



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
EDUCAÇÃO
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO



FABÍOLA JUNDURIAN BOLONHA

**DIMENSÕES DE CORPO, GÊNERO E SEXUALIDADE NA FORMAÇÃO MÉDICA:
DISPUTAS E SILENCIAMENTOS NA COMPOSIÇÃO CURRICULAR DA
UACV/CFP/UFCG**

**CAJAZEIRAS – PB / SÃO CRISTÓVÃO – SE
2022**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
EDUCAÇÃO
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO



FABÍOLA JUNDURIAN BOLONHA

**DIMENSÕES DE CORPO, GÊNERO E SEXUALIDADE NA FORMAÇÃO MÉDICA:
DISPUTAS E SILENCIAMENTOS NA COMPOSIÇÃO CURRICULAR DA
UACV/CFP/UFCGs**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Alfrâncio Ferreira Dias

Coorientador: Prof. Dr. Aldo Gonçalves de Oliveira

Área de concentração: Educação, Comunicação e Diversidade.

Linha de Pesquisa: Educação e Diversidade.

CAJAZEIRAS – PB / SÃO CRISTÓVÃO – SE
2022



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO



FABIOLA JUNDURIAN BOLONHA

“DIMENSÕES DE CORPO, GÊNERO E SEXUALIDADE NA FORMAÇÃO MÉDICA:
DISPUTAS E SILENCIAMENTOS NA COMPOSIÇÃO CURRICULAR DA
UACV/CFP/UFCG”

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Educação da Universidade Federal de Sergipe e
aprovada pela Banca Examinadora.

Aprovada em 23.11.2022



Documento assinado digitalmente
ALFRANCIO FERREIRA DIAS
Data: 28/11/2022 10:36:40-0300
Verifique em <https://verificador.itl.br>

Prof. Dr. Alfrancio Ferreira Dias (Orientador)
Programa de Pós-Graduação em Educação/UFS



Documento assinado digitalmente
LIVIA DE REZENDE CARDOSO
Data: 25/11/2022 14:51:04-0300
Verifique em <https://verificador.itl.br>

Prof.^a Dr.^a Livia de Rezende Cardoso
Programa de Pós-Graduação em Educação/UFS

Prof. Dr. José Paulo Gomes Brazão
Programa de Pós-Graduação em Educação/UFS

Prof. Dr. Pedro Paulo Souza Rios
Universidade Estadual de Feira de Santana / UEFS



Documento assinado digitalmente
DORGIVAL GONCALVES FERNANDES
Data: 24/11/2022 16:20:07-0300
Verifique em <https://verificador.itl.br>

Prof. Dr. Dorgival Gonçalves Fernandes
Universidade Federal de Campina Grande / UFCG



Documento assinado digitalmente
ALDO GONCALVES DE OLIVEIRA
Data: 24/11/2022 10:48:56-0300
Verifique em <https://verificador.itl.br>

Prof. Dr. Aldo Gonçalves de Oliveira
Universidade Federal de Campina Grande / UFCG

SÃO CRISTÓVÃO (SE)
2022

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

B693d Bolonha, Fabíola Jundurian
Dimensões de corpo, gênero e sexualidade na formação médica : disputas e silenciamentos na composição curricular da UACV/CFP/UFCGs / Fabíola Jundurian Bolonha ; orientador Alfrâncio Ferreira Dias. – São Cristóvão, SE, 2022.
150 f.

Tese (doutorado em Educação) Universidade Federal de Sergipe, 2022.

1. Educação. 2. Ensino superior. 3. Universidades e faculdades – Currículos. 4. Medicina – Estudo e ensino – Paraíba. 5. Identidade de gênero. 6. Sexo (Biologia). 7. Sexo (Psicologia). I. Dias, Alfrâncio Ferreira, orient. II. Título.

CDU 378.016:61(813.3)

João Batista Bolonha (In Memoriam): nosso eterno “gordinho”, pai, amigo, companheiro e luz no meu caminho;

Marisa Jundurian Bolonha: “Tutu”, mãe, amiga e companheira, por me apoiar junto ao meu pai em todas as minhas trajetórias e seguirem comigo, sempre me fortalecendo e sendo inspiração.

Amo vocês.

A vocês, dedico.

AGRADECIMENTOS

Aos que vieram antes, toda minha gratidão! Saravá!

Agradeço às Instituições de Ensino deste País, por acreditarem e defenderem a Educação e Pesquisa Científica, especialmente à Universidade Federal de Campina Grande e Universidade Federal de Sergipe por concederem a oportunidade de realização desta Tese de Doutorado.

Ao meu orientador professor Dr. Alfrancio. Alf, que se ao longo deste mergulho comigo no doutorado se tornou um querido amigo! Que encontro feliz o nosso e que lindo você ter aceitado me orientar! Me trouxe provocações e desafios que me transformaram e me apoiaram na pesquisadora que hoje eu sou. Seguiremos juntos, nos transformando sempre e vivendo com alegria.

Ao meu querido amigo professor Dr. Aldo, por acreditar neste estudo desde o início e aceitar o desafio de trilhar esta jornada junto a mim! Sempre me incentivando, ajudando, me ensinando muito, me desafiando e rindo junto à mim (chorando também). Conseguimos!

Agradeço muito minha irmã amiga Neide, por todo apoio, dedicação, amizade, fidelidade e amor incondicionais que dedica a mim e minha família! Você é nosso amor e te levaremos para sempre nos nossos corações.

À querida professora Dra. Lívia, por todo aprendizado que tive contigo. Pelas aulas na pós-graduação, pelas reflexões e apoio. Por ter participado do meu exame de qualificação e olhado para minha tese com muito cuidado, respeito e atenção, fazendo contribuições potentes e indescritíveis. Agradeço pelo aceite em compor a banca de defesa. Você é uma grande referência para mim!

Querida Marizette, por participar da minha jornada acadêmica na pós-graduação, sempre com leveza e poesia. Agradeço muito por ter participado do meu exame de qualificação e contribuído tanto para meu crescimento. Que nossos caminhos se cruzem mais vezes!

À minha amiga professora Flávia, por estar presente neste percurso de doutorado. Quanto aprendizado e o quanto teremos juntas pela frente ainda nesta vida!

Ao meu querido amigo Dorgival, por ser tão gentil e sensível, tão dedicado e amigo. Você foi um gigante nesta reta final, Dorgi, te agradeço demais por ter me dado força e mostrar que sou capaz de encontrar meu “grito”. Por me encorajar a dar a cara a tapa e ao beijo!

Ao professor Dr. José Paulo Gomes Brazão, pelo compartilhamento de conhecimento conosco durante as aulas da pós-graduação, sempre gentil! Agradeço muito pelo aceite em participar da banca de defesa, tenho certeza que será enriquecedor e de muito aprendizado.

Ao professor Pedro Paulo Souza Rios, o Peo, agradeço demais pela sua presença na banca de defesa, estou muito feliz pela sua participação!

Ao meu pai João Batista Bolonha (*In Memoriam*), que partiu para nova jornada na luz e amor, em 2021, levando um grande pedaço de nossos corações. Sei que está feliz e que sentes

orgulho desta filha que sempre foi inconvençional, mas que te ama muito e sente muito sua falta. Nos reencontraremos!!!!

À minha mãe Marisa Jundurian Bolonha, minha grande amiga e companheira, que sempre me apoiou e me apoia. Também sempre puxa minha orelha quando eu desanimo e/ou ameaço desistir de alguma batalha, me lembrando sempre que somos guerreiras. Que somos mulheres fortes e vencedoras. Tutu, a senhora é minha mulher maravilha, te amo!!!!

Aos meus filhos Miguel e Jorge – qualquer jornada com vocês se torna linda! Agradeço por serem crianças felizes e de muita luz! Por serem inspiração e me envolverem com tanto amor. Vocês são os amores da minha vida!

Ao meu companheiro, amor, amigo, pai dos meus filhos, Jefferson. Por ser tão paciente comigo, por estar sempre disponível, sempre presente e sempre me ouvir. Por participar de mais essa jornada comigo, me ouvindo e compreendendo meu processo de construção de pensamento e ideias, me apoiando sem me deixar desistir. E por sua paciência, amizade e amor. Te amo!

Miki, amor da minha vida, você me inspirou e me deu forças para chegar até aqui. Prometo que farei tudo que estiver ao meu alcance para mudar o cenário de violência que tanto lhe atingiu. Deste lugar lindo que você está (como você costumava chamar – “Com o Papai do Céu) receba meu amor e luz. Te amo, gratidão por ter você na minha vida sempre, desde sempre e para sempre.

Bernard, meu amigo, tudo vem no tempo certo. Obrigada por tanto. Receba meu amor e luz! Um dia nos reencontraremos!

Aos meus irmãos – Fabrício e Flaviana, e todo o restante da minha família – tias, tios, primas, primos, afilhadas, afilhados, pelo apoio incondicional e constante!

Ao Joaozinho, por me aguentar dividindo sala de trabalho na UFCG ao longo de todo esse tempo, ouvindo meus gemidos de angústias e gritos de empolgações. Expectador paciente, que assistiu de camarote os grandes momentos que vivi.

Às Monstras presentes em todos os lugares, que mesmo com toda violência que recebem e investidas de aniquilação de suas existências, continuam Monstras: resistindo, reexistindo, insurgindo e se espalhando por todos os lugares. Monstras, que vivem em transição e “cuja face, corpo e práticas ainda não podem ser consideradas verdadeiros em um regime de conhecimento e poder determinados” (PRECIADO, 2022, p. 28)¹.

¹ PRECIADO, P.B. **Eu sou o monstro que vos fala: Relatório para uma academia de psicanalistas**. Traduzido por Carla Rodrigues. Rio de Janeiro: Zahar, 2022.

SEREI A

“Serei a do asfalto
Rainha do luar
Entrega seu corpo
Somente a quem possa carregar
E, onde (h)á-mar, transbordar
Em água salgada lavar
E me levar
Livre, me love, me luta
Mas não esqueça,
Levante a cabeça
Aconteça o que aconteça
Continue a navegar
Continue a travecar
Continue a navegar
Continue a atravessar”

(Serei a, Linn da Quebrada)

RESUMO

O presente estudo é parte do projeto de Doutorado Interinstitucional (Dinter) entre o Programa de Doutorado em Educação da Universidade Federal de Sergipe (PPGED/UFS) e a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Centro de Formação de Professores (CFP), campus de Cajazeiras, PB. A temática desta tese doutoral se insere nas discussões sobre formação médica, e de modo específico, sobre currículo médico e as dimensões de corpo, gênero e sexualidade. Da conexão entre esses temas, o presente trabalho objetivou analisar como o corpo, gênero e sexualidade são acionadas no Projeto Político Pedagógico (PPC) do curso de medicina da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida (UACV) (Campus de Cajazeiras). Para dar conta desta proposta de investigação, foi tomado o referencial teórico-metodológico dos estudos pós-críticos sobre currículo. O mesmo fez entender que se quisesse saber como essas dimensões são acionadas no currículo, produzindo sujeitos médicos, deveria ir até os discursos que sobressaem do mesmo, uma vez que são significados como práticas permeadas por relações de poder-saber, que produzem aquilo que nomeiam. Argumenta-se nesta tese, que são múltiplas as formações discursivas – das normativas e diretrizes oficiais, científicas, biológicas/biomédicas, sociais, pedagógicas – que entram em disputa na composição curricular para a abordagem de saberes sobre gênero e sexualidade, que acabam silenciando corpos LGBTQIA+ na formação médica, silenciando a diversidade ou diferença. Percorrendo esse argumento, é possível compreender na análise, que a formação de médicos(as) pelo currículo da UACV/UFCG aciona estratégias e técnicas de poder articuladas, ainda centradas no modelo biomédico, garantindo, como uma instituição de poder, a manutenção das relações de dominação e efeitos de hegemonia. O trabalho consiste de 4 capítulos. O capítulo 1 é uma contextualização do tema de pesquisa com os objetivos geral e específicos, juntamente com as inspirações metodológicas. No capítulo 2 são aprofundados os conceitos centrais de abordagem e análise da forma como as perspectivas pós-críticas abordam tais conceitos, finalizando a seção com a metodologia escolhida. No capítulo 3, são evocadas algumas memórias do movimento LGBTQIA+ no Brasil e o acolhimento em políticas públicas em saúde e, encerrando o capítulo, são analisadas as políticas educacionais representadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em medicina. Por fim, no capítulo 4, foram realizadas as análises discursivas no PPC do curso de medicina da UACV/UFCG e, a partir dessa análise, foi constatado que a construção do PPC se deu de forma arbitrária e interessada, considerando as DCNs de 2001 que não acolhem os conceitos de corpo, sexualidade e saúde na diversidade - uma das razões pelas quais estas foram reformuladas em 2014. O que é proposto no PPC é concretizado na matriz curricular, as disciplinas estão alinhadas com as propostas de ensino em saúde, ainda que com uma forte preponderância de disciplinas com enfoques biologicista, priorizando alguns conhecimentos em relação a outros. Analisando discursos presentes nos currículos e ementas disciplinares, se torna evidente o enfoque a conteúdos de cunhos biologicistas, a naturalização de discursos sobre corpos anatômicos e fisiológicos, e de gêneros associados aos sexos masculino e feminino, bem como uma marcante preocupação com a universalização da saúde de qualidade a todos, como sendo responsabilidade dessas/es futuras/os profissionais da saúde. Corrobora-se que os currículos produzem e são produzidos a partir de uma lógica que legitima os saberes, temos assim os sujeitos profissionais médicos formados pela racionalidade neoliberal, de sujeito da saúde. É compreendido que esses sujeitos da medicina só existem a partir do outro; que o termo “identidade” não dá conta de explicar quem são elas/eles; que esses sujeitos são inventados/as, na formação de empreendedores de si, de sujeitos autônomos, responsáveis pelo seu próprio sucesso, pela sua saúde, pela sua qualidade de vida, em nome de uma liberdade maquiada e alimentada pelas instituições disciplinadoras, neste caso, os currículos. Como conclusão, os/as discentes são insistentemente convocados/as

ao que o currículo prescreve para sua formação, dentro de significados específicos sobre como tornar-se um/a médico/a normalizado, normalizador.

Palavras-chave: Currículo. Formação médica. Corpo. Saúde. Gênero.

ABSTRACT

The present study is part of the Interinstitutional Doctoral Project (Dinter) between the Doctoral Program in Education of the Federal University of Sergipe (PPGED/UFS) and the Federal University of Campina Grande (UFCG), Teacher Training Center (CFP), campus of Cajazeiras, PB. The theme of this doctoral thesis is part of the discussions on medical training, and specifically, on the medical curriculum and the dimensions of body, gender and sexuality. From the connection between these themes, the present work aimed to analyze how the body, gender and sexuality are activated in the Political Pedagogical Project (PPC) of the medical course of the Academic Unit of Life Sciences (UACV) (Campus de Cajazeiras). To account for this research proposal, the theoretical-methodological framework of post-critical studies on curriculum was taken. It made him understand that if he wanted to know how these dimensions are activated in the curriculum producing medical subjects, he should go to the discourses that stand out in it, since they are meant as practices permeated by power-knowledge relationships that produce what they name. It is argued in this thesis that there are multiple discursive formations - from official, scientific, biological/biomedical, social, pedagogical norms and guidelines - that enter into dispute in the curricular composition for the approach of knowledge about gender and sexuality that end up silencing LGBTQIA+ bodies in medical training, silencing diversity or difference. Following this argument, it is understood in the analysis that the fabrication of doctors by the UACV/UFCG curriculum triggers articulated power strategies and techniques, still centered on the biomedical model, guaranteeing, as an institution of power, the maintenance of relations of domination and hegemony effects. The work consists of 4 chapters. Chapter 1 is a contextualization of the research topic with general and specific objectives, together with methodological inspirations. In chapter 2, the central concepts of approach and analysis are deepened in the way post-critical perspectives approach such concepts, ending the section with the chosen methodology. In chapter 3, some memories of the LGBTQIA+ movement in Brazil and the reception in public health policies are evoked and, closing the chapter, the educational policies represented by the DCNs for the undergraduate course in medicine are analyzed. Finally, in chapter 4, discursive analyzes were carried out in the PPC of the UACV/UFCG medical course and, from this analysis, it was found that the construction of the PPC took place in an arbitrary and interested way, considering the DCNs of 2001 that do not welcome the concepts of body, sexuality and health in diversity - one of the reasons why these were reformulated in 2014. What is proposed in the PPC is implemented in the curriculum, the subjects are aligned with the health teaching proposals, even if with a strong preponderance of disciplines with biological approaches, prioritizing some knowledge in relation to others. Analyzing discourses present in the curricula and disciplinary menus, it becomes evident the focus on contents of biological nature, the naturalization of discourses about anatomical and physiological bodies, and genders associated with male and female sex, as well as a marked concern with the universalization of health of quality to all, as being the responsibility of these future health professionals. It is corroborated that the curricula produce and are produced from a logic that legitimizes knowledge, thus we have the medical professional subjects formed by the neoliberal rationality, of the subject of health. It is corroborated that the curricula produce and are produced from a logic that legitimizes knowledge, thus we have the medical professional subjects formed by the neoliberal rationality, of the subject of health.

It is understood that these subjects of medicine only exist from the other; that the term “identity” cannot explain who they are; that these subjects are invented, in the formation of self-entrepreneurs, of autonomous subjects, responsible for their own success, for their health, for their quality of life, in the name of a freedom made up and fed by disciplinary institutions, in this case, the CVs. As a conclusion, students are insistently invited to what the curriculum prescribes for their training within specific meanings on how to become a normalized, normalizing doctor.

Keywords: Curriculum. Medical training. Body. Health. Genre.

RESUMEN

El presente estudio forma parte del Proyecto de Doctorado Interinstitucional (Dinter) entre el Programa de Doctorado en Educación de la Universidad Federal de Sergipe (PPGED/UFS) y la Universidad Federal de Campina Grande (UFCG), Centro de Formación de Profesores (CFP), campus de Cajazeiras, PB. El tema de esta tesis doctoral forma parte de las discusiones sobre la formación médica, y específicamente, sobre el currículo médico y las dimensiones de cuerpo, género y sexualidad. A partir de la conexión entre estos temas, el presente trabajo tuvo como objetivo analizar cómo el cuerpo, el género y la sexualidad se activan en el Proyecto Político Pedagógico (PPC) de la carrera de medicina de la Unidad Académica de Ciencias de la Vida (UACV) (Campus de Cajazeiras). Para dar cuenta de esta propuesta de investigación se tomó el marco teórico-metodológico de los estudios poscríticos sobre currículo. Le hizo comprender que si quería saber cómo se activan estas dimensiones en el currículo productor de las asignaturas de medicina, debía acudir a los discursos que en él se destacan, pues se entienden como prácticas permeadas por relaciones de poder-saber que producen lo que nombre. Se argumenta en esta tesis que existen múltiples formaciones discursivas -desde normas y lineamientos oficiales, científicos, biológicos/biomédicos, sociales, pedagógicos- que entran en disputa en la composición curricular para el abordaje de saberes sobre género y sexualidad que terminan silenciando Cuerpos LGBTQIA+ en formación médica, silenciando la diversidad o la diferencia. Siguiendo este argumento, se comprende en el análisis que la fabricación de médicos por el currículo de la UACV/UFCG desencadena estrategias y técnicas de poder articuladas, aún centradas en el modelo biomédico, garantizando, como institución de poder, el mantenimiento de relaciones de dominación y efectos de hegemonía. El trabajo consta de 4 capítulos. El capítulo 1 es una contextualización del tema de investigación con objetivos generales y específicos, junto con inspiraciones metodológicas. En el capítulo 2 se profundiza en los conceptos centrales de abordaje y análisis en la forma en que las perspectivas poscríticas abordan tales conceptos, finalizando el apartado con la metodología elegida. En el capítulo 3, se evocan algunas memorias del movimiento LGBTQIA+ en Brasil y la recepción en las políticas públicas de salud y, al cerrar el capítulo, se analizan las políticas educativas representadas por las DCN para el curso de graduación en medicina. Finalmente, en el capítulo 4, se realizaron análisis discursivos en el PPC de la carrera de medicina de la UACV/UFCG y, a partir de este análisis, se constató que la construcción del PPC se dio de manera arbitraria e interesada, considerando las DCN de 2001 que no acogen los conceptos de cuerpo, sexualidad y salud en la diversidad - una de las razones por las que estos fueron reformulados en 2014. Lo propuesto en el PPC se implementa en el currículo, las asignaturas se alinean con las propuestas de enseñanza de la salud, aunque con una fuerte preponderancia de disciplinas con enfoques biológicos, priorizando unos conocimientos en relación a otros. Analizando los discursos presentes en los currículos y menús disciplinares, se hace evidente el foco en los contenidos de naturaleza biológica, la naturalización de los discursos sobre los cuerpos anatómicos y fisiológicos, y los

géneros asociados al sexo masculino y femenino, así como una marcada preocupación por la universalización de la salud de calidad para todos, como responsabilidad de estos futuros profesionales de la salud. Se corrobora que los currículos producen y son producidos desde una lógica que legitima saberes, así tenemos los sujetos profesionales médicos formados por la racionalidad neoliberal, del sujeto de la salud. Se entiende que estos sujetos de la medicina sólo existen del otro; que el término “identidad” no puede explicar quiénes son; que estos sujetos se inventen, en la formación de autoempresarios, de sujetos autónomos, responsables de su propio éxito, de su salud, de su calidad de vida, en nombre de una libertad compuesta y alimentada por instituciones disciplinarias, en este caso, los CV. Como conclusión, se invita insistentemente a los estudiantes a lo que el currículo prescribe para su formación en significados específicos sobre cómo llegar a ser un médico normalizado, normalizador.

