

"Quem não se movimenta,
não sente as correntes que o prendem"
Rosa Luxemburgo

Cartilha sobre Opressões

DENEM 2013

Coordenação de Cultura

DENEM

DIREÇÃO EXECUTIVA NACIONAL DOS ESTUDANTES DE MEDICINA

INTERTEXTO

*Primeiro levaram os negros
Mas não me importei com isso
Eu não era negro*

*Em seguida levaram alguns
operários
Mas não me importei com isso
Eu também não era operário*

*Depois prenderam os miseráveis
Mas não me importei com isso
Porque eu não sou miserável*

*Depois agarraram uns
desempregados
Mas como tenho meu emprego
Também não me importei*

*Agora estão me levando
Mas já é tarde.
Como eu não me importei com
ninguém
Ninguém se importa comigo.*

Bertold Brecht

INTRODUÇÃO

“Triste época! É mais fácil desintegrar um átomo do que um preconceito”

Albert Einstein.

E essa época (infelizmente) ainda não acabou. Os seres humanos, cheios de sua diversidade étnico-cultural-sexual-moral, ainda hoje não consegue conviver em comum acordo de respeito entre pares. Tal dificuldade advém de uma época em que @s negr@s foram escrav@s, @s homossexuais tinham as genitálias laceradas ou cortadas, as mulheres eram simplesmente servas dos homens – tanto nos afazeres domésticos quanto na relação sexual -, a universidade era regida por uma hierarquia de doutrina entre o mais velho e o mais novo, de forma que o este era fadado a obedecer sem questionar.

Tudo isso ainda é bem presente. Mesmo com o avanço na luta por direitos equânimes para tod@s, independente das diversas características aqui já levantadas, a sociedade contemporânea vive hoje uma repetição de padrões passada de geração a geração, sem questionamento ou tentativa de mudanças pela maioria, a parte que não se afeta.

E é por esse motivo que resolvemos escrever essa cartilha, com a finalidade de criar em quem está lendo um motivo para questionar o que é imposto, levantar críticas sobre o modelo de sociedade que só sobrevive se alguém está sofrendo e criarmos sugestões para um convívio de mútuo respeito entre tod@s.

Saudações Estudantis!

É POSSÍVEL SER LIVRE A PARTIR DA LUTA!

ÍNDICE

TOTALITARISMO NA UNIVERSIDADE

Felipe Scalisa - Página 5

A QUESTÃO LGBT - HISTÓRIA E CONQUISTAS

Karina Eid - Felipe Medeiros - Igor Frederico - Página 9

LEGALIZAR PARA AVANÇAR

Karina Eid - Érica Clarissa Lima

FEMININO, FEMINISMO E O LUGAR DA MULHER

NO MUNDO

Marina Pikman - Página 20

EXISTE OPRESSÃO RACIAL NO BRASIL?

Maianne Fernandes - COES 2013 - Página 22

TOTALITARISMO NA UNIVERSIDADE

Felipe Scalisa

O objetivo desse texto é tentar entender e explicar um pouco do processo pelo qual o ingresso passa ao entrar na Universidade, as ideologias que lhe são impostas e o mecanismo pelo qual elas se reproduzem.

Em geral, ao ingressar na universidade, o indivíduo passa por uma série de rituais de inclusão, cuja função é imputá-lo como membro daquele grupo. Há uma lógica ufanista de recepção em que o enaltecimento institucional é inevitável. Considera-se que, após o vestibular, o sujeito está numa “nova etapa” de conquista e comemoração, e isso serve de argumento para que ele dispa-se de seu passado e mergulhe vorazmente

no novo meio social que o acompanhará longitudinalmente. Há uma conseguinte violência moral mediante a qual o sujeito deixa-se caricaturar, sujar, embeber e, de certa forma, humilhar sob a lógica de permissividade. Há gritos de guerra a serem memorizados e repetidos e que são loquazmente emitidos pela maioria dos novos ingressantes. Isso tudo ocorre sem qualquer sinal significativo de

questionamento, sendo estatisticamente comprovado que o trote universitário e o assédio moral não estão nas pautas de discussão da maioria das universidades, mesmo ocorrendo sistematicamente em todos os anos. (8) Essa seria uma evidência de que ocorre uma aceitação do assédio. As atitudes que deveriam ser vistas como extremas passam a ser trivializadas no ambiente universitário.

Ao passar pelo vestibular, o indivíduo, por mais conhecimento que tenha adquirido, desconhece o significado de um grupo político e está sob as mesmas condições conjunturais de alienação política que as massas das ruas. Sua concepção superficial de negócios públicos faz com que ele esteja suscetível a não ter propostas concretas ao ingressar na

universidade, ficando à mercê das aglomerações. E, como não tem vínculos com a vida política paralela ao ambiente acadêmico, torna-se fácil aceitar a própria universidade como uma causa de luta e assunção plausível, não percebendo seus graus de futilidade.

Ainda nesse sentido, o grupo de calouros, ao ingressar na universidade e ao ser imputado como mais um membro de um grupo total e unificado que não leva em consideração as singularidades de seus constituintes, perde suas idiossincrasias externas e suas condições individuais. Em suas devidas proporções, esse é o colapso das classes que ocorre dentro da

universidade, tratando todos os calouros como uma coisa só. Ao mesmo tempo em que decorre essa bizarra uniformização, o ser mantém as características internas atávicas, mesmo que elas não assumam relevância para a existência do local. As peculiaridades opinativas são menosprezadas

“Nas condições do regime totalitário, a categoria dos suspeitos compreende toda a população; todo pensamento que se desvia da linha oficial prescrita e permanentemente imutável já é suspeito, não importa o campo da atividade humana em que ocorra. Simplesmente em virtude de sua capacidade de pensar, os seres humanos são suspeitos por definição, e esta suspeita não pode ser evitada pela conduta exemplar, pois a capacidade humana de pensar é também a capacidade de mudar de idéia.”

Arendt, Hannah. As origens do totalitarismo, p. 187

pelo grande grupo pré-existente que alega querer manter o status quo. Dessa maneira, há espaço para subjetivamente ocorrer a perda do auto-valor e a sensação de dispensabilidade intelectual para a formação do grupo. Necessariamente o calouro não colabora em nada para a construção da universidade, colocando-se em cheque o conhecimento dele sobre o funcionamento e sobre a tradição local. Quando perguntada sua opinião, é sempre para auxiliar na construção já pré-formada, nunca para desconstruir e refazer – o que seria considerado inclusive absurdo. O auto-desprezo e a insegurança cognitiva são inescapáveis nesse momento.

Inclusive, há uma correlação entre a reminiscência da expropriação dos objetivos existenciais dos

alunos intensificada pela lógica do vestibular e a alta competitividade entre as universidades em si e o consequente ufanismo institucional com que ela reage. Pode-se averiguar que a atuação de “melhoramento” das faculdades está muito mais voltada para a superação da concorrência universitária e dos rankings mundiais do que para o vislumbre de sua própria essência, construção e finalidade em si como local de formação humana. Nesse sentido, tanto os alunos quanto a universidade apresentam o fenômeno da perda de autonomia da ação e, ao se considerar o necessário diálogo construcional que ocorre entre aluno e universidade, pode-se inferir um sutil e pernicioso ciclo de manutenção da expropriação de objetivos existenciais e de valorização do externo: os estudantes que formam a universidade possuem grande expropriação devido à sua formação pelo vestibular; a universidade constituída por esses estudantes consequentemente se insere materialmente numa valorização do externo e entra numa lógica de competitividade, adquirindo reivindicações ufanistas e auto-enaltecidas; essa imagem de enaltecimento é repassada para os novos estudantes suscetíveis a esse modelo – devido à sua expropriação intrínseca – e intensifica a valorização do externo, a qual, no fim, é delegada à própria instituição; esse novo estudante, futuramente, auxiliará na formação local com seus objetivos “expropriados” e delegados à instituição, mantendo a preservação do valor local e reincidindo sobre a competitividade; há a alimentação da circunstância da universidade e sua atuação sobre os novos alunos, fazendo o ciclo recomeçar.

A adesão às massas não surge a partir de uma liberdade absoluta. Há uma pressão psicológica em que o sujeito, vendo-se vulnerável, prefere garantir poder e se sentir respaldado existencialmente pertencendo ao grupo majoritário a prescindir da participação por alguma espécie de orgulho. Para o recém-ingresso na universidade, o grau intrínseco de isolamento em que ele se encontra é tão grande que o desejo de pertencimento acaba se tornando um imperativo ainda mais brutal. Durkheim trabalha a socialização do ser humano a partir de dois sentimentos: o de solidariedade mecânica, característica de sociedades primitivas em que o ser nasce num aldeamento e necessariamente se adapta a ele; e o da solidariedade orgânica, na qual há um maior senso de individualidade e liberdade de transição entre grupos cujos vínculos não são eternos, o que é mais característico das sociedades modernas. Para a universidade, entretanto, a socialização do ponto de vista do calouro aproxima-

se mais da solidariedade mecânica, pois a inserção ocorre sob ímpeto sócio-cultural num grupo pré-existente sem o conhecer suficientemente para discernir seus vínculos reais. Isso corrobora a ideia de um isolamento num ambiente desconhecido que elimina as alternativas de não participar do grupo pré-existente. A partir dessa insegurança, o auto-abandono em direção à massa ocorre muito mais facilmente até do que o próprio movimento das ruas. É a busca por poder e por fornecimento de sentido para a própria existência dentro do local.

São diversos fenômenos que no fim sugerem a suscetibilidade do indivíduo para abdicar do próprio juízo. A contradição entre auto-dispensabilidade e amor-próprio, colocada ao lado da imensa valorização que o sujeito delega ao grupo da universidade, tanto por fatores pessoais internos quanto externos, propiciam que o sujeito ignore sua racionalidade e extreme suas ações na busca por prestígio local. Assim, torna-se leviano que o sujeito fragilize suas bases morais para promover uma relativização de princípios e obter um menor incômodo em suas ações. É nesse sentido que os calouros aceitam tão facilmente os assédios e as violências dos trotes e bullyings copiosamente executados sobre eles. A banalização do mal acaba sendo tamanha que o sujeito adquire os novos valores a ponto de reproduzi-los nos anos posteriores sobre os futuros ingressos. São ações executadas sob a ideologia de superioridade institucional e de manutenção do status quo, os quais se colocam acima dos próprios membros; ou melhor, unem-se a cada um deles para se sobreponem às pessoas de fora, constituindo a massa competitiva.

Mediante tais constatações, podemos inferir que os locais com predomínio de cada uma dessas características obterão maiores traços de totalitarismo e, por conseguinte, de seus sintomas, como o movimento de massa e a banalização do mal. Assim, faculdades com um vestibular mais acirrado e concorrido (fato que decorre do curso fornecido e de algum renome mantido historicamente pela instituição) tendem a ser constituídas por pessoas com maior perda de autonomia da ação, proporcionalmente há maior valorização do externo, perspectiva de interferência do outro, competitividade local e enaltecimento institucional, os quais propiciam à formação mais intensa de movimentos de massa. São locais que se tornam mais refratários a críticas e modificações, sofrendo de intenso apelo a tradições e à perda de juízo crítico de seus membros. Muitos dos calouros nesses locais delegam também maior prestígio a seus veteranos, o

que facilita a relativização de princípios em prol das novas informações fornecidas a eles pelos valorizados emissores e que se sustentam num enorme valor dedicado à instituição em si. É uma imensa fonte de abdicação de juízo crítico e de imersão inadvertida na massa, o que configura, portanto, uma inquestionável fonte de banalização do mal.

Conforme as mesmas características, podemos também ver a diferença de comportamento, dos mais e menos totalitários, entre as instituições da própria faculdade. As atléticas, provavelmente formadas e atraídas por boa parte das pessoas com maior grau de alienação política antes da universidade e, portanto, mais suscetíveis à influência psicológica da lógica do vestibular, como a expropriação de objetivos existenciais, acabam sendo locais de mais intensa perda da autonomia da ação (o discurso não é praticar esporte pelo esporte e por seus indivíduos em si, mas o praticar pelo grupo, para vencer, pelo valor da instituição). Desse modo, a valorização do externo e, portanto, da influência do outro são também maiores, configurando às atléticas seu intenso estado de competitividade (tanto que a perda da autonomia da ação do esporte se põe em geral a fim das competições). A manutenção do status quo das atléticas torna-se um imperativo tão imenso que o coloca corriqueiramente acima do bem estar dos seus membros e das pessoas de fora. Pode-se remeter isso aos treinos excessivos e a refratariedade das atléticas frente a greves caso ela prejudique a rotina e a possibilidade de vencer. Além disso, a valorização do externo e a conseguinte maior interferência do outro também provocam no ambiente um maior predomínio de estigmas e preconceitos sociais. Os hinos cantados tendem a transmitir frases machistas, homofóbicas e de intensa pejoração. Há também uma forte cobrança e ameaça ao prestígio e imagem de uma pessoa caso ela não cumpra com a proposta local de assiduidade nos treinos e de competição. A inflexibilidade frente ao comportamento do outro é a grande evidência da valorização do externo, pois remete ao prejuízo que a alteração da atuação da pessoa causaria no grupo.

