



10º Encontro Internacional de Política Social
17º Encontro Nacional de Política Social
Tema: Democracia, participação popular e novas resistências
Vitória (ES, Brasil), 27 a 29 de agosto de 2024

Eixo: Classe social, Gênero, Raça, Etnia e Diversidade Sexual

Interseccionalidade enquanto ferramenta analítica aplicada à política de saúde

Matheus Oliveira de Paula¹

Resumo: O artigo busca refletir sobre a política de saúde, enquanto política social, com foco nas desigualdades sociais em saúde. Buscamos problematizar a análise da dimensão social da saúde, propondo a complexificação das interpretações através da interseccionalidade como ferramenta analítica. Produzimos a narrativa através do debate com bibliografia contemporânea e os estudos recentes das áreas: saúde coletiva, política social e interseccionalidade. Defendemos o emprego da interseccionalidade nas análises sobre o processo saúde-doença-cuidado e na análise sobre políticas sociais de saúde, já que ela associa diferentes relações de poder que causam desigualdades em saúde, contribuindo para uma interpretação-intervenção mais complexa que promova a justiça social.

Palavras-chaves: Interseccionalidade; Política de saúde; Política social; Desigualdades sociais.

Intersectionality as an analytical tool applied to health policy

Abstract: The article seeks to reflect on health policy, as a social policy, with a focus on social inequalities in health. We seek to problematize the analysis of the social dimension of health, proposing the complexification of interpretations through intersectionality as an analytical tool. We produced the narrative through debate with contemporary bibliography and recent studies in the areas: collective health, social policy and intersectionality. We defend the use of intersectionality in analyzes of the health-disease-care process and in the analysis of social health policies, as it associates different power relations that cause health inequalities, contributing to a more complex interpretation-intervention that promotes justice Social.

Keywords: Intersectionality; Health policy; Public policy; Health status disparities.

1 Introdução

A saúde enquanto processo social e histórico e enquanto política institucionalizada

A complexidade à apreensão sobre o que é “saúde-doença-cuidado” envolve e mobiliza diversos conhecimentos e epistemologias. Assim, perpassa práticas cotidianas, atividades institucionalizadas da medicina ocidental, saberes tradicionais, teorização acadêmica e múltiplas compreensões dos atores sociais que incidem sobre as políticas – consideramos que os níveis de incidência são diferentes e diversos em complexidade, mas são mutuamente importantes para a percepção social da saúde-doença-cuidado. Podemos observar a saúde em múltiplos enfoques, mas queremos abordar neste artigo a relação da produção social da saúde e da política social. A mediação entre esses dois

¹ Doutorando em Informação e Comunicação em Saúde pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fiocruz (ICICT/Fiocruz). Professor Substituto da Escola de Serviço Social de Niterói, Universidade Federal Fluminense (ESS/UFF/Niterói). E-mail: odepaula.matheus@gmail.com

momentos se dá em processo.

Uma abordagem que dê conta de explicar a complexidade e a contradição dos fenômenos sobre a saúde atrela as relações entre produção e reprodução de saúde-doença-cuidado (Samaja, 2000). Aprender os processos de saúde-doença com vistas à compreensão da totalidade, realizando as mediações entre particularidade e singularidade (Samaja, 2003) contribui à interpretação das dinâmicas que promovem, produzem e reproduzem as desigualdades em saúde. Ao passo que a análise dos processos, desemboca, nas formas institucionalizadas que o Estado moderno – e as múltiplas instituições sociais que constituem a dinâmica deste Estado – articula à produção da saúde em diferentes espaços, sob diferentes formas legítimas de exercer o cuidado, autorizando, ou não, determinadas formas de exercício profissional como mais ou menos autênticas.

As políticas sociais não são “coisas/fatos” abstratos, circunstanciados por bem-estar e/ou bondade política de atores políticos representantes do poder nas democracias ocidentais, mas sim, construídas materialmente em determinadas conjunturas históricas, por sujeitos sociais em lutas políticas por melhores condições de vida. A política de saúde brasileira, hoje representada no Sistema Único de Saúde (SUS), portanto, de modo análogo, foi construída em um contexto de lutas sociais por melhores condições de trabalho e de vida nas décadas de 1970/1980.

