



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: A política social na crise sanitária revelando outras crises

Qual a cor da saúde?

Juliana Florentino Carvalho Silva¹

Resumo: Este é o resultado de uma pesquisa e de atendimentos realizados durante quatro anos na área da saúde, que busca retratar e relatar a vivência e realidade de mulheres negras na diáspora, que por si só não é o único enfrentamento na questão de garantia de direitos que deve ser observado, mas é uma das pontas que devem ser amarradas para que se entenda a relação dos equipamentos disponíveis executores de políticas públicas para as mulheres negras e periféricas, que conhecem de forma empírica a dinâmica os desafios de viver em um sistema opressivo e que trazem em forma de resistência sua militância a favor da classe trabalhadora e dos direitos sociais e de saúde das mulheres.

Palavras-chave: Mulher negra. Mulheres. Feminismo. Serviço social. Saúde.

What is the color of health?

Abstract: This is the result of research and consultations carried out over four years in the health area, which seeks to portray and report the experience and reality of black women in the diaspora, which in itself is not the only confrontation in the issue of guaranteeing rights that must be observed, but it is one of the points that must be tied in order to understand the list of available equipment executing public policies for black and peripheral women, who empirically know the dynamics and challenges of living in an oppressive system and who they bring in the form of resistance their militancy in favor of the working class and women's social and health rights.

Keywords: Black woman. Women. Feminism. Social work. Health.

INTRODUÇÃO

Ao pensarmos na mulher enquanto ser histórico, seu papel na sociedade passa por diversos traços, desde situações degradantes e humilhantes até serem consideradas representantes de “demônios” e assim as marginalizando, pois sua sexualidade e fertilidade eram vistas como desonra, e com um pensamento arcaico e sexista, as mulheres deveriam ser sempre controladas por homens.

Por volta de 1960, um novo formato societário feminino começa a se moldar. Vários ingredientes da formação da sociedade burguesa têm significativo apontamento como o patriarcado, no qual o regime de dominação e exploração das mulheres são

¹ Fotógrafa, Assistente Social da área da saúde graduada pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), especialista em História e Cultura do Brasil Contemporâneo Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em História, cultura e arte afro e indígena (Unicesumar). Mestranda em Serviço Social e Políticas Sociais (Unifesp). Idealizadora do Coletivo de Mulheres Negras Ecoa Preta. Autora do projeto fotográfico “Olhares de Negritude”. E-mail: florentino.juh@gmail.com. Concorde expressamente com a divulgação deste trabalho.

formas constituintes de uma sociedade arcaica, embasada em relações de poder. Para Hannah Arendt (2008), poder é sempre entendido como fenômeno político que emerge da ação política que se desenvolve entre os homens e implica relações sem domínio e sem submissão, portanto é interação horizontal, mediada pelo agir argumentativo.

Tal discussão é ponto forte em debates, quando se pensa o papel das mulheres e a forma como as relações se amparam culturalmente sobre a heterossexualidade, que é o grande alicerce do conservadorismo que acarreta relevantes apontamentos. Afinal, a heterossexualidade garante um sistema de filiação que mantém o acesso aos recursos e direitos de seus herdeiros, alimentando relações de poder e desta forma mantendo o controle sobre o corpo da mulher, sustentando a naturalização das desigualdades na exploração do trabalho feminino.

O presente relato é o resultado de um trabalho desenvolvido durante 4 anos na área da saúde. O acesso à saúde não é o único enfrentamento na questão de garantia de direitos que deve ser observado, mas é uma das pontas que devem ser amarradas para que se entenda a relação dos equipamentos de saúde com as mulheres e no que se refere às dimensões de classe e etnia. As mulheres conhecem de forma empírica a dinâmica de um sistema opressivo e trazem em forma de resistência sua militância a favor da classe trabalhadora e dos direitos das mulheres.