A alienação política da maioria das pessoas que constitui a atlética se evidencia na notória ignorância e negligência frente às causas externas à atlética. Quanto mais poderosa, menos espaço ela assume para assuntos políticos de ordem pública. Sua despolitização intrínseca é uma amostra de como a alienação política e a valorização do externo estão acopladas. Como dito, a partir da alienação política, há maior suscetibilidade de o sujeito ser moldado materialmente, tanto pela lógica do vestibular,

quanto pela própria conformação da atlética. Assim, a falta de política predispõe à maior relevância do outro como ameaça e como emissor de juízo de valor, fazendo com que a uniformidade seja o modelo mais fácil de sociedade, pois pessoas iguais tendem a emitir juízos semelhantes. Nesse sentido, a tendência das atléticas é desconsiderar e desconstruir as pluralidades e costumes alheios. No fim, tanto o sujeito quer moldar o outro e eliminar as suas pluralidades quanto ele tenta se moldar e eliminar a si mesmo. Essa condição acaba configurando a acentuada sensação de dispensabilidade do indivíduo dentro das torcidas e grupos da atlética, pois ele não possui importância para a construção local. Ele deve estar dentro dos moldes, valores e utilidades pré-estabelecidas para ser considerado membro e, a partir de então, passar a moldar os outros. Como analisado, a dispensabilidade é o primeiro passo para a banalização do mal, fato imensamente visto nos ambientes da atlética, nas torcidas e nas competições, pois os sujeitos passam a extremar suas ações e a abdicar de seus juízos a fim de conquistar prestígio social.

São exemplos diversos da banalização do mal existente que se configura na relativização de morais e na abdicação do juízo. O Totalitarismo se mostra presente na maioria das universidades e seus diferentes graus de aparição estão em concordância com os diferentes graus de suas bases, como o enaltecimento local, o acirramento no vestibular, a alienação política, que pode estar presente tanto na cultura das pessoas quando no conhecimento difundido academicamente na instituição, e o isolamento local, que pode acirrar o pertencimento de grupo, como no caso de faculdades distantes dos centros urbanos. As variâncias desses caracteres geram os fenômenos psicológicos específicos para determinar a aparência e o grau do totalitarismo vigente, sendo a percepção da banalização do mal ponto de análise inicial para sua descoberta.

Epílogo

O objetivo desse texto não é estabelecer uma crítica direta às instituições e às universidades em geral, mas compreender o fenômeno social que facilita a existência de trote, assédio, banalização da violência e formação de grupos fechados nesses ambientes. É buscar entender as origens do comportamento humano por meio do pensamento, que é a fonte e essência infinita da verdade e da própria matéria humana. O pensamento é substância de si mesmo que se auto-alimenta e produz as próprias bases de crescimento, tendendo, enfim, ao universal, à

amplitude e ao infinito absoluto. É por meio dele que o ser humano pode compreender-se de novas formas e renovar sua existência. A percepção do totalitarismo é uma revelação das condições em que vivemos e a que estamos suscetíveis. Não o vemos necessariamente como perigoso, mas podemos identificá-lo, ver inclusive seus traços de beleza e feiúra, decidindo seu sabor para nossas afinidades.

Em geral, percebe-se a condição de alienação política perpetrada em nosso meio e que propicia à formação de massas sem sua percepção. A população está despolitizada, sem norte, sem entendimento, sem organização individual e coletiva. As propostas quaisquer acabam sendo facilmente atraentes porque não há recursos críticos sobre elas. Nesse cenário, os ambientes universitários, por trazerem uma uniformização social a partir do vestibular e da condição de solidariedade mecânica dos ingressos, acabam promovendo um colapso das diferenças e a formação da massa absoluta. De maneira dialética, a faculdade se forma a partir de pessoas com extrema expropriação de objetivos existenciais e reincide essa formação com competitividade e enaltecimento, dando oportunidade ideológica de promover a sensação de dispensabilidade psicológica de seus membros e permitindo o extremismo de ações averiguadas nos trotes e no decorrer da universidade em alguns de seus subgrupos.

O ponto-chave é que, ao invés das primeiras semanas de recepção dos calouros serem utilizadas para incentivar suas diferenças e trazer suas pluralidades como fonte de riqueza e debate para dentro da universidade, são utilizadas para massacrar essas diferenças em prol do tradicionalismo e da uniformização do movimento de massa. A real intenção dessas palavras é promover a conscientização de como esse ato recrudesce o totalitarismo institucional. Considerando que o totalitarismo é um fenômeno materializado pela própria condição psicológica de seus sujeitos com suas respectivas formações educacionais e que também retorna, forma e educa os próprios sujeitos, isto é, como é um fenômeno de materialismo dialético, a única maneira de interrompê-lo é por meio da adição de um elemento material a mais capaz de balancear a mente de seus executores e contradizer essa condição psicológica. A conscientização é o caminho contra o ciclo de totalitarismo por intercorrer uma nova fonte capaz de interferir na retroalimentação dialética.

Assim, cabe ressaltar que o pensamento é a única forma de manter o alerta frente aos fenômenos que nos fazem abdicar de nosso juízo e de nosso rigor. As brechas para ações que podem interferir

maleficamente na vida de outras pessoas sem sua notável percepção devem ser evitadas para nosso próprio bem, para nossa própria convivência, efetiva atividade autônoma e liberdade. É o pensamento como fonte de matéria para sua própria formação e sempre elevação, nunca retrocesso, nunca perda do juízo ou auto-anulação. O pensamento consciente é o único capaz de emitir a crítica, de trazer fluidez para as opiniões, o talento de mudar de ideia, e de tornar plural um contingente humano. É o único capaz de fornecer auto-suficiência e facilitar a saciedade existencial. É a fonte de análise sobre o mundo para impedir a banalização do mal e, enfim, evitar que o totalitarismo se torne uma amálgama perniciosa, opressora, isoladora e emburrecedora.

A QUESTÃO LGBT - HISTÓRIA E CONQUISTAS

Karina Eid - Felipe Medeiros - Igor Frederico

A homossexualidade já foi observada em muitas culturas, desde os tempos mais primordiais. Temos relatos de homossexualidade na época do Egito antigo, onde faraós mantinham relações com seus servos, na Grécia antiga, onde as relações entre dois homens eram uma forma de “aprendizado” entre o mais velho e o mais novo, um tipo de amor intelectual. Vários relatos já foram feitos a respeito de relações entre pessoas do mesmo sexo sem que isso fosse considerado pecado pela sociedade da época. Principalmente após a segunda guerra mundial, as discussões em torno do tema se ampliaram e o assunto foi cada vez mais deixando de ser considerado um tabu, mas ainda era difícil se falar da homossexualidade feminina por exemplo, muito pela visão do machismo autoritário.

Avançando no tempo, um dos primeiros acontecimentos de movimento LGBT foi o movimento

de Stonewall em 1969, nos Estados Unidos da América, e que possibilitou uma visibilidade maior a gays e lésbicas. Na época, universidades começaram a abordar a temática em cursos,

aulas e outros espaços. Nos anos seguintes, com a independência de países latino-americanos, o tema LGBT começou a ser mais discutido dentro dos órgãos representativos do povo na medida em que iam sendo criadas as constituições dos países.

Muitos dos países tentaram medicalizar a homossexualidade (o termo antes usado homossexualismo, tratando como doença psíquica), tendo essa classificação de doença mental tendo caído entre várias organizações de saúde, como a Associação Americana de Psiquiatria desde 1973 e no dia 17 de maio de 1990, a Assembleia-geral da Organização Mundial de Saúde (sigla OMS) retirou a homossexualidade da sua lista de doenças mentais. Desde então, no dia 17 de maio comemora-se o dia internacional da luta contra a homofobia.

Depois da rebelião de Stonewall, vários grupos começaram a se organizar na América latina, principalmente na Argentina (Grupo Nuestro Mundo – criado como membro do Partido Comunista da Argentina), México (Frente Nacional de Acción Revolucionária) e Porto Rico. O Brasil se ausentou

desse processo devido ao período de Ditadura presente. Mesmo os militares não se colocando visivelmente contrários, era preferível não se mostrar de uma forma contraditória ao sistema.

Somente na década de 80, os partidos políticos de esquerda iniciaram a implementação da pauta LGBT dentro das suas lutas, porém com grande resistência já que o assunto não era visto pertencente somente à classe trabalhadora, mas sim a todas as demais classes e isso poderia gerar conflito de interesses com a burguesia. Com o passar dos anos, os partidos foram ampliando o assunto junto às ‘frentes contra opressões’, envolvendo também a discussão contra o machismo e o racismo, principalmente.

O movimento LGBT no Brasil iniciou-se no final da década de 80, com a formação do grupo Ação pelos direitos Homossexuais, tendo na sua composição integrantes de vários partidos e movimentos sociais

da época.

As principais reivindicações da época eram ligadas à violência sofrida por membros da questão sobre a AIDS - conhecido



© IAFERTE baseado em foto de Zennaro Fraissard.

antigamente como o câncer gay – pautas ainda hoje recorrentes dentro da militância.

Hoje vemos a luta de grupos que defendem pautas LGBT com a questão do casamento entre pessoas do mesmo sexo, adoção de crianças, institucionalização do termo família para pessoas do mesmo sexo quando juntas há certo tempo, e várias outras pautas. Pautas essas mínimas, comparadas à luta por uma mudança na estrutura opressora que a sociedade está organizada hoje e que alimenta a cada dia o preconceito com tal parcela do povo.

A dificuldade que se tem de naturalizar o que é normal se deve em última instância ao modelo socioeconômico ao qual estamos submetidos. O capitalismo vive hoje da massa trabalhadora explorada pela pequena parcela burguesa que detêm os bens de produção e, com eles, as regras do que é considerado correto ou não. Expor pessoas a ridicularizações públicas, violência por estar beijando alguém do mesmo sexo, por estar utilizando seu corpo para alguma forma de expressão, é valioso num sistema em que quanto mais se sofre, mais se lucra e mais se consolida uma

ideologia.

É clara e certa hoje a necessidade de combate à atitudes homofóbicas e preconceituosas, visto que elas nos unem por ideais cada vez maiores, e que quanto mais a discussão avança mais desafios encontraremos para que ela se faça inteligível à todos que a escutam e debatem.

Ainda no âmbito da saúde, temos discussões envolvendo essa questão dentro de políticas de doação de sangue, que impede o homossexual masculino, que mesmo estando em uma união estável e não está contaminado por qualquer doença transmissível, de doar sangue sem que ao menos se façam os testes; o risco de contaminação por DST, com grande foco na AIDS, que tem acometido grande parte da população jovem, seja ela hetero, bi ou homossexual, porém com mais casos nessa última; adoção de crianças e jovens por casais homossexuais devido a preocupações com o futuro psicológico daqueles, alegando possíveis alterações na sexualidade ou distúrbios psiquiátricos por influência familiar. Mostramos aqui que o profissional de saúde não pode e não deve se furtar da discussão dessa pauta!

O preconceito existe até dentro dos que se dizem “não preconceituosos”, e não por culpa da pessoa, mas sim por um modelo internalizado de sociedade em que um homem beijar seu namorado na rua é um grande ataque à família, ou que o beijo entre duas mulheres é visto pelo machismo como uma forma de se ficar com as duas, não dando a oportunidade da expressão de amor entre pessoas do mesmo sexo. O modelo de família monogâmica heteronormativa está O modelo de família monogâmica heteronormativa, base de sustentação de um padrão de relacionamento único e excludente já não consegue mais explicar as diversas formas de se vivenciar a sexualidade e o amor, precisando ser superado há muito tempo.

