

MULHERES, RAÇA E SAÚDE – DIÁLOGOS DE DENÚNCIA E REIVINDICAÇÃO DE DIREITOS PELAS LENTES FEMINISTAS NEGRAS.¹

Laura Augusta Barbosa de Almeida²

RESUMO

A experiência feminina negra de viver no Brasil é construída através de diálogos entre os atravessamentos do racismo, da misoginia e de outras situações condicionada às localizações nessa encruzilhada que envolve território, geração, pertencimento religioso e demais demarcadores sociais. Os impactos desses crivos na construção dos caminhos de cuidado em saúde para as mulheres negras envolvem intensas relações entre o que é saúde e sobre as condições de humanidade que estabelecem comunicação com dinâmicas hegemônicas e insubmissas cotidianamente, contribuindo para que situações específicas de violência aconteçam nesse âmbito. Este artigo tem o objetivo de aproximar diálogos entre o conceito ampliado de saúde, considerando as lentes de raça e gênero como ponto de observação dos itinerários construídos em saúde.

Palavras chave: Mulheres; Raça; Saúde.

ABSTRACT

The black female experience in Brazil is built through dialogues between the crossings of racism, misogyny and other situations conditioned on the locations at this crossroads that involves territory, generation, religious belonging and other social demarcators. The impacts of these screens on the construction of health care paths for black women involve intense relations between what is health and on the conditions of humanity that establish communication with hegemonic and unsubmitive dynamics on a daily basis, contributing to specific situations of violence in this context. . This article aims to approach dialogues between the broad concept of health, considering the lens of race and gender as an observation point of the itineraries built in mental health.

¹ Artigo desenvolvido por Laura Augusta Barbosa de Almeida, psicóloga e mestranda do Curso de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo, da Universidade Federal da Bahia, semestre 2019.1, para o componente “Estudos de Gênero na África Negra”, ministrado pelas docentes Ângela Figueiredo e Patrícia Godinho.

Keywords: Women; Breed; health.

Introdução

Durante a minha caminhada de observações de como gênero analisa as mulheres negras e compreende suas subjetividades, me encontro com importantes informações no feminismo negro e no pensamento interseccional, que contribuem bastante com o percurso metodológico escolhido e com a multiplicidade de fatores que envolvem as narrativas sobre saúde e sobre cuidado. Escolhi contar com um levantamento bibliográfico e documental, dialogando com a ferramenta da interseccionalidade pensando em como conceitos considerados universalistas, como o de humanidade e saúde mental, olham para as mulheres negras no Brasil.

As construções conceituais sobre saúde atravessam a história, relacionando o que poderia ser normal ou patológico através de ligações entre a condição de ser saudável a adaptar-se a uma estrutura social posta, que foi construída em pilares desiguais e segue desnivelada para o tecido social da população brasileira. Pensando que oficialmente a Organização Mundial de Saúde não construiu um conceito formal sobre o termo, mas compreende que saúde mental inscreve o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional, podemos levar em consideração fatores que constituem esse espectro, como bem viver, acesso aos serviços básicos de assistência, qualidade de vida e mobilidade socioeconômica.

Nesse sentido, mulheres negras experimentam cuidado em saúde em uma modalidade que coloca em questionamento a validade da eficácia do princípio da equidade do Sistema Único de Saúde, que objetiva reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender a diversidade, como fala-se em “igualdade de assistência” (item VII, art. 7º da lei 8.080), fazendo jus ao sinônimo de equidade. Segato (1998) aborda como a reflexão sobre gênero, versa sobre uma estrutura de relações e, portanto, diz respeito a todos, esclarecendo-nos sobre os meandros das estruturas de poder [...] além de originar um discurso elucidador sobre a implantação de outros arranjos hierárquicos na sociedade, ao nos permitir falar sobre outras formas de sujeição, sejam elas étnicas, raciais, regionais ou as que se instalam entre os impérios e as nações periféricas (Segato,1998).