De modo correlato, a política de saúde por si só não é uma panaceia à resolução de todos os problemas sociais correlatos à saúde. A constante mediação e articulação com os direitos sociais, em específico com a proteção social brasileira – na figura do tripé da Seguridade Social Brasileira – é fundamental. Por isso, o conceito e a produção da intersetorialidade enquanto um princípio ordenador das políticas públicas, pode contribuir para respostas mais adequadas às desigualdades sociais em saúde.

A reflexão desta relação – entre saúde enquanto política e processo – perpassa por compreender a formação social e histórica brasileira, como terreno no qual foi conformada as singularidades brasileiras em relação à produção da saúde-doença-cuidado. Observamos a construção das relações de poder e das formas de exploração e violência que conformaram as relações sociais brasileiras, em linhas de continuidade e ruptura com as formas de reprodução de desigualdades, apreendendo, então as contingências históricas que influenciam a política de saúde, em específico a política

social e a proteção social brasileira. Na medida em que interpretamos a organização societária excludente, procuramos indicar caminhos à novas produções que promovam um horizonte de lutas políticas à construção da justiça social, tendo a saúde como centro.

Na contemporaneidade, a interseccionalidade é evocada como uma ferramenta analítica, teórico-prática, na agenda pública. As possibilidades promovidas por seu emprego têm no cerne a: integração do diálogo entre diferentes relações de poder, conjugando e problematizando as suas conexões, produzindo uma resposta complexa a interpretação das desigualdades em diferentes níveis. Em intervenções na política de saúde a sua aplicabilidade – ferramenta interseccional – tem se ampliado recentemente, ao passo que, em muitos processos de lutas sociais os grupos sociais já trazem a agenda do poder, da representação e identidade, conceitos fundamentais para a interseccionalidade, como centrais desde a década de 1960. Os projetos interseccionais conjugam grande esforço à justiça social.

O ensaio tem como objeto a interseccionalidade na política de saúde, buscando dialogar com a relação da saúde enquanto processo – construto social e histórico – e enquanto política social. Nesse sentido, temos como objetivo apresentar e argumentar sobre o emprego da *interseccionalidade*, como ferramenta analítica na análise deste processo, com vistas a complexificar a abordagem sobre relações de poder e desigualdades em saúde. Para isso, desenvolvemos o trabalho através do diálogo com a bibliografia contemporânea sobre *saúde coletiva e interseccionalidade*, problematizando e construindo mediações entre os dois campos de estudo. Consideramos que este debate precisa ser ampliado, analisado e discutido com maior intensidade nas análises sobre saúde, pois agrega a complexidade das múltiplas relações de poder para o debate da política de saúde, e da política social conseqüentemente, tendo em vista as desigualdades estruturais de classe, raça e gênero no Brasil.

2 Desenvolvimento

Contexto brasileiro das formas de produção de saúde e da política da saúde

A construção da sociedade brasileira foi marcada pelo genocídio da população nativa, escravização da população afro-diaspórica e pela inserção do ideário europeu, cis-hetero-patriarcal. O Brasil, enquanto construção de identidade nacional, tem a sua gênese e histórica marcada por violências e genocídios. Esse processo não se deu de maneira pacífica, foi marcado por constantes lutas e resistências. Moura (1981) relata as formas

de organização e resistência brasileira no período da escravização. Ianni (1994) interpreta a construção do Brasil e as suas relações entre cultura, questão social e identidade, revelando as contradições desse processo.

As relações sociais na contemporaneidade são marcadas por este passado, não tão distante, revelando a convergência das relações de poder estruturais com as expressões contemporâneas da conjuntura política. As particularidades do capitalismo brasileiro, refletem as condições de dependência e superexploração (Marini, 2013), reproduzindo as relações de colonialidade (Quijano, 2005).