A questão LGBT-O que a medicina tem a ver com isso? A entrada na faculdade representa um marco bastante importante na vida de qualquer pessoa, principalmente quando se trata de um curso em que a concorrência pelas vagas é enorme e que muitas vezes a chegada a universidade representou um longo caminho percorrido com muitas dificuldades e obstáculos. E esse momento, além de ser de muita felicidade, também é bastante delicado porque o calouro se depara, no curso de medicina mais especificamente, com um ambiente marcado pelo conservadorismo e pela propagação de tradições opressoras, machistas e homofóbicas. Poucas pessoas quando chegam à universidade têm coragem de assumir a sua orientação sexual, se ela for diferente daquela considerada como padrão, e quando o faz

sempre há o medo da reação das outras pessoas e de possíveis represálias. O preconceito, embora hoje não seja tão explícito quanto há alguns anos, existe e se camufla nas intenções aparentemente mais ingênuas. O próprio ambiente das festas e confraternizações na faculdade é, de certa forma, intimidador e os homossexuais são, mesmo que implicitamente, impelidos a esconder a sexualidade diante da possibilidade de serem isolados ou de sofrerem preconceito. Reproduz-se dentro da universidade a mesma lógica social da “tolerância”, ou seja, ele ou ela pode até ser homossexual mas não na minha frente. Praticar livremente a sexualidade é quase uma afronta aos mais conservadores, sob pena de exclusão dos “círculos sociais” que se restringem a faculdade. Além disso, a estigmatização que @s homossexuais sofrem gera desconforto e sofrimento psíquico relevante que pode durar até o fim da graduação, sem considerar as ameaças e agressões que alguns sofrem pelo simples fato de amar pessoas do mesmo sexo.

Dessa forma, a universidade, considerada um ambiente mais “libertário” de produção intelectual reproduz o mesmo preconceito existente na sociedade e acaba negligenciando o sofrimento de quem é discriminado diariamente e não tem como se defender, principalmente sem o apoio dos seus pares e muitas vezes da própria família. Até mesmo dentro do movimento estudantil de medicina esse assunto ainda é pouco debatido e fica restrito a determinados espaços que nem tod@s têm acesso. Ainda assim, dentro da própria a graduação esse e assuntos relacionados à sexualidade tem pequeno ou nenhum espaço dentro do currículo, contribuindo para reafirmar o preconceito e a ignorância sobre o tema.

A SAÚDE E A QUESTÃO LGBT

Essa seção se propõe a discutir, muito sucintamente, é verdade, a delicada realidade sanitária vivida pelos LGBTTI's, com enfoque no SUS. Lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e intersexuais são hoje uma população bastante vulnerável no que tange a sua inserção na rede como um todo, a compreensão que essa rede possui das especificidades na atenção dessas pessoas e a cobertura de serviços prestada tanto pelo SUS quanto pelo sistema privado. Desde a criação da política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, gays, travestis e transexuais pelo Ministério da Saúde, lançado em Dezembro de 2011, que segue as diretrizes do programa Brasil Sem Homofobia, coordenado pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, essas deficiências vêm

sendo atacadas de uma forma mais sistematizada do que vinha sendo feito até então. Pelo menos no papel, temos uma concepção e um compromisso de que o serviço, agora, deva se ater às necessidades particulares dessa população, fortalecendo o compromisso do SUS com a universalidade, a integralidade e equidade.

Esse texto leva em consideração que a opressão se dá de uma forma interseccional, isto é, as inúmeras categorias de diferenciação se somam, sempre que possível, agravando a situação de exclusão social e preconceito para quem se encaixa em mais e mais dessas categorias. Então, é garantido que um homem gay branco e pertencente à classe A sofra muito menos com os efeitos perversos da normatização social que nos é imposta que uma mulher trans*, negra e pertencente a classes menos abastadas. Não é mero acaso, portanto, que o texto trate primeiro daqueles que, dentro dos LGBTTI's, têm menos visibilidade e voz. É uma tentativa de, dando maior visibilidade a esses grupos, contribuir para o seu empoderamento e melhora nas suas condições de enfrentamento.

Por fim, um esclarecimento: o termo heteronormatividade é aqui utilizado em sua acepção mais moderna, que designa a concepção de que existe um alinhamento natural entre o sexo biológico, a identidade de gênero, a orientação sexual e o papel de gênero desempenhado, sendo esse alinhamento percebido como a única expressão possível. Então, a título de exemplo, entende-se, dentro dessa forma de ideação, que em todo indivíduo portador de cariótipo 46,XX é dada como certa a presença de uma vulva, útero e ovário; de que se trata de uma pessoa que se percebe como mulher; de que essa mulher é heterossexual e de que seus parceiros sexuais tenham um pênis e testículos; e de que, por fim, essa mulher apresente padrão comportamental que essa sociedade entenda como feminino.

INTERSEXO

Termo inespecífico utilizado para descrever a condição de variação anatômica sexual e/ou reprodutiva experimentada por alguns indivíduos e que não permite encaixá-los nas visões tradicionais de homem e mulher, justamente pelo fato de nossa sociedade

ser heteronormativa. É importante salientar que o intersexo corresponde a um espectro de variações que incluem tanto a genitália externa quanto a interna, afetando ou não a função hormonal. Muitas vezes, essa condição passa totalmente despercebida ao nascer e, quando notada ainda em vida, pode só ser diagnosticada através de testes clínicos motivados por uma puberdade atípica ou infertilidade, por exemplo. Embora sejam controvertidas, no meio científico, as reais características que uma pessoa deva apresentar para que a consideremos como intersexo, pode-se citar, como exemplo, algumas das condições que podem levar ao diagnóstico de intersexo, bem como alguns números aproximados de prevalência na população geral:

O dado de uma ocorrência a cada 2.000 nascimentos, tradicionalmente apontado como a frequência de nascimentos de intersexos na população, não corresponde à realidade. Ele se refere ao número de casos em que a genitália se mostrava tão atípica que



foi necessário que o médico solicitasse ajuda de uma equipe para designação sexual da criança. Como

nem sempre essa assistência é solicitada, espera-se que o número de intersexos seja mais expressivo.

Entendido esse panorama, que permite retirar um pouco o indivíduo intersexual da invisibilidade, percebendo que essa é uma condição muito mais comum do que pensam muitos, vamos aos motivos que colocam essa população na lista de oprimidos pelo cis-hetero-patriarcado. Essa opressão inclui sobremaneira a lógica perversa de promoção da saúde posta para essa população, altamente influenciada pela heteronormatividade imperante na nossa sociedade.

Essa tradição se inicia nos anos 50, quando uma equipe de especialistas da Universidade Johns Hopkins liderados pelo psicólogo John Money desenvolvem um sistema para guiar os pais no trato com seus filhos intersexo. A idéia central era de que, com a educação corretamente direcionada a uma designação sexual precoce, qualquer intersexo poderia crescer e se tornar um homem/mulher "convicente". Como se o ser homem ou mulher dependesse fundamentalmente da genitália do indivíduo, qualquer criança seria "normal" se passasse pela cirurgia de "normalização" precocemente e se todos realmente acreditassem na designação, de forma a educar a criança segundo os padrões sociais

de homem ou mulher.

Embora a recomendação fosse de que a pessoa fosse avisada de sua condição em idade apropriada, o que se observava na prática, em nome da uma preservação psicossocial frente ao que muitos consideram uma “urgência social” - encaixar a descendência em “padrões socialmente admissíveis” - é que toda a equipe médica escondia da família, a condição de intersexo da criança, na hora e após o parto. Além do paradigma de omissão que se expandia, cirurgias de “normalização” eram rapidamente organizadas e ocorriam sem que os pais soubessem. Mais ainda, endocrinologistas implementavam tratamentos de reposição hormonal sem o consentimento de ninguém, numa tentativa de obter um corpo que se julgasse “sexualmente normal”, acreditando veementemente que essa seria a vontade de todos. Essa prática de mentira, além de constituir forte atitude antiética, é capaz de contribuir tanto para o aumento do estigma com que essa pessoa tenha que lidar se porventura descobrir sua história médica, quanto para aumentar os riscos à saúde dessas pessoas: e se o indivíduo, por exemplo, suspende sua terapia hormonal sem aviso prévio. Quais seriam os riscos? Pior ainda é carregar o sentimento de que sua condição é tão bizarra que sequer o médico teve coragem de revelar isso pra você.

Outro ponto importante a ser analisado é como essa atitude ilógica dialoga com a heteronormatividade: ele trata de modos totalmente diferentes, logo de saída, aqueles que o sistema julga como meninos daqueles que o sistema julga como meninas. Os primeiros têm como foco da cirurgia a criação de um órgão sexual com tamanho e funcionalidade para o ato sexual futuro, enquanto para nas cirurgias da segunda, a principal preocupação está centrada em preservar a fertilidade em detrimento da sensibilidade (claramente um mostra de como o prazer masculino é muito mais levado a sério do que o feminino em nossa sociedade).

O terceiro ponto para reflexão do processo está em perceber o quão subjetivo e arbitrário são os padrões adotados pela equipe de saúde para julgar quando um intersexo seria “melhor designado” como menino ou como menina. Não são raras as vezes em que indivíduos com o que antes era considerado um pênis “pequeno demais”, após um cariótipo que aponte 46,XX, passam automaticamente a ser encarados com portadores de um “clitóris aumentado” e se tornem elegíveis para cirurgias que lhes dão uma vagina. Por outro lado, Clitóris, por sua vez, “grandes demais” são reconstruídos de forma a se parecer com um pênis. O que, paradoxalmente, é considerado,

mesmo pelos médicos, como um problema mais de ordem psicossocial para a pessoa do que de ordem medical ou de saúde, é, quase sempre, tratado com uma cirurgia. Assim, no ato de declarar a genitália como masculina ou feminina, o profissional de saúde tem o poder de criar uma verdade, encarada a partir desse momento como uma realidade natural e que terá de ser carregada pela pessoa para sempre.

Não existem evidências científicas que apontem que crianças que cresçam com genitália ambígua sofram de maior estresse psicológico do que aquelas que passaram pela cirurgia, sendo que os estudos, na realidade, apontam justamente para o contrário: crianças cuja condição é respeitada crescem psicologicamente saudáveis, e isso demonstra que não se justificam que se realizem cirurgias, que são mutilantes, em idade tão precoce e segundo o julgamento de uma pessoa totalmente estranha e que certamente não terá grande participação na vida privada desse pessoa.

Dessa forma, salvo os casos em que a intervenção médica tenha como objetivo preservar a saúde da criança, seja através de terapia hormonal, seja de cirurgias que garantam que suas vias urinárias baixas estejam pérvias e permitam o urinar, essa intervenção não se torna nada mais que uma forma de normatizar e higienizar a sociedade, que sempre se negou a aceitar a diversidade de mentes e corpos.

IDENTIDADE TRANS

Trans*, com asterisco mesmo, é um termo guarda-chuva, que se propõe a incluir todas as denominações que se reivindicam como tal: transexuais, transgênero, travestis, dentre outras, sem incorrer no risco de se dar mais visibilidade a uns que a outros. Assim, a partir de agora, nos referiremos a essa população como somente trans*.

Apesar disso, não significa que ela seja homogênea, com demandas claramente formatadas para todos, e, mesmo a mais conhecida demanda em saúde, o acesso a cirurgia de redesignação sexual, deve ser entendida com bastante cautela, afinal, não são todas as pessoas trans* que a buscam. E mesmo para aquelas que objetivam a cirurgia, muitas outras demandas são colocadas. É importante lembrar que ser trans* é ter uma identidade de gênero (conceito muito mais complexo, que vai além do simples “se ver como homem” ou “se ver como mulher”) diferente daquele que lhe foi designado ao nascer. Para nossa sociedade engessada só há duas possibilidades. Mas a verdade é que existem muitas outras.

Aliás, se há uma característica que possa

agregar toda essa população e sua miríade de demandas é o fato de todas essas demandas só existirem em um contexto de sociedade que nega veementemente a expressão de identidades de gênero que foge a regra heteronormativa. A transfobia, ódio dirigido a essa população e que merece sim um nome especial por consistir em uma forma muito particular de opressão, completamente diferente em contexto e pressupostos daquela sofrida por gays, lésbicas e bissexuais, impõe situações em que não é a expressão sexual da pessoa que é negada (aliás, ser trans* não tem qualquer ligação com orientação sexual, mas sim com a identidade de gênero dessa pessoa), mas a própria vivência interior, o próprio eu da pessoa é tida como ilegítima, como patológica por nossos manuais de psiquiatrias e, diferentemente dos homossexuais cisgênero, como esta vivência interior é estampada na imagem da pessoa (sobretudo para aqueles indivíduos que não tem a chama passibilidade cis – não é percebida como pessoa cisgênero pela população), essa fica muito mais exposta a sofrer violência, inclusive aquela partindo de pessoas desconhecidas.

