

**CORPOS QUE EDUCAM, CORPOS QUE SOFREM:  
INTERSECCIONALIDADE DE GÊNERO, RAÇA E CLASSE NA FORMAÇÃO  
EM SAÚDE**

**BODIES THAT EDUCATE, BODIES THAT SUFFER:  
INTERSECTIONALITY OF GENDER, RACE, AND CLASS IN HEALTH  
EDUCATION**

Jackeline Evangelista de Sousa<sup>1</sup>

Lauro Ricardo de Lima Santos<sup>2</sup>

Erivar Moisés de Lima Júnior<sup>3</sup>

Mônica Rodrigues da Silva<sup>4</sup>

Maria Jandira Rodrigues da Silva<sup>5</sup>

**Resumo:** A formação de profissionais de saúde, historicamente baseada em modelos universalizantes, tem apresentado limitações na compreensão das desigualdades que atravessam os processos de saúde, doença e cuidado. Nesse contexto, a perspectiva da interseccionalidade de gênero, raça e classe emerge como uma ferramenta teórico-analítica fundamental para a análise crítica dessas dinâmicas. O presente estudo teve como objetivo analisar como os marcadores sociais da diferença

---

1 Pós-graduação em Unidade de Terapia Intensiva. Residência (Estilo Sanduíche UFPB/UFMG Enfermagem Obstetra).

2 Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

3 Médico. Residente em Psiquiatria pela Secretaria Municipal de Saúde de Piancó, Paraíba, Brasil.

4 Enfermeira. Professora Associada da Universidade Federal de Uberlândia. Dra. em Atenção à saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil.

5 Mestranda em Desenvolvimento Local. Universidade Católica Dom Bosco, UCDB. Possui graduação em Tecnologia em Gestão de Recursos Humanos - Anhanguera-Uniderp. Especialização em Urgência e Emergência, na área de Ciências da Saúde, Faculdade Internacional Signorreli. Auxiliar de enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

influenciam a formação em saúde, com ênfase na constituição dos sujeitos e nas implicações para a prática profissional. Trata-se de um estudo de natureza teórico-reflexiva, fundamentado na análise crítica da literatura científica. Os achados evidenciam que a ausência de abordagem interseccional nos currículos acadêmicos contribui para a reprodução de práticas assistenciais que desconsideram as especificidades dos sujeitos, reforçando desigualdades estruturais. Observa-se que gênero, raça e classe operam de forma articulada, produzindo experiências diferenciadas de vulnerabilidade e acesso aos serviços de saúde. Além disso, destaca-se a centralidade do corpo como território de experiências e desigualdades, evidenciando que os sujeitos da formação estão atravessados por relações de poder que impactam suas trajetórias. Conclui-se que a incorporação da interseccionalidade na formação em saúde constitui um compromisso ético e político com a equidade, sendo fundamental para a construção de práticas profissionais mais críticas, inclusivas e alinhadas aos princípios dos direitos humanos.

**Descritores:** Interseccionalidade; Gênero e Saúde; Desigualdades em Saúde; Formação em Saúde; Equidade em Saúde.

**Abstract:** The training of health professionals, historically based on universalist models, has shown limitations in understanding the inequalities that shape health, illness, and care processes. In this context, the perspective of intersectionality of gender, race, and class emerges as a fundamental theoretical-analytical tool for critically analyzing these dynamics. This study aimed to analyze how social markers of difference influence health education, with emphasis on subject constitution and implications for professional practice. This is a theoretical-reflective study based on a critical analysis of scientific literature. The findings indicate that the lack of an intersectional approach in academic curricula contributes to the reproduction of care practices that disregard individuals' specificities, reinforcing structural inequalities. Gender, race, and class operate in an interconnected way, producing differentiated experiences of vulnerability and access to health services. Furthermore, the centrality

of the body as a territory of experiences and inequalities is highlighted, showing that individuals in training are shaped by power relations that impact their trajectories. It is concluded that incorporating intersectionality into health education represents an ethical and political commitment to equity, being essential for the development of more critical, inclusive, and human rights-oriented professional practices.