Objetivando o tema em questão, buscamos identificar as determinações políticas, econômicas, culturais e sociais que atravessam o direito à saúde das mulheres negras e periféricas. Dentro dos objetivos específicos alinhamos nossa curiosidade por contextualizar as principais demandas da saúde da mulher negra e periférica na sociedade brasileira; refletir acerca das políticas de saúde para mulheres no contexto brasileiro e problematizar as dimensões que atravessam o acesso ao direito à saúde das mulheres negras e periféricas.

O profissional do Serviço Social, diante das mais diversas demandas que se apresentam no cotidiano profissional dos atendimentos na área da saúde, deverá dialogar com as bases teórico-metodológicas necessárias a cada situação de acordo com as transformações sociopolíticas do período em que se dará sua análise de conjuntura. Deve levar em consideração a compreensão acerca dos principais movimentos sociais e, particularmente, suas conquistas advindas dos movimentos de mulheres, principalmente no tocante à violência contra a mulher na contemporaneidade, temática esta que se funde

com os direitos da mulher na saúde que tem como base a efetivação dos direitos humanos e seus princípios.

Enquanto função pedagógica do Serviço Social, é importante frisar que o profissional é membro da equipe multiprofissional e junto a equipe de saúde propõe treinamentos e capacitações com interface ao atendimento ao usuário, para que os profissionais alinhem protocolos e fluxos de enfrentamento de situações que violem os direitos da mulher.

Pensar a saúde da mulher é priorizar um direito fundamental e reconhecer que as políticas públicas de saúde no Brasil não abrangem de forma direta a questão da violação de direitos. Uma das questões referentes à saúde da mulher é a atualização da incorporação da violência como um problema da saúde, adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1996 e, no Brasil, foi institucionalizada somente em 2001.

DESENVOLVIMENTO

Refletindo sobre as relações da mulher com a sociedade, podemos identificar que o patriarcalismo é um dos fatores responsáveis por diversos dos males da sociedade civil. O Serviço Social é uma das profissões incluídas na divisão sexual do trabalho, logo a profissão não é indiferente às imposições societárias desse patriarcalismo, dentre estas, as condições precárias de trabalho e baixa remuneração salarial.

A divisão sexual do trabalho segmenta homens e mulheres de forma hierarquizada, determinando o que se considera trabalho masculino e feminino. O que é considerado feminino é desvalorizado, enquanto o masculino é valorizado. No Serviço Social não é diferente, o que denota que independe de qual profissão é e sim o gênero, e, isso tem sérias implicações para a profissão, a começar pelos baixos salários e prestígio social. (CISNE, 2015, p. 115)

É fator intrínseco ao cuidado em saúde o respeito a usuária em sua totalidade, muitas usuárias acabam por não dar seguimento em seu tratamento por questões culturais não respeitadas. Levar em consideração durante um tratamento de saúde as relações presentes na vida da usuária e não somente suas condições orgânicas, é cuidado múltiplo que traça a tênue linha em ressonância com as necessidades singulares das usuárias, pensando o cuidado nem sempre como forma de “tem que tratar”, mas sim “como poder vivenciar assim”, em troca de saberes descolonizadores.

Sob a ótica das mais diversas situações, principalmente a feminização da pobreza e negação de acesso aos direitos, vem nascendo nas periferias das cidades urbanas um anseio maior por parte das mulheres, em sua maioria negras, que seguem na labuta pela reivindicação de acesso aos direitos que atendam às suas necessidades.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi pensada, proposta e elaborada em conjunto ao movimento de mulheres, movimento negro e trabalhadoras rurais, além de pesquisadores e sociedade científica, organizações não governamentais, agências de cooperação internacional e gestores do SUS (Sistema Único de Saúde), respeitando a autonomia, visando a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, considerando a diversidade populacional.

As mulheres no Brasil são estimadas em 104,772 milhões (51,6%) da população total e são as principais usuárias do SUS (Brasil, 2017), pois além de utilizarem os equipamentos para seu atendimento pessoal, também acompanham outros familiares, amigos e membros da comunidade em que se relacionam. A política foi desenhada também, a partir de indicadores epidemiológicos tanto de países desenvolvidos, como das particularidades de nosso país, que abarcam as diferenças de região para região e classe social. A partir do recorte do padrão de saúde da mulher foram propostas diretrizes que abrangem desde a humanização no atendimento como as expressões das questões sociais.