Exemplificando como a opressão repercute no saúde do soma, pessoas trans*

Não XX e não XY	1 em cada 1.666 nascimentos
Klinefelter (XXY)	1 em cada 1.000 nascimentos
Síndrome da insensibilidade aos andrógenos	1 em cada 13.000 nascimentos
Hiperplasia adrenal congênita clássica	1 em cada 13.000 nascimentos
Agenesia vaginal	1 em cada 6.000 nascimentos
Ovotestes	1 em cada 83.000 nascimentos
Idiopático	1 em 110.000 nascimentos
Disgenesia gonadal completa	1 em cada 150.000 nascimentos
Hipospádia (abertura uretral no períneo ou ao longo do corpo do pênis)	1 em cada 2.000 nascimentos
Hipospádia (abertura uretral entre a coroa do pênis e o meato uretral)	1 em cada 770 nascimentos
Total de pessoas com corpos fora dos padrões masc. ou fem.	1 em cada 100 nascimentos
Pessoas que passam por cirurgias para "normalizar" a genitália	1 ou 2 em cada 1.000 nascimentos

tendem a sofrer mais de doenças do sistema urinário unicamente porque o uso de sanitários em lugares públicos, em seus empregos, em suas faculdades, em um restaurante etc, é uma questão tão problemática para a heteronormatividade que, uma mulher trans*, por exemplo, não consegue usar o sanitário feminino, por que ela é vista como um “homem vestido de mulher” pelas mulheres cisgênero e não consegue usar o sanitário masculino, sendo hostilizada de forma ainda mais brutal por todos os homens cisgênero que estão lá dentro. A situação não é nada diferente para os homens trans*. Assim, sempre tendo que reter urina, podendo, muitas vezes, só se utilizar dos sanitários de sua própria casa, esses indivíduos estão mais expostos a toda sorte de complicações urinárias advindas, em primeira análise, da opressão.

Indivíduos trans* também são vítimas nada sutis do poder normatizador que a psiquiatria desempenha desde muito tempo. Longe de ser

aquela que se preocupa com o bem estar psíquico das pessoas, essa forma de fazer psiquiatria, na verdade, justifica o discurso de ódio a essa população, que, agora, é vista como verdadeiramente doente, tudo endossado por uma pseudocientificidade. Ainda hoje, a identidade trans* é vista como “transtorno de identidade de gênero”, uma doença. Extrapolando, podemos entender que, tendo os recursos necessários, poderíamos, então, curá-la. Para efeito de comparação, esse status a homossexualidade já superou em 1973, quando a APA a retirou de sua lista de distúrbios mentais. Mais interessante ainda é perceber a presunção de um indivíduo que, desconhecendo totalmente a vivência interior de

outro, se impõe, argumentando a favor da uma configuração patológica, deslegitimando todas as experiências, vivências e sentimentos internos desse indivíduo. É uma pessoa que quer apontar para outra quais devem e quais não devem ser suas formas de sentir. A identidade trans* não é incapacitante, não impede a pessoa de estabelecer interação social, não provoca delírios nem a l u c i n a ç õ e s , e, se não fosse pela maneira transfóbica como a sociedade ainda a encara, não seria fonte de sofrimento

para ninguém. Assim, entende-se melhor porque essa população específica tem maiores índices de sofrimento psíquico que a população em geral, não sendo isso relacionado intrinsecamente a condição de pessoa trans*

A prostituição, além da patologização da identidade trans*, é outra questão chave que deve ser atacada para que se atendam as demandas de saúde dessa população. Pessoas de identidade trans*, socialmente muito marginalizadas, acabam, muitas vezes, tendo que recorrer a prostituição para que consigam ter renda, visto que ainda é muito forte a resistência para a contratação profissional dessas pessoas. Ademais, a rua se torna o lugar que viabiliza a convivência social. É na rua que essas pessoas obtêm renda, exercitam sua identidade de gênero, a afetividade, mas é também onde se expõem a violência dos centros urbanos, fazem uso de substâncias psicoativas, se familiarizam com o

uso do silicone industrial e de hormônios, se expõe a contaminação por HIV/AIDS e outras DST's.

Dessa maneira, indo para além do âmbito das pessoas que são profissionais do sexo, valendo, na verdade, para todas as pessoas de identidade trans*, sobretudo as da faixa de menor renda e grau de escolaridade e que tendem a se expor a situações mais arriscadas para atender suas necessidades, para as pessoas trans* existem particulares riscos a saúde ligados, por exemplo, ao silicone, muitas vezes produzido para fins não-cirúrgicos e que é injetado por pessoas leigas sem garantias de esterilidade nenhuma ou o uso de hormônios, muitas vezes indicados pelas conversas informais com outras pessoas, sem nenhum acompanhamento especializado. Assim, o serviço tem que se mostrar preparado, tanto tecnicamente quando do ponto de vista da sensibilidade, para emergências que surgem devido a essa exposição. Mais ainda deve o serviço se reorganizar de modo que as demandas dessa população, que incluem cirurgias de redesignação sexual; cirurgias plásticas para que o corpo atenda as expectativas da mente; acompanhamento endocrinológico requerida em alguns casos, possam ser atendidas dentro de ambientes seguros, que disponha de corpo técnico competente para esse atendimento.

Voltando a atenção ao corpo técnico, como era de se esperar, profissionais de saúde despreparados, tanto do ponto de vista técnico quanto do humanista, desempenham papel crucial na reprodução da transfobia e do cissexismo em ambientes de promoção de saúde. Seja em unidades básicas, seja em hospitais quartenários, de um modo geral, vem faltando respeito e dignidade ao lidar com essa população. Talvez o exemplo mais claro se dê com o uso do nome social. Tanto a carta de direitos dos usuários do SUS, em seu artigo quarto, parágrafo único, inciso primeiro quanto a mais recente política do ministério da saúde dirigida a essa população, A Política Nacional de Saúde Integral para de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, lançada em primeiro de Dezembro de 2011, exigem o uso do nome social pelos profissionais da saúde, sendo que toda a documentação do SUS vem sendo aprimorada de forma a contar com o campo "identidade de gênero" e "nome social". Mesmo assim, não falta exemplos de usos do nome de registro desses pacientes para chamá-los ou atendê-los. Não é raro também o profissional, recebendo uma Marília, passar o tempo todo se referindo a ela como "ele", "dele", "medicarlo" etc.

É fundamental que esses profissionais entendam que uma visão heteronormativa não dá conta da diversidade de expressões que se apresentam

e que sempre se apresentaram. Encaminhar um homem trans* para uma enfermaria só para mulheres é de uma violência tão sórdida, tacanha, mesquinha, que é difícil imaginar que esse profissional seja mesmo dotado de qualquer sensibilidade para com esse ou para com qualquer outro paciente. Um pênis não faz de ninguém um homem, nem sua ausência é capaz de diminuir a masculinidade de alguém. Ser homem, ser mulher, ser indivíduo de identidade não-binária é uma experiência que cada ser humano vive internamente, vive de acordo com suas percepções e anseios. Não é a sociedade que dita o que é ser masculino, o que é ser feminino e como cada indivíduo vai se sentir em cada momento de sua vida. A heteronormativa é limitada por ser artificial, por se prender a um forma de entender a sexualidade humana e suas identidades sexuadas sob uma ótica anacrônica e criada para atender interesses bem claros. Não existe mais espaço para que se continue com essa postura homogeneizante, higienista. Da mesma forma, mulheres trans* são mulheres e devem ser respeitada nesse sentido, independente da sua cor, sua classe social, seu órgão sexual, sua orientação sexual. Algo então deve estar muito claro: possuir determinada identidade de gênero é diferente de ter este ou aquele órgão sexual, que é totalmente diferente de ser enxergado pela heteronormatividade como tal, que, por sua vez, é distinto de possuir esse ou aquele cromossomo sexual. São elementos que embora possam se relacionam eventualmente, não estão, de maneira nenhuma, ligados por uma relação de causa e efeito.

LÉSBICAS

Dada a invisibilidade social que esse segmento ainda sofre, suas demandas específicas, sobretudo aquelas ligadas a prestação de serviços de saúde, ainda são bastante negligenciadas. A gênese desse processo está vinculada a forma como se deu o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS, tanto no Brasil como no mundo. Foram os homens gays os que obtiveram a maior visibilidade. Contudo, junto com o estigma vieram também as políticas de saúde do estado, que até o lançamento do programa do Governo Federal "Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais", foram majoritariamente destinadas à população homossexual masculina, mantendo a homossexualidade feminina a margem de todo esse processo. Aliás, a política Nacional de saúde integral LGBT é justamente colocada, dentre outras razões, no intuito de superar essa contradição que vinha se mostrando cada vez mais evidente e menos tolerada

por lésbicas, bissexuais e pessoas de identidade trans*.

Foi o enfrentamento dessa população que viabiliza essa mudança de paradigma. Tanto com a articulação de concepções feministas, que não vê como mero acaso que sejam os homossexuais masculinos cisgênero que sejam os privilegiados nesse processo, apontando que mulheres lésbicas são, dessa forma, duplamente vítima de opressão, por serem homossexuais e por serem mulheres, quanto ao trabalho de pesquisadores que buscaram compreender quais as lacunas existentes, na busca por dirimi-las e embasar políticas que objetivem solucionar essa assimetria.

Dessa forma, hoje, se observa maior vulnerabilidade da mulher lésbica frente ao homem gay e mesmo frente à mulher heterossexual quando o assunto é atenção a saúde, esquecendo-se o serviço, não por acaso, que a mulher lésbica está muito exposta ao estupro, dito corretivo pelos violentadores, por exemplo. Ademais, a literatura internacional aponta que a primeira tem menor frequência de realização de exames ginecológicos, como o papanicolau ou aqueles relacionados à detecção precoce do câncer de mama, menor atenção quanto à possibilidade de contrair DST's, já que tradicionalmente acredita-se que a penetração é fundamental para que a infecção ocorra. Ainda, o cuidado não leva em consideração as particularidades ligadas ao ato sexual praticado por essa população, nem os profissionais de saúde, em sua maioria, se mostram conhecedores ou dispostos a conhecer essas particularidades nem das recomendações de formas seguras para que se desempenhe essa modalidade de ato sexual que muitas vezes não envolve penetração alguma.

Resultado desse modelo de saúde excludente, que só leva em consideração a saúde feminina no âmbito da gestação, de sua sexualidade no âmbito da penetração peniana, com uma perversa heterossexualidade presumida de todas as usuárias e que desconsidera tudo o que se apresenta diverso a isso, é que lésbicas estão menos presentes nos ambientes de promoção de saúde, em função da falta de acolhida que contemple suas especificidades. Dessa forma, estão mais vulneráveis ao câncer de mama e colo de útero, uso abusivo de álcool, uso de drogas ilícitas, tabagismo e sofrimento psíquico, todos apontados pelos raros estudos, que se concentram nos Estados Unidos, e que conseguem estabelecer um número limitado de consensos sobre essas questões.

A análise dessa literatura também permite entender o que parece ser uma especificidade desse grupo: o padrão de ocorrência de sexo homossexual. Ao contrário do que acontece com homossexuais

masculinos que, quando possuem um padrão de só se relacionar sexualmente com parceiros do mesmo sexo nos últimos cinco anos, tendem a permanecerem assim pelo resto de suas vidas, mulheres homossexuais apresentam um padrão mais diversificado de expressão sexual, podendo ter relação com mulheres de maneira regular ou eventual, sendo suas parceiras exclusivamente homossexuais ou não e podendo, ainda, ela mesma se relacionar com homens, transitando entre as experiências homossexuais e heterossexuais com maior frequência. O padrão "exclusivamente homossexual" só ganha expressividade nos recortes temporais mais recentes, quando se considera as relações que ocorreram no último ano. Essa observação reforça a concepção de que exista, na realidade, um "continuum lésbico" ao invés de uma "existência lésbica" propriamente dita. E isso é mais um fator de aumento da complexidade quando a profissional da saúde lida com esse público. Além disso, sugere uma mudança de nomenclatura, trocando "lésbica" por "mulheres que fazem sexo com mulheres", termo mais abrangente que o primeiro e que contempla esse continuum.

Contudo, é importante salientar que essas pesquisas geralmente envolvem poucos sujeitos, e contam com dificuldades como de se obter relatos fidedignos sobre o tipo de ato sexual desempenhado em função do estigma social que ainda permeia a homossexualidade.

Em estudo realizado com mulheres residentes na Grande São Paulo, buscando em incluir na pesquisa mulheres dos mais diversos estratos sociais, práticas sexuais e etnias, as pesquisadoras, Regina Maria Barbosa e Regina Facchini, obtiveram dados que ajudam a ilustrar de que forma a maneira como o cuidado em saúde está estruturado no Brasil é amplamente excludente para as mulheres que fazem sexo com outras mulheres, dados esses que não dificilmente podem ser extrapolados para a realidade nacional.