**Keywords:** Intersectionality; Gender and Health; Health Inequalities; Health Education; Health Equity.

## INTRODUÇÃO

A formação de profissionais de saúde tem sido historicamente estruturada a partir de modelos que privilegiam uma visão universalizante do sujeito, frequentemente desconsiderando as múltiplas dimensões sociais que atravessam os corpos e as experiências humanas. Nesse contexto, a compreensão dos processos de saúde, doença e cuidado tende a ser reduzida a aspectos biomédicos, invisibilizando marcadores sociais fundamentais como gênero, raça e classe, que desempenham papel central na produção das desigualdades em saúde. Conforme apontam Macedo e Medeiros (2025), os marcadores sociais da diferença constituem elementos estruturantes das relações sociais, influenciando diretamente as formas de adoecimento, acesso aos serviços e qualidade do cuidado ofertado.

A perspectiva interseccional emerge, nesse cenário, como uma ferramenta teórico-analítica fundamental para compreender como esses marcadores não atuam de forma isolada, mas sim de maneira articulada, produzindo experiências específicas de vulnerabilidade e privilégio. O conceito de interseccionalidade, inicialmente formulado por Kimberlé Crenshaw, permite analisar como sistemas de opressão — como racismo, sexismo e desigualdade de classe — se entrecruzam, gerando formas complexas de exclusão social. Estudos recentes reforçam que a análise fragmentada desses marcadores limita a compreensão das desigualdades, sendo necessário adotar abordagens que considerem sua

interdependência (VIEIRA; SOUZA, 2026).

No campo da saúde coletiva, essa discussão ganha ainda mais relevância, uma vez que os processos de cuidado estão intrinsecamente relacionados às condições sociais, econômicas e culturais dos indivíduos. A Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), configura-se como um espaço privilegiado para a identificação dessas desigualdades, embora também reproduza, em muitos casos, as mesmas estruturas que as sustentam. Conforme evidenciado por Vieira e Souza (2026), mulheres negras, populações indígenas e grupos socialmente vulnerabilizados enfrentam barreiras institucionais e simbólicas que comprometem o acesso, o acolhimento e a continuidade do cuidado.

Além disso, a formação em saúde ainda apresenta lacunas significativas no que se refere à incorporação da interseccionalidade nos currículos acadêmicos. Estudos demonstram que a maioria dos cursos de graduação na área da saúde não contempla de forma sistemática discussões sobre gênero, raça e classe, limitando a formação de profissionais capazes de compreender e atuar sobre essas desigualdades. Pesquisa realizada na Universidade Federal da Bahia evidenciou que apenas uma pequena parcela das disciplinas aborda diretamente esses marcadores, indicando a necessidade urgente de revisão curricular (VERAS et al., 2025).

Essa ausência de abordagem interseccional na formação profissional contribui para a reprodução de práticas assistenciais que desconsideram as especificidades dos sujeitos, reforçando desigualdades históricas e comprometendo a efetividade das intervenções em saúde. Nesse sentido, torna-se fundamental compreender que os corpos que educam e os corpos que são educados não são neutros, mas atravessados por relações de poder que influenciam tanto o processo formativo quanto a prática profissional.

No âmbito da formação docente, essa realidade também se manifesta de forma expressiva. A literatura aponta que a profissão docente, especialmente quando exercida por mulheres, é marcada por processos de precarização, sobrecarga e adoecimento, fortemente influenciados por marcadores interseccionais. Diniz e Lopes (2022) evidenciam que mulheres, especialmente negras e pertencentes

a classes sociais vulneráveis, são as mais afetadas por condições de trabalho desfavoráveis, o que impacta diretamente sua saúde física e mental.

Adicionalmente, a análise interseccional permite compreender que os processos de formação e atuação profissional estão inseridos em contextos históricos e sociais marcados pela colonialidade, pelo patriarcado e pelo capitalismo, que estruturam relações de poder desiguais. Conforme discutido por López, Tertuliano e Rodrigues (2021), a interseccionalidade possibilita compreender tanto as dimensões macroestruturais das desigualdades quanto as experiências subjetivas dos indivíduos, articulando diferentes níveis de análise e contribuindo para a construção de práticas críticas e transformadoras.

Nesse sentido, o corpo assume centralidade na análise, sendo compreendido não apenas como objeto biológico, mas como território de experiências, resistências e desigualdades. A ideia de que existem “corpos que educam” e “corpos que sofrem” reflete a compreensão de que os sujeitos envolvidos no processo formativo estão atravessados por marcadores sociais que influenciam suas trajetórias, oportunidades e condições de existência. Essa perspectiva é reforçada por estudos que evidenciam como contextos de crise, como a pandemia de COVID-19, intensificaram desigualdades já existentes, afetando de maneira desproporcional populações vulnerabilizadas (PAIVA, 2025).