A Constituição Federal de 1988 é um marco para a inscrição legal de direitos sociais – a efetivação é um processo que vem sendo percorrido e não está finalizado. A proteção social brasileira foi arrolada através da Seguridade Social, no tripé “saúde, assistência social e previdência”. Cada direito da seguridade foi implementado através de políticas com regras e formas diferentes de acesso e implementação, por exemplo: a política de saúde tem como princípio a universalidade, já a política de assistência social é de “a quem necessitar”.

Fleury (2011) assinala a política social no cerne do sistema de proteção social, estabelecendo que a política social “(...) como ação de proteção social, compreende relações, processos, atividades e instrumentos que visam desenvolver as responsabilidades públicas na promoção da proteção social (...) (Fleury, 2012). Assim, ressalta a política de saúde enquanto uma política social. Contudo, a implementação da política social de saúde é perpassada por diferentes dimensões, sobretudo em relação a política econômica e as reivindicações dos movimentos populares e sociais.

O desenvolvimento das políticas sociais e a forma de intervenção do Estado sobre as expressões da *questão social*, vão sofrendo inflexões estruturais e conjunturais do panorama geopolítico. O ideário do “Estado de bem estar social” com uma forte intervenção do Estado na economia e a construção de políticas sociais e políticas públicas que ampliassem o “bem estar” social, deu lugar a doutrina neoliberal que se avizinha a partir da década de 1970, e se consolida como agenda econômica mundial na década de 1990.

As mudanças operadas na cultura, no final do século XX, reafirmaram a lógica do capital e produziram uma aceleração das dinâmicas sociais e políticas, com a ampliação compressão do espaço-tempo (Harvey, 2015). A reestruturação produtiva

(Harvey,2015) engendrou uma economia cada vez mais globalizada e flexibilizada, impactando frontalmente no mercado de trabalho, com a precarização das condições de vida e trabalho. Ainda que haja um espraiamento da reestruturação produtiva a nível mundial, as mudanças foram mediadas por dimensões locais e regionais dos países, sobretudo devido a sua inserção na economia capitalista global.

O neoliberalismo como doutrina insere-se na agenda brasileira logo nos anos consecutivos a aprovação da Constituição. As medidas de enxugamento do Estado foram levadas a cabo por diferentes governos, desde a década de 1990 até o contexto contemporâneo², de diferentes matizes do espectro político, impossibilitando a materialização efetiva dos direitos que haviam sido consolidados em lei. A nova métrica para as políticas sociais vai em contraposição aos princípios de universalidade, buscando-se agora a focalização, a privatização e a descentralização (Behring,2008).

As políticas sociais nesta década vem sendo gradativamente desfinanciadas. O Estado transfere para o mercado a responsabilidade com os direitos de cidadania, tornando as políticas sociais mercadorias. Este panorama foi amplificado durante um governo conservador que trouxe uma agenda ultraliberal (Bravo org., 2020). Avista-se um processo ampliado de mercantilização da saúde (Bravo org., 2020), no qual cresce a culpabilização dos indivíduos pelo seu processo de saúde-doença, visto, meramente, como biológico, ampliando uma saúde médico-hospitalocêntrica, com a crescente medicalização da vida social. A recente reeleição de Lula da Silva – conduzido ao terceiro mandato – mobilizou esperança ao cenário político-econômico do país. Entretanto, as políticas implementadas continuam reforçando o ideário neoliberal, sobretudo o Novo Arcabouço Fiscal, contraproposta aprovada à Emenda Constitucional 95 (EC95), que continua mantendo a lógica de priorização de pagamentos de juros da dívida pública frente a investimentos reais em políticas públicas e sociais.

² As diferentes orientações político-ideológica do poder executivo brasileiro, desde a década de 1990, não apresentaram, e desenvolveram, projetos políticos opostos à orientação neoliberal. É manifesto que governos democrático-populares, como Lula e Dilma, fortaleceram um determinado padrão de política social. Entretanto, o desenvolvimento de políticas públicas e sociais nestes governos se deu através da retórica neoliberal, tendo métricas como: superávit primário e pagamento do juro da dívida pública como fundamentos centrais. Além disso o padrão de universalização de políticas sociais não foi alcançado, fundamentando-se na focalização, privatização e descentralização (Behring & Boschetti, 2011).