Iniciando pelo acesso a consultas ginecológicas, sendo usado como marcadores do acesso a consulta clínica e o exame do papanicolau, a pesquisa mostra que 50% das entrevistas ou nunca foram ao ginecologista ou o fazem de maneira esporádica, sendo que nesse estudo, considerando a variação da inserção social das classe social a que pertenciam essas mulheres, aquelas que tiveram experiência sexual notadamente heterossexual ou as que tinham uma bissexualidade atual iam de duas a três vezes ao ano no ginecologista, enquanto as que tiveram experiência marcada por pouco ou nenhum contato com homens pertenciam mais ao grupo das 50% citado acima. As entrevistadas apontavam como principal via de acesso a primeira

consulta de suas vidas, eventos notadamente marcado pelas convenções sociais de gênero, como primeira menstruação, primeira relação (heterossexual e gravidez. Além disso, as mulheres que se referiram a si mesma como “mais masculinizadas” estão entre aquelas que com menos frequência realizaram as consultas.

Interessante é notar como a percepção de riscos e cuidados pelas entrevistadas lhes são bastante peculiar. Foi comum o discurso, sobretudo entre as participantes mais velhas e que mantinham pouco ou nenhum contato sexual com homens que a transmissão do HIV e outras DST's não é uma preocupação, já que o sexo entre mulheres é “mais seguro”. Foi relativamente recorrente a idéia de que o sexo com homens é que representa o grande risco, já que os homens são tidos como as verdadeiras fontes de infecção, “sujos”, e que, portanto, o risco de contrair essas doenças é maior por mulheres heterossexuais ou bissexuais, retomando um ideal que se assemelha ao “grupo de risco”. Dessa forma, a mulher que mantém relação com homens é que é apontada como o grande fator de contaminação para as outras. Conseqüentemente, entendendo essas mulheres o cuidado médico ginecológico como preventivo ou curador dessas moléstias, elas não vêem necessidade de se consultar com regularidade. Entretanto, sobretudo entre as mulheres mais jovens, com maior escolaridade e com prática sexual homossexual mais recente, essa concepção deixa de ser tão forte, havendo inclusive um entendimento maior sobre as formas mais ou menos prováveis de se, estabelecendo um contato sexual, contrair alguma DST.

Dessa forma, percebe-se que se somam a falta de conhecimento científico específico, de compreensão dos profissionais para as necessidades específicas para essa população e do entendimento falso tanto de pacientes como de profissionais, como a de que sexo entre mulheres é mais seguro. Tudo isso leva o afastamento da mulher que faz sexo com mulheres dos serviços, provoca constrangimentos quando essa aproximação se torna inevitável e, certamente, contribui para que um contingente de mulheres continue vivendo com doenças sem que estejam diagnosticadas nem sendo tratadas.

GAYS

Ainda hoje, o maior estigma vivido por essas pessoas está ligado às concepções surgidas durante a epidemia de HIV/AIDS. E, devido à disseminação de idéias negativas, tanto as “científicas” quanto

as do imaginário popular, desde a década de 1980, esses homens ainda têm dificuldade de procurar os serviços, assumindo sua condição, sem esperar que sejam, de alguma forma, ofendidos, maltratados ou culpados pela doença que têm mesmo que não seja uma DST.

Falando especificamente do HIV, em 2012, dos casos registrados sobre a forma de contaminação entre homens maiores de 13 anos, 43,5% se deram por relações heterossexuais, 24,5% por relações homossexuais e 7,7% por bissexuais, dados do boletim epidemiológico AIDS/DST do Ministério da Saúde. Mesmo assim, a epidemia ainda se concentra em determinadas populações que ainda se mostram mais vulneráveis, como homossexuais, prostitutas e usuários de drogas, segundo esse mesmo boletim. Em 2008, motivado por dados assemelhados, o governo lança o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre gays, HSH e travestis.

Cabe agora uma reflexão do porquê desses dados. Será que homens que fazem sexo com homens (HSH) são biologicamente mais vulneráveis? Será que o sexo anal desprotegido, isoladamente, é o responsável por isso? Será que todos os HSH têm um número elevado de parceiros sexuais, o que lhes expõe mais a contaminação? A resposta para todas essas perguntas e para aquelas que tentam biologizar a questão da maior exposição dessa grupo, culpando-os pelas suas próprias mazelas, é um sonoro não. Se esse grupos permanecem vulneráveis, isso se deve a forma como as políticas de saúde, os profissionais, o sistema estão organizados para excluir e culpar os homens por suas doenças, numa busca por normatizar a expressão sexual, as formas de obtenção de prazer, de representação do eu. Não é a homossexualidade em si que leva ao inexorável destino de se contrair HIV ou outras DST's eventualmente. É a desinformação, a falta de um espaço seguro nos ambientes de saúde para que essas pessoas possam dividir suas dúvidas, suas angústias. É a existência de determinadas falas de culpabilização, do deboche, do julgamento moralista que afasta esses homens.

Outra dimensão importante sobre a homossexualidade masculina, que tem impacto na sua condição de saúde, é a sua relação com a internet, muito mais fortes entre gays do que entre lésbicas. Essa representa um espaço onde é possível, contanto com até certo grau de anonimato, se estabelecer trocas de contato pessoais e sexuais, sendo seu uso motivado, dentre outros fatores, pela facilidade em sem conseguir parceiros sexuais, pelo medo de rejeição social, sobretudo ligada à imagem

e, em muitos casos, por uma homofobia introjetada, que impede essa pessoa de se lançar em espaços destinados ao público gay. Seu impacto em saúde vai para além do contexto da infecção por doenças de veiculação sexual, que envolve inclusive pessoas na rede interessadas a disseminar o HIV (bug givers) e pessoas interessadas a serem contaminadas (gift takers), mas também se relaciona com a violência a que se expõem quando essas pessoas se encontram com um sujeito desconhecido e que, não raramente, está interessado justamente em violentar, espancar, matar a pessoa com quem marcaram esse encontro. É fundamental que as políticas de saúde também estejam atentas ao fato de que muitos HSH não se identificam como gays. Seja por sua prática sexual com homens ser só eventual, seja porque são bissexuais ou, não raro, por uma negação do eu motivada pela homofobia internalizada. Assim, as campanhas têm que se desenvolver de modo a permitir que todos esses subgrupos, que estão tendo, de uma forma ou de outra, relações sexuais entre homens, sejam cobertos, ouvidos e contemplados.

Essa falta de identificação em ser gay, e a aparente maior liberdade com que os HSH exercitam sua própria sexualidade, certamente tem suas raízes na forma como nossa sociedade educa seus meninos. Todos nascem presumidamente heterossexuais e, dentro da heteronormatividade imperante, é de se esperar que todos os homens se comportem de forma mais promíscua, enquanto mulheres devem se comportar com recato. Isso obviamente está impregnado também nos gays e lésbicas, o que explica, pelo menos em tese, seus padrões comportamentais sexuais.

CONCLUSÃO

O movimento LGBT no Brasil e no mundo é recente e muit@s homossexuais ainda não entendem a forma de opressão a que estão submetid@s, relegando a importância da participação política a um segundo plano. Além disso, hoje, o movimento LGBT passa, de certa forma, por uma crise em suas pautas, deixando de lado a sua íntima correlação com a luta de classes e a própria luta pela superação de uma sociedade capitalista. É preciso entender as raízes de tanta intolerância e preconceito com a questão LGBT, que apesar de algumas conquistas, ainda é sistematicamente negligenciada e omitida no Brasil, um dos campeões de violência homofóbica no mundo e que ainda permite que projetos absurdos como o da “Cura Gay” tramitem em comissões na Câmara e no Senado.

Dentro do nosso currículo, a questão de gênero e a sexualidade sofrem da mesma omissão que a causa LGBT na política brasileira. A reprodução de valores machistas, heteronormativos e homofóbicos se dá em todos os níveis, desde a relação entre alun@s até na própria relação médic@-paciente. É preciso iniciar o debate dessas questões dentro dos CA's/DA's para que possamos instrumentalizar @s estudantes e fazer com que se tornem questionadores, ao invés de reprodutores, da ordem e que possam extrapolar isso para sua vivência enquanto futuros profissionais de saúde.

Existem infinitas maneiras de o ser humano vivenciar a sua sexualidade e esse campo é tão amplo e misterioso que toda classificação acaba soando monótona e ultrapassada. O domínio sobre o corpo e a sexualidade é uma das maneiras mais refinadas que o atual sistema produtivo encontrou para se alimentar e se reproduzir, disseminando um estado castrativo sob o qual a sociedade se mantém acorrentada e infeliz. A partir do momento que exploramos a fundo e entendemos a origem dessas questões, começamos nós mesmos a nos entender na perfeita plenitude do ser, evoluindo enquanto seres humanos e sexuais que respeitam as diferentes formas de se experienciar a sexualidade. É no mínimo intrigante observar as relações que cada sociedade estabeleceu ao longo dos séculos com seus corpos e suas sexualidades e perceber que quanto mais nos limitamos nesse sentido, maior é o nosso sofrimento psíquico. Já passou da hora de minimamente questionarmos as relações que estabelecemos, ou melhor, deixamos de estabelecer com os nossos próprios corpos e passar a perceber que eles não são meros reprodutores da força de trabalho ou máquinas admiráveis contruídas para um único fim, mas sim representam uma imensidão de segredos e prazeres muito maior do que tais conceitos já colocados. E essa quebra de paradigma tem impactos profundos na maneira como nos entendemos enquanto seres humanos e impacto ainda maior se for um corpo feminino. Já é tempo de refletir, de quebrar as regras do jogo para estabelecer outras ou simplesmente não mais estabelecê-las. Que fique a ousadia da reflexão.

LEGALIZAR PARA AVANÇAR

Karina Eid - Érika Clarissa Lima

Há quem encare a chegada de uma mulher à presidência do país como uma “conquista” para as brasileiras, enfatizando a necessidade de que as mulheres estejam em altos cargos, historicamente ocupados por homens, como forma de se chegar à emancipação feminina. Acreditou-se que esse seria o início de uma discussão mais séria sobre os direitos das mulheres no país, até mesmo por seus antecedentes. O Brasil, especialmente na década de 90, foi referência mundial com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, um serviço de aborto legal, mais um debate público amplo e aprofundado em torno dos direitos reprodutivos e da sexualidade. Mas o que se viu nos últimos anos, além da entrada maciça da Igreja no aparelho do Estado, foi um retrocesso com inserção valores conservadores permeando o debate que muito havia avançado sobre o processo de legalização do aborto.

Vale retomar a campanha eleitoral de Dilma (PT) em 2010 ao se comprometer com uma gestão que “defenderia a vida” ao assinar a “Carta Aberta ao Povo de Deus”, levando em consideração outros sinais desde o governo Lula, como: a entrada maciça da educação religiosa nas escolas; os problemas com a pílula do dia seguinte; a assinatura do Termo de Acordo entre Brasil e Vaticano; a relutância em enfrentar o debate sobre o aborto no Congresso Nacional; a crise gerada em torno do Programa Nacional de Direitos Humanos em suas colocações sobre a autonomia das mulheres; as barreiras de informação e acesso ao uso do misoprostol, um medicamento abortivo utilizado na Ginecologia e Obstetrícia, que vem sofrendo impedimentos; até chegarmos no programa Rede-Cegonha e finalmente o Estatuto do Nascituro. Isso tudo demonstra claramente a que interesses serve a pauta do aborto para o Governo no período estamos

vivendo, de retirada de direitos historicamente conquistados pelos movimentos sociais e trabalhadoras/es da saúde, como por exemplo o aborto legal em caso de estupro, anencefalia e risco à vida da mãe.

Mas porque lutar pela descriminalização? O aborto clandestino é a terceira principal causa de morte de gestantes; uma de cada cinco mulheres abortam até os 40 anos de idade e dentre elas, a maioria é cristã e casada; metade das que tentam o aborto, acabam indo para a fila do SUS por complicações. Quem tem condições de pagar por um

aborto seguro e asséptico, em uma clínica particular, não é a mulher negra, pobre e que apenas tem sua condição de usuária do SUS para ter acesso a um serviço de saúde. Ou seja, as consequências da criminalização, que nega a autonomia ao próprio corpo da mulher, a vontade da desta em assumir a maternidade por escolha e não por imposição social e também a saúde em todas as suas esferas, são mais pesadas para a mulher da classe trabalhadora, que além de oprimida é fundamentalmente explorada nessa sociedade capitalista.