As desigualdades experimentadas por mulheres no acesso ao cuidado em saúde evidenciam uma dinâmica de situações específicas, que quando adicionamos a lente do quesito “raça, verificamos condições que existem entre o “ser mulher e ser negra” e considerando saúde não como ausência de doenças, mas tornando necessário considerar marcadores como a pobreza, a desigualdade e a violência para observar como a noção de humanidade olha para as mulheres negras.

Pensando como Patricia Hill Collins (1990) considera que mulheres negras, enquanto grupo oprimido detém a vantagem epistêmica de conhecer e compreender as ações tanto dos dominantes quanto dos dominados, colocando-as em uma posição privilegiada para avaliar a sociedade e propor novos projetos políticos, partindo de ponto de vista formado por essa dupla visão, é válido pensar como funciona o conceito ampliado de saúde, que passa a ser entendida como “a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986). Logo, há uma evidente relação entre a produção de saúde e as condições do viver e as relações sociais que se estabelecem e se desenvolvem ao longo da vida.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (2017), aponta que 55,1 % da população brasileira se autodeclara como preta ou parda. De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada- IPEA (2013), as mulheres representam 51,6% da população brasileira e as negras representam 50% da população feminina do país. Ao mencionar o Nordeste, esse número chega a 69,9%. É importante ressaltar a relevância da inserção do quesito raça/cor nos sistemas de informações de saúde contribuiu para evidenciar mediante constatações empíricas, diferenciais raciais e vulnerabilidades produzidas no processo saúde-doença (Cunha, 2012).

A interseccionalidade enquanto ferramenta que é utilizada como chave de interpretação para orientar investigações de como padrões históricos de exploração dominação e subordinação se estruturam e determinam diferentes e desiguais posições e relações sociais para mulheres racialmente subordinadas, em especial negras (COLLINS, 1990; CRENSHAW, 2002), serve de instrumento para observar como mulheres negras são oprimidas, excluídas e como se constroem suas estratégias de agenciamento e tentativas de emancipação frente as opressões estruturais. Entendendo que, segundo Nascimento (1978) o projeto genocida consiste na compreensão das estruturas de poder e dominação que molda as relações sociais no Brasil desde

o processo de Abolição, a identidade da população negra sendo construída e atravessada por esse projeto, segue distante de como se operacionaliza o conceito de humanidade, dentro da lógica constitutiva de documentos para Direitos Humanos, saúde e assistência nas políticas públicas. Essa incompatibilidade conceitual se inicia ao desconsiderar o reconhecimento do dado da população negra como maioria populacional, fazendo com que a aplicabilidade dos projetos políticos funcionem apenas para a minoria da população brasileira.

Brasil (2005) diz que, apesar da dificuldade em implementar o “quesito cor” em todos os sistemas de informação da área de saúde, fato que impede uma análise mais consistente da saúde da mulher negra, é possível evidenciar que:

A taxa de analfabetismo é o dobro das brancas; são majoritariamente chefes de família sem cônjuge e com filhos; por razões sociais ou de discriminação, as mulheres negras têm menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, à atenção ginecológica e à assistência obstétrica – seja no pré-natal, parto ou puerpério; e maior risco que as brancas de contrair e de morrer mais cedo de determinadas doenças (BRASIL, 2005, 7).

A concepção de saúde para mulheres negras precisa ser referenciada tendo como norte constitutivo o fator racial e toda a dimensão histórica e social que o insere. Crenshaw (2002) afirma que mulheres racializadas frequentemente estão posicionadas em um espaço onde o racismo ou a xenofobia, a classe e o gênero se encontram. Por consequência, estão sujeitas a serem atingidas pelo intenso fluxo de tráfego em todas essas vias. Mulheres negras são marcadas por múltiplas e simultâneas opressões, que posicionadas nessas intersecções em virtude de suas identidades específicas, devem negociar o tráfego que flui através dos cruzamentos. Considerando também que saúde para a população negra e de ascendência africana, historicamente é composta por dinâmicas de cuidados e crenças não legitimadas no modelo hegemônico instituído. Isso implica em uma incompreensão perversa da ciência eurocêntrica a cerca de quem é a pessoa negra no Brasil, desassistindo e promovendo o distanciamento do acesso às garantias de direitos e operacionalizando as violências estruturais.