No que se refere a especificidade do atendimento baseado no gênero, as questões de gênero devem ser consideradas como determinantes de saúde para a formulação, planejamento e execução das políticas públicas e de saúde. A partir deste prisma é absorvido o conceito de saúde da OMS que abrange a dimensão da sexualidade e da reprodução humana numa perspectiva de direitos sexuais da mulher, não somente o modelo biomédico. No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Ao nos debruçarmos sobre a história das mulheres negras, um dos temas que chama atenção é como, culturalmente, os estereótipos negativos criados contra a mulher se aprofundam ainda mais com as mulheres negras em suas particularidades. Tais mulheres são hipersexualizadas por causa de sua cor e, assim, veem fomentada a

violência diante do desrespeito ao corpo feminino. Quem respeita os corpos negros em uma sociedade adoecida? Quem tem empatia com a mulher negra enquanto ser histórico? No tocante a hipersexualização, a grande questão não é a de que corpos negros devem ser tolhidos, mas sim, respeitados.

Aprendemos que, biologicamente, há apenas uma raça: a humana. No entanto, muitos utilizam-se desta informação para pregar a falsa ideia de harmonia entre as raças no Brasil, apagando as diferenças, homogeneizando as etnias e mascarando a política de branqueamento e o racismo. Cabe lembrar sobre como a eugenia e a discriminação racial e seus efeitos no Brasil e no mundo afetaram o pensamento de toda uma sociedade, como ocorreu no holocausto durante a Segunda Guerra Mundial ou durante o período colonial no Brasil, com a escravização de indígenas e negros e, posteriormente, durante o império, com o avanço da política de branqueamento, que buscava tornar o Brasil um país de brancos, apagando toda contribuição indígena e negra, inclusive nos corpos.

A população negra foi alijada de vários espaços da sociedade como consequência direta da escravidão no Brasil. À ideia deste relato é trazer análises mais aprofundadas da perspectiva racial na área da saúde. A perspectiva teórica adotada aqui consiste em assumir que as relações entre classe, gênero e raça não atuam de forma segmentada ou fragmentada, elas têm conexões históricas, fazem parte de um mesmo processo, dando origem ao nó das contradições sociais, condições estas que se estendem ao processo saúde-doença.

A saúde e o adoecimento estão relacionados a uma série de fatores socioeconômicos e culturais que afetam a integridade física e psicológica, individual e coletiva. As condições históricas de inserção social, somadas às condições de moradia, renda, saúde, localização geográfica e autoconceito positivo ou negativo são elementos que determinam o acesso a bens e serviços também de saúde. Os séculos de escravização da população negra influenciaram negativamente na inserção dessa população na sociedade brasileira, contribuindo para um desigual e desfavorável acesso a direitos e oportunidades, inclusive de saúde. Estas características se refletem no quadro epidemiológico dessa população, evidenciando iniquidades e vulnerabilidades no acesso às condições promotoras de saúde.

Os anos de 2020, 2021 e 2022 foram marcados pela pandemia da Covid-19, com isso, debates e incursões sobre o desmonte das políticas de promoção da equidade, mostrando o quanto isto foi prejudicial à saúde da população negra, que engrossa o obituário e adoecimento pela Covid-19. Neste contexto, a Recomendação CNS nº 29/2020, de combate ao racismo institucional, demandou ações relativas ao combate ao racismo institucional nos serviços de saúde no contexto da pandemia da covid-19.

Apesar dos avanços para o combate ao racismo institucional na saúde para promoção da equidade, a política de saúde da população negra caminha a passos lentos para a sua implantação e implementação. Dos 5.570 municípios brasileiros, apenas 57 instituíram a política, conforme aponta uma reportagem de O Globo em 2019. As recentes mudanças no Ministério da Saúde evidenciam a não priorização da atenção à saúde da população negra. O Decreto Presidencial nº 9.759/2019, extingue o Comitê Técnico de Saúde da População Negra e os demais conselhos, fóruns e comitês de participação social. O Comitê exercia um papel importante no monitoramento e execução da política no país.