Não é para considerar a questão do aborto apenas no plano da legalidade, como se a mudança no Código Penal fosse capaz de

modificar radicalmente a condição da mulher neste sistema, nem que apenas esse avanço isoladamente vai repercutir positivamente na vida dessas mulheres. Tomando como exemplo o Uruguai: depois de seis meses de legalização conseguiu diminuir para zero (!) a mortalidade materna, como também diminuiu consideravelmente o número de abortos, sendo um dos países que menos realiza o procedimento no mundo. A mudança feita no papel foi acompanhada por educação sexual e reprodutiva, planejamento familiar e uso de métodos anticoncepcionais e

*“são as mulheres que
fazem chorar as cebolas
como se descascassem a própria
vida
e, arredondando-se então, desco-
brissem
um corpo, o seu
uma vida, a sua
e, no entanto, nada que de ver-
dade
pudessem seu chamar
ou talvez sim, mas só
aquela gota de água salpicando
um canto do avental onde
desponta uma flor de pano colori-
da que
ainda ontem ali não ardia”*

atendimento integral de saúde sexual e reprodutiva. É um processo que possibilita a incorporação das mulheres no sistema público de saúde, que as tornam visíveis numa sociedade que as nega, as oprime e as mata.

ESTATUTO DO NASCITURO

Não bastasse a interferência religiosa dentro do Estado Brasileiro, recentemente surgiu um substituto do antigo Projeto de Lei denominado Estatuto do Nascituro: “A proposta original, de autoria dos deputados federais Luiz Bassuma e Miguel Martini, defendia a alteração do código penal brasileiro para considerar o aborto como crime hediondo, proibi-lo em todos os casos, além de não permitir o congelamento, descarte e comércio de embriões humanos, com a única finalidade de serem suas células transplantadas em adultos doentes. Foi aprovado na Comissão de Seguridade Social e Família por dezessete votos a favor e sete contra, um substitutivo de autoria de Solange Almeida que não altera nenhum trecho do código penal, nem faz qualquer menção a questão de comércio, congelamento e descarte dos embriões humanos. O substitutivo já foi para a Comissão de Finanças e Tributação e foi aprovado. Para ser realmente aprovada, a PL 478/07 deve passar ainda pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC) para, em seguida, ser apresentada e votada em plenário.”

Mais uma forma de violência explícita contra a mulher, o Projeto prevê, entre outros absurdos :

“§ 1º Desde a concepção são reconhecidos todos os direitos do nascituro, em especial o direito à vida, à saúde, ao desenvolvimento e à integridade física e os demais direitos da personalidade previstos nos arts. 11 a 21 da Lei nº10.406, de 10 de janeiro de 2002.”

“Art. 12. É vedado ao Estado ou a particulares causar dano ao nascituro em razão de ato cometido por qualquer de seus genitores.

Art. 13. O nascituro concebido em decorrência de estupro terá assegurado os seguintes direitos, ressalvados o disposto no Art. 128 do Código Penal Brasileiro:

§ 1º Identificado o genitor do nascituro ou da criança já nascida, será este responsável por pensão alimentícia nos termos da lei.

§ 2º Na hipótese de a mãe vítima de estupro não dispor de meios econômicos suficientes para cuidar da vida, da saúde do desenvolvimento e da educação da criança, o Estado arcará com os custos respectivos até que venha a ser identificado e responsabilizado por pensão o genitor ou venha a ser adotada a

criança, se assim for da vontade da mãe.”

Dos artigos transcritos acima, percebe-se que a vida do “nascituro” é colocada como prioridade em detrimento da mulher grávida, que não poderia receber, por exemplo, qualquer tratamento que colocasse em risco a vida do feto, mesmo que isso significasse arriscar a sua própria. Além disso, o projeto tira a autonomia da mulher no caso de um estupro, em que ela seria obrigada a “proteger” a vida do “nascituro” ficando impedida de realizar o aborto, garantido por lei nesse caso, e, ainda por cima, se identificado o autor do estupro ele deveria registrar a criança e pagar uma pensão.

Com tantos absurdos em um mesmo texto, até daria para acreditar que se trata de uma piada, mas ele nada mais é do que a demonstração da pura “incompetência” do Estado em lidar com as questões relacionadas à autonomia do corpo da mulher e muito mais que isso, a perpetuação do preconceito, da discriminação e da desinformação a respeito dessas e de outras questões relacionadas. Mais uma prova de que as mulheres são claramente negligenciadas e tratadas como seres inferiores, propriedade do Estado e da Igreja, como se fossem apenas um objeto reprodutor cujos direitos são incessantemente renegados e cujas dores são sutilmente escondidas para que se continue reproduzindo a perversa lógica social capitalista, machista e sexista. A luta pela descriminalização é de todas de todos nós!

CONCLUSÃO

O avanço do conservadorismo e da influência da religião no âmbito do Estado e nas diversas esferas sociais impôs um retrocesso às conquistas femininas até então. Por essas e outras, as mulheres continuam tendo o direito ao seu corpo incessantemente negligenciado e abolido, sendo tratadas como seres inferiores morrendo todos os dias pelo machismo e pela indiferença cruel do estado e da sociedade. E muito mais que direitos, conquistar a autonomia sobre o seu próprio corpo e a igualdade no tratamento de gênero é começar a desconstruir toda uma ideologia historicamente naturalizada de que a mulher é um ser inferior e que seu único papel na sociedade é servir ao homem a família. É imprescindível que a mulher entenda sua atuação na luta de classes e que a conquista de um outro tipo de sociedade está intrinsecamente ligada a superação do machismo e da discriminação de gênero.

“NEM DO ESTADO, NEM DO VATICANO, O CORPO É MEU E QUEM FAZ AS REGRAS SOU EU!”

FEMININO, FEMINISMO E O LUGAR DA MULHER NO MUNDO

Marina Pikman

Esse texto se destina a explicitar algumas das diversas formas de opressão sobre o ser feminino e enfrenta o desafio de demonstrar a importância do feminismo na superação dessa opressão.

Já fui diversas vezes questionada, em debates sobre o assunto, tanto por homens como por mulheres, o porquê da existência do feminismo e o que, afinal, as feministas querem. O feminismo explicita a dominação masculina sobre o corpo, mente e trabalho das mulheres e as feministas lutam por uma sociedade onde essa dominação seja superada e as mulheres possam exercer livre e plenamente todos os aspectos de sua humanidade.

A sociedade patriarcal impede a libertação da mulher, uma vez que institucionaliza a supremacia masculina sobre o corpo, mente e trabalho femininos. Nessa sociedade (nossa sociedade) patriarcal, que tem origem coincidente com a da família e da propriedade, o homem é o centro de decisões do núcleo familiar e decide sobre o destino das mulheres que dele dependem. A luta feminista obteve conquistas importantes nos séculos XIX e XX contra a institucionalização dessa dominação, principalmente no que diz respeito ao direito ao trabalho e à participação política (em votos e em cargos), mas as mulheres continuam econômica e politicamente marginalizadas.

Contrariando a ideia hegemônica que esconde a desigualdade de gêneros e desmoraliza a luta feminista, as estatísticas apresentadas na Conferência das Nações Unidas sobre as mulheres em 1980 continuam atuais: as mulheres realizam de dois terços a três quartos do trabalho no mundo, são responsáveis por 45% da produção mundial de comida, mas são donas, apenas, de 10% da riqueza e 1% das propriedades mundiais. A partir desses dados, é possível perceber que as mulheres, nas relações de produção e exploração capitalistas, sofrem desapropriação muito maior de seu próprio trabalho do que os homens. São pior remuneradas para fazer o mesmo trabalho que os homens e tem participação ínfima em cargos de chefia e poder.

Somado a isso, o modelo patriarcal de sociedade delega à mulher a responsabilidade sobre a procriação, manutenção e sobrevivência dos filhos e da própria família, sob o pretexto de que esse é seu lugar natural e do qual, por isso, o homem não toma parte. O trabalho doméstico não é remunerado, valorizado ou mesmo considerado como trabalho, apesar de ser condição necessária para a própria existência da família. Nessa conjuntura, a mulher da classe trabalhadora se vê cada vez mais desamparada com o avanço capitalista neoliberal, em que o Estado cada vez menos destina políticas públicas de amparo à saúde, educação e ao cuidado materno, pauperizando sua condição de vida e de seus filhos. Enquanto isso, políticas de dominação sobre o corpo da mulher ganham força e visibilidade, como a recente proposta do Estatuto do Nascituro, que determina, dentre outras coisas, a proibição do aborto nos casos de estupro ou morte fetal frente ao já eminente atraso da proibição dessa prática de acordo com a vontade da mulher.

No sistema patriarcal em que vivemos, há rígidos padrões comportamentais designados a homens e mulheres e significados atribuídos ao masculino e ao feminino. Esses comportamentos e significados se expressam na relação dialética homem-mulher, na qual não existe masculino sem feminino ou feminino sem masculino e em que o homem oprime e explora a mulher.

É importante ressaltar que esses comportamentos e significados supostamente masculinos e femininos são um produto das relações histórico-sociais, não resultando de uma essência trans-histórica biologicamente determinada. É por meio da naturalização das diferenças entre homens e mulheres que se justifica a opressão, pois se a diferença (e inferioridade) é natural e faz parte da essência humana é, portanto, imutável. Além da diferença rígida de gênero, observamos a sistemática desvalorização e degeneração do feminino, que garante a manutenção dos privilégios masculinos.

A sociedade machista e heteronormativa

desvaloriza culturalmente o feminino quando atribui às mulheres papel de inferioridade e de subordinação, através do estereótipo de fragilidade, desequilíbrio emocional e irracionalidade e às aprisiona a esse estereótipo a partir da sua naturalização. A partir daí, quando se coloca a mulher em condição de subumanidade, ou seja, delegando-a a uma posição inferior à dos homens, a opressão se manifesta em diversos aspectos nas relações homem-mulher e mulher-sociedade. A própria violência contra a mulher é socialmente aceita e veiculada pelos meios de comunicação. Dentre eles, a indústria pornográfica se destaca, uma vez que o corpo feminino é reduzido a objeto de prazer do homem e está suscetível a sua vontade. A impunidade em casos de agressão e a culpabilização das vítimas de estupro são exemplos da banalização dessa violência.

Onde nós, estudantes de medicina e futuras médicas, nos situamos nessa conjuntura de opressão?

Apesar de ocuparmos um lugar social privilegiado, a universidade, recentemente conquistado pela geração de mulheres anterior a nossa, ainda nos deparamos com muitos preconceitos na nossa convivência social e prática profissional. Não são poucos os relatos de abuso e assédio em trotes universitários. As festas e competições que frequentamos, apesar de sua aparência de radicalização libertadora, são extremamente conservadoras: em seus cartazes expõem figuras femininas extremamente sexualizadas, estabelecem preços mais baixos para ingressos femininos, ao mesmo tempo em que impedem que a mulher exerça livremente sua sexualidade, e aquelas que a exercem, são socialmente castigadas por fazê-lo. As mulheres sofrem, por um lado, uma auto-castração, que as desumaniza e, por outro, quando se expressam sexualmente, são desumanizadas pelo machismo que as circunda.

Institucionalmente, as mulheres ainda são socialmente impedidas de penetrar certas especialidades médicas, como urologia, neurologia, que, não à toa, são extremamente valorizadas e bem remuneradas, com base no argumento de que “elas não aguentam”, ou de que “não tem jeito para a coisa”, ou mesmo de

que “têm que se dedicar a família e aos filhos e não se dedicarão tanto à profissão quanto os homens”. Enfim, argumentos carregados de preconceito e que, de novo, garantem os privilégios masculinos.

Nós mulheres precisamos olhar para o mundo a nossa volta e para nós mesmas para tomar consciência do lugar que ocupamos hoje na sociedade e do lugar que desejamos ocupar. A luta feminista procura devolver à mulher sua plena humanidade e busca, portanto, a igualdade. É uma luta individual, coletiva e principalmente política. Daí a importância de se organizar politicamente e promover ações políticas, a partir da análise de cada local, articulada a uma visão totalizante das relações de gênero e opressão na sociedade, para combater o machismo e tudo aquilo que nos aprisiona com mulheres.

EXISTE OPRESSÃO RACIAL NO BRASIL?

Maienne Fernandes - COES 2013

O racismo é, como disse Foucault, “o meio de introduzir [...] um corte entre o que deve viver e o que deve morrer”.

1. O nascimento do Brasil opressor

A história do homem civilizado é escrita a partir de relações de trabalho e diferentes formas de exploração de mão de obra. No início do nascimento do nosso país houve, num primeiro momento, a imposição do trabalho servil aos índios, mas logo em seguida impõe-se ao negro trazido da África o trabalho compulsório. Este foi modelo adotado e feito a partir do sequestro de homens e mulheres de suas terras, culturas e origens. O Brasil foi o país com maior número de escravos – cerca de 4 milhões – sendo que cerca de 10% da carga humana não chegava ao seu destino, no fundo do mar ficava e dava sentido ao apelido do seu transporte, navio tumbeiro.