O processo de animalização dos corpos negros é chamado de zoomorfização por Nogueira (2014), onde ele afirma que se esse povo não é visto como humano, não é visto como digno de qualquer direito, muito menos não há sensibilidade quando esse corpo cai, pois, esse corpo é visto como facilmente matável. Lélia Gonzalez (1988) ao afirmar que uma vez estabelecido, o mito da superioridade branca, comprova a sua eficácia e os efeitos de desintegração violenta, de fragmentação da identidade étnica por ele produzidos, o desejo de embranquecer (de “limpar o sangue” como se diz no Brasil), é internalizado com a conseqüente negação da própria raça e da própria cultura, nos mostra como nossos processos de concepção, objetiva e subjetiva, do que e saúde e humanidade são atravessados e direcionados por essas experiências onde a mulher negra sempre no lugar do outro e nunca da protagonista, sujeito de direitos.

O IPEA (2015) identifica que 40% dos lares brasileiros são chefiados por mulheres, se considerarmos as implementações dos programas sociais, podemos observar que dentre as famílias atendidas pelo Programa Bolsa Família, 93% são chefiadas por mulheres e 73% dos cadastrados no Bolsa Família são pretos ou pardos autodeclarados (MARTINS, 2014). Considerando a conexão entre pobreza e recorte racial, é inevitável observar que a mobilidade econômica não acontecerá enquanto mulheres negras não forem consideradas como as referências para as concepções de população brasileira.

Também é notificado que a taxa de analfabetismo entre as mulheres a partir de 15 anos é de 4,9% entre as brancas e 10,2% entre negras. Dentre as adolescentes com idade entre 15 e 17anos, o atraso escolar é de 30,7% das pretas ou pardas e de 19,9% das mulheres brancas (IBGE, 2017) Se observarmos o quesito nível superior, 23,5% das mulheres brancas têm ensino superior completo, enquanto 10,4% de mulheres pretas ou pardas concluíram o nível superior (IBGE, 2017). Logo, afirmo que saúde tem cor e gênero, assim como o ser humano universal, que goza dos direitos garantidos em constituição, segue localizado hegemonicamente no ideal branco e colonizador de homem, que concentra renda e reside em território onde acessa aos bens fundamentais com facilidade.

A feminização da pobreza contribui para que mulheres negras estejam mais suscetíveis a algumas doenças, reforçando as grandes disparidades entre o viver e o morrer usando a lente raça/cor. Segundo Lucena (2010), a situação de pobreza na qual se encontra grande parte da população brasileira é intensificada sobre a mulher negra. Luiza Bairros afirma que precisamos entender gênero como uma questão política e social que problematiza a origem das relações de

poder e suas distintas formas de hierarquia (Bairros,1995) e incorpora construções sociais sobre os papéis próprios de homens e mulheres no que tange à relações de coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo: ele opera na formação e produção de sujeitos não generalizados (Saffioti,2004).

O campo da subjetividade, para as mulheres negras, se constrói ainda que com papéis ligados ao feminino construído hegemonicamente, porem localizada em um espaço onde a objetificação de seus corpos e suas trajetórias de relacionamentos e afetos estão fortemente ligados a um modelo escravagista de manutenção das condições de saúde, que atravessa processos de socialização e simboliza práticas de conquista e dominação e seus regimes brutais de silenciamento das/os chamadas/os “Outras/os” (Kilomba,1968) É impossível desligar a construção da identidade de gênero no Brasil das experiências de subalternidade e desumanização que as pessoas de negras africana sofreram e sofrem historicamente, assim como é compreendido que a construção social sobre raça no Brasil, onde a cor e seus fenótipos são associados aos de gênero e geração, tratando-se de uma categoria atravessada por gênero (Figueredo,2015). Gênero segue sendo a lente que permite a compreensão de processos em que homens e mulheres vivem socialmente o exercício dos relacionamentos sociais, porém a forma como mulheres negras constroem esse percurso é forjada nas condições históricas de violência racial e estigma que sendo produtora de significados, é responsável pela compreensão de mundo e incorpora os aspectos que constituem e produzem sentidos a cada sujeito social (Hall,2011).