Além disso, a interseccionalidade também pode ser compreendida como uma lente analítica capaz de revelar dinâmicas de exclusão e resistência em diferentes contextos sociais, incluindo o espaço urbano, o ambiente digital e os sistemas educacionais. Leite e Viegas (2025) destacam que as relações de gênero, raça e classe moldam não apenas as experiências individuais, mas também a organização dos espaços e das práticas sociais, reforçando desigualdades e, ao mesmo tempo, possibilitando formas de resistência e transformação.

Dessa forma, a incorporação da perspectiva interseccional na formação em saúde e educação torna-se imprescindível para a construção de práticas mais equitativas, críticas e comprometidas com a justiça social. Trata-se de reconhecer que a formação profissional não pode ser dissociada das condições sociais que atravessam os sujeitos, sendo necessário promover uma educação que considere

a diversidade, a pluralidade e as desigualdades como elementos constitutivos do processo formativo.

Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar a interseccionalidade de gênero, raça e classe na formação em saúde, com ênfase na compreensão dos impactos desses marcadores sobre os processos educativos e sobre a produção do cuidado, buscando contribuir para o fortalecimento de práticas formativas mais inclusivas, críticas e alinhadas aos princípios da equidade e dos direitos humanos.

## DESENVOLVIMENTO

A compreensão da formação em saúde a partir da interseccionalidade de gênero, raça e classe exige o deslocamento de perspectivas tradicionais que tratam os sujeitos como universais, neutros e homogêneos. Tal deslocamento é necessário porque os processos formativos, assim como os processos de cuidado, não ocorrem em vazio social, mas em contextos estruturados por relações de poder historicamente constituídas. Nesse sentido, Macedo e Medeiros (2025) argumentam que os marcadores sociais da diferença não devem ser compreendidos como atributos isolados ou meramente descritivos dos sujeitos, mas como categorias histórico-políticas que produzem desigualdades concretas nas trajetórias de vida, nos processos de adoecimento e nas experiências de cuidado. Assim, pensar a formação em saúde implica reconhecer que os corpos que aprendem, ensinam e cuidam são atravessados por relações assimétricas que definem quem é visto como legítimo, quem é escutado, quem é silenciado e quem é vulnerabilizado no interior das instituições educacionais e dos serviços de saúde.

Nessa direção, a interseccionalidade oferece uma chave analítica robusta para compreender como gênero, raça e classe não operam de forma paralela, mas entrecruzada, produzindo experiências específicas de opressão e também de resistência. López, Tertuliano e Rodrigues (2021) destacam que essa perspectiva permite articular o nível macro das estruturas sociais com o nível micro das experiências localizadas, evidenciando que as desigualdades não são apenas estatísticas ou

institucionais, mas também corporificadas e subjetivadas. Isso significa reconhecer que o corpo é uma superfície de inscrição de normas, hierarquias e violências, mas também um lugar de memória, agência e elaboração crítica. Na formação em saúde, tal reconhecimento é central, pois a própria produção do conhecimento ocorre por meio de corpos situados, com histórias, pertencimentos e experiências que interferem no modo como se aprende, se ensina e se cuida.

Ao se considerar o campo da saúde coletiva, esse debate torna-se ainda mais relevante, pois a noção de determinação social da saúde já havia deslocado a causalidade do adoecimento para além do biológico, chamando atenção para trabalho, renda, moradia, escolaridade e condições de vida. Contudo, como argumentam Macedo e Medeiros (2025), essa leitura, embora fundamental, mostrou-se historicamente insuficiente quando centrada predominantemente nas desigualdades econômicas, sem incorporar com a devida densidade os efeitos articulados de raça, gênero, sexualidade e geração. A análise interseccional complexifica esse entendimento ao demonstrar que a vulnerabilização em saúde não é resultado de um único eixo de desigualdade, mas da sobreposição dinâmica de múltiplas estruturas de dominação. Desse modo, não basta reconhecer que determinado grupo é pobre ou tem pouco acesso a serviços; é preciso compreender como o racismo estrutural, o sexismo, a cisheteronormatividade e a hierarquização de classe reorganizam continuamente as possibilidades de acesso, acolhimento e permanência nos sistemas de saúde e educação.

