956/mod_resource/content/1/06%20-%20GONZALES%2C%20Lélia%20-%20Racismo_e_Sexismo_na_Cultura_Brasileira%20%281%29.pdf). Acesso em: 12 jan. 2023.

IANNI, Octávio. **A ideia de brasil moderno**. Rio de Janeiro: Editora Brasiliense, 1996.

LAURELL, Asa Cristina. La salud enfermedad como proceso social. **In: Revista Latinoamericana de Salud**. México, 1981, p. 7-25. Disponível em: [https://www.terceridad.net/SP3/Biblio%20SPIII\\_2011\\_I%20manolo/Laurell-LA%20SALUD%20ENFERMEDAD%20COMO%20PROCESO%20SOCIAL.pdf](https://www.terceridad.net/SP3/Biblio%20SPIII_2011_I%20manolo/Laurell-LA%20SALUD%20ENFERMEDAD%20COMO%20PROCESO%20SOCIAL.pdf). Acesso em: 01 abr. 2021.

LESSA, Sergio. Capítulo V - O que é mesmo o Estado de bem-estar? In: *Capital e Estado de bem-estar. O caráter de classe das políticas públicas*. São Paulo: Instituto Lukács, 2013. Pp. 175-219.

LESSA, Sergio. Capítulo II - Saúde, moradia, educação, racismo e direitos civis, migrantes, crianças e adolescentes. In: *Capital e Estado de bem-estar. O caráter de classe das políticas públicas*. São Paulo: Instituto Lukács, 2013. Pp. 35-88.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2017.

MENEZES, Débora Holanda Leite; LEITE, Janete Luzia. A nova configuração da política de saúde no brasil: o rio de janeiro como laboratório. **R. Pol. Públ.** São Luís, v.20, n.1, p. 121-136, jan-jun. 2016. Disponível em: <https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=a+nova+configura%C3%A7%C3%A3o+da+pol%C3%ADtica+de+sa%C3%BAde:+o+rio+de+janeiro&ie=UTF-8&oe=UTF-8>. Acesso em: 01 maio 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cartilha – Comissão Nacional sobre determinantes sociais da saúde (CNDSS). Ministério da Saúde/Fiocruz/World Health Organization. **Biblioteca Virtual da Saúde/ Ministério da Saúde**. 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006001341.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/UNA-SUS. Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos. **Ministério da saúde (MS)**. Brasília, 21 de setembro de 2021. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/menor-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos>. Acesso em: 10 fev. 2022.

MOURA, Clóvis. **Rebeliões da Senzala**. 3 ed. São Paulo. (2021) Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4584886/mod\\_resource/content/2/14%20-%20Rebeliões-da-Senzala-Clovis-Moura\\_Completo.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4584886/mod_resource/content/2/14%20-%20Rebeliões-da-Senzala-Clovis-Moura_Completo.pdf). Acesso em: 12 jan. 2023.

OLIVEIRA, E.; COUTO, M.; SEPARAVICH, M.; LUIZ, O. Contribuição da interseccionalidade na compreensão saúde-doença-cuidado de homens jovens em contextos de pobreza urbana. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação (online)**. 2020, v.24. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/YjPXdHKdRgCCHVxNpxwNPNv/?lang=pt#>. Acesso em: 10 fev. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. Conferência Mundial sobre determinantes sociais da saúde. **OMS**. Brasil, out. 2011. Disponível em: [https://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion\\_Paper\\_PT.pdf](https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf). Acesso em: 19 abr. 2022.

Pandemia evidencia ainda mais a desigualdade de gênero. **Jornal da USP**. 26 jun. 2022. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/pandemia-evidencia-ainda-mais-a-desigualdade-de-genero/>. Acesso em: 10 abr. 2022.

QUIJANO, Aníbal. **Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina**. Buenos Aires: CLACSO, 2005. Disponível em: [http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100624103322/12\\_Quijano.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100624103322/12_Quijano.pdf). Acesso em: 10 jan. 2023.

RESENDE, Rodrigo. Relatório da CPI aponta que população negra foi a mais atingida durante a pandemia. **Rádio Senado**. 29 out. 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/radio/1/noticia/2021/10/29/relatorio-da-cpi-aponta-que-populacao-negra-foi-mais-atingida-durante-a-pandemia>. Acesso em: 19 abr. 2022.

ROSSI, Mariana. População negra vai à justiça para contar seus mortos por coronavírus e expõe leitura deformada da pandemia. **El País Brasil**. São Paulo, 15 maio 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-05-15/populacao-negra-vai-a-justica-para-contar-seus-mortos-por-covid-19-e-expoe-leitura-deformada-da-pandemia.html>. Acesso em: 19 abr. 2022.

Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016. **Conselho Nacional de Saúde (CNS)**. Brasília, 28 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>. Acesso em: 10 abr. 2021.

SOUZA, Diego de Oliveira. O caráter ontológico da determinação social da saúde. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n.137, p. 174-191, abr. 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282020000100174&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282020000100174&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 19 abr.2021.

WORLD BANK. Governance in Brazil's Unified Health system (SUS): raising the quality of public spending and resource management. **World Bank**. 2007. Disponível em: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/173721468019759944/pdf/366010BR.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. Introducing WHO/Europe. **WHO/EUROPE**. 2022. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/about-us>. Acesso em: 29 abr.2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. **Social determinants of health: the solid facts**. 2. ed. WHO/EUROPE, 2003. Disponível em: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98438/e81384.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf). Acesso em: 29 abr. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cobertura Universal de Saúde (CUS). **WHO**. 01 de abril de 2021. Disponível em: [https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-(uhc)). Acesso em: 12 maio 2022.