Jurema Werneck (2009) afirma que a saúde da mulher negra não é uma área de conhecimento ou um campo interessante para as Ciências da Saúde e que é inexpressiva a produção de conhecimento científico nessa área onde o tema não participa do currículo dos diferentes cursos de graduação e pós-graduação em saúde, com raríssimas exceções. A maioria das formulações conceituais de diretrizes e estratégias e da atuação em saúde da população negra tiveram origem fora do sistema de saúde, a partir da atuação dos sujeitos negros organizados, de suas construções e trajetórias. Nesse sentido, a revisão de dados a respeito do cuidado em saúde para as mulheres negras, assim como a atenção para a subnotificação dessas informações, é de grande urgência para que estratégias de reparação sejam desenhadas, assim também como denuncia como as violências institucionais operam em relação as experiências raciais e de gênero, simultaneamente.

O processo de reivindicação de reconhecimento das questões raciais em saúde foi um movimento protagonizado por mulheres negras, não apenas por sua experiência histórica e cultural nas ações de cuidado, mas também por serem elas a parte expressiva de trabalhadoras de saúde das diferentes profissões (Werneck,2009). A proximidade do movimento de mulheres negras com o movimento feminista apresenta alguns conflitos no que diz respeito a condução das demandas prioritárias; contudo é o feminismo que vai dá sustentação político-prático para as organizações das mulheres negras, “pois a mulher negra ao perceber a especificidade de sua questão, ela se volta para o movimento feminista como uma forma de armar de toda uma teoria que o feminismo vem construindo e da qual estávamos distanciadas”. (Bairros, 1988)

Esta afirmação apresenta o espaço em que a concepção de saúde das mulheres negras ativistas é construída, compreendendo saúde como uma trajetória singular e ampla de construção de cuidados que é situada pelas histórias de vida e a forma que os demarcadores sociais de diferença se operacionalizam em suas trajetórias. Griffin (2002) afirma que a atualização das vulnerabilidades dos gêneros, reformuladas, serve ainda para mostrar a impossibilidade de conseguir uma divisão do trabalho doméstico mais igual entre os gêneros sem uma reorganização geral do emprego remunerado de homens e mulheres (Griffin 2002), para as mulheres negras essa concepção de vulnerabilidade é organizada pelo racismo estrutural que opera estagnando a mobilidade social da população negra, impossibilitando promoção de melhores condições de saúde.

A conquista da representação no campo político é uma possibilidade para que então as feministas negras formulem políticas que atendam as suas demandas. Nesse sentido essa conquista encerra parte do processo – da identidade e representação do feminismo negro frente ao feminismo tradicional e o movimento negro – ao mesmo tempo em que se inicia no interior do feminismo negro uma luta para a compreensão das singularidades que se inserem na identidade das mulheres negras. (Moreira,2012). A interseccionalidade, enquanto ferramenta que nos faz pensar como determinantes sociais operam simultaneamente, protagonizando raça e gênero, apresenta a urgência de narrativas diversas sobre o cuidado em saúde para que denúncias sejam feitas e também para que outras formas de construir saúde, em lugares não hegemônicos, sejam consideradas como válidas. Ela demarca o paradigma teórico e metodológico da tradição feminista negra, promovendo intervenções políticas e letramentos jurídicos sobre quais condições estruturais o racismo, sexismo e violências correlatas se sobrepõem, discriminam e criam encargos singulares às mulheres negras (Akotirene,2018).

Patrícia Hill Collins (1989) afirma que gênero deve ser visto como parte de um sistema de múltiplas opressões construído e situado historicamente, nesse sentido, é necessário compreender que o processo de produção da trajetória de saúde para as mulheres negras é calcado pelo processo de sequestro e escravização que se perpetua mesmo após a abolição da escravatura, através das condições de trabalho, da qualidade dos serviços ofertados pelas políticas públicas e pela ausência de mobilidade social e econômica para a população negra.