No âmbito específico da Atenção Primária à Saúde, Vieira e Souza (2026) demonstram que as desigualdades interseccionais se expressam tanto nas barreiras de acesso quanto na qualidade do cuidado oferecido, atingindo de forma mais intensa mulheres negras, populações indígenas e sujeitos LGBTQIA+. Tais grupos enfrentam obstáculos que não se limitam à disponibilidade material dos serviços, mas incluem também processos de deslegitimação simbólica, racismo institucional, inadequação cultural das práticas e falhas na coordenação do cuidado. Quando essa realidade é transposta para o plano formativo, torna-se evidente que profissionais não preparados para reconhecer essas dinâmicas tendem a reproduzir práticas discriminatórias, mesmo quando orientadas por discursos universalistas. Assim, a ausência de uma formação interseccional não constitui mera lacuna

teórica, mas um fator concreto de reprodução de iniquidades.

Essa constatação se torna ainda mais grave quando se observa que os currículos da saúde, em grande parte, ainda não incorporaram de forma sistemática os debates sobre gênero, raça e classe. Veras et al. (2025), ao analisarem cursos da área de saúde da Universidade Federal da Bahia, identificaram que apenas 3,4% das ementas obrigatórias mencionavam diretamente esses marcadores sociais. O dado é particularmente significativo porque revela não apenas ausência quantitativa, mas um padrão de silenciamento curricular. Em outras palavras, as estruturas que organizam o conhecimento em saúde continuam operando sob uma lógica de neutralidade que invisibiliza os determinantes sociais mais diretamente relacionados às desigualdades de vida e morte no Brasil. Quando os currículos não problematizam gênero, raça e classe como constitutivos dos processos saúde-doença-cuidado, formam-se profissionais tecnicamente treinados, porém politicamente limitados para compreender a complexidade dos sujeitos e dos territórios em que irão atuar.

Além do currículo formal, a própria experiência institucional da formação é atravessada por assimetrias interseccionais. Diniz e Lopes (2022), ao analisarem a formação inicial de professoras, evidenciam que a profissão docente, marcadamente feminizada e precarizada, reproduz hierarquias de valorização que atingem com maior intensidade as mulheres negras e as mulheres oriundas de classes populares. Embora o foco do estudo seja a docência, suas conclusões iluminam o debate sobre a formação em saúde ao demonstrar que os espaços formativos não são neutros nem iguais para todos. Ao contrário, são ambientes em que se acumulam exigências de desempenho, sobrecarga emocional, desvalorização simbólica e diferentes possibilidades de permanência e reconhecimento. Quando se pensa na formação em saúde, isso significa admitir que nem todos os estudantes e docentes percorrem o mesmo trajeto institucional sob iguais condições. Corpos racializados, femininos, pobres e dissidentes de normas hegemônicas carregam maiores custos psíquicos, afetivos e materiais para permanecer, aprender e se afirmar nesses espaços.

A centralidade do corpo nesse debate é incontornável. O título “corpos que educam, corpos que sofrem” remete precisamente à ideia de que os sujeitos da formação não podem ser reduzidos

a posições abstratas. São corpos que sentem, carregam estigmas, acumulam cansaços, suportam violências, mas também produzem conhecimento e resistência. A pandemia de COVID-19 escancarou essa realidade ao demonstrar que os efeitos da crise sanitária não foram democráticos. Paiva (2025), ao discutir “a cruel pedagogia do vírus”, evidencia como a necropolítica atravessou os corpos de forma desigual, aprofundando vulnerabilidades marcadas por classe, raça e gênero e tornando ainda mais explícita a necessidade de uma leitura interseccional dos fenômenos sociais e educacionais. Essa discussão é extremamente fecunda para a formação em saúde, pois mostra que não é possível educar para o cuidado sem compreender como certos corpos são historicamente tornados mais expostos ao sofrimento, à negligência e à morte.

Esse aspecto ganha densidade quando se considera que a interseccionalidade não é apenas uma ferramenta diagnóstica, mas também uma forma de investigação e práxis críticas. López, Tertuliano e Rodrigues (2021) ressaltam que a perspectiva interseccional permite aproximar academia, movimentos sociais, políticas públicas e coletivos em torno da produção de equidade em saúde. Isso significa que uma formação em saúde comprometida com a justiça social não pode restringir-se à transmissão de conteúdos sobre diversidade ou vulnerabilidade; ela precisa produzir deslocamentos epistemológicos e ético-políticos. Em vez de tratar gênero, raça e classe como “temas complementares”, é necessário reconhecê-los como dimensões centrais para a leitura crítica do cuidado, da gestão, da clínica e da educação em saúde.