É nesta encruzilhada que a política de saúde se encontra no Brasil, e a saúde, em particular, mediada pelas condições de vida e trabalho da população que se encontram precarizadas cada vez mais. Os mecanismos de reprodução das relações de poder continuam a se reproduzir, e as políticas sociais, com fins à diminuição das desigualdades, atravessam contratempos a produção efetiva do panorama de justiça social, em razão do espraiamento neoliberal.

O panorama descrito é importante na interpretação da dimensão social da saúde, observando as bases históricas e sociais das relações sociais brasileiras. Este processo deve ser mediado pela articulação com as dimensões de totalidade e particularidade que se insere a política de saúde e as relações de poder em um contexto geopolítico mais amplo, tanto em relação as dimensões do sistema-mundo, enquanto a totalidade, quanto à particularidade latino-americana – a singularidade se afigura, nesta acepção através das relações no contexto brasileiro.

É necessário observar a política social de maneira complexa, entrevedo as potencialidades que interpretações e intervenções com foco na redução das desigualdades podem mobilizar. Assim, centralizar na discussão as desigualdades interseccionadas – de classe, raça e gênero – revela a convergência das relações de poder para a produção de desigualdades, revelando como a interseccionalidade, enquanto ferramenta analítica, (Collins, 2020) pode contribuir à construção de intervenções e análises mais adequadas da realidade brasileira, mobilizando formas de mobilização social.

Defesa da interseccionalidade como ferramenta analítica: análise-intervenção na política e dos processos de saúde-doença-cuidado

A apreensão da saúde a partir da sua dimensão social traz chaves de análises e categorias importantes para refletir sobre as desigualdades em saúde. Na literatura da saúde coletiva diferentes abordagens foram construídas para a interpretação dos fenômenos sociais que interferem no adoecimento. Czeresnia et. al (2013) constrói uma síntese que interpreta os sentidos atribuídos à saúde-doença durante o tempo, ao passo que Almeida-Filho (2011) delinea as diferentes compreensões sobre saúde no contexto contemporâneo, elucidando as suas bases e relações.

A abordagem latino-americana enfocou o campo de estudos através da categoria *determinação social da saúde*, segundo Breilh (2013, p.14-15):

(...) la noción de determinación social de la salud, como toda idea de ruptura, no es el producto aislado de elucubraciones personales sino la expresión del pensamiento crítico que se había apoderado del movimiento latinoamericano de medicina social (ahora mejor conocido como de salud colectiva); a cuyo origen convergieron las inquietudes de colectivos movilizadas, el desarrollo de nuevos instrumentos de análisis y la presencia de un proyecto expreso de transformación del paradigma obsoleto de la vieja salud pública empírico-funcionalista de los años 70

Laurell (1981) estabelece uma discussão sobre saúde-doença enquanto processo social, no contexto dos debates latino-americanos. A construção deste panorama foi importante na década de 1970/1980, inclusive nas contribuições à Reforma Sanitária Brasileira, que influenciou no processo constituinte e na construção do SUS. Samaja (2000) trabalha com a complexificação de explicações, buscando construir uma teoria geral da saúde, através da produção e reprodução social da saúde.

Na contemporaneidade, os debates se acirraram entorno do conceito de determinantes sociais da saúde *versus* determinação social da saúde. Garbois et al (2017) realizam uma análise crítica, indicando as relações da interpretação através do conceito de “determinantes” relacionado a uma análise positivista/funcionalista das relações que influenciam saúde-doença. Isto é observado nos documentos de organismos multilaterais e na forma de implementação de políticas, focando em aspectos sociais como “abstratos”, descolados da realidade e do contexto material e as influências de outras dimensões. Paula (2021) avalia o emprego das duas categorias e sua relação com a política social de saúde, considerando a atuação das assistentes sociais na política de saúde, no estudo indica as contradições do termo determinante e salienta a importância de considerar o processo de determinação e suas relações estruturais.