Daí, porque não dizer que o combustível para legitimar a escravidão colonial, antes de qualquer outro, foi o racismo? Era necessário inferir que alguns seres simplesmente não eram humanos, portanto inferiores e subordinados ao

branco, logo podiam ser escravizados e essa lógica vai ser alicerçada pela igreja católica para tornar possível a escravidão num país cristão, possibilitando que o trabalho escravo se tornasse a mola propulsora da acumulação primitiva de capital que permitiram aos europeus o acúmulo dos recursos materiais e humanos para efetivação das revoluções burguesas e sobreposição da indústria sobre o comércio ainda no século XVIII.

O negro escravizado sofre diversos conflitos psíquicos por conta da opressão e agressão sofrida em nome de um sistema rentável para seu senhor e dono, e por sua vez começa a questionar-se enquanto ser e chega, no limite, a negar-se. Para se aproximar da humanidade, leia-se, se tornar branco europeu, o protótipo de civilização, era preciso abandonar-se. Retirado da sua dimensão humana, o negro é colocado como um deficiente que precisa ser cuidado (e naturalmente explorado). A “educação” é concebida pela ótica do dominador, exterminando a possibilidade de valorização da cultura de origem. A linguagem também é a do colonizador e ao colonizado

não lhe é dada a possibilidade de interferir na vida política.

No Brasil, a primeira medida para por fim ao tráfico de africanos, ocorre somente nas primeiras décadas do século XIX, tendo sua implementação efetiva somente em 1850. E a abolição (como uma revolução da elite para a elite) só vai ter ser marco legal em 13 de maio de 1888. Assim o negro passa de “mãos e os pés” do senhor de engenho para “pessoas de segunda categoria” e, como lixo social, fica séculos à margem da sociedade, como seres invisíveis que montam guetos e se abrigam em favelas. O país não desenvolveu política específica de integração dos negros recém-libertos à sociedade envolvente, o que fortaleceu as bases das desigualdades sociais entre brancos e negros que perduram até hoje. O abolicionismo não aboliu, mas sim garantiu que o

“Se as opressões são tão terríveis, é porque impedem o movimento, e não porque ofendem o eterno.”

Conversações - Gilles Deleuze.

negro ficasse nos porões da sociedade e acabou permitindo a imobilidade social para abrir o leque do novo modelo econômico onde precisávamos criar compradores-trabalhadores, não mais escravos.

2. Marginalização do negro livre e o embranquecimento do Brasil

O nosso país é fruto sim de todas as cores e sabores. Mas esta mestiçagem não é oriunda da integração entre os diversos povos que construíram o país. É decorrente do estupro das mulheres aborígenes e das escravas africanas vindas de terras longínquas da África, bem como da violência do colonizador europeu branco que dominou o país.

O africano e seus descendentes precisavam ser eliminados da população brasileira, e o mestiço tornou-se o grande artífice desse projeto, pois seria o fiel guardião do branqueamento da população brasileira. O “embranquecimento” tornou-se projeto nacional, executado através de políticas de povoamento e imigração dos europeus.

O negro teve a oportunidade de ser livre; se não conseguiu igualar-se ao “branco”, o problema era dele – não do “branco”. Sob a égide da idéia de democracia racial justificou-se, pois, a mais extrema indiferença e falta de solidariedade para com um setor da coletividade que não possuía condições

próprias para enfrentar as mudanças acarretadas pela universalização do trabalho livre e da competição. E o negro passa a compor, a nível de multidões, a camada populacional destinada ao desemprego e ao subemprego: massa de escravos tratados como bagaço do antigo sistema de produção. E essa massa exige sua segunda abolição.

3. Preconceito/discriminação – Opressões visíveis e invisíveis.

O preconceito não é nada mais que uma atitude que expressa o etnocentrismo (baseado em esteriótipos) e o racismo é um tipo que ocorre quando se atribui a um grupo determinados aspectos negativos em razão de características físicas e culturais que se manifestam na discriminação (processo de marginalização social e cultural imposta ao homem ou a grupos diferentes) que conduz ao isolamento que retroalimenta a segregação. O que há de errado com cabelo crespo, nariz não afilado, pele negra, lábios grossos, turbantes coloridos? Qual real problema do candomblé? Com o samba e os tambores das senzalas?

Existem, basicamente, dois tipos de preconceito: o sistemático e o assistemático. O primeiro é também chamado de preconceito de origem, é aquele presente nos EUA, onde para ser considerado negro é necessário ter ascendência negra, é o chamado preto de sangue. Já o preconceito racial assistemático é também chamado de “de marca”, o nosso, é dependente de traços, fenótipos, independem da origem familiar e tem intensidades, daí criamos os negros, os mulatos, os morenos, os pardos, os mestiços, os criolos e os “negros de alma branca” (aqueles que, embora tenham melanina acentuada, têm dinheiro).

Passamos a acreditar que vencemos o racismo e criamos o “mito da democracia racial” que no contexto histórico surgido após a Abolição acabou sendo um expediente inicial (para não se enfrentarem os problemas decorrentes da destituição do escravo e da espoliação final de que foi vítima o antigo agente de trabalho) e uma forma de acomodação a uma dura realidade (que se mostrou com as “populações de cor” nas cidades em que elas se concentraram, vivendo nas piores condições de desemprego disfarçado, miséria sistemática e desorganização social permanente).

Vamos agora discutir um pouco alguns conceitos. Em primeiro lugar vamos entender o termo “raça” (do latim- Ratio= sorte, categoria, espécie), que sofreu variações com decorrer da história. No século XVIII (iluminismo), os estudiosos criaram as raças de plantas e as humanas: Negra, amarela e branca; aí

no século XIX, com avançar dos modelos científicos, este termo passa a ser utilizado em função do crivo biomorfológico; chegando no século XX a genética vem nos dizer que não existem raças quando se fala em humanos, daí o termo “etnia” (sócio- cultural, histórico e psicológico) passa a ganhar espaço sendo entendida como um conjunto de pessoas que, historicamente, tem um ancestral comum, tem uma língua, religião, cultura, moram na mesma região...

Alguns autores acreditam que ambos conceitos (raça x Etnia) no fundo criam muros, edificam o racismo. Entendemos que o termo “raça”, quando utilizado para categorizar humanos a partir principalmente da cor da pele e fenótipo como um todo, é edificado num conceito histórico, ideológico e social. Suas superações devem ser historicamente construídas. Quando exorcizarmos todos pontos de vista segregadores e toda forma simbólica deste fenômeno, Raça não existirá mais. Precisamos mesmo é romper estigmas e mitos em favor da valorização e reconhecimento das diversas identidades.

A opressão racial brasileira é diferente de outras partes do mundo, o mito da democracia racial nos impede até mesmo de caminhar nesse debate (não que em outros países este esteja tão avançado assim). Se o racismo não existe porque falar sobre isso? Aqui temos o preconceito reativo, que basicamente é o preconceito de ter preconceito sem mudar as reais condições do negro. O que há de mais evidente nas atitudes dos brasileiros diante do “preconceito de cor” é a tendência a considerá-lo como algo ultrajante (para quem o sofre) e degradante (para quem o pratique). Confundimos tolerância racial com a democracia racial, o que não ajuda no processo de emancipação do negro. O preconceito é uma crença (requer emoções- ideologia). Pode-se pensar em medidas para atenuar discriminação e segregação, mas o preconceito só será combatido quando reconhecermos o racismo e criarmos condições de empoderamento para essa população que sofre de diferentes formas, mas que só em existir já incomoda muita gente, população que carrega na pele o motivo histórico de suas atuais condições e determinantes de vida e de morte.

Trazendo a opressão racial para o campo das políticas de saúde, os indicadores de saúde no Brasil são claros: mortalidade infantil, morte em crianças menores de cinco anos, mortalidade materna, diferença na expectativa de vida e perfil de morbidade – todos desfavoráveis para a população parda e preta. Podemos concluir, então, que o sistema de saúde brasileiro contribui para a faxina étnica que vem ocorrendo no país.

Para se ter uma noção melhor, uma pesquisa realizada em 2003 pelo Ministério da Saúde analisou o perfil da população brasileira utilizando o quesito raça/cor e evidenciou, entre outros indicadores, que 62% das mulheres brancas se referem a sete ou mais consultas de pré-natal, enquanto somente 37% das autodeclaradas pardas obtiveram este número de consultas. Mostrou que a hipertensão arterial durante a gravidez estava entre as principais causas de morte materna, sendo mais frequente entre as mulheres negras. Apontou que o risco de uma criança negra morrer antes dos cinco anos por causas infecciosas e parasitárias foi 60% maior que o risco de uma criança branca, e o risco de morte por desnutrição foi 90% maior entre crianças pretas e pardas que entre as brancas. Afirmo também que o risco de um homem negro morrer por causas externas é 70% maior quando comparado com um homem branco.

Segundo o Mapa da Violência – Anatomia dos Homicídios no Brasil, que mostra os dados compreendidos entre 1997 e 2007, divulgados pelo Instituto Sangari em São Paulo, o risco de jovem negro ser morto é 130% maior que o de um jovem branco. A desigualdade entre as duas populações, que já era grande, aumentou significativamente em cinco anos. Em 2002 morria 1,7 negros entre 15 a 24 anos para cada jovem branco na mesma faixa etária. Em 2007 essa proporção saltou para 2,6 para 1. Houve uma redução neste período no número de mortes por assassinato entre a população jovem branca, enquanto entre os negros houve um aumento de 5,3% das mortes no mesmo período. Enquanto o número de vítimas brancas caiu de 18.852 para 14.308, o de negros cresceu 26.915 para 30.193. De 2002 a 2010 houve um aumento de 18,4% do homicídios de jovens negros e uma redução de 39,8% de jovens brancos.

Já os dados do Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil (2009-2010) demonstram que os negros representam cerca de 60% daqueles que, por motivos diversos, não conseguem atendimento no SUS, sendo os maiores percentuais os relativos às mulheres negras – o que, sem dúvida, argumenta o autor, evidencia a precariedade do dispositivo constitucional que assegura a universalidade do direito à saúde no país.

4. Exclusão social velada

No nosso país, a cor da pele é importante no processo de inserção social. O ensino de História nas escolas é a partir do referencial branco, o mesmo ocorre para a inteligência e a beleza. O negro não tem participação significativa sociocultural. Se aceita a música, a comida negra, mas não o negro. Nas mídias de massa

os papéis ocupados pelos negros ainda depende de uma “cota” que muitas vezes é destinada ao mundo da comédia (como o vagabundo, o bêbado..) e de trabalhadores de baixa remuneração. Reflete o negro no mundo dos brancos e nos faz perceber que o mito da democracia racial garante o retardo das mudanças estruturais e possibilita a sustentabilidade da ordem racista.

No campo da educação, além dos problemas que todos enfrentam com a precarização da educação pública, os negros são aqueles que ocupam o cenário dos que têm evasão escolar elevada, repetências elevadas, maior dificuldade, menor taxa de alfabetização, menor número de negros com 3 grau e pós graduados. Em 2008, a probabilidade de um jovem branco, de 18 a 24 anos, frequentar uma instituição de ensino superior era 97,8% maior do que a de uma jovem negra da mesma faixa etária. E essas disparidades também se manifestam no mundo do trabalho com diferenças salariais e de cargos.

No Relatório das Desigualdades Raciais realizado pelo Laboratório de Análises Econômicas, Históricas, Sociais e Estatísticas das Relações Sociais (Laeser), do Instituto de Economia (IE) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) divulgado em março de 2011, os resultados demonstram uma situação adversa para a população negra, pois segundo este instrumento, dos 6,8 milhões de analfabetos em todo o país, 71,6% são de pretos e pardos. O relatório também demonstra a pouca representatividade da população negra em cargos públicos e partidos políticos

O extermínio do povo negro (via policial e via negação de direitos básicos como saúde e educação) garante uma espécie de faxina étnico/racial. As desigualdades sociais têm cor e estão também profundamente enraizadas no racismo institucional que estrutura a sociedade brasileira e se materializa por meio das políticas praticadas pelo Estado, em todos os seus níveis. O que queremos sublinhar ao discuti-los é que, no Brasil, as desigualdades sociais se somam e são elevadas pelas desigualdades raciais e não podemos ignorar isto! As elevadas taxas de homicídio e de “auto de resistência” nos territórios de maioria negra, as políticas de remoção e de despejo de sua população, os altos índices de encarceramento de negros pobres, a precariedade das políticas públicas de habitação, saúde e educação para o conjunto da população negra e o desrespeito a suas tradições culturais e religiosas não são sucessivos produtos do acaso ou do mau funcionamento do Estado, mas traduzem o racismo institucional que opera no Brasil bem ao largo de qualquer perspectiva de integração social e urbana desses segmentos populacionais pela

via da cidadania.