A forma que o cuidado em saúde mental é construído para as mulheres negras é completamente divergente das reivindicações feitas pelas mulheres brancas nos movimentos feministas, pois as construções de feminino e de humanidade estão desassociadas das realidades das mulheres negras. Ela é considerada de valor periférico ao que se considera saúde no cuidado de prevenção e medicação de doenças e agravos, visto que a ausência de garantia de direitos mínimos e a falta de acesso a espaços de cuidado em saúde mental, implica não apenas na não priorização dessa especificidade, assim como o histórico de objetificação e animalização dos corpos negros e a manutenção desse referencial, reduz a percepção da necessidade de um cuidado de si. Com isso, voltamos a discussão sobre o conceito de humanidade, pois a diferença dos processos de ressignificação do papel social do que é ser mulher, para as mulheres negras que carregam as marcas estigmatizantes, de como a branquitude às viam/veem como móbil da casa grande no papel de mucamas, amas de leite e outras funções ligadas ao servir a casa e os senhores, se tornando ao decorrer da história, pessoas de direitos mínimos numa estrutura social capitalista, onde elas são necessárias para a manutenção de um sistema de exclusão social.

Para Gonzalez (2003) os sentidos subjetivos autorizam ao sujeito se observar, se reconhecer em lugar de saber e produtor de verdade, constituindo se subjetivamente no espaço social cuja heterogeneidade é a composição singular diferenciada que rompe com a dicotomia entre o social e o individual. Brah (2002) destaca que no entendimento das produções subjetivas do sujeito, observa-se a construção simultânea e inter-relacionada aos aspectos da subjetividade nos seus espaços de convivência e onde as instâncias sociais se interseccionam. (Xavier, 2016) Segundo Araújo (2017) existem poucas pesquisas no Brasil que examinaram desigualdades em saúde segundo raça/cor da pele, principalmente porque os pesquisadores não incluem questões sobre raça/cor nos instrumentos de pesquisa. Chor e Lima (2005) atribuem isso a três potenciais hipóteses: a naturalização do “mito de democracia racial”; dificuldades em classificar raça/cor

da pele e a oposição entre classe social e raça/cor da pele. Apesar do Brasil nunca tenha tido uma política legal ou formal de segregação racial, raça estrutura os grandes vãos de desigualdade e assistência nas garantias de direitos.

Havia uma interpretação que ganhou força no meio intelectual brasileiro, que assinalava “a ideia de que o Brasil era uma sociedade sem ‘linha de cor’, ou seja, uma sociedade sem barreiras legais que impedissem a ascensão social de pessoas de cor a cargos oficiais ou a posições de riqueza e prestígio” (Guimarães,2002), sintetizadas na concepção de uma democracia racial. A origem precisa desta expressão não está totalmente esclarecida. Como afirma Guimarães (2002), “na literatura acadêmica especializada, o uso primeiro parece caber a Charles Wagley: ‘O Brasil é renomado mundialmente por sua democracia racial’, escrevia Wagley, em 1952...”. No lugar de nos envergonharmos de nossa maioria negra e mestiça, devíamos nos orgulhar e admirar isto como um sinal de nossa tolerância e integração racial. Afinal, nós não possuíamos uma segregação legal como nos Estados Unidos e na África do Sul e éramos capazes de conviver bem com todas as raças. (Heringer, 2002) Mitos como este forjam a subjetividade da população negra pois fazem parte de um processo de branqueamento inserido em um projeto genocida, que envolve apagamento de referencial identitário, subjetivo e histórico através de diversas estratégias, onde uma dessas a miscigenação. Apesar destas e de outras iniciativas de ações afirmativas, é difícil afirmar que a sociedade brasileira possui um compromisso com a diminuição das desigualdades raciais. O racismo denuncia que pobreza tem cor quando existe a percepção de que a maioria dos pretos e pardos são pobres, e de que a maioria dos pobres são pretos e pardos. Essa percepção pode transformar-se em um ponto de partida para sugerir a adoção de medidas específicas a alguns grupos. (Heringer, 2002).

Considerações Finais

O projeto genocida opera funcionalmente na forma em que as pessoas negras se enxergam, enxergam o mundo e os seus processos de cuidado. Os determinantes sociais da saúde, que são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, precisam ser levados em consideração ao analisarmos interseccionalmente a saúde mental das mulheres negras, pois tanto para uma perspectiva feminista honesta de luta, quanto para a construção de políticas honestas de equidade em saúde, é necessário romper com o modelo generalista de ser

humano, que alimenta a lógica higiênica, eugenista e médica de construção científica e técnica dos processos saúde-doença.