A compreensão de saúde-doença enquanto processo histórico, social, político e cultural é fundamental, construindo mediações entre totalidade, particularidade e singularidade. Assim, as desigualdades em saúde estão relacionadas também as desigualdades sociais expressas nas diferenças entre as relações de poder na sociedade brasileira. Barata (2009) destaca a maneira que as desigualdades sociais interferem na saúde, realizando mediações à compreensão das dinâmicas de gênero, de raça e de classe.

Os estudos sobre desigualdades sociais, poder, identidade e representação tem seu desenvolvimento e trajetória fora do campo da saúde, sobretudo no campo das ciências sociais, com ênfase na sociologia e antropologia. Os estudos culturais trabalham com dimensões voltadas à identidade e representação; Brah (2006) e Hall (2006) dialogam

com as relações entre identidade e diferença em diferentes aspectos, no contexto pós década de 1970. Os estudos interseccionais apresentam um diálogo com as perspectivas críticas dos estudos culturais, sobretudo na crítica a identidade, representação e diferença. Collins (2022) relaciona as diferentes teorias críticas que vão influenciar as percepções interseccionais.

A interseccionalidade tem sua gênese nos movimentos sociais de mulheres negras em prol da justiça social. O desenvolvimento do campo vai se dando na práxis política, sobretudo a partir da década de 1970, mas sem uma elaboração conceitual e teórica, mas com um vínculo forte da prática social. A partir da década de 1990, o campo de estudo na academia começa a ser delineado. Crenshaw (2002) em seu texto clássico, constrói a argumentação revelando a necessária intersecção entre gênero e raça – e outros sistemas de opressão – para compreensão mais adequada das desigualdades sociais. Collins (2022) aponta que o campo se fixa e vai sendo impulsionado em diferentes projetos na academia, articulado com a prática política.

Os estudos que promovem a perspectiva interseccional, buscam compreender a complexidade dos fenômenos, observando os diferentes sistemas de poder que causam desigualdades. Assim, múltiplos marcadores sociais da diferença podem ser analisados, de acordo com as identidades dos sujeitos. Estes marcadores são construtos que evidenciam a desigualdade perante a diferença nas identidades do sujeito, desigualdade construída socialmente nas relações de poder. A interseccionalidade, enquanto ferramenta analítica, é sintetizada por Collins (2021, p. 16), considerando que:

A interseccionalidade investiga como as relações 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, gênero, 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 de mundo, das pessoas e das experiências humanas.

A autora propõe a interseccionalidade enquanto teoria social crítica (Collins, 2022), ressaltando ainda que é um campo aberto e que vem sendo discutido nos últimos anos, apontando para a multiplicidade de interpretações e o uso em diferentes áreas do conhecimento para projetos que visem a justiça social. Collins (2022) ressalta que alguns princípios/construtos são basilares nas propostas interseccionais, sendo eles: relacionalidade; relações de poder; desigualdade social; contexto social; complexidade;

justiça social (Collins, 2022). Em síntese, os projetos que buscam a apreensão dos fenômenos sociais através da interseccionalidade trazem consigo esses princípios no seu âmago, como observado pela pesquisadora.

No emprego da interseccionalidade para a análise do processo saúde-doença, Paula (2023) realizou uma revisão de escopo sobre os estudos da área, revelando como o debate vem sendo realizado, bem como assinalando problematizações para a consolidação do campo. Paula (2023) evidencia que no Brasil os estudos datam de uma época recente, tendo seu primeiro aparecimento no início da década passada, tendo um crescimento significativo nos últimos anos, sobretudo no momento da pandemia da Covid-19. Esse resultado, segundo o autor, pode ser explicado pelo momento de ampliação das desigualdades sociais e pela notoriedade pública, da necessidade de intervenção, e, conseqüentemente, de interpretações mais complexas sobre os problemas em saúde.