A política de controle racial, “limpeza racial”, define – para negros, pardos, morenos e mulatos – quais são os territórios em que podem viver e a forma como devem viver. Favelas, periferias, subúrbios e alagados são fenômenos que revelam, no território urbano, a unidade entre capitalismo e racismo, entre classe e raça. O processo de racialização e segregação racial do espaço urbano foi (e ainda é) extremamente violento e complexo.

Primeiro aspecto que precisamos destacar: temos a política de extermínio e genocídio da população negra que nomeamos de extermínio direto e extermínio indireto. O extermínio direto é materializado nas ações do Estado contra moradores destes territórios. É uma violência estatal (ao contrário da social provocada, por exemplo, pelo tráfico de drogas). Ela encontra legitimidade nas políticas estatais de repressão ao tráfico de drogas e de contenção da violência urbana, cujo maior exemplo são as Unidades de Polícia Pacificadora (UPP). O extermínio indireto, por sua vez, ocorre pela morte lenta nas filas dos hospitais, pela falta de socorro e tratamento adequado, nas enchentes e tragédias naturais causadas pela omissão do Estado e da defesa civil, os surtos de dengue e outras enfermidades que incidem majoritariamente na população negra e pobre.

Segundo ponto: o encarceramento em massa da população afrodescendente (em enorme desproporção se comparada com a população branca). As cadeias brasileiras parecem-se enormes navios negreiros, depósitos de carne humana em que se inscreve na pele negra sua associação necessária com o crime. É impossível fugir ao estigma da raça: a prisão é a instituição consagrada para controlar a pressão social e racial do proletariado urbano e rural. Logo, a elite dominante associa o criminoso ao seu lugar de origem: ele vive na favela, tem amigos na favela, se comporta como um favelado etc. Raça, território e criminalidade passam a ser confundidas como uma coisa só: “se é negro e favelado, necessariamente é criminoso”. O encarceramento, por efeito, contribui na definição dos territórios negros urbanos: trata-se de uma malha de ruas, casas e barracos que unem negros “marginais” ou em processo de “marginalização”.

Portanto, encarceramento em massa, extermínio da juventude e políticas de remoção e despejo são manifestações do racismo contemporâneo. A precarização da relação de trabalho (com o aumento do número de “bicos”, terceirizações, informalidade e retirada de direitos dos trabalhadores) e a destruição de direitos sociais (moradia, saúde e educação)

definem um novo modus operandi na relação entre governos e o povo negro. O racismo se reorganiza de acordo a necessidade dos ricos e das elites. A nossa luta, portanto, deve ocorrer em três frentes: contra encarceramento e extermínio do povo negro e o atual modelo de estado punitivo; por políticas de acesso à saúde pública de qualidade para o nosso povo e a legalização do aborto e por uma política habitacional justa e solidária, contra os despejos, o racismo ambiental e pela valorização dos territórios negros urbanos. Encarceramento em massa de negros e pobres a política de controle racial é, em nosso ponto de vista, a prática social de um racismo que estrutura o atual quadro de desigualdades do capitalismo flexível.

5-O que temos hoje para superação?

Em três séculos de escravidão, geramos sub-humanos e sub-cidadania. O preto e pobre é livre perante a lei, mas a nossa sociedade é formada de dois grupos: de pessoas e de coisas. Coisas que não farão falta se morrerem, coisas que têm cor e estão à margem da dignidade e das cidades. Foi preciso três séculos de escravidão para que chegássemos a abolição, quantos serão necessários até a igualdade?

Foram criadas leis na perspectiva de superarmos o racismo escolar (Lei federal 10639/ 9-01-03 – Obrigatoriedade do estudo da história e cultura Africana e Afrobrasileira no Brasil), o racismo enquanto ação preconceituosa (Lei Afonso Arinos - 1390/51 de 3 de julho de 1951- proíbe discriminação racial no Brasil), entre outras ações legais. Contudo, para atenuar o problema de tal complexidade, utilizar-se do caráter educativo e do caráter legal não basta. Precisamos de políticas de superação e não de reparação. A educação precisa ser libertadora e não estereotipada e os negros precisam ser protagonistas nesse processo de emancipação.

O racismo é uma prática social com efeitos perversos na vida de bilhões de seres humanos espalhados pelos cinco continentes do planeta, e aqui não se trata só da opressão contra o negro. A prática do racismo é estrutural e apoiada pelo Estado e por seus aparelhos ideológicos (meios de comunicação, igreja, escola, polícia etc.) no sistema social e político capitalista. Ou seja, o racismo é o efeito da manipulação ideológica da “raça” como uma categoria social, funcional, estruturante e estruturada a partir de práticas sociais com legitimidade e aceitação no interior de nossa sociedade que, com efeito, produz desigualdades funcionais e a reprodução da ordem capitalista.

Importa, em primeiro lugar, que se inclua o Negro (como outras “minorias étnicas, raciais ou nacionais”) na programação do desenvolvimento sócio-

econômico e nos projetos que visem a aumentar a eficácia da integração nacional. Dada a concentração racial da renda, do prestígio social e do poder, a “população de cor” não possui nenhuma vitalidade para enfrentar e resolver seus problemas materiais e morais. Cabe ao governo suscitar alternativas, que viriam, aliás, tardiamente. Nessas alternativas, escolarização, nível de emprego e deslocamento de populações precisariam ganhar enorme relevo. Em suma, aí se necessita de um programa de combate à miséria e a seus efeitos no âmbito dessa população. Em segundo lugar, seria necessário que o Negro mudasse suas atitudes diante dos dilemas do “homem de cor”. Como os únicos interessados diretos nos resultados dessa integração, deveriam devotar-se a tal objetivo com maior tenacidade e discernimento, seja para conquistar uma posição na sociedade como e enquanto “grupo”, seja para forçar ajustamentos mais frutíferos por parte dos “brancos”. Em terceiro lugar, cabe aos próprios “brancos” um esforço de reeducação, para que deixem de falar em “democracia racial” sem nada fazer de concreto a seu favor e fazendo muito no sentido contrário. Será difícil que o governo ou os próprios componentes da “população de cor” consigam êxito diante da indiferença do “branco” nesse assunto. É preciso que se compreenda que uma sociedade não pode ser homogênea e funcionar equilibradamente sob a permanência persistente de fatores de desigualdade que a atingem. Além disso, precisamos evoluir para noções menos toscas e egoísticas do que vem a ser uma democracia. Nada disso se conseguirá dentro de um prazo curto, porém, através dos efeitos da mudança social espontânea. O que ela podia produzir está patente e mostra que, em vez de eliminarmos as contradições, aumentamos as tensões antigas e criamos outras novas, de potencialidade destrutiva ainda maior.

Ao combate da faxina étnica é necessário um conjunto de políticas públicas que tenham como marco uma cidade (sociedade) racialmente mais justa e integrada. Se, nos centros urbanos de nosso país, pequenas faixas do território urbano, de maioria branca ou totalmente branca, monopolizam os equipamentos públicos (melhores escolas, hospitais, centros de comércio, lazer, recreação, produção e difusão cultural) em detrimento da enorme massa negra desassistida e esparramada em territórios em que o único equipamento público é uma unidade da polícia, isto é sinal de que ainda estamos muito longe de modificar esta realidade.

O negro precisa se reconhecer enquanto negro! A sua identidade não será afluída pelos brancos. O negro

deve mostrar sua cor e lutar pelos seus direitos, pois o seu opressor (que pode ter também pele escura) não fará por ele. A luta contra as opressões precisa ter como protagonista o oprimido consciente e com estratégias e táticas diferentes daquelas de seus opressores. A luta contra as opressões dos grupos vulneráveis não precisa de inversão de papéis entre oprimidos e opressores, mas sim de indivíduos livres e emancipados de conceitos distorcidos da realidade humana. Convém, pois, que se inicie um programa nacional voltado para o dilema social das minorias que não têm condições autônomas para resolver rapidamente os problemas de sua integração à ordem econômica, social e política inerente à sociedade.

CONCLUSÃO?

Após tantas teorias, reflexões e questionamentos, a que conclusão deveríamos chegar ao fim dessa cartilha? Embora complexa, ela trás algo de simplicidade consigo, pois talvez a resposta mais adequada seja a que ainda não chegamos a uma conclusão, mas que já temos algumas certezas: de que alguns temas ainda são pouco discutidos nas nossas faculdades, que há uma enorme resistência – podendo dizer até um certo medo em se falar sobre determinados assuntos. Sexualidade é tabu, sexo é produto. Entre quatro paredes tudo é permitido, no convívio social vale a tal regra da “moral e dos bons costumes”. Até pode ser gay, só não pode ser “viado”, muito menos beijar alguém do mesmo sexo na minha frente. Temos uma mulher na presidência, logo, o feminismo não tem mais razão de ser. O nome social já existe e está aí para ser usado, mas @s profissionais de saúde ainda chamam pacientes pelo nome de batismo. Não é possível, apenas através dos textos apresentados aqui, perceber essas e outras tantas contradições que nos rodeiam diariamente; é preciso se estranhar e se questionar, compreender as raízes de tudo isso e ir além, transformando a prática e se transformando a partir dela.

Que os textos colocados aqui sejam o ponto de partida para novos questionamentos e outras buscas, servindo como instrumentos adicionais na luta e no debate, aproximando mais estudantes dessas pautas. Que cada palavra contida nos textos seja uma forma de encorajar aqueles que se identificam como oprimid@s a se levantarem contra a opressão que sofrem, entendendo suas origens e fins. Que a partir desses, surjam muitos outros textos, igualmente ousados, igualmente desafiadores.

A Coordenação de Cultura da DENEM agradece imensamente o esforço de tod@s que ajudaram na consolidação dessas ideias em forma de cartilha e deseja que a partir dela consigamos fortalecer o debate sobre opressões em todas as escolas de medicina no Brasil.

“Que na sua estranheza eu descubra a minha própria e tenha coragem de aceitá-la como natural.”

MATERIAL DE APOIO

1. Movimento Homossexual Brasileiro-Michele Conde
2. Mais Amor e Mais Tesão- a Construção de um Movimento Brasileiro de Gays, Lésbicas e Travestis
3. Acesso a cuidados à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com outras mulheres no estado de São Paulo
4. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Ministério da Saúde, 2011
5. Documentário “Me, my sex and I”, dirigido por Giles Harrison e produzido pela BBC. 2011.
6. Documentário “Bombadeira”, dirigido por Luis Carlos de Alencar. 2007. Trata do processo de modificação corporal clandestina a que submetem algumas pessoas de identidade trans*, na busca por um corpo que as represente.
7. Documentário “Não gosto dos meninos”, dirigido por André Matarazzo e Gustavo Ferri. 2011.
8. Curta “Thirteen or so minutes”, dirigido por William Blinn. 2008.
9. Aborto provocado: Violência e Significado- Cristina Mendes Gigliotti Borsari
10. Aborto: descriminalizar para prevenir- Sonia Fleury
11. A legalização do aborto no Uruguai ajuda as brasileiras?-Blogueiras feministas
12. Por que o aborto deve ser permitido no Brasil <http://www.youtube.com/watch?v=PMdVzBOx-z4>
13. Aborto: avanços na América Latina e retrocessos no Brasil?-Le Monde Diplomatique
14. Arendt, Hannah - A Origem do Totalitarismo.
15. Arendt, Hannah - Eichmann em Jerusalém, Um retrato sobre a Banalidade do Mal.
16. Marx, Karl - O Capital.
17. Marx, Karl - O Manifesto Comunista.
18. Nietzsche, Friedrich - Além do Bem e do Mal.
19. Kant, Emmanuel - A Razão Como Limites da Religião.
20. Durkheim, Émile - Da Divisão do Trabalho Social.
21. Rev. bras. educ. med. vol.34 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2010, Concepções sobre assédio moral: bullying e trote em uma escola médica, Fabiana de Mello Villaça; Marisa Palácio; Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
22. O Segundo Sexo- Simone de Beauvoir
23. Olhar o Mundo com olhos de mulher-Mauro Iasi
24. Feminismo, gênero e revolução-Lenita Oliveira Benoit
25. Abaixo a Família Monogâmica-Sérgio Lessa

Coordenação de Cultura - DENEM 2013

Karina Eid - CAPS - UNESP

Felipe Medeiros - CAEZ - FAMERP

Renata Pires Bazzo - CALIMED - UFSC

Paola Baldessar - CALIMED - UFSC