Em um mundo do trabalho na saúde em que importam resultados, metas, contratualizações, indicadores, em geral, restam poucas produções interessantes de cuidado. Na maioria das vezes, as práticas de saúde estão tomadas por atos estritamente biológicos considerando pouco ou quase nada como as pessoas vivem.

Em meio a pandemia de Covid-19, em ambiente de trabalho ambulatorial a comissão de humanização no SUS de forma a provocar uma produção de narrativa dos cuidados em saúde, fez com que nós profissionais evidenciássemos como toda esta contextualização emergiu. Eu realizava o acolhimento das pacientes mulheres que em sua maioria estavam vivendo situações de violência intensificadas devido ao confinamento pandêmico. Foi possível observar que a maioria de meus atendimentos enquanto assistente social era de mulheres, periféricas e negras, era preciso criar mecanismos de informações, recriar o acolhimento de forma ainda mais eficaz de acordo com, também, as condições institucionais, pois a autonomia profissional é relativa.

O propósito foi o de produzir cuidado assistencial incluindo de forma protagonista a vida das mulheres, tal ação geralmente é realizada dentro das unidades de atenção básica, mas se os casos chegam em outras instâncias de atendimento, não há opção, não se “fecha os olhos”, não se faz apenas um encaminhamento a mulheres que

por diversas vezes atendi e relataram como agravante do processo saúde doença, a violência doméstica em suas diversas roupagens. Se o vínculo entre a usuária/paciente se iniciou durante o atendimento social, é importante entender que o tênue elo criado e a confiança depositada enquanto profissional precisa ser respeitada, a atmosfera criada e o tipo de clínica ampliada envolvida são fatores primordiais para a garantia do cuidado em saúde. Era comum ouvir relatos impactantes que necessitavam de uma resolução imediata. A mulher entra na sua sala de atendimento com os filhos, acolho:

- Se você me ajudar eu não volto pra casa mais hoje – diz a mulher.

A dor que vaza atravessa da mulher negra sentada me olhando e pede passagem, pede rompimento de ciclo de violência. A dor que vaza grita por alguma saída. Transito pelos verbos do cuidado, do acolhimento, elaboro, negocio possibilidades, aciono a rede. É preciso que os atendimentos não se fragmentem, precisa ser sedimentado, acompanhando conforme a autonomia relativa permitir.

É neste momento, em que os atendimentos são mais intensos, que afirmo: a mulher negra é a que mais sofre, sua carne é a mais barata do mercado. Mulher que não tem rede de apoio é angustiante encontrar apoio, não há um porto seguro nem perspectivas de novos horizontes naquele momento. É preciso construir passagens acessíveis na rede de saúde pública, violência é questão de saúde pública, produzir o cuidado de fato e não apenas na teoria, é preciso saber diferenciar inclusive a tipologia clássica: pobreza X violência, pobreza é violência estrutural, nem sempre uma pessoa presente em seu atendimento é vítima de violência por agressão física por estar suja e sim vítima de violência estrutural, institucional pois não há saneamento básico onde reside, ela advém de uma violência social e política enraizada em uma sociedade que marginaliza pobres. Algumas provocações são necessárias para desnaturalizar a violência que se torna questão de saúde clínica e mental.

As desigualdades raciais determinam o acesso aos serviços de saúde e limitam o cuidado. Por intermédio do racismo, as desigualdades são causadoras de doenças e agravos que resultam nas iniquidades raciais em saúde. E, para as mulheres negras, outros fatores agregados, como o sexismo, expõem a uma situação de vulnerabilidade e violam o direito à saúde e ao acesso qualificado.