A esse respeito, Macedo e Medeiros (2025) são enfáticas ao defender que os diálogos entre marcadores sociais da diferença, interseccionalidade e saúde coletiva são necessários para o ensino em saúde, sobretudo porque possibilitam uma formação mais comprometida com a equidade, a diversidade e os direitos humanos. Tal compromisso implica revisitar metodologias, conteúdos, práticas avaliativas e relações pedagógicas. Não se trata apenas de inserir novas disciplinas ou tópicos, mas de transformar a própria racionalidade da formação. Uma pedagogia interseccional em saúde precisa considerar os saberes subalternizados, valorizar experiências localizadas, problematizar a produção histórica das desigualdades e criar condições para que estudantes e docentes reconheçam

seus próprios lugares de fala e de privilégio. Sem isso, o risco é a institucionalização de um discurso inclusivo apenas no plano formal, enquanto permanecem intocados os mecanismos cotidianos de exclusão.

Outro aspecto importante é que a interseccionalidade permite compreender não apenas vulnerabilidades, mas também formas de resistência, reexistência e produção de conhecimento situadas. Leite e Viegas (2025), ao mobilizarem essa lente no diálogo com o espaço urbano e o digital, mostram que as experiências de mulheres pobres e racializadas não podem ser compreendidas unicamente pela chave da exclusão, pois também produzem práticas contra-hegemônicas e modos de presença que tensionam as estruturas de poder. Trazendo essa reflexão para o campo da formação em saúde, é possível afirmar que sujeitos historicamente marginalizados não apenas sofrem a violência institucional, mas também transformam o espaço formativo com suas presenças, narrativas e disputas. Assim, uma formação interseccional não é apenas aquela que “inclui” determinados grupos, mas aquela que reconhece nesses grupos potência epistêmica e política para reconfigurar o próprio campo da saúde.

Por fim, o aprofundamento da interseccionalidade de gênero, raça e classe na formação em saúde demanda reconhecer que a equidade não será alcançada por mera universalização abstrata. Vieira e Souza (2026) reforçam que a superação das iniquidades exige políticas orientadas por abordagem interseccional, formação antirracista e mecanismos institucionais capazes de incorporar indicadores e práticas comprometidas com justiça social. Em termos formativos, isso significa que os cursos da área da saúde precisam revisar urgentemente suas matrizes curriculares, seus referenciais de ensino, suas práticas institucionais e seus modos de produzir cuidado. Somente assim será possível avançar para uma formação realmente sensível à diversidade dos corpos, à pluralidade das experiências e às desigualdades que atravessam o viver, o adoecer e o cuidar no Brasil.

## CONCLUSÃO

A análise da formação em saúde a partir da interseccionalidade de gênero, raça e classe evidencia que os processos educativos não podem ser compreendidos como neutros, universais ou desvinculados das estruturas sociais que produzem desigualdades. Ao longo deste estudo, foi possível demonstrar que os corpos que educam e os corpos que são educados estão profundamente atravessados por relações de poder historicamente construídas, que influenciam tanto as trajetórias formativas quanto as práticas de cuidado. Nesse sentido, a formação em saúde, quando desprovida de uma abordagem interseccional, tende a reproduzir padrões de invisibilização, exclusão e desigualdade, limitando sua capacidade de responder às demandas reais da população.

Os achados evidenciam que a ausência de discussão sistemática sobre os marcadores sociais da diferença nos currículos acadêmicos constitui uma das principais fragilidades na formação profissional. Conforme demonstrado por Veras et al. (2025), a baixa presença de conteúdos relacionados a gênero, raça e classe nos cursos da área da saúde revela um padrão de silenciamento que compromete a formação crítica dos profissionais. Tal lacuna não apenas restringe a compreensão dos determinantes sociais da saúde, mas também favorece a reprodução de práticas assistenciais que desconsideram as especificidades dos sujeitos, reforçando desigualdades já existentes.

Além disso, a perspectiva interseccional permite compreender que as desigualdades em saúde não resultam de fatores isolados, mas da articulação dinâmica entre diferentes eixos de opressão. Vieira e Souza (2026) destacam que gênero, raça e classe operam de forma interdependente, produzindo vulnerabilidades específicas que impactam o acesso, o acolhimento e a qualidade do cuidado. Dessa forma, a formação em saúde precisa ser capaz de reconhecer essas interseções, incorporando uma leitura ampliada e crítica dos processos de saúde-doença-cuidado.