Palabras clave: Currículo. Entrenamiento médico. Cuerpo. Salud. Género.

LISTA E ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANPEd	Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Educação
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária em Saúde
CES	Câmara de Educação Superior
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Centro de Formação de Professores
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID	Cadastro Internacional de Doenças
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CVV	Centro de Valorização da Vida
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DINTER	Doutorado Interinstitucional
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
FIES	Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior
GGB	Grupo Gay da Bahia
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições de Ensino Superior
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
ISNA	Intersex Society America
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LBI	Lei Brasileira de Inclusão
LBPCD	Lei Brasileira da Pessoa com Deficiência
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Transexuais, Travestis, Queer, Intersexo, Assexuais +
MEC	Ministério da Educação
MHB	Movimento Homossexual Brasileiro
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PBSH	Programa Brasil Sem Homofobia
PCD	Pessoas Com Deficiência
PMM	Programa Mais Médicos
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNSLI“LGBT”	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PPC	Projeto Pedagógico de Curso
PPGED	Programa de Pós Graduação em Educação
PPM	Programa Mais Médicos
PROMED	Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina

Pró-Saúde I	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
ProUni	Programa Universidade para Todos
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PT	Partido dos Trabalhadores
Sepir	Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SUS	Sistema Único de Saúde
UACV	Unidade Acadêmica de Ciências da Vida
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Campina Grande
UFS	Universidade Federal de Sergipe
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

LISTA DE ELEMENTOS GRÁFICOS

Quadro 1 – Documentos considerados nas análises.....	62
---	----

SUMÁRIO

1 UMA APRESENTAÇÃO, UMA CANÇÃO	16
1.1 A CONSTRUÇÃO DA SUJEITA-PESQUISADORA	17
2 INICIANDO O MERGULHO – TROCANDO DE PELE E EXPANDINDO SENSAÇÕES DE REALIDADE.....	31
2.1 CORPO, GÊNERO, SEXUALIDADE	32
2.2 RELAÇÕES ENTRE SABER-PODER - CURRÍCULO: CAMPO DE DISPUTA	46
2.3 SOBRE AS MINHAS INSPIRAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS.....	52
2.3.1 Expandindo meus olhares nas inspirações das pesquisas pós-críticas.	54
2.3.2 Preparando minha mala de viagem: o que levar?	62
3 REPRESENTATIVIDADE PARA QUENS?	64
3.1 CONTEXTUALIZANDO O SUS.....	65
3.2 ALGUMAS MEMÓRIAS DO MOVIMENTO LGBTQIA+ E A PNSI “LGBT”	69
3.3 OS ESPASUS DE (DES)ACOLHIMENTO EM SAÚDE – CENÁRIOS QUE AMBIENTAM A VIOLÊNCIA VIVIDA PELA POPULAÇÃO LGBTQIA+	81
4 VIOLÊNCIAS CURRICULARES: A (IN)VISIBILIDADE DO CORPO LGBTQIA+ NA FORMAÇÃO MÉDICA.....	92
4.1 NÃO É MAIS EM COIMBRA, MAS.....	94
4.2 AS DCN PARA O CURSO DE MEDICINA E O GERENCIAMENTO DO PPC – QUAIS ENCONTROS E DESENCONTROS SÃO PROMOVIDOS?.....	103
4.2.1 E nos desencontros existem perdas	110
4.3 SOBRE A ESTRUTURAÇÃO DO PPC.....	120
4.3.1 As dimensões corpo, gênero e sexualidade são inseridas no PPC.	123
CONSIDEREMOS...CONSIDERO	134
REFERÊNCIAS.....	139

1 UMA APRESENTAÇÃO, UMA CANÇÃO

Volver a los diecisiete después de vivir em siglo
 Es como descifrar signos sin ser sábio competente
 Volver a ser de repente tan frágil como em segundo
 Volver a sentir profundo como em niño frente a Dios
 Eso es lo que siento yo em este instante fecundo²
 (*Volver a los diecisiete*, Mercedes Sosa, 1962)

Início essa tese com um fragmento da canção “Volver a los diecisiete”, autoria da chilena Violeta Parra, interpretada na voz da argentina Mercedes Sosa. Conheci essa canção no final da minha infância e sempre que ouvia, eu refletia sobre sua cadência e imaginava o que seria sua letra traduzida, afinal, eu tinha aulas de inglês e não de espanhol (não por acaso). Ela vem tranquila, conversa pausadamente, rasga com emoção e vira um grito e, respira e grita novamente e, depois embala um intenso desnudo ritmo latino-americano tão nosso e tão exótico. Hoje, eu conheço sua letra traduzida e mergulho nela, sem jamais encontrar o fundo para bater o pé, é uma canção indescritivelmente potente. Para elaborar esta introdução, com o objetivo de contextualizar meu encontro com o tema desta pesquisa, tive que voltar no tempo em minhas reflexões e essa canção começou a tocar na “minha estação de rádio”, se instalou em minha mente.

Dependendo de como nos colocamos a viver a vida, ainda que centenária, ela não nos proporcionaria, sequer, um resquício de sabedoria. O retorno aos dezessete anos pode ser entendido como uma aproximação com um passado, quando somos atravessados por procura, abertura, disposição, e curiosidade. É um convite a voltar no tempo e entrar em contato com a potência do ser criança, explorar, sempre permitir-se a descobrir, territorializar e deixar territórios sem medo, sem apego, criar, desenhar, pintar, expandir e, assim como faz a criança, permitir-se, inclusive, ao erro.

Sentir-se como um menino frente a Deus, é uma alegoria daquele que tem tudo a aprender frente aquele que tudo sabe. Penso que na minha vida, em alguns momentos vivo como nessa cadência, ora calma, confortável, acomodada e, ora inquieta, alegre, curiosa, movimentando, rodopiando. É uma canção que também fala de amor, na sua potência e essência maior: “El amor es torbellino de pureza original³ [...] El amor con sus esmeros al

²Tradução minha: “Voltar aos 17/depois de viver um século/é como decifrar símbolos/sem ser sábio competente/voltar a ser de repente/tão frágil como um segundo/voltar a sentir profundo/como um menino frente a Deus/isso é o que eu sinto/nesse instante fecundo.”

³Tradução minha: “O amor é turbilhão/de pureza original.”

viejo lo vuelve niño [...]”⁴, e as transformações que ele promove durante sua passagem pelos caminhos da vida.

Tudo transforma o momento, tal como um mágico que é permissivo e ao mesmo tempo impositivo: assim é a vida e a experiência do vivível. O amor é turbilhão. A criação, a invenção, o novo requerem o caos, a desordem, o turbilhão. O amor é o caos que possibilita a criação do novo: realizações não reconhecidas, não valorizadas, não toleradas pela ciência régia, pelo modo de conhecer dessa ciência, cujos valores são exponencialmente contrários aos valores da “ciência” do amor.

No final, entendi que essa canção não invadiu “minha rádio” despropositadamente, ela conjura um manifesto de resistência de minorias. Nesse sentido, é minoritária também a sua autora, posto que Violeta Parra é símbolo de resistência, de luta, de possibilitar pelas suas letras e pela sua voz uma linha de fuga e uma frente de batalha contra a realidade totalitária que viveu. Além disso, essa canção tem como intérprete outro símbolo, “la negra, la voz de los sin voz”⁵, Mercedes Sosa, outra força minoritária, outra fortaleza de resistência, que sempre teve em Violeta uma aliada: uma primeira aliança.

Inspirada nessa força ancestral latino-americana, vou me colocando na escrita, conversando com meus orientadores, com os autores que fundamentam a teoria dessa pesquisa, com a temática deste estudo, com vocês, com minhas incertezas, com o presente e com tudo aquilo que me afeta. Sou eu buscando, encontrando, deslocando, me transformando. Sou eu, Fabíola, nascida em Guaxupé - Minas Gerais; filha de Iansã com Ogum, na Umbanda; a Bil filha da Marisa com o João; a mãe do Miguel e do Jorge; a professora Fabíola, a doutoranda e tantas outras Eu.

1.1 A CONSTRUÇÃO DA SUJEITA-PESQUISADORA

O movimento no qual venho me construindo como pesquisadora tem seu início no meu curso de graduação. Sou graduada em medicina veterinária (desde a minha infância já havia escolhido percorrer esse caminho), um curso de bacharelado que eu realizei em uma faculdade particular no interior do estado de São Paulo, no período de 1995 a 2000. Durante o último semestre, tive contato com a pesquisa acadêmica ao realizar estágio obrigatório em um

⁴Tradução minha: “O amor com seus caprichos/ao velho torna menino”

⁵Tradução minha : “A negra, a voz dos sem voz.”

laboratório de histologia na Universidade de São Paulo (USP), no campus de Pirassununga, SP, onde sediava cursos de zootecnia, medicina veterinária e engenharia de alimentos.

Durante esse estágio, realizei um estudo cinético da absorção de gorduras a zero grau no peixe antártico (*Notothenia neglecta*) e, a partir disso, me encantei com as possibilidades de se fazer pesquisa – de bancada, laboratorial, de coleta de campo, desenvolvimento de técnicas, de processamento de dados, quantitativa. Desde que houvesse uma “boa pergunta”, tudo era possível de se pesquisar, foi assim que me disseram. Me graduei. Enveredei pelos caminhos da pós-graduação *stricto sensu*, fiz mestrado no Instituto de Biociências, na área de biologia celular e tecidual na USP, campus da cidade de São Paulo, pesquisando sobre cicatrização de pele e regeneração de escama no peixe tropical, curimatá *Prochilodus scrofa*.

Nessa fase da minha vida, eu percorri caminhos bonitos, potentes e singulares, alamedas, mata, paisagens, encruzilhadas e contornos lindos, transformadores, enriquecedores. Cantei no Coralusp por três anos, cursei disciplinas no Instituto de Oceanografia, de Química, de Matemática e Estatística, Butantã, de Pesca de Pindamonhangaba, Museu do Ipiranga, na Faculdade de Medicina e Zootecnia, Escola de Comunicação e Artes da USP. Uma pluralidade, uma diversidade bailante, com sede de me encontrar plural. Mas, a “boa pergunta” do projeto de pesquisa que eu executava, ainda não era a minha.

Logo que concluí o mestrado, virei a esquina e peguei a longa rodovia das aulas de “tudo um pouco” nas faculdades privadas e nessa trilha de São Paulo, capital, eu permaneci por oito anos, transitando por 12 cursos de graduação na área da saúde, exceto medicina e medicina veterinária. Pelo fato de ter me formado em curso de bacharelado e feito mestrado com formação essencialmente técnica, o “dar aula” foi se esculpindo na prática, na observação de colegas, na intuição, nas lembranças dos meus modelos de referências, no “certo e errado” e, assim, percorri por anos longas estradas, cheias de transeuntes.

Eis que surge uma nova via, em 2010, através da aprovação em concurso para vaga de professor de histologia no curso de graduação em Medicina, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida (UACV), no Centro de Formação de Professores (CFP), da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campus de Cajazeiras, ultra interior do Nordeste, penúltima cidade da Paraíba na linha leste oeste, alto sertão paraibano. Fui convocada para assumir a vaga e, em fevereiro de 2011, me despedi do “fervilhão” de Sampa e do aconchego do núcleo familiar em Minas Gerais. “Peguei estrada” no meu carro, eu e meu pai, o meu melhor amigo e grande companheiro, percorrendo uma rota de 2870 km de distância, durante três dias, por estradas com muitos percalços, diversidade de paisagens e de climas, conversas,

risadas, aprendizagens. Chegamos em Cajazeiras, na noite de 13 de fevereiro de 2011, conhecendo pouquíssimas pessoas, acolhidos por D. Francisca, a quem eu e minha família passamos a considerar grande amiga, um grande presente de Cajazeiras em nossas vidas. Meu pai voltou para Minas Gerais três semanas depois e eu, sozinha, iniciei uma jornada surreal de adaptação e recomeço, literalmente.

Sou professora lotada no curso de medicina da UACV/CFP desde 2011, responsável pela disciplina de histologia, que é ofertada nos três primeiros semestres do curso. A partir do quarto semestre, temos contatos esporádicos, oriento alguns estudantes que se inscrevem no programa de monitoria em histologia o qual eu oriento. Eu sou professora de histologia desde 2004 e, ao longo dos anos, foi abrindo um grande espaço para construção de desejos de mudanças, aquele desconforto que precede deslocamentos, sabe? Estava me saturando de atuar em um campo técnico de saberes, no qual o corpo é analisado e entendido apenas por lógicas embrionárias, anatômicas, histológicas, fisiológicas e patológicas e, mesmo reconhecendo que este é atravessado, histórico, ou seja, produzido na e pela cultura, essa dimensão é timidamente discutida em aulas.

Concomitante ao ensino, desde meu ingresso na UFCG, desenvolvo projetos de extensão universitária e nesse eixo, eu me renovo, sinto grande paixão e atravessamentos, que me motivam a atuar com a comunidade, ouvir as necessidades dela e elaborar projetos que promovam transformações de cenários tanto na comunidade, como também nos extensionistas e em mim. Mas compreendo também que, para “alimentar” os projetos de extensão e me “alimentar” deles, precisava de um deslocamento, eu sentia que me faltava algo em termos de aprimoramento, de qualificação na minha identidade profissional, uma inquietação que se tornou uma péssima companheira nas madrugadas e que me visitava de tempos em tempos.

Potencializando positivamente essa inquietação, aceitei o convite de um colega de trabalho e ingressei em um curso de pós-graduação *lato sensu*. Enveredei animada, pois era uma pós-graduação de educação em saúde, que tinha base no uso de metodologias ativas pautadas no construtivismo. Foi uma pós-graduação desenvolvida em duas etapas: uma etapa inicial de curta duração (4 meses), na qual eu era discente e, uma segunda etapa, de longa duração (8 meses), na qual atuava como facilitadora de ensino para médicos e outros profissionais da área da saúde, vinculados ao curso de residência médica e internato, ambos em saúde da família e comunidade de uma instituição de ensino superior no interior da Paraíba.

No decorrer desse curso, uma cena que presenciei é um dois ocorridos marcantes que me conduziram para a elaboração da presente pesquisa. Numa tarde, durante a segunda etapa

do curso, antes de iniciarmos a aula, um estudante (médico) começou a contar detalhes de uma consulta realizada por ele no dia anterior. Fiquei surpresa com a falta de ética, pelos detalhes que foram expostos com naturalidade, e o relato foi escancarando um conteúdo extremamente homofóbico, transfóbico e foi apoiado por falas de outros colegas que ali estavam presentes que, juntos riam e debochavam de pacientes gays e trans que chegavam a eles em busca de atendimento, numa encenação performática de um verdadeiro teatro de horror. Inclusive um deles relatou: “esse povo trans, sei lá o quê, tá é precisando levar uma surra e não de passar em consulta com ginecologista não” e, logo em seguida, uma médica arrematou a fala do colega: “surra, acho é pouco”.

Em nenhum momento minha presença na sala foi causa de constrangimento. De modo algum, o fato de eu estar ali alterou a cena deprimente, e tudo seguiu com muita naturalidade da parte de todos os presentes, médicos e médicas. Nesse momento, enquanto escrevo, compreendo que não seria constrangedora minha presença, uma vez que, para eles, na perspectiva branca – Sim! Todos/as ali eram brancos –, heterocisnormativa deles e delas, eu era uma igual – branca, heterossexual e mulher cisgênero. Confesso que no momento no qual que esse fato deplorável se desenrolou, estremei, saí da sala e fui ao banheiro, onde chorei muito. Como podem pessoas a quem confiamos nossas vidas e expomos a intimidade de nossos corpos e corpos, ridicularizar e destilar ódio com tanta intensidade? Fiquei imaginando como teria transcorrido a consulta. O quão violenta em diversos aspectos teria transcorrido aquela consulta.

Também fiquei refletindo sobre a formação acadêmica que esses médicos e médicas tiveram e, pelo fato desses profissionais também atuarem como preceptores, me questionei sobre o quanto esse ódio poderia interferir na formação dos seus estudantes internos e residentes. Fui sendo atravessada por violentas situações, que trouxeram potentes e necessárias reflexões relacionadas tanto à minha posição de docente no curso de formação médica, como à formação médica em si e à atuação médica por fim.

Penso na educação como oportunidade para transformação de realidades, de histórias de vida, de condutas, promotora de empatia, de humanização, de aprendizagens múltiplas. Meyer (2014) afirma que educar supõe processos de ensino e processos de aprendizagem: o que, quem e como nos ensinam e o que, quem e como se aprende. E aprender, de acordo com Paraíso (2011, p.147), “[...] é abrir-se e refazer os corpos, agenciar atos criadores, refazer a vida, encontrar a diferença de cada um e seguir um caminho que ainda não foi percorrido. Aprender é abrir-se à experiência com ‘um outro’ com ‘outros’”.

Me identificando com essas inspirações sobre o aprender, ensinar, transformar (se), confesso que me peguei várias vezes depois refletindo sobre esse ocorrido, repassando a cena várias vezes em minha mente, fantasiando várias atitudes que eu poderia ter tomado, trazendo essa referência de educação com a qual me identifico. Me inquietava pensar que, se eu tivesse, de repente, proposto uma atividade, uma dinâmica em grupo com foco em empatia, em sentir a dor do outro, teria conseguido promover reflexões, mudanças de atitudes naquelas pessoas. Afinal de contas, construtivismo, metodologias ativas, são pautadas na dialogia, na análise crítica e reflexiva da práxis, tanto minha, como facilitadora de ensino, como também dos estudantes.

Mas o fato é que fui pega de surpresa e não consegui reagir, também estamos inseridos na ordem do discurso que posiciona todos os corpos em função de parâmetros hegemônicos de organização e de normas. Como resistir? Como escapar? Acho que, ao perceber o quanto aquele ódio personificado era forte, coletivo, quase uma entidade forma-pensamento, eu fiquei sem reação. Para minha decepção comigo mesma, me vi completamente sem reação. Não consegui esclarecer, de algum modo pedagógico, humanizado, seja lá qual nome for, para aquelas pessoas com média de idade de 30-45 anos e vaidosos profissionalmente, a realidade que havia ali e criar possibilidades outras de mudança.

Minha vontade era ir embora e nunca mais olhar aqueles rostos novamente. Após esse fato, incapaz de ser adjetivado, iniciei minhas reflexões acerca das violências em saúde que ocorrem contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Transexuais, Travestis, Queer, Intersexo, Assexuais (LGBTQIA+), praticadas por médicos (as) e equipes de saúde e, buscando compreender como chegamos a esse grau de desumanização e pensar a produção de possibilidades de saída.

Comecei a perceber a dimensão do silenciamento de conceitos como corpos, diversidade, gênero, sexualidade na prática profissional e o quanto ele diz muito, tanto sobre quem o promove, como sobre quem é silenciado. O segundo acontecimento que relatarei aqui, tem, de alguma forma, consequência do primeiro. Durante esse mergulho reflexivo, lembrei de vários relatos de muitos amigos queridos que sofreram violência médica em atendimento depois de assumirem ou se fazerem percebidos por orientação sexual e identidade de gênero.

Me lembrei do meu tão querido amigo/amiga Miki⁶, que na sua vida transitou na fluidez de sua identidade e expressão de gênero e sofria fortes assédios nos serviços de saúde,

⁶ Miki tinha uma identidade e expressão de gênero bastante fluida e não fazia questão de ser chamado de ele ou ela, tanto que transitávamos no uso destes pronomes nas conversas com e sobre ela/ele. Por essa razão, faço uso de ambos pronomes.

tanto na recepção quanto nos consultórios médicos, inclusive no triste momento em que recebeu o resultado de soropositivo para o vírus da imunodeficiência humana (HIV). O tom de julgamento utilizado pelo médico, a rispidez e frieza, colocando que seu “estilo de vida” teria esse desfecho como destino inevitável, foram relatados por ele com muito choro e muita tristeza.

Foram 17 anos de convívio com o HIV, de muita busca por autocuidado, saúde, informação, transformação, autoconhecimento, acompanhamento e tratamento. Inclusive, quero ressaltar aqui que ela se manteve com carga viral indetectável durante muitos anos, gozava de muita saúde, era esportista – ciclista de longos percursos (ele pedalava uma média de 70 km todos os dias e fazia circuitos longos de final de semana de 180 km, por exemplo) mas, sempre relatava com muita tristeza os diversos tipos de violência que sofria quando recorria ao serviço de saúde. Sempre saía em pedaços, ia para minha casa ou me ligava e desabafava me dizendo que não aguentava mais tanto julgamento e hostilidade, principalmente da enfermagem e atendimento médico. Por fim, a depressão resultante resultou no afastamento definitivo dos serviços de saúde e, conseqüentemente, falta de acompanhamento e adesão ao tratamento, sendo decisivos para sua curta expectativa de vida, falecendo em setembro, início da primavera de 2019, aos 42 anos de idade. Como sentimos sua falta, Miki.