A perspectiva de produção de saúde a ser construída pelo fazer e pelo pensar dos profissionais e atores, precisa considerar a população em suas desigualdades e sua historicidade. Se é a população que mais morre no Brasil, é uma piada racista levar esses dados apenas como índices epidemiológicos e responder as questões de iniquidade assinalando a pobreza.

Contemplando as perspectivas políticas que visam a erradicação do racismo e os efeitos nocivos da cultura de estupro na vida de todas as mulheres e principalmente das mulheres negras, é urgente fazer uma reflexão de cunho nodal para pensarmos a exequibilidade de qualquer política pública: Qual o conceito de humanidade que norteia a concepção de Direitos Humanos, que garante uma desigualdade social tão grande a ponto de haver a necessidade de construir ações afirmativas, políticas de humanização e equidade? Se a concepção de humanidade não compreende a população negra que é maioria neste país, é impossível garantir que as políticas públicas sejam exercidas integralmente para a maioria da população brasileira.

Os caminhos da saúde para população negra sempre estarão engarrafados pelas violências múltiplas, enquanto não houver autonomia, direito à cidadania e dignidade, caminhando lado a lado, para que novas trajetórias sejam construídas e potencializem tantas outras. Enquanto houver mulheres negras vivas construindo saúde, haverá resistência, sabedoria e bagagem ancestral nas possibilidades de promover saúde.

Referências Bibliográficas

AKOTIRENE, Carla. O que é Interseccionalidade. Belo Horizonte, Ed Letramento, 2018.

AGUIAO, Silvia. Quais políticas, quais sujeitos? Sentidos da promoção da igualdade de gênero e raça no Brasil (2003 - 2015). Cad. Pagu, Campinas , n. 51, e175107, 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332017000300308&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Aug. 2018. Epub Jan 08, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/18094449201700510007>.

BONFIM, Vânia Maria da Silva. A identidade contraditória da mulher negra brasileira: Bases históricas. IN. NASCIMENTO, Elisa Larkin (ORG.) Afrocentricidade. Uma abordagem epistemológica. São Paulo: Selo Negro, 2009.

BAIROS, Luiza. Nossos Feminismos Revisitados. Estudos Feministas, ano 3, 1995.

BARROS, Samuel. O Olhar de uma abordagem afrocêntrica: foco no funcionamento da psiquê africana. Revista Africa e Africanidades – Ano IV- n. 13 - Maio 2011 –ISSN1983-2354 <http://www.africaeaficanidades.com.br/documentos/13052011-12.pdf>[1] TCC () - .

BRASIL. Ministério da Saúde. Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras / Maria Auxiliadôra da Silva Benevides et al. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 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. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Relatório Anual Socioeconômico da Mulher. Brasília, mar. 2015.

CARNEIRO, S. Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. In: ASHOKA EMPREENDIMIENTOS SOCIAIS; TAKANO CIDADANIA (orgs.). Racismos contemporâneos. Rio de Janeiro: Takano Editora, 2003.

CHOR D, Lima CR. Epidemiologic aspects of racial inequalities in health in Brazil. Cad Saude Publica 2005; 21(5):586-594. TCC () - .

Coelho MTAD, Almeida Filho N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **Hist. cienc. saude-Manguinhos** 2002; 9(2):315-333.

COLLINS, Patricia. Toward a New Vision: Race, Class and Gender as Categories of Analysis and Connection. C. f. t. R. o. Women, Memphis State University, 1989. _____. Intersectionality: a knowledge project for a decolonizing world? Comunicação ao colóquio internacional Intersectionnalité et Colonialité: Débats Contemporains, Université Paris Diderot, 28 mar. 2014.

CRENSHAW, Kimberly. A Interseccionalidade na Discriminação de Raça e Gênero. Cruzamento Raça e Gênero. Painel 1, Unifem, 2012 TCC () - .