Analisando os números sobre a violência contra as mulheres no Brasil, entendemos que as mulheres negras não contam efetivamente com o apoio do Estado. Diante do todo o aparato jurídico que elencamos anteriormente, as mulheres negras dependem de si mesmas para viver uma vida sem violências. Informações da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) demonstram que em 2016 a situação das mulheres negras no campo da violência doméstica manteve a posição nos números de vitimização. Dados do primeiro semestre desse ano, referentes ao atendimento do Ligue 180, indicaram de um total de 555.634 ligações, quase 68 mil dos atendimentos eram relatos de violência, assim distribuídos.

Percentil das formas de violência

Violência física	51,06%
Violência psicológica	31,10%
Violência moral	6,51%
Cárcere privado	4,86%
Violência sexual	4,3%
Violência patrimonial	1,93%
Tráfico de pessoas	0,24%

Fonte: CARNEIRO (2003).

O que já sabemos sobre a violência contra a mulher? Sabemos que o espaço privado, familiar, que deveria constituir-se no refúgio de paz das famílias é, por excelência, o espaço em que a violência doméstica e sexual tem o seu ponto mais alto de incidência. Perpetradores ou agentes do abuso sexual na maioria absoluta dos casos são maridos, companheiros, pais, padrastos, tios, ou outros membros próximos da família. Sabemos também que o fenômeno da violência doméstica e sexual é absolutamente democrático, atravessando todas as classes sociais e grupos raciais (CARNEIRO, 2003, p.11).

Desses atendimentos, 59,71% das mulheres que relataram casos violência eram negras e a maioria das denúncias foi feita pela própria vítima (67,9%). Dados como esses, comparados com o quadro da evolução histórica da violência contra as mulheres indicam que o Estado, por meio das políticas públicas, não tem conseguido coibir a violência doméstica e familiar, especialmente, no que diz respeito às mulheres negras. Apontam ainda que mulheres negras são as que mais denunciam a violência doméstica, o que pode explicar a sua maior presença também nos dados de vitimização, no entanto,

esta não é uma explicação satisfatória tendo em vista a intersecção de outros elementos que impactam na vida das mulheres negras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Abordar a questão da mulher negra, seus dilemas e desafios contemporâneos, devido a uma enorme gama de lutas e fatos históricos, possibilitou uma reflexão acerca dos aspectos que caracterizam o movimento da mulher negra no Brasil contra a múltipla discriminação que envolve cor, raça e etnia. As políticas sociais devem ter por finalidade proporcionar bem estar aos sujeitos e debruçar-se nessa problemática que vem tomando força e visibilidade no cotidiano atual, com vistas a fortalecer ações específicas para mulheres vítimas de violência. As reivindicações da população negra e de movimentos sociais, especialmente o Movimento de Mulheres Negras e do Movimento Negro, lutando por mais e melhor acesso ao sistema de saúde participaram da esfera pública ao longo de vários períodos da história das mobilizações negras, principalmente no período pós-abolição e se intensificaram na segunda metade do século XX, com forte expressão nos movimentos populares da saúde, assim participando dos processos que regeram a reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde.

Nossa história, construída sobre as bases da desigualdade, reservou para a população negra o lugar das classes sociais mais pobres e de condições mais precárias. Apesar da abolição oficial da escravatura dos povos africanos e seus descendentes, não há como negar que persiste ainda hoje, na nossa sociedade, um racismo silencioso e não declarado. A persistência desta situação ao longo desses anos é facilmente observada na precocidade dos óbitos, nas altas taxas de mortalidade materna e infantil, na maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas, bem como nos altos índices de violência urbana que incidem sobre a população negra.

A resistência dos movimentos sociais vem denunciando a indignidade das condições de vida da população negra, traduzindo em reivindicações por políticas públicas que reduzam a desigualdade e ampliem a equidade do acesso aos bens e serviços públicos. A partir da referida discussão é necessário pensar de que forma é possível planejar novos e mais eficientes enfrentamentos no combate à violência contra as mulheres, principalmente no fortalecimento dessas mulheres frente às suas lutas diárias, sejam dentro do ambiente familiar, no âmbito médico assistencial, em convivência

comunitária ou em suas áreas de trabalho. Coerente com a diretriz governamental que determina a redução da exclusão social, o Ministério da Saúde entendeu ser fundamental a estratégia de formulação desta política reafirmando o princípio da universalidade do SUS. As mudanças se dão com a intenção de fortalecer os processos de cooperação e solidariedade entre todas as esferas governamentais e reafirma os princípios constitucionais do SUS.