Percebi que nesses 11 anos de “casa” no curso de medicina, onde sou professora efetiva, não presenciei - em sala de aula, encontros acadêmicos, ligas acadêmicas, seminários nos módulos que eu participo e que já participei, nas reuniões pedagógicas de unidade e de grupos de tutores dos módulos, projetos de extensão universitária, trabalhos de conclusão de curso, projetos de pesquisa desenvolvidos pelos docentes com os discentes, enfim, não consigo me recordar - qualquer momento em que fora abordado saúde LGBTQIA+ ou mesmo discussões sobre gênero, sexualidades e diversidades humanas. Confesso que eu também, até então, não havia feito nenhuma proposta nesse sentido. Acho que ficamos presos no modelo anatômico biomédico e reproduzindo seus discursos por muito tempo.

Sentindo o despertar de uma longa apatia e inércia, compreendi que a academia que me cerca, inclusive eu, silenciávamos esses corpos. Corpos que são duramente atravessados por relações de poder^{7,8} e supliciados⁹. Senti que precisava de um “mergulho”. É no mergulho

⁷ Nesse trabalho, o termo “relações de poder” é tido na perspectiva do estudo de Michel Foucault e são entendidas como relações entre sujeitos que se definem como “modos de ação que não atuam diretamente e imediatamente sobre os outros, mas sobre suas ações” (FOUCAULT, 1994, p.236). São um conjunto de ações que

que eu experimento o silêncio, que sinto ar em meus pulmões, e a necessidade de lidar com o que tenho e direcionar minhas energias para que esse momento intenso dure até que eu (re)conheça o limite.

No exercício de mergulhar vou me conhecendo melhor, experimentando novas sensações, aprendendo novas questões, vislumbrando mais o silêncio e começando a ouvi-lo. Nele enxergo objetos novos, minha sensibilidade aguça e minha pele experimenta uma superfície mais ampla. Troco de pele no mergulho e expando a sensação da realidade através de realidades outras e de outras. Mergulho e movimento. Desloco. Observo as bolhas que surgem, mudo de movimento, olho para outros lados ao redor. Me ponho a debater, sinto o desespero e a calma, perco a direção e me acho. Mergulho e me renovo. Mergulho e reconheço sujeitos, sinto corpos e dimensões. Mergulho e sinto dor. Dor que não é só minha, mas sim, de corpos outros, de vivências outras. Mergulho na dor e busco oportunidades de rasgá-la, transgredi-la. Mergulho em busca de escape. Nos escapes encontro Monstras em todos os espaços.

Na pretensão de transformar, ou pelo menos visibilizar para desacomodar esse cenário na vida de tantas (os) “Mikis” que (re)existem, trago na mala minhas experiências formativas, meus amigos, minha experiência ao longo de 17 anos como professora e o processo de busca por aprimoramento, por deslocamento subsequente, base que me trouxe a essa investigação, que agora eu descrevo como forma de texto. Essa pesquisa me toca bastante, me atravessa e transforma a todo momento. Ela foi escrita e conduzida durante um momento tenso na vida de todos e não apenas minha, durante uma pandemia singular, inédita, da Covid-19 que, inclusive, ainda está em curso. Mudou tudo de lugar, trouxe isolamento, insegurança, mortes, medo, reclusão. (Re)questionamos sobre o que é vida, saúde, doença e seus sentidos.

tem por objeto outras ações possíveis, operando sobre um campo de possibilidades: induzem, separam, facilitam, dificultam, estendem, limitam, impedem (FOUCAULT, 1994, p.237).

⁸ Tomo o conceito de Foucault sobre o poder: “O poder está em toda parte; não porque englobe tudo e sim porque provém de todos os lugares”. “O poder não é uma instituição nem uma estrutura, não é uma certa potência de que sejamos dotados: é o nome dado a uma situação estratégica complexa numa sociedade determinada. (FOUCAULT, 2020, p.101).

⁹ Suplício na perspectiva Foucaultiana é tido como uma pena corporal, dolorosa, mais ou menos atroz; a produção regrada e ritual de certa quantidade de sofrimento; correlaciona o tipo de ferimento físico a qualidade, intensidade, o tempo dos sofrimentos com o nível social de suas vítimas (FOUCAULT, 2014, p.36-37). E segue descrita: “[...] a morte-suplício é a arte de reter a vida no sofrimento, subdividindo-a em ‘mil mortes’ e obtendo, antes de cessar a existência, a ‘agonia mais requintada’; uma produção diferenciada de sofrimentos, um ritual organizado para a marcação das vítimas e a manifestação do poder que pune [...] nos excessos dos suplícios se investe toda a economia do poder.” (FOUCAULT, 2014, p.37).

Imersa nesse tornado de transformações coletivas e pessoais, fiz um exercício para canalizar atenções para minhas mudanças de realidade e reconhecimento de valores para atravessar essa tempestade. Reconheci meus amores, instintos de sobrevivência e proteção foram despertados, com acolhimento, carinho, gentileza, cuidado, amor e proteção fomos caminhando. Conto aqui que não sou mãe de dois filhos, mas sim, que eu sou mãe de duas crianças – Miguel e Jorge. Durante a pandemia vivi o período de adaptação de aulas remotas como mãe de uma criança em idade escolar e de outra em fase de amamentação, assisti aulas online, ministrei aulas online, maternei, estudei, vivi tudo isso no mesmo quarto de escritório em casa... marido, esposa, mãe, infância, doutorado, saudade, distância e saudades. Sofri uma pancada indescritível quando meu pai faleceu, em abril de 2021, e vivenciamos o desespero de não conseguir “negociar com a morte”, fomos atravessados por ela, que levou um pouco de nós junto de si. Na morte de alguém tão importante assim, morremos um pouco. Ainda estou ressignificando esses sentimentos, esse (des)lugar para onde fui jogada e (re)encontrando meu caminho entre tantos que sigo.

Em meio a esse momento desafiador, esta pesquisa foi se desenhando, esculpindo e acontecendo. Ela é parte do projeto de Doutorado Interinstitucional (Dinter) entre o Programa de Doutorado em Educação da Universidade Federal de Sergipe (PPGED/UFS) e a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Centro de Formação de Professores (CFP), campus de Cajazeiras, PB, iniciado em setembro de 2020.

Nesta tese, problematizo como a formação médica, expressa principalmente nos documentos curriculares, ambienta violências como a LGBTQIA+fobia pelos médicos (as) descrita nessa seção e pelos “debates ausentes” no contexto da formação profissional, especialmente no que diz respeito à negação das diversidades, o endosso aos binarismos e o posicionamento da vida no cenário de relações capitalistas desiguais e excludentes. Destarte, tem como objeto de investigação o currículo oficial de formação dos estudantes do Curso de Graduação em Medicina da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida – UACV/CFP/UFCG, onde busco analisar a formação destes profissionais no que diz respeito à presença/ausência de corpos LGBTQIA+ e que conduz discussões sobre gênero, sexualidade, educação e saúde.

Os caminhos a serem trilhados durante esta pesquisa, sem dúvidas estão permeados de indagações que ora trava, ora impulsiona. Afinal, em todos esses momentos vivenciados, as questões de corpo, sexualidade, saúde, formação médica, estavam circunscritas e presentes, mas em momento algum foram questionadas por mim enquanto os atravessava. E ainda assim, trouxeram inquietações, e, após refletir sobre tudo que acontecera, externo: que tipo de currículo o curso de formação médica da UACV/CFP/UFCG oferece? Considerando que é um

curso relacionado ao biológico e à saúde, como são trabalhadas as dimensões corpo, gênero e sexualidade? Quais discursos sobre corpo, gênero e sexualidade são apresentados pelo currículo de formação? Como esses discursos são produzidos pelo Projeto Pedagógico do Curso (PPC)? Onde estão os corpos LGBTQIA+ nesse currículo?

A UACV possui apenas um curso de graduação, o curso de graduação bacharelado em medicina, criado em 2007, cujo PPC somente foi aprovado em 2017, pela Resolução 13/2017, dez anos após o início do curso.

Na esteira das relações de saber e poder, a ciência, a universidade, sobretudo, o currículo e os sujeitos da saúde são constituídos. É nesse lugar que se encontra esta tese: qual é o sujeito médico produzido a partir do que é determinado e selecionado como autorizado a compor este currículo no que tange às aprendizagens de corpo, gênero e sexualidade?

Nesse contexto, o objetivo geral é analisar como as questões de corpo, gênero e sexualidade constituem o PPC do Curso de Medicina da UACV/CFP/UFCG, a partir de produções discursivas permeadas por relações de saber e poder. Para tanto, levo em consideração alguns objetivos específicos que me auxiliaram durante esse percurso, são eles: apontar o modo como as dimensões corpo, gênero, sexualidade e saúde são inseridas nesse currículo formação médica; identificar que tipo de sujeito médico é produzido por esse currículo e se esse sujeito dialoga com a atuação requerida para o Sistema Único de Saúde (SUS) no que tange o atendimento da população LGBTQIA+.

Argumento, nesse sentido, que são múltiplas as formações discursivas – das normativas e diretrizes oficiais, científicas, biológicas/biomédicas, sociais, pedagógicas, que entram em disputa na composição curricular e que acionam saberes sobre corpo, gênero e sexualidade na formação médica, produzindo determinadas verdades e certos sujeitos.

Minha pesquisa nasce, também, da insatisfação com o já sabido, da indignação de um cenário tóxico, violento, pois, se as formas como avaliamos, julgamos, categorizamos e pensamos determinado aspecto da realidade fossem satisfatórias, não haveria motivos para investigar nem desejos de transformar. E desejo é mola propulsora, o desejo nos mantém acesos. A insatisfação permite que a experiência de pensamento vá de encontro à criação de uma nova política de verdades, novas formas de pensar, sentir, produzir sentidos, questionar esses sentidos. É, portanto, tomada por uma motivação, curiosidade, indignação, disposição que venho aqui convidar quem me lê a me acompanhar no trilhar da presente pesquisa, do presente estudo sobre a indagação da (des)presença de corpos LGBTQIA+ na formação médica dos estudantes de medicina conduzida por um recorte pós-crítico.

Lancei mão de elementos que pudessem oferecer suporte nesse trilhar e me ajudassem a definir direcionamentos durante este percurso, que inicialmente era inédito para mim. Como eu trago questionamentos sobre as relações presentes em currículo, corpo, sexualidade, gênero, encontrei “abrigo” e me encontrei nas abordagens teóricas e metodológicas das pesquisas pós-críticas em educação. De acordo com Meyer (2014), essas abordagens:

Se inscrevem e se alimentam da teoria filosófica contemporânea, que faz a crítica dos pressupostos da filosofia do sujeito e da consciência, afirmando a centralidade da linguagem para a significação do mundo e, apontando para a inseparabilidade entre linguagem, cultura, verdade e poder. Essas abordagens pretendem, ainda, descrever processos de diferenciação e de hierarquização social e cultural para problematizar as formas pelas quais tais processos produzem (ou participam da produção de) corpos, posições de sujeitos e identidades – como homem e mulher, heterossexual e homossexual, saudável e doente, responsável e negligente, educador/a e educando/a, por exemplo, - categorizando-os no interior de uma cultura determinada (MEYER, 2014, p.52).

A partir de uma licença poética, podemos tomar as teorias e metodologias de pesquisas pós-críticas em educação como um grande rio, cuja vasta correnteza de linguagens recebe afluentes (influências) da chamada "filosofia da diferença", do pós-estruturalismo, do pós-modernismo, da teoria *queer*, dos estudos feministas e de gênero, dos estudos transfeministas, dos estudos multiculturalistas, pós-colonialistas, étnicos, ecológicos etc., que fazem jorrar no campo educacional brasileiro, substituições, rupturas e mudanças de ênfases em relação às pesquisas críticas. “Suas produções e invenções têm pensado práticas educacionais, currículos e pedagogias que apontam para a abertura, a transgressão, a subversão, a multiplicação de sentidos e para a diferença” (PARAÍSO, 2004, p. 284). Paraíso (2004, p.286), as descreve da seguinte forma:

As pesquisas pós-críticas em educação no Brasil explicitam aquilo que não constitui objeto de seus interesses: não gostam de explicações universais, nem de totalidades, nem de completudes ou plenitudes. Em vez disso, optam claramente por explicações e narrativas parciais, pelo local e pelo particular (Silva, 1993a). Não se preocupam com comprovações daquilo que já foi sistematizado na educação, nem com "revelações" ou "descobertas". Preferem a invenção, a criação, o artefato, a produção (Corazza, 2001). Não acreditam na "suposta" autonomia do sujeito ou da subjetividade, à qual nós da educação não cansávamos de apegar-nos. Consideram o sujeito um efeito da linguagem, dos textos, do discurso, da história, dos processos de subjetivação (Silva, 1999).

Diante disso, compreende-se que as pesquisas pós-críticas em educação questionam o conhecimento (e seus efeitos de verdade e poder), o sujeito (e os diferentes modos e processos de subjetivação), os textos educacionais (e as diferentes práticas que estes produzem e instituem), e discutido, também, questões de gênero, etnia, raça, sexualidade, idade

(PARAÍSO, 2004; SILVA, 2017). Desse modo, estudar currículo pela teoria pós-crítica promove o movimento de olhar para qualquer currículo, para qualquer discurso, como uma invenção. E mais, instiga-nos a fazer outras invenções, a enriquecer esse território curricular com novos sentidos. Como docente e pesquisadora, penso que atuar em estudos curriculares que investigam na perspectiva pós-crítica, é essencial para minha formação, tanto como profissional, mas também como pessoa, porque promove transformações de sentir, ver e viver em todos os sentidos da vida.

Para concretizar os objetivos da pesquisa, realizei intenso estudo da literatura do seu campo problemático, teórico e metodológico, para formular e fundamentar o seu objeto de estudo no campo dos estudos pós-críticos em educação no Brasil, utilizando como palavras-chave: formação médica, corpo, sexualidade, currículo, LGBTQIA+ (LGBT), para delimitação e construção de um quadro conceitual, o qual me deu suporte para organizar e escolher os procedimentos de investigação e análise, organizar o material empírico produzido para colocar em funcionamento, de forma sistematizada, a teoria, os conceitos e as estratégias de análise, o que constitui minhas "inspirações teórico-metodológicas".

Optei por não trazer aqui a seção “Estado da Arte”, promovo o diálogo com estas produções científicas - que “consistem em temas abertos, compostos por linhas variadas, que tomam emprestado algumas e criam outras” (PARAÍSO, 2004, p. 284) - nas discussões que faço, evidenciando que são múltiplas as experiências de investigação sobre a vida, que me projetam na prática de pesquisa da tese. Ainda, com essa perspectiva de estudo - pesquisas pós-críticas em educação - o desenho metodológico da pesquisa não é fechado inicialmente e, há uma variedade de procedimentos de investigação, que permite a produção do material a ser analisado. Mobilizei metodologias, ferramentas, que me permitiram (re) conhecer, descrever e problematizar os discursos (e/ou acontecimentos, e/ou enunciados, e/ou sujeitos, e/ou processos de diferenciação), me aproximando da compreensão das relações de poder presentes no PPC investigado.

Investigar a formação médica durante esta tese, mostrou que há uma confluência de múltiplos discursos, que agem sobre os sujeitos durante sua formação acadêmica e seus efeitos nos fazem perceber o quanto os artefatos culturais (produzidos e/ou inventados) atravessam e constituem os modos de dizer, pensar e agir dos estudantes.

Eu reconheço que os temas abordados neste estudo são intensos, tensos, densos, que refletem vidas colocadas em situações precárias, de vulnerabilidade, expostas a violências em diversos níveis. Esses corpos são postos à precariedade, e para Butler a condição precária “[...] designa a condição politicamente induzida na qual, certas populações sofrem com redes

sociais e econômicas de apoio deficientes e ficam expostas de forma diferenciada às violações, à violência, à morte” (BUTLER, 2018, p. 46). Assim, esses corpos passam, simplesmente, a não existirem. Se vivem, essa vida é sempre numa condição de vulnerabilidade e que “[...] pode ser colocada em risco ou eliminada de uma hora para a outra [...] por motivos que nem sempre estão sob nosso controle” (BUTLER, 2018, p. 52).

Sobre a minha escrita, na perspectiva pós-crítica em educação, sem dúvida também foi um divisor de águas enquanto sujeita pesquisadora, pois, antes eu trazia traços marcantes de uma escrita técnica, higienizada, cheia de regras, com muitas proibições e poucas permissões, presa em estilos clássicos de produção científica da área da saúde. Os estilos que desenvolvi aqui, eu antes nem vislumbrava que poderiam existir. Jamais havia escrito na primeira pessoa. Não foi uma desconstrução tranquila, fiquei muito insegura, mas foi uma transformação necessária.

Durante a realização das disciplinas do doutorado, quando eu apresentava meu texto, me perguntavam: Qual é a sua escrita? Não estou vendo a Fabíola no texto. Estranheza, como assim “eu no texto”? Eu, mentalmente, também me perguntava sobre como ela deveria ser. Minha escrita não deveria ser higienizada, tecnicista, previsível ou rasa, superficial, isso eu já sabia. Mas, como deveria ser então? Ah, uma escrita pós-crítica. Tá, mas como ela é? Como reconhecer e me encontrar nela? Como não acionar abordagens científicas hegemônicas? O que pode um texto?

Em se tratando de pesquisas pós-críticas em educação, isso se traduz em um estilo de escrita no qual é inevitável ocupar um lugar de fala particular. Silva (2004) e Louro (2007), afirmam que buscar um estilo próprio de escrita pós-crítica em educação não é uma mera questão estética, nem dependente somente de uma vontade particular, trata-se de decidir fazer o escrito reverberar o fluxo da vida, porquanto, qualquer modo de escrita articula-se às escolhas teórico-políticas de quem escreve. Nesse sentido, parece ser potente trabalhar a escrita como inscrição, deixando claro, por meio de nossos textos, como nos apresentamos, como nos colocamos no mundo e como gostaríamos que nossos objetos fossem apresentados, em suas múltiplas conexões, com outros objetos e conceitos.

Trata-se, em suma, de compreender que a escrita pós-crítica em educação é parcial e subjetiva. Movida por desejos, de buscar caminhos que me permitissem responder também estas questões de escrita, por desejos em expor minha indignação, manter vivo o espírito de minha revolta e a mim também, me joguei. Espero que enquanto esse texto seja lido, vocês gostem, sejam absorvidos por ele, assim como ele me absorveu. Oscilo a escrita em alguns momentos, reconheço. Mas eu me arrisquei, rasguei, vivi e curti minha escrita. Vai melhorar,

ah vai! Somos seres inacabados e as experiências nos somam. Foucault, durante uma entrevista, faz uma declaração sobre a escrita, um tanto quanto instigante:

[...] meus livros são, para mim, experiências, em um sentido que gostaria o mais pleno possível. Uma experiência é qualquer coisa de que se sai transformado. Se eu tivesse de escrever um livro para comunicar o que já penso, antes de começar a escrevê-lo, não teria jamais a coragem de empreendê-lo [...] Sou um experimentador no sentido em que escrevo para mudar a mim mesmo e não mais pensar na mesma coisa de antes (FOUCAULT, 2010a, p. 289-290).

Foucault traz a noção da escrita como um tipo de experiência que contemplaria não apenas os efeitos de sujeição, mas também os de transformação de si. Essa afirmação me inspira e me move. Também percebi que nessa teorização pós-crítica de pesquisa, a escrita traz, consigo, linguagens que permitem criação de espaços outros, com poesia, música, descanso, uma pausa com perfume e umidade em meio ao turbilhão.

O trabalho se compõe de cinco seções, sendo a primeira delas essa introdução, que descreve minha trajetória pessoal e profissional contextualizando com o tema/objeto de estudo, expõe o objetivo central da pesquisa e do movimento lógico de investigação através de inspirações teórico-metodológicas.

Em uma segunda seção, trago os principais conceitos trabalhados e como são colocados na perspectiva pós-crítica, partindo, em seguida, aprofundo no contexto das minhas inspirações teórico-metodológicas. Na terceira seção faço uma análise das políticas públicas de saúde fazendo discussões com as bibliografias levantadas e trazendo reflexões a partir desse movimento. Na quarta seção, faço análise das políticas públicas educacionais expressas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do curso de graduação em medicina e do PPC do curso de graduação em medicina da UACV/CFP/UFCG, buscando entender qual o tipo de sujeito se forma a partir dessas ferramentas institucionais. A quinta seção traz a insurgência das vidas LGBTQIA+ diante da invisibilidade forçada e compulsória na sociedade através da ocupação das monstras em todos os espaços, espaços estes que vão desde política, arte, moda, ciência, medicina, consultório, sala de aula e espelho.

Durante o texto, no início das seções ou subseções, há alguns trechos em itálico que inspiraram alguns pensamentos, reflexões, e provocaram recordações presentes na escrita.