CRENSHAW, Kimberly. Documento para o encontro de especialistas em aspectos de discriminação racial relativos ao gênero. Rev. Estudos Feministas n.171 v. 1/2002 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>

DA SILVA, Cidinha. # Parem de nos Matar. 1. ed. São Paulo: Ijuma, v. 1, 2016. 238 p.

FIGUEIREDO, Angela. Carta de uma ex-mulata a Judith Butler. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/view/14261>

GUIMARÃES, A. S. A., 1999. Racismo e Anti-Racismo no Brasil. São Paulo: Editora 34.

GUIMARÃES, A. S. A., 2002. Classes, Raças e Democracia. São Paulo: Editora 34.

GIFFIN, Karen. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. Cad. Saúde pública, rio de janeiro, 18(suplemento):103-112, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v18s0/13797.pdf>

GONZALEZ, L. Por um feminismo afrolatinoamericano. Revista Isis International, Vol. IX, junho, 1988, p. 133-141

HERINGER R. Desigualdades sociais no Brasil: Síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. Cad Saude Publica, 2002; 18(Supl.):57-65. [Links] TCC () - .

KILOMBA, Grada. Memórias de Plantação; Episódios de Racismo Cotidiano. 2019

LOPEZ, Laura Cecilia. Uma Análise das Políticas de Enfrentamento ao HIV / Aids na Perspectiva da Interseccionalidade de Raça e Gênero. Saude soc. São Paulo, v. 20, n. 3, p. 590-603, set. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

12902011000300006&lng=en&nrm=iso>. acesso em 12 de agosto de 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000300006>. TCC () - .

MOREIRA, Núbia Regia, Representação e identidade no feminismo negro brasileiro. Sujeitos do Feminismo: Políticas e Teorias. Disponível em http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/N/Nubia_Regina_Moreira_06.pdf

MUNANGA, Kabenguele, Uma Abordagem Conceitual das Noções de Raça, Racismo, Identidade e Etnia. Disponível em <https://www.geledes.org.br/kabenguele-munanga-uma-abordagem-conceitual-das-nocoos-de-raca-racismo-identidade-e-etnia/>

NOGUERA, R . O ensino de filosofia e a Lei 10639. Rio de Janeiro.: Pallas: Biblioteca Nacional, 2014. [[Links](#)]

NOGUEIRA, Conceição. Feminismo e discurso de gênero na psicologia social. Psicologia e sociedade. N. 13 v., p. 107-128, jan/jun, 2001. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4117/1/feminismo%20e%20discurso%20do%20g%c3%a9nero%20na%20psicologia%20social.pdf>

SEGATO, Rita Laura. Os percursos do gênero na antropologia e para além dela. Brasília, Série Antropologia 19

SCHRAIBER, Lilia Blima et al . Revista de Saúde Pública in scientific publications on Violence and Health (1967-2015). Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 50, 63, 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100133&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Aug. 2018. Epub Nov 10, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050000086>. TCC () - .

SILVA, Naiara Gajoet al. O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial I Trabalho apresentado no I Seminário Internacional sobre avaliação da qualidade da atenção em saúde de populações vulneráveis: pessoas com transtorno mental, usuário de álcool e outras drogas e população negra. São Paulo, 12 e 13 de novembro de 2015. . Saúde e Sociedade [online]. 2017, v. 26, n. 1 [Acessado 12 Agosto 2018] , pp. 100-114. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017164968>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017164968>. TCC () - .

SMOLEN, Jenny Rose; ARAUJO, Edna Maria de. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 22, n. 12, p. 4021-4030, Dec. 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021204021&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Aug. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172212.19782016>. TCC () - .

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade* [online]. 2016, v. 25, n. 3 [Acessado 12 Agosto 2018] , pp. 535-549. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>. TCC () - .

XAVIER, Eliana Costa; ROCHA, Kátia Bones. Subjetividade e interseccionalidade: experiencias de adoecimento de mulheres negras com doença falciforme. *Av. Psicol. Latinoam.*, Bogotá , v. 35, n. 2, p. 267-282, Aug. 2017 . Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242017000200267&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Aug. 2018. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.3804>. TCC () - .