Outro aspecto fundamental refere-se à centralidade do corpo como território de experiências e desigualdades. A noção de “corpos que educam” e “corpos que sofrem” evidencia que os sujeitos envolvidos no processo formativo não são abstratos, mas concretos, situados e atravessados por

múltiplas determinações sociais. Nesse contexto, Macedo e Medeiros (2025) reforçam que os marcadores sociais da diferença constituem dimensões fundamentais para compreender como se produzem as desigualdades em saúde, exigindo abordagens que integrem saberes das ciências sociais e da saúde coletiva.

Adicionalmente, a pandemia de COVID-19 intensificou e tornou visíveis desigualdades já existentes, evidenciando que determinados grupos sociais foram mais expostos ao sofrimento, à precarização e à morte. Paiva (2025) demonstra que os impactos da crise sanitária foram profundamente marcados por desigualdades interseccionais, reforçando a necessidade de uma formação que prepare os profissionais para lidar com contextos complexos e desiguais. Esse cenário evidencia que a formação em saúde não pode se restringir ao domínio técnico, devendo incluir dimensões éticas, políticas e sociais.

Nesse sentido, a incorporação da interseccionalidade na formação em saúde deve ser compreendida como um compromisso ético e político com a equidade, a diversidade e os direitos humanos. Isso implica não apenas a inclusão de conteúdos específicos nos currículos, mas a transformação das práticas pedagógicas, das relações institucionais e dos modos de produção do conhecimento. Trata-se de construir uma formação que reconheça a pluralidade dos sujeitos, valorize saberes diversos e promova a justiça social como princípio orientador.

Por fim, conclui-se que a interseccionalidade de gênero, raça e classe constitui uma dimensão indispensável para a reconfiguração da formação em saúde no Brasil. Superar as desigualdades que atravessam os processos educativos e assistenciais exige mudanças estruturais, que envolvam revisão curricular, formação docente crítica, fortalecimento de políticas públicas e compromisso institucional com a equidade. Assim, formar profissionais sensíveis às diferenças e comprometidos com a transformação social não é apenas um desafio acadêmico, mas uma necessidade urgente para a construção de sistemas de saúde mais justos, inclusivos e efetivamente universais.

## REFERÊNCIAS

DINIZ, Margareth; LOPES, Leandro de Proença. A formação inicial de professoras marcada pela interseccionalidade e o impacto na saúde física e mental das docentes. *Formação Docente*, Belo Horizonte, v. 14, n. 31, p. 45-60, 2022. DOI: 10.31639/rbfp.v14i31.656.

LEITE, Gabriella Fontes; VIEGAS, Sílvia Leiria. A interseccionalidade como lente para o diálogo com o espaço urbano e o digital: leituras sobre gênero, raça e classe no eixo Sul-Sudeste brasileiro. *Cidades, Comunidades e Territórios*, n. 49, p. 80-96, 2025. DOI: 10.15847/cct.38306.

LÓPEZ, Laura Cecilia; TERTULIANO, Fernanda; RODRIGUES, Rafael. Interseccionalidade: teoria e método de pesquisa. *Revista Brasileira de Sociologia*, v. 9, n. 21, p. 1-20, 2021.

MACEDO, Renata Mourão; MEDEIROS, Thamires Monteiro de. Marcadores sociais da diferença, interseccionalidade e saúde coletiva: diálogos necessários para o ensino em saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 144, e9507, 2025. DOI: 10.1590/2358-289820251449507P.

PAIVA, Larissa Nunes. A cruel pedagogia do vírus: a necropolítica que transpassa os corpos, estudos sobre classe, raça, gênero e interseccionalidades no Brasil (2020-2023). *Revista Educação, Cultura e Sociedade*, v. 15, n. 1, 2025. DOI: 10.30681/ecs.v15i1.12585.

VERAS, Renata Meira et al. Interseccionalidade gênero-raça-classe na formação de profissionais de saúde na UFBA, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 30, e02132025, 2025. DOI: 10.1590/1413-81232025305.02132025.

VIEIRA, Ana Paula; SOUZA, Ricardo. Interseccionalidade e desigualdades em saúde: desafios para a formação profissional. *Revista de Saúde Coletiva*, v. 35, n. 2, p. 1-12, 2026.