Destarte, busquei desenvolver a pesquisa aqui mencionada, objetivando construir modos diferentes de analisar verdades educacionais produzidas pelo currículo a ser investigado, tomando como pressuposto de currículos como territórios nos quais se inscrevem relações de poder. Durante minha travessia, percorri caminhos que me permitiram sentir,

observar, estranhar, compreender, encantar e ousar modificar com minhas marcas à medida que eu ia passando. Durante esse trilhar, refleti e muito. “Penso em minhas memórias escolares e me cobro a reflexão teórica sobre as mesmas, pois acredito que é a nova reflexão sobre a experiência que é formado, não a experiência por si só” (OLIVEIRA; ROCHA; OLIVEIRA, 2022, p. 8). Mudei e fui modificada, reconheci e fui reconhecida, inclusive falhas que eu cometi outrora. Vislumbrei um tempo para além das normatizações generificantes e heteronormativas, um tempo de diversidade e acolhimento, de diferenças e equidade.

2 INICIANDO O MERGULHO – TROCANDO DE PELE E EXPANDINDO SENSações DE REALIDADE

Um novo tempo há de vencer
 Pra que a gente possa florescer
 E, baby, amar, amar sem temer
 Eles não vão vencer
 Baby, nada há de ser em vão
 (*Flutua*, Johnny Hooker, 2017)

Mergulho, troco de pele. Mergulho, me renovo. Mergulho em busca de um novo tempo. Me inspiro na música de Johnny Hooker. Mergulho pra que a gente possa florescer. Mergulho em busca de possibilidades nas pesquisas pós-críticas em educação, para que respirar seja mais fácil, que andar pelas ruas seja mais fácil, para que amar seja mais fácil, e encontrar uma vida vivível seja mais fácil, “[...] obter reconhecimento quando necessitamos tê-lo, uma vida que possamos afirmar com prazer e alegria, mesmo em meio a dificuldades” (BUTLER, 2016, p. 24).

Mergulho no olhar sobre minhas práticas, como sujeito docente em um curso de medicina de uma universidade federal, e reconheço que o primeiro passo de transformação deve ser comigo, a minha transformação, assim, reconheço a minha incompletude, pois sei que tenho limitações, por isso sigo em busca de experiências, de transformações. Com uma vontade imensa de transformar minha visão, minha leitura de realidade e de conseguir, trocando de pele, me aproximar mais das peles que me tocam neste estudo.

Compreendo que, para transformar cenários em educação superior que reflitam na melhoria de qualidade à assistência em saúde da população em geral e, especificamente, da população LGBTQIA+, seria necessário direcionar-me para um estudo que me levasse à apropriação de um conhecimento que não fosse rúptil, mas sim, que conduzisse para uma compreensão da realidade alicerçada nas teorias e estudos que versassem sobre os temas em foco – corpo, gênero, sexualidades e formação médica.

O objetivo desta seção é dialogar sobre as possibilidades conceituais, históricas e sociais, das dimensões trabalhadas nesta tese - os conceitos em torno das diversidades - corpo, gênero, sexualidade e currículo - buscando rompê-las da dimensão biológica que trazia em minha bagagem. No final, apresento os caminhos metodológicos percorridos para alcançar os objetivos propostos e potencializar positivamente minhas inquietações. Caminhos que me ajudaram a romper limitações pessoais, potencializaram minha pele profissional, trouxeram sentido lógico e me possibilitaram criar produções outras.

2.1 CORPO, GÊNERO, SEXUALIDADE

Abordar diversidades é embrenhar em um vasto campo que, historicamente, tem agrupado temas muito diversos. Abrange discussões sobre o corpo, sexo biológico, parcerias sexuais, a abordagem da formação cultural das pessoas para exercerem papéis femininos ou masculinos e suas identidades com relação a esses papéis (identidade de gênero), a maneira como as relações desses gêneros se dão e o quanto estão entrelaçadas com os sexos biológicos. É um tema intenso, promotor de discussões por vezes confusas e controversas – já que se refere a aspectos vividos de diferentes maneiras por todos os indivíduos e imersos em disputas de poder.

No início desse mergulho, esbarrei em Figueiredo (2018, p. 9), que aponta como as ciências em geral vêm abordando diversidade sexual:

[...] em dois ângulos básicos – pela Biologia e/ou Medicina reprodutiva e por trabalhos apoiados nas Ciências Humanas. Nesse sentido, a biologia tende a encarar pela ótica evolucionista do instinto da reprodução da espécie, pouco estudando a esfera erótica e relacional; já as Ciências Humanas abordam como expressão social e/ou psíquica, dando ênfase à diversidade de comportamentos, códigos e ao erotismo, sem olhar para a relação com a esfera estrutural.

Parece-me, então, que existe lacuna nos diálogos entre essas linhas de abordagem. Isso é instigante pelo fato de que, ao longo do presente estudo, irei esbarrar nesse ponto e poder investigar se o curso de medicina, pesquisado no presente trabalho, toma para si mais o aspecto biológico, reforçando a abordagem binária, ou não, e se ele também acolhe os aspectos das Ciências Humanas. Esclarecer que, no presente trabalho, *corpo* não será pensado como algo imóvel com suas propriedades, mas no sentido do “[...] corpo que têm história, contingências culturais, diferenças físicas, políticas, sociais; do corpo que, conforme o tempo, sofre mudanças” (GOELLNER, 2013, p.30).

De acordo com Goellner (2013), pensar o corpo como algo produzido na e pela cultura é, simultaneamente, um desafio e uma necessidade e eu concordo com a autora. O desafio é porque ele rompe com o olhar biológico - o do corpo observado como peças soltas, estruturas moleculares, genéticas, tecidos, sistemas, seu funcionamento (fisiologia), seus “defeitos”, sua patologia, o corpo classificado, tratado. É uma necessidade, porque essa ruptura de olhar é fundamental para que o corpo se revele como histórico ou seja, ele é “[...] provisório, mutável, mutante, suscetível a inúmeras intervenções consoante o desenvolvimento científico e

tecnológico de cada cultura bem como suas leis, códigos morais, representações sobre os corpos e discursos¹⁰ que sobre ele produz e reproduz” (GOELLNER, 2013, p.34).

Tomarei o conceito de corpo cultural – capaz de produzir culturas e ser influenciado por outras, produzido na e pela cultura (GOELLNER, 2013); discursivo, histórico e político (FOUCAULT, 2008a; 2008b; 2015). Assim, pensar o corpo, através de diferentes perspectivas, permite novas interpretações relacionadas, à ética, política, ciências sociais, bem como com os processos históricos e culturais que evidenciam as subjetividades de cada sujeito.

A diversidade e a fluidez parecem ser condições do corpo e, como bem coloca Butler (2003, p. 72):

[...] o corpo não é apenas matéria, mas uma contínua e incessante materialização de possibilidades. Não somos simplesmente um corpo, mas, num sentido verdadeiramente essencial, fazemos o nosso corpo e, fazemo-lo diferentemente tanto dos nossos contemporâneos, como dos nossos antecessores e sucessores.

Existiram diferentes maneiras de falar do corpo, nas quais os enunciados¹¹ estavam predispostos às classificações, categorias, classes e tipos (FOUCAULT, 2008b). Foucault (1994) afirma que “se se fizesse uma história do controle social do corpo, seria possível mostrar que, até o século XVIII, o corpo dos indivíduos é essencialmente a superfície de inscrição de suplícios e penas. O corpo estava feito para ser supliciado e castigado” (FOUCAULT, 1994, p. 618). Já a partir do século XIX, com o surgimento das instâncias de controle, o corpo não é mais o que deve ser supliciado, mas o corpo que deve ser reformado, corrigido, que deve adquirir aptidões, ser qualificado como corpo capaz de trabalhar (FOUCAULT, 1994).

É com base nesse pensamento que está a crença de que o corpo é uma máquina produtora de energia, o corpo produtivo, que surge no mesmo século no qual as máquinas a vapor aumentavam a velocidade dos navios e locomotivas. De acordo com Goellner (2013, p.36), “[...] o modo como se compreendia o funcionamento das máquinas não deve nos fazer estranhar que o corpo humano fosse observado da mesma forma [...]”.

¹⁰ Discurso aqui é entendido a partir do sentido que Michel Foucault atribuiu a esse termo, quando afirma referir-se a um conjunto de enunciados de um determinado saber articulados entre si. Saberes esses que são historicamente construídos em meio a disputas de poder (FOUCAULT, 1995).

¹¹ Enunciado, na perspectiva de Michel Foucault, que tomou esse termo na análise arqueológica em um domínio de análise constituído por todos os enunciados efetivamente ditos ou escritos, em sua dispersão de acontecimentos e em sua singularidade. “Para a arqueologia, a questão não é segundo quais regras é possível construir novos enunciados (análise linguística) mas como aconteceu que somente tais enunciados tenham existido e outros não” (FOUCAULT, 1995, p.39-41).

O século XIX, nesse sentido, é o período em que se multiplicam as tramas que dizem respeito à compreensão e à significação do corpo.

Estes foram alguns dos motivos pelos quais a educação do gesto e, portanto, do corpo foi incentivada e incorporada em muitos programas oficiais de ensino de diferentes países. Em nome da saúde e do bem-estar do indivíduo, o corpo passou a ser alvo de diferentes métodos disciplinares, entendidos como um conjunto de saberes e poderes que investiram no corpo e nele se instauraram: as aparelhagens para corrigir as anatomias defeituosas, os banhos de mar, as medições e classificações dos segmentos corporais, a modelagem do corpo pela atividade física, a classificação das paixões, a definição do que seriam deveres e práticas voltados para a educação da gestualidade, a correção do corpo, sua limpeza e higienização” (GOELLNER, 213, p.37).

Durante o chamado “o século da ciência”, desenvolve-se ampla produção científica em várias áreas do conhecimento que, por sua vez, se especifica cada vez mais. A filosofia positivista de Comte atribui grande valor para o desenvolvimento das ciências experimentais; as ciências naturais produzem novos conhecimentos sobre a microbiologia; estuda-se a hereditariedade e a evolução das espécies com Darwin, estendidas para questões que afetam o mundo social. A ciência médica se transforma com o avanço da bacteriologia e da anatomoclínica.

Apenas essa breve enumeração da produção científica do século XIX, que segundo Foucault (2001), colocou o sexo e suas práticas corporais sob a “responsabilidade biológica”, já é suficiente para mostrar a força das ciências da vida e da biologia, que buscam explicar, analisar e avaliar o ser humano a partir de provas e dados. A centralidade dos debates em torno do corpo explica-se pelo fato que esse corpo foi entendido como primeiro alvo de materialidade do ser humano. Nele se inscrevem as várias enunciações e produções discursivas que disciplinam e governam. É o corpo disciplinado que Foucault localiza “[...] no âmago, no núcleo, no centro de todos esses distúrbios carnis” (FOUCAULT, 2001, p. 287) numa rede de poder, que se caracteriza por focos múltiplos, impedindo um núcleo central.

Ao analisar determinadas instituições, como escolas, fábricas, hospitais, prisões, hospícios, ele não fala apenas do corpo, mas ainda do “[...] poder que investe no corpo diferentes disciplinas de forma a docilizá-lo, a conhecê-lo e controlá-lo, no detalhe para as engrenagens da produção e manutenção da sociedade industrial capitalista” (FOUCAULT, 2017, p.118).

Em Foucault, encontramos dois principais usos do termo “disciplina”. Um na ordem do saber (forma discursiva de controle da produção de novos discursos), e outro na do poder (o conjunto de técnicas em virtude das quais os sistemas de poder têm por objetivo e resultado

a singularização dos indivíduos (FOUCAULT, 1994). Ainda segundo a linguagem de Foucault, encontramos uma microfísica do poder, com uma anatomia política do corpo, cuja finalidade é produzir corpos úteis e dóceis. Com efeito, o objetivo da disciplina é aumentar a força econômica do corpo e, ao mesmo tempo, reduzir sua força política (FOUCAULT, 2017).

E, mergulhando nas teorizações Foucaultianas de relações de poder, compreendi que os discursos sobre o corpo são responsáveis por construir os sujeitos e os modos de ser, bem como os espaços sociais, como instituições em exercício de poder, através de discursos que apresentam ações representativas e delimitam o que somos e/ou podemos ser, “o corpo parece como um meio passivo sobre o qual se inscrevem significados culturais” (BUTLER, 2003, p. 27). Para Foucault (2014), as marcas impressas pelas lutas travadas permitiram ao corpo mergulhar “[...] num campo político onde as relações de poder operam sobre ele uma influência imediata; eles investem contra ele, o marcam, o adestram, o suplicam, o constroem a trabalhos, o obrigam a cerimônias, cobram dele signos” (FOUCAULT, 2014, p. 30).

O corpo é também o que dele se diz e, podemos então afirmar que, o corpo é construído, também, pela linguagem, ou seja, a linguagem não apenas reflete o que existe, “[...] ela própria cria o existente e, com relação ao corpo, a linguagem tem o poder de nomeá-lo, classificá-lo, definir-lhe normalidades e anormalidades” (GOELLNER, 2013, p.31). Essas representações da linguagem sobre o corpo não são universais nem fixas, são temporárias, efêmeras, inconstantes, variam conforme o lugar e o tempo onde este corpo circula, vive, expressa-se, produz-se e é produzido. É que os corpos são sistemas vivos que se inter-relacionam com o meio e os processos múltiplos que corporificam ao longo de suas construções subjetivas.

Preciado (2013, p. 167), exemplifica os corpos ciborgues - não como um computador, mas sim, “[...] um ser vivo conectado a redes visuais e hipertextuais que passam pelo computador, de tal maneira que o corpo conectado, se transforma na prótese pensante do sistema de redes”. Caminhando nesse rumo, verifica-se que há uma busca científica para a correção do corpo, com o intuito de torná-lo “perfeito”, associando-o a uma ideia de máquina, deixando para trás as subjetividades e as marcas que constroem os corpos.

Em Manifesto Ciborgue, Donna Haraway (1991) nos apresenta reflexões potentes sobre as redes político-biotecnológicas que gerenciam as construções do corpo, a respeito da interação entre diferentes campos, medicina, dieta, práticas de treinamento, vestimentas, fabricação de equipamentos, visualização e controle do tempo. Nessa perspectiva do discurso

científico contemporâneo, o corpo é, muitas vezes, considerado pela tecnologia como um rascunho a ser retificado” (LE BRETON, 2013, p. 22).

Destarte, o termo corpo é aqui entendido como aquele que é moldado a partir das mudanças habituais, sejam elas espontaneamente ou em formas de intervenção médica e/ou tecnológica. De modo, “os corpos são significados pela cultura e, continuamente, por ela alterados” (LOURO, 2008, p. 16). Novamente, o corpo é construído por diversas conjunturas, desde as culturais, sociais, étnicas, de gênero, econômicas e, sobretudo, nas relações existentes consigo mesmo e com os demais marcadores sociais (GOELLNER, 2013).

E esse corpo é atravessado pelo pensamento binário predominante acerca do sexo biológico, que tende a classificar as pessoas em categorias binárias, como macho/fêmea, homem/mulher, feminino/masculino. Sobre esse pensamento, Figueiredo (2018, p. 8) traz importante observação e faz um alerta sobre os perigos iminentes nessa forma de encarar a realidade:

[...] pensamentos pautados em conceitos binários são facilmente – e perigosamente – petrificantes, ou seja, não só advém da apreensão simples do concreto, mas também tende a concretizar como *verdade* as categorias binárias pensadas, compreendendo-as como dois elementos supostamente complementares.

Nessa reflexão, a autora elabora que a emissão desses valores pode ser transformada na oposição bem-mal, ganhando valores simbólicos de positivo ou negativo dentro do espectro binário e que esses maniqueísmos são bastante presentes, também, na forma de classificação de elementos pela moral, incluindo a diversidade sexual em todas as suas dimensões, que passa a ser entendida, também, a partir das sínteses binárias, discriminando a diversidade (FIGUEIREDO, 2018).

Assim, esse pensamento binário limitante se refere ao sexo biológico fêmea, endossado pela medicina, como o sexo formado pelos cromossomos XX, e macho pelos cromossomos XY. Porém, reconhece que a diversidade ou espectro de sexo biológico humano existe e é compreendida pelos intersexos ou pessoas com “estados intersexuais”, que atingem cerca de 0,05% a 1,7% da população mundial dos nascidos vivos (SCIASCA; HERCOWITZ; LOPES-JUNIOR, 2021). Os autores esclarecem que “culturalmente têm se estabelecido padrões corporais tipicamente feminino (cromossomos XX – ovários – vulvas e mamas) e masculino (cromossomos XY – testículos – pênis e escroto)” e que o corpo da pessoa intersexo apresenta variações desses “padrões normativos de corpos” no que se refere a cromossomos, órgãos genitais internos e externos e à coexistência de tecidos testiculares e ovarianos.

Desse modo, a medicina toma por “genitália atípica” – corpo intersexo – o que se encontra nas margens da curva de distribuição da norma de eventos classificados na população em geral, sendo entendido como atípico e exemplifica que, bebês com clitóris maior que 0,8 cm são considerados atípicos e, portanto, “devem” seguir protocolo de investigação clínica multidisciplinar (SCIASCA; HERCOWITZ; LOPES-JUNIOR, 2021, p. 258). Esses corpos serão retomados na seção três do presente trabalho, onde também discutirei como esses são vistos em diferentes perspectivas (pós-críticas e medicina) e como são atravessados pelas relações de saber e poder médico.

Assim, pensar o corpo (e do mesmo modo, o gênero, o sexo, a sexualidade) é indissociável da história e de discursos que subjetivam, modelam o sujeito a uma condição social e cultural em dado momento, mesmo que o indivíduo faça deles um assunto seu e se aproprie deles ao seu modo. Nesse sentido, quando nos referimos ao masculino e feminino, de acordo com Le Breton (2013, p. 35) “[...] implica, de algum modo, num julgamento de valor, na referência a um contexto social e cultural”.

Assim, me encontro com o conceito de *gênero* que, assim como em corpo, nele repousam olhares das ciências biológicas e médicas e, olhares das ciências sociais. Biologicamente, gênero é um princípio biológico, que limita o sexo aos órgãos de reprodução sexuada que propaga as características sociais, psicológicas, dentre outras, de homens e mulheres, como consequência natural da própria ordem biológica (AQUINO, 2006). Percebe-se esse conceito tomado pela medicina ainda nos dias atuais e, podemos citar como exemplo, fichas de cadastro de pacientes em consultórios médicos, que ainda trazem gênero como correspondente a sexo biológico na identificação (SCIASCA; HERCOWITZ; LOPES-JUNIOR, 2021).

Mas o fato é que gênero é um termo que pode ser interpretado por múltiplas posições de olhares. O linguista Ferreira (1986, p. 844), por exemplo, define como: "classe cuja extensão se divide em outras classes, as quais, em relação à primeira, são chamadas espécies?". Se formos tomar essa definição para nossa esteira, teríamos as espécies homem e mulher da chamada classe humana. Não dá, né? Nossa inspiração é pós-crítica, traz outros olhares. Então, busco gênero e sua historicidade com o movimento feminista contemporâneo e estudos feministas, pois nesses o seu conceito está diretamente ligado dado o seu protagonismo no debate feito pelas estudiosas e militantes como uma ferramenta analítica e, ao mesmo tempo, uma ferramenta política (LOURO, 1997).

Objetivando "rejeitar um determinismo biológico implícito no uso de termos como sexo ou diferença sexual", elas desejam acentuar, através da linguagem, "o caráter

fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo" (LOURO, 1994, p.72). Colocar em xeque as dicotomias “masculino e feminino”, “homem e mulher”, “heterossexual e homossexual”, é se desprender de uma definição unificadora e totalitária, é se permitir pensar as construções de sujeitos masculinos e femininos, homens e mulheres, cisgêneros e transgêneros, heterossexual e homossexual, atravessados por múltiplos processos corporificados, construindo os infinitos eus que existem em cada sujeito.

Dito de outro modo, pensar o conceito de gênero, associado ao feminismo, me permitiu a desconstrução da crença de que há um modelo universal de ser mulher ou de ser homem, pois as subjetividades são reveladas a partir dos construtos históricos, permitindo a abertura de caminhos para a construção das identidades de gênero, que vão para além do espectro biologicista (BENTO, 2006), desconstruindo as oposições binárias, reconhecendo-as como categorias vazias e transbordantes.

Assim, gênero pode ser entendido como “os significados culturais assumidos pelo corpo sexuado” (BUTLER, 2018, p. 26), uma vez que a distinção sexo/gênero é derivada da descontinuidade entre corpos sexuados e gêneros culturalmente construídos, o gênero seria, de acordo com a teórica, a inscrição cultural de significado num sexo que foi supostamente e previamente dado.

Ou seja, o indivíduo constrói a evidência de seus comportamentos como homem ou mulher, sem ter sempre a consciência disso, pois adquiriu o princípio desses comportamentos ao longo de sua infância, através da socialização, e sua confirmação depende do jogo comum da existência. O masculino e o feminino não existem senão através das repetições, como normas de comportamento e não como absolutos (LE BRETON, 2013, p.35).