Os estudos na área da saúde que empregam a interseccionalidade interpretam diversos e diferentes relações com a saúde, como por exemplo: a violência, a saúde mental, o território, dentre outros (Paula,2023). A similaridade entre eles está na crítica centrada nas estruturas das relações de poder, no qual um ponto de encontro foi a análise da formação social brasileira como terreno para a compreensão das relações de poder que causam desigualdades e desigualdades em saúde (Paula,2023). O campo e os trabalhos revelam uma potencialidade crítico-política, que alia a intervenção, ao passo que evidencia as estratégias coletivas que vem sendo construídas pelos movimentos populares e sociais.

O diálogo com as diferentes formas de poder e opressão/exploração prescinde de um minucioso trabalho de observação crítico-estrutural e articulação com as teorias críticas. A radicalização das críticas à sociabilidade vigente é produto desta interpretação social dos problemas sociais. Paula (2023), enfatizou a importância do estudo crítico, sobretudo vislumbrando caminhos e produzindo um debate que não recaia na retórica neoliberal.

A apreensão das desigualdades em saúde através de uma perspectiva interseccional é fundamental para a complexificação e aprofundamento das relações de poder que atuam gerando desigualdades. Os sujeitos sociais são marcados por múltiplas identidades, uma perspectiva linear, que enfoque apenas uma relação de

opressão/exploração não dá conta de responder de maneira efetiva a compreensão do fenômeno. A compreensão da totalidade, deve ser a orientação que medeia as particularidades e singularidades. Entendemos que os sistemas de poder têm lógicas internas próprias, mas atuam de maneira interconectadas, recusando uma dicotomia. Assim, a busca de compreensão-intervenção se organiza em um espaço genuinamente contraditório que são as relações sociais.

A conformação estrutural da sociedade brasileira, com o racismo, o heterossexismo e o classicismo atuam conjuntamente na produção e reprodução de violências e exclusões, assim, a análise deve ser realizada conjuntamente. Os elementos conjunturais, sobretudo do panorama político-econômico, são fundamentais para desvelar os discursos conservadores e reacionários que buscam impedir a promoção de estratégias que contribuam para a diminuição das desigualdades sociais.

As desigualdades sociais, produzidas pelas diferenças nas relações de poder, influenciam nos processos de saúde-doença-cuidado. Na política de saúde, a reprodução delas pode ser revelada nos serviços e ações de saúde, atravessando desde a formulação e o planejamento, quanto na execução – por sujeitos sociais que podem reproduzir a dinâmica opressiva. A reprodução de relações de poder constrói barreiras de acesso às ações e serviços, dirigindo-se no sentido contrário da equidade como princípio.

A interseccionalidade, enquanto ferramenta analítica, logra êxito na contribuição de interpretar-intervir de maneira mais complexa, considerando as diferentes relações de poder que constituem as políticas, em sua formação, e os espaços institucionais. A defesa desta está na capacidade da sua articulação teórico-prática, na qual a mobilização dela se dá com fins à promoção da justiça social como um horizonte.

3 Considerações Finais

A narrativa buscou encadear os debates sobre saúde-doença-cuidado, considerando a relação com a política de saúde, debatendo as desigualdades sociais em saúde. Ao longo do ensaio, indicamos como vem sendo construído os debates sobre as dimensões sociais da saúde e a política de saúde, de maneira breve. A mediação entre estrutura e conjuntura foi construída, revelando a dinâmica atual do neoliberalismo e os impactos para as políticas sociais. Mobilizamos a formação social e histórica brasileira como espaço primordial para a construção deste debate, considerando a conformação

estrutural das relações de poder e sua atuação de maneira complexa.

A interseccionalidade é um ponto de encontro, defendida enquanto ferramenta analítica, teórico-prática, para a interpretação-intervenção nos processos sociais em saúde. A complexificação é um conceito central, no qual mediamos com a necessidade de observar a dinâmica entre totalidade, particularidade e singularidade das relações sociais. Defendemos a interseccionalidade na compreensão das desigualdades em saúde, pois ela articula os diferentes sistemas de opressão/exploração – de diferentes relações de poder – traduzindo a diversidade de identidade mobilizadas nas interpretações-intervenções. O seu emprego está atrelado a projetos que tem como finalidade a justiça social, por isso, compreendemos que ela pode vir a ser catalisadora de estratégias que tenham como horizonte a diminuição das desigualdades em saúde.