É imperativo assim impulsionar a elaboração de políticas públicas voltadas à correção das desigualdades raciais e a promoção da igualdade de oportunidades, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que a partir de um processo coletivo de construção e pactuação, entre os gestores do SUS incluiu temas como racismo e saúde da população negra com ênfase na saúde da mulher preta, a ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, o incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra, a promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, a implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais, e o desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos.

Partindo da compreensão de que as esferas ideológicas e econômicas se combinam para determinar as condições de opressão e exploração de sujeitos marcados por classe, raça e gênero na divisão social do trabalho pautados na luta imediata no local da produção ou de reprodução social. A convergência das propostas oriundas do feminismo e do movimento sanitário brasileiro deu origem ao Programa de essencialistas que as circunscrevem à esfera reprodutiva e Assistência Integral à Saúde da Mulher, em 1983 que representou um marco na história das políticas públicas dirigidas necessidade de superar esses limites justifica-se pelo caráter às mulheres ao buscar romper com a tradicional perspectiva materno-infantil e com noções essencialistas de saúde, doença e reprodução.

Pela observação dos aspectos analisados é possível almejar que há um horizonte para atender ao desafio proposto e suscitar uma reflexão sobre a questão da saúde das mulheres negras que guerreiam contra a múltipla discriminação sofrida pelas relações desiguais que envolvem raça/etnia é constante; intensificando as melhores

posições sociais para as pessoas brancas. No entanto, a situação da mulher negra é muito mais complexa, pois esta é duplamente estigmatizada: pela sua condição de mulher e pela questão racial, entretanto, é possível verificar que essa presença, apesar de ter contribuído para uma nova concepção de um sistema universal de saúde com integralidade, equidade, e participação social, não foi suficiente para inserir um novo sistema, mecanismo explícitos de superação dos conflitos enfrentados pela população negra no acesso a saúde, particularmente aquelas impostas pelo racismo. As desigualdades raciais determinam o acesso aos serviços de saúde e limitam o cuidado. Por intermédio do racismo, as desigualdades são causadoras de doenças e agravos que resultam nas iniquidades raciais em saúde. E, para as mulheres negras, outros fatores agregados, como o sexismo, expõem a uma situação de vulnerabilidade e violam o direito à saúde e ao acesso qualificado. O racismo institucional continua presente nas instituições de saúde, agindo de maneira implícita em todos os processos, seja nas relações profissionais ou no acesso ou atendimento à população negra. Logo, torna-se indispensável pensar a categoria raça e entender as especificidades da população negra para a obtenção de uma saúde igualitária.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. L. de. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte (MG): Letramento, 2018.

ARENDDT, H. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

BANDEIRA, L. M. **Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação**. *Revista Sociedade e Estado*, Brasília, v. 29, n. 2, p. 449-469, mai. /ago. 2014. Disponível em: BANDEIRA, Lourdes Maria; ALMEIDA, Tânia Mara Campos de. Vinte anos da Convenção de Belém do Pará e a Lei Maria da Penha. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 501-517, mai. /ago. 2015.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Política Nacional de Humanização**. Brasília (2005). Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/sas/humaniz/asus.pdf>. Acesso em 13/02/2023.

_____. **Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010.** Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm>. Acesso em: 16/02/2023.

_____. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra:** uma política para o SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. 3. ed. Brasília, 2017. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf>. Acesso em: 05/01/2023

BRITO, B. R. P. **Mulher, negra, pobre.** A tripla discriminação. Teoria e Debate, São Paulo, n. 36, out. 1997.