Os estudos que se ancoram nos pressupostos do feminismo pós-estruturalista se afastam de perspectivas que tratam o corpo e o gênero como entidades biológicas universais, para teorizá-los como construtos socioculturais e linguísticos, produtos e efeitos de relações de poder (MEYER, 2004). Nesse sentido, acrescenta Butler (2018), que as teorias baseadas em um sujeito estável do feminismo, como uma categoria de mulheres que iniciaram e popularizaram os debates de gênero, foram reelaborados para incluir os atributos de cor, sexualidade, etnia, classe e saúde corporal, concluindo invariavelmente sua lista de atributos com reticências que representam essa infindável adição.

Por meio dessa trajetória horizontal de adjetivos, essas posições se esforçaram por abranger um sujeito situado, mas não podem ser completas e, portanto, acabam sendo excludentes, apontando a necessidade de empreender uma crítica que liberte a teoria feminista da necessidade de uma base única e permanente.

É uma performatividade de gênero - para ser menina deve se encaixar no binário de menina/menino e feminino/masculino, reiterando constantemente essa falsa identidade. E, caso não consiga cumprir os requisitos estabelecidos repetidamente, o indivíduo é empurrado desse centro para as margens, fronteiras mais próximas como a menina-macho, menina-estranha, menina-brother até limites mais à margem que tornam os corpos abjetos, impossíveis de serem compreensíveis inteligíveis (BUTLER, 2018). Com grande frequência, os discursos sobre sexualidade e gênero constroem mulheres e homens como tipos diferentes de indivíduos.

Essas pessoas marcadas por gênero corporificam diferentes princípios de agência [...] onde a sexualidade masculina e pessoas do gênero masculino são retratadas como ativas, agressivas, impositivas e poderosas, enquanto que a sexualidade feminina e pessoas do gênero feminino são vistas como essencialmente passivas, fracas, submissas e receptivas. Esses discursos marcados por gênero são em todos os casos construídos através da imbricação mútua com diferenças de raça, classe, etnicidade e religião (MOORE, 2000, p. 16).

Meyer (2004) destaca que as análises empreendidas, a partir do entendimento de gênero que assumimos, devem considerar, ou tomar como referência, as relações de poder entre mulheres e homens e as muitas formas sociais e culturais que os constituem como “sujeitos de gênero”, o que implicaria analisar os processos, as estratégias, os saberes e as práticas sociais e culturais que educam indivíduos de determinados tipos.

Essa abordagem também deve considerar que as instituições sociais, os símbolos, as normas, os conhecimentos, as leis, as doutrinas e as políticas de uma sociedade são constituídas e atravessadas por representações e pressupostos de gênero, ao mesmo tempo em que estão centralmente implicadas com sua produção, manutenção ou ressignificação. Assim, quando nos dispomos a discutir a produção de diferenças e de desigualdades de gênero, também deveríamos estar fazendo uma análise de processos sociais mais amplos que marcam e discriminam sujeitos como diferentes.

De acordo com Louro (2000), frequentemente construímos, vivenciamos, a partir de nossa identidade de gênero e de nossa identidade sexual. A identidade de gênero pode ser considerada, então, como sendo algo que não é dado e, sim, construído e vivenciado ativamente por cada homem e mulher, a partir dos elementos fornecidos por sua cultura, ou pelo fato de alguém se sentir masculino e/ou feminino, em um processo contínuo e dinâmico, não dado no nascimento e, a partir daí, marcado para sempre, ou seja, é uma construção cultural/social e histórica, uma aquisição, uma performance, uma atuação. Isso quer dizer que

não há um elo imediato e inescapável entre os cromossomos, o órgão genital, o aparelho reprodutor, os hormônios, enfim, o corpo biológico em sua totalidade, e o sentimento que a pessoa possui de ser homem ou mulher.

É evidente que esse processo identitário não é determinista (MOORE, 2000; BUTLER, 2009). Essa crise produtiva da norma regulatória inventa meios para que performances subversivas de gênero aconteçam. Transexualidades e travestilidades, por se constituírem como experiências que se materializam pela ambiguidade, acabam por “borrar” as fronteiras do que se entende por feminino e masculino, produzindo feminilidades em corpos masculinos ou vice-versa. De tal modo, é que temos que ultrapassar as fronteiras do binarismo de gênero macho/fêmea, masculino/feminino, ditos indivíduos trans, ou aqueles que sentem pertencer ao gênero oposto ao seu, ou a ambos, ou até mesmo a nenhum dos dois sexos, em uma base temporária ou permanente, e que convivem harmoniosamente ou conflituosamente com o sexo biológico dado com o nascimento (GATTI, 2005; ÁVILA; GROSSI, 2010; SCHULMAN, 2013).

Pensar em corpos construídos como femininos, com pênis e que se colocam no mundo de forma feminina, desestabiliza algumas das certezas produzidas pelas redes de poder-saber-controle, em especial, naquilo que se refere à diferença sexual e à prática heterossexual naturalizada. Se for somente a partir da diferença sexual que feminino e o masculino tornam-se inteligíveis, a experiência transexual, por exemplo, quando analisada por esse prisma, torna-se inviável, impensável, perturbadora. Para Bento (2008, p. 18):

Diante da experiência transexual, o/[a] observador/[a] põe em ação os valores que estruturam os gêneros na sociedade. Um homem de batom e silicone? Uma mulher que solicita uma cirurgia para tirar os seios e o útero? Mulheres biológicas [sic] que tomam hormônios para fazer a barba crescer e engrossar a voz? Ela é ele? Ele é ela?

Nessa perspectiva, essa experiência parece adquirir sentido apenas quando pensada para fora dos padrões binários, pois protagoniza o impensável em termos de sexo e de gênero feminino e masculino. O que está em jogo na experiência transexual é a própria humanidade, uma vez que os processos de construção dos corpos, gêneros e desejos de transexuais propõem uma desordenação do mundo generificado, ao se constituírem como corpos abjetos. Para Butler (2010, p. 16):

Nós vemos isto mais claramente nos exemplos daqueles seres abjetos que não parecem apropriadamente generificados; é a sua própria humanidade que se torna questionada. Na verdade, a construção do gênero atua através de meios excludentes, de forma que o humano é não apenas produzido sobre e contra o inumano, mas através de um conjunto de exclusões, de apagamentos radicais, os quais, estritamente falando, recusam a possibilidade de articulação cultural. Portanto, não é

suficiente afirmar que os sujeitos humanos são construídos, pois a construção do humano é uma operação diferencial que produz o mais e o menos “humano”, o inumano, o humanamente impensável. Esses locais excluídos vêm a limitar o “humano” com seu exterior constitutivo, e a assombrar aquelas fronteiras com a persistente possibilidade de sua perturbação e rearticulação.

Nesse movimento de marginalização de corpos abjetos, é mantida a imagem do que é um sujeito padrão e universal, que parte do pressuposto de que o sexo biológico determina o gênero que assumimos, mas também que esse gênero tem como consequência nossa sexualidade, que “naturalmente” desejaria o sexo/gênero oposto. Dessa forma, heterossexualidade, para os dois gêneros assumidos no binarismo, seria também compulsória.

Tal como gênero, a sexualidade é composta e definida pelas relações sociais e moldada pelas redes de poder que existem na sociedade. Louro (2000) afirma que, apesar de muitos considerarem que é algo inerente ao ser humano e que todos possuem naturalmente, é também através de processos culturais que definimos o que é ou não natural, produzimos e transformamos a natureza e a biologia, tornando-as históricas. A contribuição teórica de Foucault (2020 para a discussão da sexualidade, está em demonstrar que o sexo, em seu caráter supostamente neutro, deve ser entendido como um efeito do “dispositivo da sexualidade” (FOUCAULT, 2020, p. 86).

Foucault (2020) não submeteu a história da sexualidade à noção do sexo; na verdade, ele mostrou como “o ‘sexo’ se encontra na dependência histórica da sexualidade. Não situar o sexo do lado do real e a sexualidade do lado das ideias confusas e ilusões; a sexualidade é uma figura histórica muito real, e foi ela que suscitou, como elemento especulativo necessário ao seu funcionamento, a noção do sexo” (FOUCAULT, 2020, p. 137). Ou seja, uma vez constituído o dispositivo histórico da sexualidade, o sexo se tornou uma instância fortemente privilegiada para a determinação das verdades científicas dos sujeitos e para sua classificação enquanto pertencentes à classe das anomalias ou da normalidade.

Foucault (2020) pensou o dispositivo da sexualidade como uma rede histórica, que alinhava instâncias discursivas e não-discursivas, envolvendo “práticas institucionais, formações arquitetônicas, discursos científicos, decisões jurídicas, enunciados morais e filosóficos e medidas administrativas” (FOUCAULT, 2020, p. 244).

Tal rede de elementos heterogêneos, formados historicamente de maneira gradativa e sem uma racionalidade que coordenasse previamente o seu conjunto, teve como seu efeito a criação ou constituição de objetos ou problemas historicamente determinados, como as figuras da sexualidade perversa e incontida, e as da sexualidade normal e disciplinada. E é nessa perspectiva, que o dispositivo da sexualidade é entendido como uma rede histórica de

saberes e poderes que incide sobre corpos, prazeres, órgãos, relações interpessoais e alianças, produzindo como seu efeito, aquilo que nós então experimentamos e definimos como o sexo.

A sexualidade não é, portanto, um “dimensão da natureza” que o poder e o saber objetivavam controlar, ou cujos segredos profundos e obscuros as ciências humanas pretendiam desvendar, mas sim o nome que se pode dar a um dispositivo histórico, entendendo-se tal dispositivo como uma “grande rede da superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e de poder” (FOUCAULT, 2020, p.87). Tem-se, ainda, um olhar importante para essa compreensão:

Naturalmente, a medicina desempenhou o papel de denominador comum [...] Seu discurso passava de um a outro. Em nome da medicina que se vinha ver como eram instaladas as casas, mas era também em seu nome que se catalogavam um louco, um criminoso, um doente[...] Mas existe, de fato, um mosaico bastante variado de todos esses ‘trabalhadores sociais’ (FOUCAULT, 2017, p.243).

Foucault (2017) chama de trabalhadores sociais os agentes da política (controle, poder sobre) do corpo – inspetores, assistentes sociais, psicólogos, médicos e, destaca que o interessante é observar como as peças foram dispostas a exercer o saber-poder de modo eficiente (FOUCAULT, 2017).

Ao pensar o ‘sexo’ como efeito do dispositivo da sexualidade, Foucault pôde também demonstrar que foi somente ao longo dos séculos XIX e XX que se constituiu a implantação das heterogeneidades sexuais, uma vez que, até o final do século XVIII a Igreja e o direito canônico haviam se ocupado da investigação escrupulosa da relação matrimonial e, foi a partir do século XIX que houve um deslocamento ou um “movimento centrífugo em relação à monogamia heterossexual” (FOUCAULT, 2020, p.39).

A partir de então, a investigação minuciosa da sexualidade cairá sobre os corpos das crianças, dos loucos, das mulheres, dos que amam o mesmo sexo, dos criminosos, etc. Torna-se evidente que, o aspecto que ganha destaque e importância no interior do dispositivo da sexualidade, na ordem dos saberes e dos poderes, é a sexualidade enquanto universo profuso de perversões, razão pelo qual saturaram-se sexualmente os espaços da escola, dos consultórios médicos, psicológicos, psicanalíticos e psiquiátricos, da prisão, dos sanatórios e da própria família burguesa.

Essa mudança em relação ao surgimento de uma nova economia discursiva de saberes está associada à aparição de uma nova forma de exercício do poder e a novas formas figuras

subjetivas. Provavelmente, o anterior controle religioso e estritamente legal da sexualidade não desapareceu por completo, mas, o que se observa é que durante o século XIX, os saberes médico, psiquiátrico e psicológico tornam-se hegemônicos, colonizando e transformando o antigo campo jurídico, trazendo o próprio direito para o plano moderno dos saberes e poderes de normalização de sujeitos (FOUCAULT, 2020).

Nessa perspectiva, Foucault (2020, p. 44) pôde diferenciar, por exemplo, a sodomia dos “[...] libertinos do século XVIII” e a homossexualidade caracterizada no final do século XIX “gentalha diferente, apesar de alguns parentescos com os antigos libertinos” e exemplificada como:

Crianças demasiado espertas, meninas precoces, colegiais ambíguos, serviçais e educadores duvidosos, maridos cruéis ou maníacos, colecionadores solitários, transeuntes com estranhos impulsos: eles povoam os conselhos de disciplina, as casas de correção, as colônias penitenciárias, os tribunais e asilos; levam aos médicos suas infâmias e aos juizes suas doenças. No decorrer do século eles carregaram sucessivamente o estigma da ‘loucura moral’, da ‘neurose genital’, da ‘aberração do sentido genésico’, da ‘degenerescência’ ou do ‘desequilíbrio psíquico’. (FOUCAULT, 2020, p.45)

Buscando compreender o surgimento de todas essas sexualidades periféricas, encontra-se, na medicina, um saber-poder orientado pelos parâmetros do normal e do patológico, responsável por tornar o sexo, um “campo de alta fragilidade patológica: superfície de reprodução para outras doenças, mas também centro de uma nosografia própria, a do instinto, das tendências, das imagens, do prazer e da conduta” (FOUCAULT, 2020, p. 46). O homossexual do século XIX torna-se:

[...] um personagem com um passado, uma história, uma infância, um caráter, uma forma de vida; também é morfologia, com anatomia indiscreta e, talvez, uma fisiologia misteriosa. Nada daquilo que ele é, no fim das contas, escapa à sua sexualidade (FOUCAULT, 2020, p.47-48).

A partir desse momento, portanto, o sexo tornou-se um domínio transpassado por patologias, que requerem “[...] intervenções terapêuticas ou de normalização; um campo de significações a decifrar; um lugar de processos ocultos por mecanismos específicos; um foco de relações causais infinitas, uma palavra obscura que é preciso, ao mesmo tempo, desencavar e escutar” (FOUCAULT, 2020 p. 67). É que a vontade de saber sobre a sexualidade é peça essencial das estratégias de controle dos indivíduos e populações.

Desse modo, Foucault demonstrou como as relações de poder, tramadas entre as distintas discursividades sobre o sexo, produziram os saberes, instituídos como verdades, bem

como as subjetividades, ao longo da história das sociedades ocidentais, reduziram o sexo à sua função reprodutiva, heterossexual, adulta e legítimo apenas nas relações matrimoniais.

O conceito de sexo também ocupa lugar central nessa trama de saber-poder-controle. Nessa perspectiva, sexo é entendido como:

Parte de uma prática regulatória que produz os corpos que governa” (BUTLER, 2010, p.153). Para Judith Butler: O “sexo” é, pois, não simplesmente aquilo que alguém tem ou uma descrição estática daquilo que alguém é: ele é uma das normas pelas quais o “alguém” simplesmente se torna viável, é aquilo que qualifica um corpo para a vida no interior do domínio da inteligibilidade cultural (Idem, p.154-155; grifos da autora).

Diante disso, o que se coloca em jogo é a viabilidade dos corpos na cultura. A instalação de um regime de heterossexualidade, construído como a norma social ideal em termos de sexo, gênero e desejo, também compõe essa trajetória analítica e foi analisada por Butler (2008) em suas teorizações. Para a autora, o processo de construção da heterossexualidade produziu uma matriz de inteligibilidade cultural:

[...] [a matriz heterossexual consiste na] grade de inteligibilidade cultural por meio da qual os corpos, gêneros e desejos são naturalizados. [...] [essa matriz é caracterizada por um] modelo discursivo/epistemológico hegemônico da inteligibilidade do gênero, o qual presume que para os corpos serem coerentes e fazerem sentido (masculino expressa macho, feminino expressa fêmea), é necessário haver um sexo estável, expresso por um gênero estável, que é definido oposicional e hierarquicamente por meio da prática compulsória da heterossexualidade (BUTLER, 2008, p. 215-216).

Essa matriz heterossexual investe, por meio de redes de saber-poder-controle, tanto sobre os corpos construídos no interior da norma que, com isso, adquirem algum sentido, quanto naqueles fabricados em seu exterior. Dessa forma, poder-se-ia compreender que somos todas e todos alvos de investimento desses mecanismos de poder, que pretendem operacionalizar a produção da heterossexualidade hegemônica como única possibilidade viável e inteligível de se colocar no mundo. Para Butler, a heterossexualidade, como matriz de significação de corpos, gêneros e desejos, realiza um movimento duplo, em que produz os corpos que podem ser considerados sujeitos, como também aqueles que não o são. Esses processos de produção encontram-se articulados, ou seja, na produção do corpo-gênero-desejo inteligível são produzidos, também, os corpos externos ao ideal regulatório. Ou, em outras palavras, não heterossexuais são fundamentais. Segundo Butler (2010, p. 155):

Esta matriz excludente pela qual os sujeitos são formados exige, pois, a produção simultânea de um domínio de seres abjetos, aqueles que ainda não são “sujeitos”, mas que formam o exterior constitutivo relativamente ao domínio do sujeito. O

abjeto designa aqui precisamente aquelas zonas “inóspitas” e “inabitáveis” da vida social, que são, não obstante, densamente povoadas por aqueles que não gozam do status de sujeito, mas cujo habitar sob o signo do “inabitável” é necessário para que o domínio do sujeito seja circunscrito (grifos da autora).

Dessa forma, se produz, também, por meio da reiteração da heterossexualidade, uma territorialização na qual corpos normatizados ocupam o centro e os demais, outros espaços menos valorizados. A matriz de inteligibilidade cultural que constrói corpos, sexos, gêneros e desejos por meio da heterossexualidade concede caráter de viabilidade aos constructos produzidos no interior da norma. Isso se dá antes mesmo desses corpos serem designados como humanos. Segundo Butler (2010, p. 160-161):

A “atividade” dessa generificação não pode, estritamente falando, ser um ato ou uma expressão humana, uma apropriação intencional, e não é, certamente, uma questão de se vestir uma máscara; trata-se da matriz através da qual toda intenção torna-se inicialmente possível, sua condição cultural possibilitadora. Nesse sentido, a matriz das relações de gênero é anterior à emergência do “humano” (grifos da autora).

Com isso, pode-se compreender que antes mesmo de serem considerados como “humanos”, os corpos-sujeitos são sexuados e generificados. Entretanto, é na demarcação da própria norma regulatória que surgem possibilidades de escape e de rematerialização dos corpos, sexos, gêneros e desejos (BUTLER, 2010). Nesse sentido, para a autora:

[...] o sexo é produzido e, ao mesmo tempo, desestabilizado no curso dessa reiteração. Como um efeito sedimentado de uma prática reiterativa ou ritual, o sexo adquire seu efeito naturalizado e [sic] contido, é também, em virtude dessa reiteração, que fossos e fissuras são abertos, fossos e fissuras que podem ser vistos como as instabilidades constitutivas dessas construções, como aquilo que escapa ou excede a norma, como aquilo que não pode ser totalmente definido ou fixado pelo trabalho repetitivo daquela norma. Esta instabilidade é a possibilidade desconstitutiva no próprio processo de repetição, o poder que desfaz os próprios efeitos pelos quais o ‘sexo’ é estabilizado, a possibilidade de colocar a consolidação das normas do ‘sexo’ em uma crise potencialmente produtiva (BUTLER, 2010, p. 163-164, grifos da autora).

Em suma, precisamos concordar que não é o momento do nascimento e da nomeação de um corpo como macho ou como fêmea que faz desse um sujeito masculino ou feminino (LOURO, 2008). A construção e manifestação do gênero e da sexualidade dão-se ao longo de toda a vida, continuamente, fluidamente, infundavelmente, transformando-se não apenas ao longo do tempo, historicamente, como também transformando-se na articulação com as histórias pessoais, as identidades sexuais, étnicas, de raça, de classe (LOURO, 1997).

Corpos e subjetividades trans operam uma desconstrução no sistema corpo-sexo-gênero por meio de estratégias que, possibilitadas pela própria produção regulatória,

desestabilizam instituições de ensino e perturbam a nova ordem das coisas. Esses efeitos determinam, muitas vezes, a rejeição e a exclusão desses sujeitos, justamente porque se produzem fora da norma e fogem ao controle (SANTOS, 2015).

2.2 RELAÇÕES ENTRE SABER-PODER - CURRÍCULO: CAMPO DE DISPUTA

Durante o mergulho, me deparo com a construção social do ser, que está associada às relações entre o conhecimento (*saber*) e *poder*, postulados por Foucault (2019) como modos de governo gestados por um biopoder, na qual a vida é gerida a partir da inserção controlada dos corpos nos processos sociais, econômicos, políticos e culturais.

Trago a ajuda de outros autores para a compreensão dessa leitura. Veiga-Neto (2007, p.119) aponta a diferença entre poder e violência para que possamos compreender melhor, a partir da análise foucaultiana, o que é poder. Ele afirma que, para Foucault, violência e poder têm suas diferenças não na intensidade, mas na natureza e, “[...] enquanto uma ação violenta age apenas sobre um corpo [...] submetendo-o e destruindo-o, o poder é uma ação sobre ações”. O poder age, de modo que “aquele que se submete à sua ação o receba, aceite e tome como natura, necessário”. Ainda, na violência há dois polos antagônicos – um sujeito que a pratica e um sujeito ou objeto que a sofre e, no poder, “os dois elementos não são antagônicos, mas sim sujeitos num mesmo jogo”. E isso é possível quando o saber entra como elemento condutor do poder, transmitindo e neutralizando o poder, de modo que haja consentimento de todos aqueles que estão nas malhas do poder. “No interior das relações de poder, todos participam, todos são ativos” (VEIGA-NETO, 2007, p 118-119).