No contexto neoliberal do mercado como panaceia a todos os problemas sociais, impera a (re)produção do individualismo como certeza político-econômica. A possibilidade de críticas e construção de um novo panorama, dialógico e coletivo, está enfraquecido, mas não extinto. A construção de análises e intervenções mais complexas aos problemas sociais dialoga com a necessidade contemporânea de produzir respostas que possibilitem observar as relações de poder imbricadas em sua totalidade, nas dimensões estruturais. A mediação entre singular, particular e geral é necessária. A interseccionalidade concatena perspectivas críticas com fins a agenda de lutas sociais e modificação das relações de poder. Assim, podemos associar agenda de lutas contra as desigualdades e as relações de poder no campo das políticas sociais, em especial na política de saúde.

Referências

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.** 2.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRAH, Avtar. Diferença, diversidade e diferenci ação. **Cadernos pagu.** Campinas, 26, jan, jun 2006, p. 329-376. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/B33FqnvYyTPDGwK8SxCPmhy/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 12 abr. 2023.

BRAVO, Maria Inês (orgs.). **Políticas sociais e ultraneoliberalismo**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

BREILH, Jaime. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Ver. Fac. Nac. Salud Pública**. Medellín, v.31, supl.1, p.13-27, dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002 Acesso em: 29 abr. 2024.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2021.

COLLINS, Patricia Hill. **Bem mais que ideias**: a interseccionalidade como teoria social crítica. São Paulo: Boitempo, 2022.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.10, n.1, p.171-188, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 19 jan. 2022.

CZERESNIA, Dina. **Os sentidos sociais da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

FLEURY, Sonia. Política de Saúde: uma política social. pp.25-58 In: Giovanella, L. (orgs.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRE; Francis; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.41, n 112, p. 63-76, mar. 2017. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S0103-11042017000100063&lng=en&tlng=pt> Acesso em: 12 abr. 2024.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 12 ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2015.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: Loyola, 2016.

HOOKS, bell. “Mulheres negras: moldando a teoria feminista”, **Revista Brasileira de Ciência Política**, nº16. Brasília, janeiro - abril de 2015, pp. 193-210.

IANNI, Ocatávio. **A ideia de Brasil Moderno**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

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. Acesso em: 07 abr. 2024.

MARINI, Rui Mauro. **Subdesenvolvimento e revolução**. 4. ed. Florianópolis: Insular, 2013. Disponível em: <http://www.unirio.br/cchs/ess/Members/debora.holanda/teorias-do-brasil-2019-01/unidade-3/ruy-mauro-marini-subdesenvolvimento-e-revolucao/view>. Acesso em: 20 abr. 2024.

MOURA, Clóvis. **Rebeliões da Senzala**. 3 ed. São Paulo. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4584886/mod_resource/content/2/14%20-%20Rebeliões-da-Senzala-Clovis-Moura_Completo.pdf. Acesso em: 02 abr. 2024.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAULA, Matheus Oliveira de. **Interseccionalidade, desigualdades e saúde: estudo sobre os sentidos atribuídos à interseccionalidade na literatura acadêmica brasileira da área da saúde pública, publicada entre 1990 até 2022**. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2023. Disponível em: <https://catalogobibliotecas.uff.br/acervo/315387> Acesso em: 15 mar. 2024.

_____. **Determinantes ou Determinação social do processo saúde doença: contribuições reflexivas para o trabalho da assistente social na saúde**. [Trabalho de Conclusão de Curso] Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), 2021. Disponível em: <https://pantheon.ufrj.br> Acesso em: 07 abr. 2024.

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. Acesso em: 02 abr. 2024.

SAMAJA, Juan. **A reprodução social e a saúde: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.