CARNEIRO, S.; FISCHMANN, R. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser.** Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CARNEIRO, A. S. **Mulheres e educação: gênero, raça e identidades.** [Dissertação] Mestrado em Ciências Humanas–Universidade Federal de São Carlos, Sorocaba, 2015. Disponível em: <http://www.usp.org.br/hmtl>. Acesso em: 25/01/2023.

CARBY, H. **White Woman Listen! Black Feminism and the Boundaries of Sisterhood,** pp. 212–35 in The Centre for Contemporary Studies (ed.) *The Empire Strikes Back: Race and Realism in 70s Britain.* London: Hutchinson, 1982.

CARVALHO, M. C. A. A. (org). **Gênero e raça nas políticas públicas.** Pólis, n.39, SP, 2001.

CISNE, M.; SANTOS, S. M. M. **Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social,** 1ª. ed. São Paulo: Cortez, 2018.

DAVIS, A. **Mulheres, Classe e Raça.** New York: Vintage Books, 1983.

DALLARI, S. G. *O direito à saúde.* Rev. Saúde pública., S. Paulo, v.1 a. 22, p. 57-63, 1988.

_____. **A construção do direito à saúde no Brasil.** *Revista de Direito Sanitário,* São Paulo, v. 9, n.3. p. 28. 1990.

GONZALEZ, L. **Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira.** 2020. Material Disponível em <https://edisciplinas.usp.br/mod_resource/content-1/Racismo_e_Sexismo_na_Cultura_Brasileira%20%281%29.pdf>. Acesso em 18/01/2023.

GONZALES, L.; HASENBALG, C. **Lugar de negro**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1982.

HOOKS, B. **Intelectuais Negras**. *In*: Estudos Feministas. IFCS/UFRJ – PPCIS/UFRJ. v. 3, n. 1995.

IANNI, O. **O mundo do trabalho**: A nova divisão internacional do trabalho. São Paulo, jan. p. 1-11, 1964.

_____. **Relatório do Desenvolvimento Humano Brasil**, 1996, PNUD. Disponível em <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/library/idh/rdhs-brasil/relatorio-do-desenvolvimento-humano-200014.html>. Acesso em 08/02/2023.

LOPES, F.; WERNECK, J. **Saúde da população negra: da conceituação às políticas públicas de direito**. *In*: WERNECK, J. (org.). Mulheres negras: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Criola, 2009.

LOPES, F.; QUINTILIANO, R. **Racismo institucional e o direito humano à saúde**. Democracia Viva, n. 34, p.8-16, 2007.

LUKÁCS, G. **As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem**. Temas de Ciências Humanas, tradução de Carlos Nelson Coutinho, São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, n. 4, p. 1-18, 1978.

_____. **Ontología del ser social: el trabajo**. *Traducción de Antonino Infranca e Miguel Vedda*. Buenos Aires: Herramienta, 2004.

MANDEL, E. **O capitalismo tardio**. São Paul: Nova Cultural, 1982.

OLIVEIRA, F. **Saúde da população negra: Brasil ano 2001**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

OLIVEIRA, F. *et. al.* “**A mulher negra na década: a busca, da autonomia**”. Caderno Geledés, São Paulo, n. 5, 1995.

PINA, R. **Lei Maria da Penha completa 10 anos como referência, mas com problemas de execução**. Brasil de Fato, São Paulo, 5 ago. 2016.

POULANTZAS, N. **O poder político e classes sociais no Estado capitalista**. São Paulo: Editora UNICAMP, 2019.

SAFFIOTI, H. **A questão da mulher na perspectiva socialista**. Lutas Sociais, São Paulo, n.27, p.82-100, 2011.

SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, 2007. SEGATO, Rita Laura. “Mulher negra = sujeito de direitos e as convenções para a eliminação da discriminação”. Agende, Brasília, 2006.

SOIHET, R. PEDRO, J. M. **A emergência da pesquisa da História das Mulheres e das Relações de Gênero.** In: *Revista Brasileira de História.* São Paulo, v. 27, nº 54, p. 281-300, 2007.

WATERS, M. A. **Marxismo y feminismo.** 2ª. ed. Barcelona: F.