Aqui é válido esclarecer que, nas pesquisas embasadas em teorias pós-críticas, o poder é visto como algo que não é centralizado e único, como o poder do Estado, por exemplo. O poder está espalhado por toda rede social, em todas as relações (FOUCAULT, 2020). Para as teorias pós-críticas, qualquer postulação que tenha como pressuposto uma situação finalmente livre de poder gera desconfiança, pois, para essas teorias, “o poder transforma-se, mas não desaparece” (SILVA, 2017, p. 148).

Além disso, nas teorias pós-críticas, “[...] o conhecimento não é exterior ao poder, o conhecimento não se opõe ao poder [...] o conhecimento é parte inerente do poder” e, com as teorias pós-críticas, o mapa do poder é ampliado incluindo os “processos de dominação centrados na raça, na etnia, no gênero e na sexualidade” (SILVA, 2017, p.149). Foucault (2020) elaborou um certo número de proposições sobre o poder, tais como:

[...] que o poder não é algo que se adquira, guarde ou deixe escapar; o poder se exerce a partir de inúmeros pontos e em meio a relações desiguais e móveis; as relações de poder vem de baixo; as relações de poder são, ao mesmo tempo, intencionais porque são atravessadas de fora a fora por um cálculo: não há poder que se exerça sem uma série de miras e objetivos; onde há poder há resistência ou seja, resistência nunca se encontra em posição de exterioridade em relação ao poder, está presente em toda rede de poder (FOUCAULT, 2020, p.101-104).

Fica claro, portanto, que o poder é constituído dessas relações e, não há uma oposição binária entre dominadores e dominados, mas sim que há correlações de formas múltiplas que se formam e atravessam o corpo social. E, sobre o fato de que não há poder sem resistência, fica exposto que “[...]elas são possíveis, necessárias, improváveis, espontâneas, selvagens, solitárias, planejadas, arrastadas, violentas, irreconciliáveis, prontas ao compromisso, interessadas ou fadadas ao sacrifício [...]” (FOUCAULT, 2020, p.104), ou seja, existem no mesmo campo estratégico das relações de poder. É importante compreender que, uma vez que o poder é constituinte dessas relações e, que o conhecimento é parte inerente do poder, o resultado dessa relação é produtivo. Um produto importante a ser reconhecido é a verdade. Mas, qual é o conceito de verdade na perspectiva foucaultiana, uma vez que é adotado nas pesquisas pós-críticas? Para Foucault,

Em uma sociedade como a nossa, mas no fundo em qualquer sociedade, existem relações de poder múltiplas que atravessam, caracterizam e constituem o corpo social e que estas relações de poder não podem se dissociar, se estabelecer nem funcionar sem uma produção, uma acumulação, uma circulação e um funcionamento do discurso. Não há possibilidade de exercício do poder sem uma certa economia dos discursos de verdade que funcione dentro e a partir desta dupla exigência. Somos submetidos pelo poder à produção da verdade e só podemos exercê-lo através da produção da verdade” (FOUCAULT, 2017, p.101).

Ou seja, tudo que estamos lendo, vendo, sentindo, escutando e analisando pode e deve ser interrogado para que possamos compreender “como os discursos se tornam verdadeiros, quais foram às relações de poder travadas, quais estratégias foram usadas, que outros discursos foram excluídos para que esses pudessem ser autorizados e divulgados?” (PARAÍSO, 2014, p.30).

Expor que saber e poder é uma relação, um não existe sem o outro, faz emergir a necessidade de refletir sobre como o *currículo* é visto na perspectiva pós-crítica de pesquisa em educação. Confesso que, até meados de 2016, eu pensava em currículo “apenas” como um documento que prescrevia o conteúdo a ser ministrado, a forma de avaliar os discentes, os recursos institucionais para que o conteúdo programático fosse transmitido, como uma receita

de bolo, ou “como um conjunto de saberes e práticas para melhor formar os indivíduos” (CARDOSO, 2014, p.224).

Todavia, entendo que o currículo não pode ser compreendido desarticulado do contexto social, político, econômico e cultural. Como um projeto pedagógico, encontra-se intimamente ligado às concepções e ideologias de quem o elabora e, a forma como esse projeto é posto em prática também indica os interesses e que sociedade pretende formar o grupo que o concebe. É importante atentar que, o que está inscrito no currículo não é apenas informação, mas uma organização de conhecimento que corporifica formas diferentes de agir, pensar, sentir, falar e ver o mundo. O processo de aprendizagem que ocorre durante a escolarização, agrega também uma determinada maneira de agir, conhecer, compreender e interpretar a realidade (POPKEWITZ, 1994).

Desse modo, para compreender a perspectiva de currículo, Silva (2017) nos traz três opções: tradicional, crítico ou pós-crítico. Ele aponta categorias que podem elucidar o entendimento em torno de qual currículo está sendo oficialmente proposto: na concepção *Tradicional* o currículo é essencialmente uma questão técnica, centrada em questões de organização e desenvolvimento - a ênfase dada está em conceitos pedagógicos tecnicista de ensino, aprendizagem, avaliação, metodologia, didática, organização, planejamento, eficiência e objetivos. Na concepção *Crítica*, surge uma completa inversão nos fundamentos da concepção tradicional - a ênfase é nos conceitos de ideologia, poder, reprodução cultural e social, dinâmica social (análise marxista), capitalismo relações sociais de produção, conscientização, emancipação e libertação, currículo oculto e resistência. Enquanto na abordagem *Pós-crítica* está nos conceitos de identidade, alteridade, decolonialidade, diferença, subjetividade, significação e discurso, saber-poder, representação, cultura, gênero, raça, etnia, sexualidade, multiculturalismo.

Atrelado às categorias, revela questões norteadoras que essas perspectivas apontam: tradicional – o que ensinar e como ensinar; crítica – por que esse conhecimento e não outro; e pós-crítica – por que privilegiar um determinado tipo de subjetividade ou identidade e não outra. Esse entendimento me trouxe discernimento à concepção de currículo oficialmente divulgada.

Expectável ao que foi exposto, teorizei com os autores que estudam numa perspectiva pós-crítica (PARAÍSO, 2004; 2007; CORAZZA, 2001; FISHER, 2001; SILVA, 2017; CARDOSO, 2014), pude enxergar diferente, e também perceber que o trabalho docente é muito mais do que ensino, pesquisa e extensão. Ele supõe, antes de tudo, compreender o currículo para então criar, recriar, fazer o currículo conforme a multiplicidade da comunidade

local ou de um povo, incluindo as experiências do ensinar e do aprender dos diferentes sujeitos envolvidos nessa construção, nesse trilhar.

Comecei a compreender que, de fato, o currículo é um percurso, uma trajetória, e que se específica com cada região e suas singularidades, onde nele se forjam relações de poder, e também corresponde à um território onde as identidades vão sendo construídas e nele, inclusive, se discutem tempo, espaço, autonomia e existência. Aqui é válido esclarecer que, nas pesquisas embasadas em teorias pós-críticas, o poder é visto como algo que não é centralizado e único, como o poder do Estado, por exemplo. O poder está espalhado por toda rede social, em todas as relações (FOUCAULT, 2019). Para as teorias pós-críticas, qualquer postulação que tenha como pressuposto uma situação finalmente livre de poder gera desconfiança pois, para essas teorias, “o poder transforma-se, mas não desaparece” (SILVA, 2017, p. 148).

Além disso, nas teorias pós-críticas, “o conhecimento não é exterior ao poder, o conhecimento não se opõe ao poder. [...] o conhecimento é parte inerente do poder” e, com as teorias pós-críticas, o mapa do poder é ampliado incluindo os “processos de dominação centrados na raça, na etnia, no gênero e na sexualidade” (SILVA, 2017, p.149). O poder age no corpo dos sujeitos.

Nessa perspectiva, portanto, o currículo é tido como artefato cultural, território político e ético, fundado nos valores, pensamentos e relações de saber-poder traçados em uma determinada época ou sociedade (PARAÍSO, 2010; MEYER; PARAÍSO; 2014; PARAÍSO; CALDEIRA, 2018). Dentro deste universo, no qual poder e saber estão intimamente ligados, o que se frisa, portanto, é que "não há constituição de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua, ao mesmo tempo, relações de poder" (FOUCAULT, 1996, p. 29-30). Com isso, supera-se a "neutralidade", difusamente presente em diversos grupos intelectuais, de que "fazer ciência não é fazer política", ou a concepção na qual a ciência está dissociada de qualquer disputa pelo poder.

Ao reconhecer a relação estreita entre saber/poder, Foucault lança a ciência e todos os saberes (os quais reconstroem e rearticulam o binômio secular do corpo e da alma) a uma relação de suporte teórico e epistemológico de múltiplos interesses, inerentes aos rearranjos das conformações de poderes imanentes a cada momento em nossa sociedade. Daí sua análise dos saberes científicos ter se desdobrado sobre uma vasta diversidade de campos do saber, tais como: a Medicina, o Direito, a Sociologia, a Linguística, a Psicologia, a Demografia, a Pedagogia, a Biologia, a Economia, a Política, a Filosofia, a Sexualidade, todos eles analisados através de uma perspectiva eminentemente histórica.

Veiga-Neto (2007, p. 44) aponta o currículo como recortes da cultura trazidos para a escola, que impactam na construção dos sujeitos escolares (sejam professores/as ou estudantes). Isso posto, discussões sobre saber, poder, verdade, e identidade marcam, invariavelmente, as discussões sobre questões curriculares.

As inquietações trouxeram para a pesquisa gênero e sexualidades, a serem compreendidas pela perspectiva pós-crítica, alinhadas com as ideias de Paraíso e Caldeira (2018), de que gênero é teoria explicativa dos processos históricos e culturais de construção do masculino e feminino que, se pode dividir, normalizar e hierarquizar, também pode abrir brechas, acolher as diferenças e multiplicar possibilidades de “vidas vivíveis” ou seja, de “possibilidades outras de existências”; e de que sexualidades são vivências de sensações, desejos e prazeres que se podem imprimir sofrimentos e exclusões, do mesmo modo podem desencaixotar emoções, “insuflar uma ‘estética’ erótica desejante no mundo e fazer tremer os controles que buscam a todo custo conter a vida que jorra”. As autoras ainda afirmam que “[...] currículos + gêneros + sexualidades, juntos podem muito; muito mais do que sabemos; muito mais do que dizemos; muito mais do que temos feito” (PARAÍSO; CALDEIRA, 2018, p.13). Também trago a afirmação destas mesmas autoras:

[...] pesquisar gêneros e sexualidades é lidar com vidas. Vidas que são consideradas vivíveis e vidas que são precárias. Vidas que importam e que, ao serem precárias, algumas vidas dependem das instituições, portanto, das escolas e dos currículos, para ser uma vida vivível, necessitando do acolhimento e hospitalidade nos currículos (PARAÍSO; CALDEIRA, 2018, p.14).

A partir dos conceitos abordados e considerando que o currículo produz discursos, e “o discurso pode ser, ao mesmo tempo, instrumento e efeito de poder, e também obstáculo, ponto de resistência e ponto de partida de uma estratégia oposta” (FOUCAULT, 2020, p.110), faz-se necessário desconstruir as divisões, as hierarquizações e as normas de gênero e sexualidade nos currículos, a fim de multiplicar as diferenças nesse território, incluindo outras possibilidades de vida (PARAÍSO, 2018).

Silva (2017) ressalta que, inspirada em Derrida, por exemplo, uma perspectiva pós-estruturalista sobre currículo questiona os “significados transcendentais” ligados à religião, à pátria, à política, à ciência, que povoam o currículo. Ainda inspirada em Derrida, uma perspectiva pós-estruturalista tentaria desconstruir os inúmeros binarismos de que é feito o conhecimento que constitui o currículo: masculino/feminino; heterossexual/homossexual; branco/negro; científico/não-científico. Ao ver todo o conhecimento como escrita, como inscrição, uma perspectiva pós-estruturalista colocaria em dúvida as atuais e rígidas

separações curriculares entre os diversos tipos de conhecimento. Finalmente, uma perspectiva pós-estruturalista não deixaria, evidentemente, de questionar a concepção de sujeito – autônomo, racional, centrado, unitário – na qual se baseia todo o empreendimento pedagógico e curricular, denunciando-a como resultado de uma construção histórica muito particular.

É nesse currículo que os *modos de subjetivação* se efetivam. Considerando as subjetividades como “[...] todos os processos e as práticas heterogêneas por meio das quais os seres humanos vêm a se relacionar consigo mesmos e com os outros sujeitos de um certo tipo, então a subjetivação tem a sua própria história” (BUJES, 2002, p. 22).

O Sujeito, nessa perspectiva, é efeito dos discursos, dos poderes e de si mesmo, configurado a partir de relações de poder-saber-sujeito. Fui me inquietando à medida que fui compreendendo a amplitude desta afirmação. Considerando que o saber não é neutro e que, quando o currículo fala de um sujeito, ele está produzindo o sujeito daquele discurso, quais efeitos ele produz quando ele não fala sobre determinados sujeitos, de uma população específica? Ainda imersa em inquietações, como uma prática médica aciona tanto tecnologias disciplinares (individuais), quanto biopolíticas (coletivas), para modelar condutas de saúde e, nesse sentido, multiplicar relações assimétricas de poder a partir dos saberes médicos sobre as especificidades biológicas da população em questão? E quando não há esses saberes médicos sobre as especificidades em saúde, pois essa população é “apagada” do currículo de formação médica? Aqui coloco “apagada” fazendo uso das aspas porque no meu entendimento, essa população não está apagada no currículo de modo todo.

Os comentários que os médicos e médicas fizeram e que eu presenciei no relato que trouxe para esse texto, denuncia a naturalização da lgbtfobia naquele ambiente. Trago aqui um trecho do livro “A história da sexualidade – a vontade do saber”, no qual Foucault (2020, p. 31) tece reflexões sobre o silenciamento no dispositivo da sexualidade:

[...] é preciso tentar determinar as diferentes maneiras de não dizer, como são distribuídos os que podem e os que não podem falar, que tipo de discurso é autorizado ou que forma de discricção é exigida a uns e outros. Não existe um só, mas muitos silêncios e são parte integrante das estratégias que apoiam e atravessam os discursos”.

O silêncio é produtivo. A tese de Foucault sobre o dispositivo da sexualidade é a de que, mesmo que as famílias burguesas não falassem sobre sexo, muito era dito pelos ritos, arquiteturas das casas, vestimentas, na construção do não-burguês, gerando desse modo um silêncio produtivo. Conforme alerta Louro (2016), o lugar em que são nomeados os sujeitos é fundamental par ao entendimento dos feixes de relações sociais que possibilitam ou não sua

visibilidade e existência. É o lugar do incômodo, o que atrapalha, o que desvia. Desviantes que são. Alerta ainda:

[...] tão ou mais importante do que escutar o que é dito sobre os sujeitos, parece ser perceber o não dito, aquilo que é silenciado – os sujeitos que não são, seja porque não podem ser associados aos atributos desejados, seja por não podem existir por não poderem ser nomeados (LOURO, 2008, p.71).

Quais os discursos que criam esses “regimes de verdade” sobre corpos LGBTQIA+ e como esses discursos funcionam na sociedade e com quais outros ele se articula, em particular na medicina e, mais especificamente, na formação acadêmica de médicos do CFP/UFCG, como verdadeiros? Quais efeitos essas práticas discursivas produzem? Embora não seja minha intenção responder todas essas perguntas, elas têm me inquietado ao longo deste mergulho, além de dialogarem com um objetivo específico desta pesquisa, que é identificar que tipo de sujeito médico é produzido por esse currículo e se esse sujeito dialoga com a atuação requerida pelo SUS no que tange o atendimento da população LGBTQIA+.

2.3 SOBRE AS MINHAS INSPIRAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

Os caminhos anteriores, que percorri traçando os projetos e estudos, eram caminhos mapeados, protocolados, conhecidos, que passavam segurança, por conterem rotas bem sinalizadas, ensaiadas, padronizadas e previsíveis. Eu estava mergulhada no hábito de ler e produzir trabalhos em saúde, que seguiam uma linha clássica de escrita, com técnicas acadêmicas e bem estabelecidas, permeadas por experimentos de bancada/laboratório, protocolos de técnicas de experimentos, a utilização de animais de laboratório em pesquisas, confecção de lâminas histológicas/histopatológicas, manuseio de microscópio óptico e softwares de análise de imagens, que compunham, assim, as paisagens dos caminhos por onde eu percorri antes de chegar aqui.

Escolher trilhar nos (des) caminhos das pesquisas pós-críticas em educação, a princípio, me deixou insegura quando li, em Paraíso (2014), a seguinte afirmação:

Afinal, as teorias pós-críticas não possuem um método recomendado para realizarmos nossas investigações. Dedicamos esforços para construirmos nossas metodologias, então, porque sabemos que o modo como fazemos nossas pesquisas vai depender dos questionamentos que fazemos, das interrogações que nos movem e dos problemas que formulamos (PARAÍSO, 2014, p.26)

No instante em que li, fiquei insegura e angustiada por me perceber livre, por apresentarem mais de uma opção de trilha e qualquer escolha seria inédita. Me afligi e, mais do que isso, me instiguei.

Iniciei essa jornada buscando inspiração em trabalhos que discutem procedimentos metodológicos de pesquisa pós-crítica em educação, tais como Bujes (2002), que ao acercar-se do pensamento foucaultiano, buscou entender o percurso metodológico traçado em um trabalho de investigação como um descaminho. O uso desse termo, no presente trabalho, não significou descrever esse percurso como “[...] contrafações de caminhos conhecidos, nem para mostrar que por trás de toda atividade científica existe uma ossatura lógica que pode ser deduzida e, uma vez descoberta, servir como uma senda iluminadora para nos conduzir mais propriamente à obtenção da verdade” (BUJES, 2002, p. 12).

São caminhos novos, com novas sinalizações para mim, e que me colocam frente à frente com minhas dificuldades em compreender seus paradigmas e epistemologias - haja vista que, na escola, tive uma educação tradicional, na qual me colocar, refletir, questionar, compreender, muitas vezes eram sinônimos de constrangimento e punição. Me graduar em curso de bacharelado em Medicina Veterinária, tampouco me subsidiou em rompimentos de dificuldades em compreender uma teorização que, até então para mim, só pertencia à área de ciências humanas. Foi instigante abrir novos horizontes, novos caminhos, com novos desafios, uma nova leitura - inédita mesmo e com ela, nova forma de pensar, de enxergar o mundo. Costumo pensar, “brincando”: - Filosofia, prazer, sou Fabíola.

Encontrei novas concepções, novas reflexões, novos desfechos e destinos imprevisíveis, surpreendentes. Literalmente estreei em um novo mundo que agora é também meu mundo. O meu deslocamento da pesquisa quantitativa em saúde para pesquisa qualitativa em educação e ainda mais com pesquisas pós-críticas, foi um divisor de águas. Me permitiu olhar para questões que nos cercam e nos constituem – corpo, sexualidade, saúde, relações de saber/poder. Eu fiz movimentos, reflexões durante essa jornada que foram inéditas e cruciais para me transformarem, de modo irreversível.

Com a perspectiva das pesquisas pós-críticas, me pus a colocar em xeque minhas verdades (e as verdades que eu tomava como minhas) e encontrar caminhos para responder minhas interrogações e inquietações, sempre me colocando em movimento. Está sendo uma experiência única. Inclusive, na primeira seção desta tese, eu comento que senti certo incômodo, pois “[...] foi como despertar de uma longa apatia [...]” e me sinto muito feliz com todas essas mudanças.

As ideias postas por Meyer e Paraíso (2014, p. 19) servem de ancoragem para esse relato:

Mas o mais potente desses modos de pesquisar é a alegria do ziguezaguear. Movimentamo-nos ziguezagueando *no espaço entre* nossos objetos de investigação e aquilo que já foi produzido sobre ele, para aí estranhar, questionar, desconfiar. Ziguezagueamos entre objeto e os pensamentos que nos movem e mobilizam para experimentar, expressar nossas lutas, inventar. Movimentamo-nos em zigue-zague no espaço entre as lutas particulares que travamos com aqueles/as que fazem parte da tradição do campo que pesquisamos e aquilo que queremos construir, porque não queremos ficar “de fora” da busca por inventar outras práticas e participar de outras relações sociais, educacionais, políticas e culturais.

É nesse espaço que me propus construir minhas metodologias de pesquisas pós-críticas, espaço de desconforto e, ao mesmo tempo, alegria. Espaço que chacoalha, desperta e desafia! Espaço de luta, movimento, dança, música e poesia. Assim sendo, eu disse “até um dia” aos protocolos, a fim de jogar mais lenha numa fogueira interior que simplesmente se nega a apagar.

2.3.1 Expandindo meus olhares nas inspirações das pesquisas pós-críticas

As pesquisas ancoradas numa vertente pós-crítica tiveram o seu início de apresentação na Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Educação (ANPEd), em 1993. De acordo com Paraíso (2005), “[...] a partir desses estudos introdutórios de perspectivas pós-críticas em educação divulgadas no Brasil, existe uma espécie de contágio dessas teorias nas pesquisas educacionais brasileiras, provocado pelas discussões iniciais” (PARAÍSO, 2005, p.4). Esse fluxo, esse “rio de asfalto e gente que entorna pelas ladeiras e entope o meio fio”, em um leito onde “sonhos não envelhecem”¹², no terreno educacional, uma multiplicidade de pesquisas e trabalhos que pensam a educação, a pedagogia, o currículo e outras práticas educativas de modo diferente do que até então vinha sendo pensado. Em linhas gerais, apontam para a abertura e a multiplicação de sentidos, para a transgressão e a subversão daquilo que anteriormente já havia sido significado no campo educacional.

No seu campo epistemológico, buscam, através de seus paradigmas, estudar os sujeitos e suas formas de subjetivações no processo de relações de poder que circunscrevem, ou seja, são caracterizadas pelos questionamentos feitos ao conhecimento (e seus efeitos de verdade e

¹² Trechos da canção “Clube da Esquina2” letra de Lô Borges, Milton Nascimento e Márcio Borges, de 1979.

de poder), ao sujeito (e aos diferentes modos e processos de subjetivação), aos textos educacionais (e as diferentes práticas que estes produzem e instituem) (PARAÍSO, 2005). Tendo por base essa postura problematizadora, busquei desenvolver a pesquisa aqui mencionada, objetivando construir modos diferentes de analisar verdades educacionais produzidas pelo currículo a ser investigado.

Partindo da insatisfação com as verdades disponibilizadas por esse currículo sobre a formação médica e sobre o que é ser médico/a, e da necessidade de problematização que é demandada por essa inquietação, busco neste momento traçar o caminho metodológico que me conduziu no processo investigativo. Vale salientar que, o traçar um caminho é entendido neste trabalho como uma invenção, uma vez que:

O método não é algo que paira no mundo e ao qual o pesquisador ou a pesquisadora deve se adequar a fim de encontrar os resultados que busca. Os métodos e os resultados não estão postos num mundo preexistente, adjacente ou paralelo às teorizações, esperando pelas melhores aplicações que os possam tornar evidentes (BUJES, 2002, p.20).

Assim, não se tratou de uma questão de escolher qual metodologia usar, mas de fabricá-la e, esse foi um exercício que encarei como um desafio, uma vez que ao me aproximar da perspectiva pós-crítica, me inseri em um campo teórico no qual nenhuma metodologia é especialmente recomendada com segurança, embora nenhuma possa ser eliminada antecipadamente (PARAÍSO, 2005).

No cenário educacional brasileiro, as pesquisas pós-críticas ganham expressividade, sobretudo na ruptura de paradigmas. “Suas produções e invenções têm pensado práticas educacionais, currículos e pedagogias que apontam para a abertura, a transgressão, a subversão, a multiplicação de sentidos e para a diferença” (PARAÍSO, 2005, p 284-285). Nesse sentido, a pesquisa pós-crítica faz parte de:

[...] uma abordagem teórico-metodológica flexível, inserida em contextos específicos que falam das micropolíticas do cotidiano e são constituídas pelos discursos dominantes de nossa sociedade, na qual a subjetividade do/a pesquisador/a é uma ferramenta a serviço da investigação, um exercício simultaneamente rigoroso e político permeado pelas relações de poder que pretende estudar (PARAÍSO, 2014, p.14-15).

Essa base epistêmica se desdobra numa ciência, produz uma pesquisa que subverte as normas e os padrões reacionários cartesianos, que por vezes interiorizamos e que nos prendem a enxergar com novas lentes, mas, é através da inquietação e procura pelo desconhecido, que somos possibilitados a trilhar um caminho não repetitivo na produção do conhecimento

(PARAÍSO, 2014). As teorias pós-críticas permitem ao/a pesquisador/a romper com a rigidez imposta pela ciência moderna, na qual as pesquisas são desenvolvidas com roteiros pré-estabelecidos (CARDOSO, 2014).

A escolha da metodologia deve conversar com o objeto em estudo, de tal maneira que as ferramentas teóricas mostrem e estabeleçam relações e funcionamento entre si. Paraíso (2014, p. 38) destaca que a escolha de tais ferramentas “auxiliam a fazer perguntas, a interrogar nosso material, a multiplicar sentidos e a mostrar as contingências dos acontecimentos e a proliferação da diferença”. Nas pesquisas pós-críticas, acredita-se que “a metodologia deve ser construída no processo de investigação de acordo com as necessidades colocadas pelo objeto de pesquisa e pelas perguntas formuladas” (MEYER; PARAÍSO, 2014, p. 17).

Nesse sentido, o presente estudo pretende compreender, analisar e avaliar questões subjetivas acerca de temas como currículo, gênero, sexualidade, e, para tanto, me inspirei na abordagem de pesquisas pós-críticas. Para definir pesquisas pós-críticas, utilizo as palavras de Meyer e Paraíso (2014, p. 19):

Essas pesquisas usam ou se inspiram em uma ou mais abordagens teóricas que conhecemos sob o rótulo de “pós” – pós-estruturalismo, pós-modernismo, pós-colonialismo, pós-gênero, pós-feminismo – e em outras abordagens que, mesmo não usando em seus nomes o prefixo “pós”, fizeram deslocamentos importantes em relação às teorias críticas – Multiculturalismo, Pensamento da Diferença, Estudos Culturais, Estudos de Gênero, Estudos Étnicos e Raciais e Estudos Queer, entre outros. [...] são os efeitos combinados dessas correntes que chamamos de teorias, abordagens ou pesquisas pós-críticas.

Mais adiante, as mesmas autoras afirmam que as pesquisas pós-críticas assumem um olhar atento às questões de gênero, sexualidade, raça/etnia, cultura, regionalidade, entre outros, ao pesquisar em educação e em currículo (PARAÍSO; MEYER, 2014). Sustentada nessa teorização, busco problematizar e questionar como são vistos o corpo, a vida, a sexualidade, a diversidade, a construção de sujeitos, através dos textos, das representações, enunciações, enxergar as relações de poder presentes na análise documental a que me proponho (da dimensão formativa teórica do curso de medicina). Durante a análise desses documentos busquei considerar sua construção histórica, política, considerando que as palavras e a linguagem também são constitutivas de práticas (FISCHER, 2001, p.199). Tomo como válido o destaque do conceito de discurso em si, compreendendo uma dimensão prática e não como:

[...] um puro e simples entrecruzamento de coisas e palavras. [...] analisando discursos, vemos se desfazerem os laços aparentemente tão fortes das palavras e das coisas e separar um conjunto de regras próprias à prática discursiva [...]. Tarefa que consiste em não mais tratar os discursos como conjuntos de signos (de elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam (FOUCAULT, 2005, p. 64).

Refletindo sobre o pressuposto pós-estruturalista de que a verdade é uma invenção, uma criação da razão, e não uma descoberta, encontro em Fisher (2012, p.13) “Definitivamente, as palavras de Foucault não nos acalmam; ele mesmo afirma que o pensamento não é para consolar: pelo contrário, existe para nos abrir aos perigos de nosso tempo”. É que não existe a *verdade*, mas sim, *regimes de verdade*, isto é, discursos que a sociedade elege como verdadeiros, e para Foucault, “a verdade está circularmente ligada a sistemas de poder, que produzem e apoiam, e a efeitos de poder que a verdade induz e que a reproduzem” (FOUCAULT, 2017, p. 54). A mesma afirmação dita de outra forma por Veiga-Neto, (2007, p. 50), é que “isso que chamamos de realidade não é um dado externo a ser acessado pela razão, mas sim, o resultado de uma construção interessada”. Foucault (1996) afirma ainda, que:

[...] a verdade é centrada na forma do discurso científico e nas instituições que o produzem; está submetida a uma constante incitação econômica e política (necessidade de verdade tanto para a produção econômica, quanto para o poder político); é objeto, de várias formas, de uma imensa difusão e de um imenso consumo (circula nos aparelhos de educação ou de informação, cuja extensão no corpo social é relativamente grande, não obstante algumas limitações rigorosas); é produzida e transmitida sob o controle, não exclusivo, mas dominante, de alguns grandes aparelhos políticos ou econômicos (universidade, exército, escritura, meios de comunicação); enfim, é objeto de debate político e de confronto social (as lutas ‘ideológicas’) (FOUCAULT, 1996, p. 53).

Ou seja, os discursos são orientados, possuem alvo(s), tem objetivos claros, são produtivos. Acredito que todos os discursos são parte de uma luta ou disputa para construir suas próprias versões de verdade e que, ao trilhar suas leituras poderei sentir, analisar, interrogar, problematizar como os discursos sobre corpos LGBTQIA+ na formação médica se tornaram verdadeiros, que outros discursos foram excluídos para que esses pudessem ser autorizados e divulgados.

Entendo, também, que os significados produzidos nessa pesquisa, irão produzir sentidos com outros discursos divulgados em outros espaços, por outras pessoas em diferentes meios e poderão travar disputas. Mas não me coloco aqui nestas páginas na posição de juíza de valores, apontando ou julgando o que está certo e o que está errado. Me sinto como uma expositora de fatos que também produzem verdades.

Dessa forma, no trilhar da pesquisa eu me proponho a refletir, colocar em xeque, interrogar todos os discursos que se constituem objetos de minha análise, até mesmo o próprio discurso que vou produzindo, sabendo de sua parcialidade. Ainda na reflexão sobre o conceito de discurso, Foucault (1986) afirma:

[...] gostaria de mostrar que o discurso não é uma estreita superfície de contato, ou de confronto, entre uma realidade e uma língua, o intrincamento entre um léxico e uma experiência; gostaria de mostrar, por meio de exemplos precisos, que, analisando os próprios discursos, vemos se desfazerem os laços aparentemente tão fortes entre as palavras e as coisas, e destacar-se um conjunto de regras, próprias da prática discursiva. [...] não mais tratar os discursos como conjuntos de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse mais que os torna irredutíveis à língua e ao ato da fala. É esse "mais" que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever (1996, p.56).

O discurso possui inúmeras definições e não podem ser compreendidas isoladamente, mas, é entendido como “um conjunto de enunciados, na medida em que se apoiem na mesma formação discursiva” (FOUCAULT, 2019, p. 132). Destarte, compreendemos que o discurso se constitui numa prática que construirá sentidos nas relações e nos enunciados. Com efeito, a formação discursiva se limita a um dado número de enunciados, além disso, é “histórico – fragmento de história, unidade e descontinuidade na própria história, que coloca o problema de seus próprios limites, de seus cortes, de suas transformações, dos modos específicos de sua temporalidade, e não de seu surgimento abrupto em meio às cumplicidades do tempo” (FOUCAULT, 2019, p. 132-133). E nesse sentido, somos sujeitos discursivos e criados pela linguagem histórica que nos constrói, constituindo-se numa prática discursiva.

Nessa perspectiva, podemos afirmar que os discursos não apenas produzem práticas, mas sendo em si uma prática, produzem coisas, fatos e relações, e ao articularem-se com o saber-poder, sinalizam discussões sobre a história, a linguagem e a filosofia do sujeito. Fica demonstrado, assim, que, por meio do discurso “não há separação entre palavra e ação, fala e ato: ambos são constitutivos do discurso e, como tal, encontram-se em relação positiva e produtiva com o social, já que o tecem em toda sua complexidade, contradição, incoerência e, claro, sempre em meio a relações de poder, de disputa” (FISHER, 2012, p. 169). Isso só é possível tendo em vista que caso o poder “[...] apenas se exercesse de um modo negativo, ele seria muito frágil. Se ele é forte, é porque produz efeitos positivos [...] a nível do saber” (FOUCAULT, 2019, p.148).

Problematizar os discursos sobre corpo, gênero e saúde, em meio às relações de saber-poder nos currículos da saúde, emergiram a necessidade de inspirar-me na teoria foucaultiana

do discurso, uma vez que os discursos apresentam “poderes e perigos” e são interpostos pelas relações de saber-poder, permitindo a identificação dos efeitos de verdade, além disso, são carregados de desejo e poder, com intuito de controlar o enunciado (FOUCAULT, 2019). Essa teoria tem como principais conceitos relacionados – *enunciado, prática discursiva, sujeito do discurso, heterogeneidade discursiva* e eu irei apresentar e discutir esses conceitos a seguir, pois eles me orientaram durante toda a jornada de análise dos documentos que me proponho analisar.

O enunciado é “[...] sempre um acontecimento que nem a língua nem o sentido podem esgotar inteiramente [...] trata-se de “uma função que cruza um domínio de estruturas e de unidades possíveis e que faz com que (estas) apareçam, com conteúdos concretos, no tempo e no espaço” (FOUCAULT, 1996, p. 32; 99). Contextualizo que o conceito de acontecimento, para Foucault, é tido a partir de duas perspectivas: acontecimento arqueológico (novidade histórica) e acontecimento discursivo – que tomamos aqui no presente estudo - conta da regularidade histórica das práticas, levam em consideração as condições de existência que determinam a materialidade própria do enunciado (FOUCAULT, 1996, p.40).

Segundo descrição elaborada por Fisher (2012, p.77), acerca da análise de discurso na perspectiva de Foucault, um enunciado possui quatro elementos básicos: 1- “Um referente. A referência a algo que identificamos” [No caso deste estudo, a formação médica]; 2 – Um sujeito. “O fato de ter um sujeito, alguém que pode efetivamente afirmar aquilo (o que identificamos)” [Neste estudo, a elaboração das DCN e PPC]; 3 – “Um campo associado. O fato de o enunciado não existir isolado, mas sempre em associação e correlação com outros enunciados do mesmo discurso” [Neste estudo, o discurso médico educacional]; e 4 – “uma materialidade do enunciado, as formas concretas com que ele aparece em textos” [Neste estudo, os textos/documentos das DCN e PPC].

Para Foucault (2019, p.136), o conceito de *prática discursiva* está diretamente relacionado a um conjunto de regras anônimas, históricas, determinadas tanto no tempo como no espaço, que definiram em dada época e área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa. Dialogando nessa perspectiva, Veiga-Neto (2007, p. 93) considera como prática discursiva um conjunto de enunciados que moldam nossas maneiras de constituir o mundo, de compreendê-lo e falar sobre ele e, exercer uma prática discursiva significa falar de acordo com determinadas regras, expondo as relações que se dão dentro de um discurso.

Fisher (2012), descreve *pluridiscursividade, heterogeneidade discursiva, interdiscurso* como sendo “[...] algumas palavras ou expressões que se referem basicamente à dispersão dos

enunciados e, portanto, os discursos; referem-se à ideia de que eles são, antes de mais nada, acontecimentos” (FISHER, 2012, p.81). Ao pesquisador, cabe constituir unidades a partir dessa dispersão, mostrar como determinados enunciados aparecem e como se distribuem no interior de um certo conjunto. A autora afirma, ainda, que o discurso é o lugar da multiplicação dos sujeitos.

O discurso, na análise Foucaultiana, naturaliza os regimes de verdade, forjando sujeitos possíveis a partir do exercício das relações de saber-poder e da produção dos modos de *subjetivação*. Dialogando nessa mesma perspectiva, Paraíso e Meyer nos convidam à reflexão de que ao nos debruçarmos sobre o processo produtivo do discurso, é possível mostrarmos o que um discurso torna visível e hierarquiza. E mais, que é possível mostrar como o discurso em questão investigado produz objetos, práticas, significados e sujeitos.

Ou seja, “[...] o discurso tem uma função produtiva naquilo que diz” (2014, p.30). E sobre essa produção, de acordo com a crítica pós-estruturalista “[...] o *sujeito* não passa de uma invenção cultural, social e histórica, não possuindo nenhuma propriedade essencial ou originária” (SILVA, 2017, p.120). Ainda, “[...] o sujeito é um efeito das linguagens, dos discursos, dos textos, das representações, das enunciações, dos modos de subjetivação, dos modos de endereçamentos, das relações de poder-saber” (PARAÍSO, 2014, p.30). Dito de outra forma, não existe sujeito a não ser como o resultado de um processo de produção cultural e social. O sujeito passa a ser, então, aquilo que dele se diz.

Interessante também que Foucault (1996), a exemplo de uma ilha, não propõe tentar entender o discurso por fora ou no seu topo, o que ele chama de inversão. Para tanto, ele propõe escavar, ir até os princípios, propondo uma descontinuidade – tentar desarticular os discursos, isolá-los ao máximo e tentar entendê-los a partir dessa desarticulação, enxergando-os como práticas individuais, mas, que se atravessam e produzem efeito de produção de coisas umas nas outras. Ele afirma uma especificidade, que é o reconhecimento da violência que um discurso faz nas pessoas, nas coisas, na natureza. Nesse caminho, ele cita como exemplo a construção do discurso médico, que se alinha em toda a instituição que o sustenta, transmite e reforça, citando a sexualidade e relacionando o surgimento da temática sexual na medicina e psiquiatria no século XIX. E é nessa perspectiva de reflexão sobre a construção do discurso da sexualidade que Alfredo Veiga Neto (2007, p. 74) esclarece:

E se é a sexualidade que articula o corpo com a população, é a *norma* que articula os mecanismos disciplinares (que atuam sobre o corpo) com os mecanismos regulamentadores (que atuam sobre a população). A norma se aplica tanto ao corpo a ser disciplinado quanto à população que se quer regulamentar; ela efetua a relação

entre ambos, a partir deles mesmos, sem qualquer exterioridade, sem apelar para algo que seja externo ao corpo e à população em que está esse corpo.

Esclareço também que, ao empregar o conceito de discursos para se referir a práticas de formação de objetos, Foucault (2005) disponibiliza uma ferramenta analítica, que utilizada no presente estudo intenciona expor o conjunto de relações discursivas que promovem a formação do sujeito médico e seu (des)encontro com a saúde LGBTQIA+ no currículo do curso de medicina da UACV/CFP/UFCCG.

Para esse exercício analítico, Veiga-Neto (2007) aponta que a maioria dos estudos desenvolvidos no Brasil, no campo da educação, costuma simplificar e dividir o mundo dos discursos em dois blocos: o bloco dos discursos admitidos/dominantes/do poder e o bloco dos discursos excluídos/dominados/da resistência. Esclarece, também, que na perspectiva foucaultiana não há lugar para dialetizar o mundo. Ele nos orienta que:

Em vez de entender que existem tais blocos antagônicos e de se procurar contrapôlos, ou talvez seja mais interessante e produtivo, perguntar pelos processos que estabelecem uma verdade, pois é aí que se dão a arbitrariedade e a violência da exclusão, e não propriamente dentro de um discurso, numa proposição em si. Isso significa compreender um escrutínio e problematizar em torno dos regimes de verdade, e não propriamente dentro deles (VEIGA-NETO, 2007, p.103).

Desse modo, “definir as condições nas quais o ser humano ‘problematiza’ o que ele é, e o mundo em que ele vive”, bem como, “analisar [...] as problematizações através das quais o ser se dá como podendo e devendo ser pensado, e as práticas a partir das quais essas problematizações se formam” (FOUCAULT, 1996, p. 8), são procedimentos diferentes com análises semelhantes, que se instauram nas teorizações Foucaultianas.

Nessa perspectiva, “os discursos produzem práticas”, e ao articularem-se com o saber-poder, sinalizam discussões sobre a história, a linguagem e a filosofia do sujeito. Assim, é mostrado que por meio do discurso “não há separação entre palavra e ação, fala e ato: ambos são constitutivos do discurso e, como tal, encontram-se em relação positiva e produtiva com o social, já que o tecem em toda sua complexidade, contradição, incoerência e, claro, sempre em meio a relações de poder, de disputa” (FISHER, 2012, p. 169). Isso só é possível tendo em vista que o poder “[...] apenas se exercesse de um modo negativo, ele seria muito frágil. Se ele é forte, é porque produz efeitos positivos [...] a nível do saber” (FOUCAULT, 2019, p.148).

A proposta de poder perde a noção de linearidade e passa a ser vista como uma rede, ou seja, o poder deixa de ser centro do Estado e outras instituições sociais, como escolas e hospitais, e passam a corroborar com o exercício do poder. Nesse sentido, as análises

genealógicas reverberam na inexistência de uma rede de micropoderes, que se articulam com o Estado, ou seja, não analisam o poder que se origina no centro, o Estado (FOUCAULT, 2019).

De posse dessa leitura, reflito a bagunça na cabeça e na vida de quem é marginalizado e estigmatizado pelos discursos, cujas práticas são tão naturalizadas que provocam não apenas a separação entre discursos verdadeiros ou falsos, mas também separam corpos como verdadeiros/validados ou falsos/invalidados, normais e anormais, que têm direitos e os que não devem ter direitos, corpos que vivem acolhidos e corpos marginalizados e periféricos às políticas públicas.

É inspirada nessas perspectivas que mobilizo as ferramentas teórico-analíticas-descriptivas, escolhidas para problematizar o currículo de formação médica da UACV/CFP/UFCG, despertando o olhar para as condições sociais, políticas, históricas e culturais que, através dos discursos, constituíram-no de maneira a fazer emergir, então, um objeto, conceito, prática, ideia ou valor.

2.3.2 Preparando minha mala de viagem: o que levar?

Os principais documentos que compõem a esteira da trajetória da elaboração do PPC do curso de graduação em medicina do CFP/UFCG e o próprio PPC, encontram-se listados no quadro abaixo. Esclareço que irei trabalhar com uma única formação discursiva – os textos regimentais, focada nos pontos emblemáticos que me proponho debruçar. Minhas categorias de análise foram: “corpo”, “sexualidade”, “saúde”, “SUS”. Desta forma, selecionei os documentos que estarão presentes na minha bagagem ao longo deste percurso e os apresento em negrito e itálico no quadro:

Quadro 1 – Documentos considerados nas análises.

DOCUMENTOS	DESCRIÇÃO	ANO
Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011	O Ministério da Saúde apresenta a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT).	2013
Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001.	Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.	2001
Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014	Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.	2014
PPC do curso de graduação em Medicina		2017

Fonte: organizado pela autora, 2022.

Em primeiro momento, realizei a leitura dos documentos regimentais listados. Eu os li demoradamente e repetidamente, procurando enxergá-los com olhares diferentes e observar escapes em cada nova leitura, buscando compreensão para as abordagens dadas as dimensões corpo e saúde, sexualidade e formação médica, e como essas produzem os modos de subjetivação dos sujeitos que estão em processo formativo. “A seleção e análise de documentos oficiais servem como importantes referências para as formas de implantação e implementação das políticas, além de evidenciarem a dimensão política que envolve os processos educativos direcionados aos indivíduos” (PARAÍSO, 2014, p.71-72).

Para Fischer (2001), analisar documentos exige que nos distanciemos de explicações hegemônicas e lineares, pois não há uma verdade, mas sim enunciados que nos permitem interpretações múltiplas, pois os documentos “são produtos históricos, culturais e políticos imersos em relações de poder” (KLEIN; DAMICO, 2014, p. 74).

Escrever a complexidade em estudar as dimensões corpo, gênero, saúde e currículo, amparadas pelo que conseguimos traçar como fundamentação teórica até aqui, considerando as relações que elas estabelecem entre si e com saber-poder, reverberando os acontecimentos discursivos, identificados por Foucault, que disseminam o sujeito “em uma pluralidade de posições e funções possíveis” (2014, p. 58), foi talvez o maior desafio enfrentado no desenrolar desta pesquisa. Nesse sentido, a análise dos documentos que norteiam a construção dos currículos pode ampliar o olhar sobre esses discursos, revelando como eles permeiam e materializam o currículo presente.

3 REPRESENTATIVIDADE PARA QUENS?

Mas é preciso ter força, é preciso ter raça
 É preciso ter gana sempre
 Quem traz no corpo a marca
 Maria, Maria mistura a dor e a alegria
 Mas é preciso ter manha, é preciso ter graça
 É preciso ter sonho sempre
 Quem traz na pele essa marca
 Possui a estranha mania de ter fé na vida
 (*Maria, Maria*, Milton Nascimento, 1978)

Esse trecho da canção “Maria, Maria”, de Milton Nascimento, me inspira quando penso na população LGBTQIA+, uma coletividade que possui uma força que nos alerta. Uma força de insurgência. Uma coletividade, que traz no corpo e na pele sua marca. Uma coletividade “bambu”, que enverga, mas não quebra. Uma força ocupante, que resiste, (re)existe.

Nesta seção eu evoco algumas memórias do movimento LGBTQIA+ no Brasil, a partir do surgimento do SUS e até o momento de um “abraSUS”¹³ entre ambos, quando a comunidade LGBTQIA+ ganha modesto lugar na PNSI “LGBT”¹⁴; versos tensos e dissonantes presentes em resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) e, por fim, as políticas educacionais representadas pelas DCNs para o curso de graduação em medicina. Tomo também a busca em identificar qual sujeito pretende-se formar a partir dessa (des)representatividade.

A partir de um olhar reflexivo, problematizador, desconfiado, eu farei a análise desses documentos tendo como inspirações as teorias pós-críticas de pesquisa em educação, norteadoras para que eu possa observar o que está posto, dito, visível, sobre a saúde LGBTQIA+, que constituem a formação dos profissionais de medicina da UACV/CFP/UFCG e identificar enunciados, ver como se formam, o que formam, como aparecem, onde aparecem e porque aparecem tais enunciados, os quais funcionam como condutas que se articulam e movem as forças para as subjetivações.

¹³ Fazendo uma analogia ao abraço, mas um abraço (des)acolhido.

¹⁴ No momento da elaboração e efetivação da referida política, o termo LGBTQIA+ não era comumente utilizado. Utilizarei o termo LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) quando me referir ao nome da política e o colocarem entre aspas. Nas demais referências, utilizarei o termo LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Intersexos, Queer, Assexuais e outras/os) para contemplar a diversidade de orientações sexuais e identidades de gênero.

3.1 CONTEXTUALIZANDO O SUS

Em 1990, o SUS foi instituído pelo Governo Federal, e consolidado pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142, conferindo à população brasileira o direito universal à saúde e o dever do Estado de prover tal sistema, tendo como princípios doutrinários, postulados desde sua criação: universalidade, equidade, integralidade e participação popular e, a partir de sentidos éticos e estratégicos, lançou-se a objetivos comuns voltados para aspectos variados relacionados a questões econômicas, sanitárias e sociais. Nessa abrangência o vemos destacar a vida em uma dinâmica de valores e interesses sociopolíticos. Vale ressaltar que os cuidados com os/as brasileiros/as, por exemplo, concomitantes com a invenção do corpo, data da transição dos séculos XIX e XX, quando o Estado Brasileiro propôs a campanha de vacinação contra a varíola (CARVALHO, 2013).

Nesse sentido, Freitas (2020) observa, a partir de estudos feitos por Foucault, que a partir da segunda metade do século XX, as preocupações da biopolítica relativas à saúde da população e à higiene pública trouxeram a valorização da saúde para o centro das ações.

A saúde é alvo de intervenção médica. Tudo, passando pelo saneamento básico, o tratamento da água, o cuidado com o corpo e indo até ao ar que se respira, deve ser tratado com assídua atenção. A medicina não deve e nem pode mais somente atentar apenas à relação médico/paciente/doença. Deve também visar a “qualidade de vida” da população. Por meio de análises histórico-genealógicas da medicina moderna (aquela de pouco menos de duzentos anos), Foucault nos mostra o caráter sanitarista, social e biopolítico da mesma. No entanto, há de se atentar que esta face social não ocorre só e somente devido a uma “humanização”: isto seria ingênuo. Quando Foucault constata esta necessidade, é para reiterar que o capitalismo precisa da socialização da saúde do corpo, pois sem pensá-la por este âmbito, fica evidente uma possível deficiência do capital em seu modus de atuação, já que, em tempos de produção constante, não seria interessante os indivíduos estivessem adoecidos (FREITAS, 2020, p.9).

Nesse momento histórico, as práticas sanitaristas e higienistas ganharam visibilidade (CARVALHO, 2013; NUNES, 2000), e os discursos médicos sobre “boas maneiras”, propagados por tais práticas, foram aderidos pela sociedade, o que desenhou novas funções sociais atreladas ao corpo. Logo, os corpos seriam repudiados se fugissem ao padrão daquilo que fora imbuído como “normal” e/ou “decente” (GÓIS JUNIOR; SILVA, 2016).

Foucault nomeia de “somatocracia” – um neologismo que se refere à importância dada ao corpo, por parte do Estado, na medida de seu apoio e atenção prioritário à saúde (FOUCAULT, 1994, p.43). Contudo, Foucault (1994) atribui que, além de uma “somatocracia”, estamos no período em que a autoridade médica nos é imposta e perpassa os

mais diversos domínios de saber, se fazendo presente nos mais variados enredos: a medicina e os saberes médicos nos normalizaram.

De acordo com o autor, viveríamos não apenas em um tempo regido por códigos de leis consolidados pelo Estado, mas em um tempo no qual a medicina tem autorização para apontar as diferenças entre normal e anormal, saudável e patológico, estabelecendo um padrão ou sistema de normalidade, no qual o saber médico, a medicalização e a promoção à saúde, juntamente com a prevenção de doenças, mantém o planejamento das ações do Estado, na proposta de manter seus cidadãos saudáveis e prontos para o trabalho, em consonância ao capitalismo. São técnicas de controle, não somente sobre o corpo do sujeito, como sobre a população. Através do conhecimento sobre a população, é possível o controle do biológico para atender as expectativas criadas pela sociedade e os seus padrões (PARANHOS; PARANHOS, 2018).

Como podemos observar, a biopolítica exerce poder sobre a vida e isso permite a problematização de como o saber-poder age na transformação da vida humana, principalmente nos corpos dos sujeitos. De tal modo, os saberes médicos manifestaram suas estratégias de controle sobre a sociedade, pois o corpo é uma realidade biopolítica (FOUCAULT, 2019). Esse mecanismo recai numa sociedade “capitalista”, a qual investe em corpos como uma forma de progresso e, observa-se que as políticas públicas atuais continuam a priorizar esse mecanismo de corpo “saudável”, uma vez que os governantes investem na saúde pública como uma forma de obter retorno na qualidade da população, do ponto de vista econômico. Para reforçar essa observação, trago o art. 3º da Lei nº 8.080 de 19-09-1990: “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país [...]” (BRASIL, 1990, p.1).

De fato, houve avanços nas políticas públicas brasileiras de saúde permitindo, por exemplo, o acesso ao pré-natal e parto humanizado no SUS, porém, não do mesmo modo em intensidade, quantidade, e qualidade para todos (PAIM, 2009). Isso reforça que, embora o Estado use a “politização do feminino e da maternidade” (MEYER, 2005, p. 81), como uma ferramenta que, em vez de prover e garantir serviços públicos amplos, gratuitos e de qualidade”, prefere investir em campanhas, colocando nos sujeitos a responsabilidade “pelo controle de sua vida e de suas famílias” (KLEIN, MEYER, BORGES, 2013, p. 910).

Para o governo, isso representa uma redução dos gastos com saúde, segurança pública e educação para as mulheres, que passam a assumir e exercer o papel de resposta para resolução de problemas da saúde pública que, a priori, não as pertence (MEYER, 2005).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi criado em 1984, com a proposta de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação porém, apontam a ausência de um olhar específico sobre inclusão da população lésbica na referida política. Fica evidente um funcionamento heteronormativo nos pressupostos do PAISM. Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher identifica, ainda, a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente (BRASIL, 2004), uma vez que as ações direcionadas às mulheres se mantiveram focadas na saúde reprodutiva, prejudicando o desenvolvimento de uma cobertura mais ampla para a saúde de um grande número de mulheres.

A invisibilidade da população lésbica na saúde deve-se, em grande parte, ao fato da PNAISM ainda se apoiar em grande medida no paradigma da heterossexualidade, refletindo a cultura heteronormativa presente na sociedade. A heterossexualidade compulsória, aliada a discriminação, faz com que indivíduos que não se encaixam nesse padrão tenham seus direitos fragilizados. Um exemplo dessa heteronormatividade pode ser identificado, por exemplo, na Lei de Planejamento Familiar (1996), que traz estratégias de assistência no âmbito da concepção e contracepção. Alguns trechos extraídos do Manual Técnico de Assistência em Planejamento Familiar deixam claro a visão heteronormativa no que diz respeito as ações de concepção e contracepção.

A Lei estabelece que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 7).

Quando destaca que a assistência à concepção e à contracepção deve ser garantida “à mulher, ao homem ou ao casal”, pode-se perceber que a Lei de Planejamento Familiar (1996) dá ênfase ao binômio homem/mulher, propondo ações direcionadas, em grande parte, a casais heterossexuais, ao mesmo tempo em que não atenta para nenhum outro arranjo familiar, como casais de gays e lésbicas.

Ao analisar o caráter das atividades educativas do Programa de Planejamento Familiar, percebe-se que em certa medida essas ações tem reafirmado a invisibilidade de outros tipos de família que não o heterossexual. O fato de as lésbicas necessitarem de informação e

prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis tanto quanto as mulheres heterossexuais, parece ser esquecido, na medida em que as ações educativas de contracepção são focadas em métodos contraceptivos utilizados por casais heterossexuais como preservativos masculinos, pílulas anticoncepcionais, laqueadura e vasectomia.

Essa estratégia de ações reflete um governo neoliberal, no qual os sujeitos, responsabilizados economicamente, são obrigados a adquirirem um certo nível de renda. Nesse sentido, o Estado impulsiona políticas que são acessíveis se cada sujeito tiver condições para custear serviços básicos, governando esses sujeitos flexíveis às mudanças e variáveis, sendo comparados ao *Homo Oeconomicus*¹⁵ que “aceita essa realidade” e que pode ser gerenciado por si e pelos outros (FOUCAULT, 2008, p. 369).

Atualmente, os serviços de saúde no Brasil são distribuídos entre o SUS - uma vasta e complexa rede hierarquizada e regionalizada de serviços de saúde, públicos e privados, que funcionam com diferentes lógicas e dispositivos de gestão -, e os serviços de saúde suplementar - conjunto ações e serviços desenvolvidos por operadoras de planos e seguros privados de assistência médica à saúde e que não têm vínculo com o SUS. A regulação e fiscalização dessas atividades é feita pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Enquanto o sistema de saúde suplementar cobre cerca de “41,4 milhões de beneficiários do plano de assistência médica”, o SUS “é a única possibilidade de atenção para mais de 140 milhões de brasileiros” (Paim, 2009, p. 85). Nesse sentido, opera como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e alcança números que indicam sua capacidade de resposta aos problemas de saúde da população.

No entanto, o SUS é um projeto em disputa e sua construção ainda sofre muitos percalços, pois demanda, para além de sua constituição jurídica, novas formas de “governamentalidade”, diferentes daquelas cunhadas historicamente, que reforcem a gestão da vida em função do aumento do capital. Foucault, ao cunhar o conceito de *governamentalidade* e discorrer sobre o que o constitui, ou seja, as artes de governar com seus conjuntos de técnicas, táticas, saberes, dentre outros, possibilita compreender como nós, sujeitos, objetos de seus empreendimentos intelectuais, somos engendrados numa dimensão de governo que nos toma como indivíduos da espécie humana e nos transforma de sujeitos a cidadãos governáveis (OLIVEIRA, 2020).

¹⁵ A noção de “homem econômico” foi generalizada como uma forma de estender a análise econômica “a uma série de objetos, de campos de comportamentos ou condutas, que não eram comportamentos ou condutas de mercado; tentativa, por exemplo, de aplicar a análise econômica ao casamento, à educação dos filhos, à criminalidade” (FOUCAULT, 2008a, p. 366)

Considero também importante, destacar que o SUS, que tem, dentre os seus princípios, a equidade, invisibilizou populações historicamente marcadas por desigualdades sociais, uma vez que tais populações apenas começaram a serem contempladas por políticas públicas que “atendessem” suas necessidades, a partir de 2007 – quase duas décadas depois que foram marcadas por lutas e tensionamentos sociais dessas então chamadas minorias sociais. Exemplifico citando a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI, 2002); a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN, 2007); a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF, 2008) e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI “LGBT”, 2011).

Essas colocações atravessam o presente estudo, uma vez que as políticas públicas brasileiras de saúde para grupos minoritários reforçam “o que se configura numa disputa por recursos nesta área, ao mesmo tempo em que torna mais visível a diferença do ser negro/a” (CENTENO; MEYER; ANDRADE, 2013, p. 158). Eu acrescento ainda: a população LGBTQIA+, povos indígenas, pessoas com deficiência (PCD), pessoas em situação de rua, profissionais do sexo, quilombolas, pessoas privadas de liberdade, pessoas imigrantes e refugiadas - aqueles/as que precisam de uma política especial para garantir certos acessos, lembrando que vidas LGBTQIA+ estão presentes em todas as populações.

3.2 ALGUMAS MEMÓRIAS DO MOVIMENTO LGBTQIA+ E A PNSI “LGBT”

A trajetória do movimento LGBTQIA+, como ato político no Brasil, teve início ainda na década de 1970, com o Movimento Homossexual Brasileiro (MHB), composto apenas por homens homossexuais. Sua evolução ocorreu em um cenário de grande efervescência e resistência, manifestado na ditadura militar e na ascensão dos movimentos feminista e negro. O percurso desse movimento foi marcado por mudanças internas da própria militância e externas, relativas à configuração dos governos e aspectos sociais (FEITOSA, 2016).

No início dos anos 1980 surge a pandemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e, concomitantemente, as primeiras experiências de reconhecimento de alguns dos segmentos da população LGBTQIA+ no âmbito das políticas públicas de saúde. De acordo com Santos e Schor (2015), à medida que a doença foi denominada “Peste Gay”, mesmo antes do descobrimento do agente patológico, em associação ao elevado número de casos em homossexuais masculinos e travestis. Sierra e Meyer (2020, p.1020) lançam seus olhares para essa questão, apontando para a “[...] elaboração de estratégias biopolíticas de

controle dos corpos e das práticas sexuais de LGBT”, reforçando, ainda mais, o saber-poder sobre o corpo, o sexo e, por conseguinte, sobre a vida desses sujeitos. Objetivando não apenas conhecer as causas e efeitos das doenças, mas também a fim de se exercer o controle sobre os comportamentos desses sujeitos, engendrou-se um aparato técnico cujo esforço consistia em esgarçar os corpos, seus usos, seus prazeres, até o ponto em que se encontraria na profundidade da sexualidade algum tipo de verdade que poderia se institucionalizar no modelo de saber médico científico, uma clara atuação do biopoder a partir do dispositivo da sexualidade (MISKOLCI, 2011).

É no dispositivo da sexualidade que se entrecruzam práticas disciplinares dirigidas aos corpos individuais e técnicas de regulação e controle que operam sobre a população, lançando tais corpos – individuais e populacional – a um terreno disciplinado e regulado pelos efeitos do poder normalizador (FOUCAULT, 2020). Nesse cenário, criam-se medidas preventivas de higiene sexual e disseminaram-se campanhas pelo Brasil sobre prevenção de doenças relacionadas ao sexo.

Biopolítica, o governo da população como um todo, representa a maneira sobre a qual, a partir do século XVIII, se buscou racionalizar os problemas colocados para a prática governamental pelos fenômenos próprios de um conjunto de viventes enquanto população. Representam preocupações da Biopolítica: saúde, higiene, natalidade, longevidade, raça, se ocupando, então: 1) da proporção de nascimentos e óbitos, das taxas de reprodução, da fecundidade da população – da demografia; 2) das enfermidades endêmicas, da higiene pública; 3) da velhice, das enfermidades que deixam o indivíduo fora do mercado de trabalho; 4) das relações com o meio geográfico, com o clima, urbanismo e ecologia (FOUCAULT, 2020). Biopoder é uma forma de governar a vida. Foi posta em prática no Ocidente, a partir do século XVII, e se mostra em sua dupla face: como poder sobre a vida (as políticas da vida biológica, entre elas as políticas da sexualidade) e como poder sobre a morte (racismo).

A biopolítica exerce poder sobre a vida (as políticas da vida biológica, entre elas as políticas públicas em saúde) e isso permite a problematização de como o saber-poder age na transformação da vida humana, principalmente nos corpos dos sujeitos. De tal modo, os saberes médicos manifestaram suas estratégias de controle sobre a sociedade, pois o corpo é uma realidade biopolítica (FOUCAULT, 2019). Esse mecanismo recai numa sociedade “capitalista”, a qual investe em corpos como uma forma de progresso.

Com o crescente tensionamento do movimento LGBTQIA+, juntamente ao fortalecimento das discussões feministas, a militância, majoritariamente masculina, passou a ser questionada. Por consequência, houve a inserção de mulheres que reivindicaram o seu

lugar político, abrindo espaços também para a inclusão e representatividade de travestis e transexuais, contemplando identidades sexuais e de gênero, pluralizando e englobando lutas (FONSECA; RIBEIRO, 2020). No Brasil, desde a 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, o tema gênero e sexualidade entra na agenda de debates do SUS, a fim de se propor políticas de equidade para a população, com o objetivo de reduzir as desigualdades sociais e promover a saúde (BRASIL, 2004).

Tais políticas foram colocadas na agenda a partir da instituição, em 2004, durante o governo do presidente Lula, do Programa Brasil Sem Homofobia (PBSH), que objetivava o combate à violência e à discriminação por orientação sexual, equiparar direitos e assegurar o respeito às especificidades de cada um dos segmentos populacionais – gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais. Nesse programa, buscou-se assegurar o direito ao atendimento e tratamento igualitários na saúde (BRASIL, 2004a).

E nesse contexto, questões como a união civil, o reconhecimento das famílias homoparentais, a redução da violência, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, entre outras situações de desigualdades de direitos, passam a compor o conjunto das agendas políticas governamentais. A conquista de representação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), pelo segmento “LGBT”, em 2006, conduz a um novo sentido de atuação do movimento nos processos de participação democrática no SUS, “[...] permitindo e promovendo debate de forma estratégica e permanente sobre a orientação sexual e a identidade de gênero e suas repercussões na saúde” (BRASIL, 2013a, p.13).

Em 2007, foram apresentadas, na 13ª Conferência Nacional de Saúde, propostas para a população “LGBT” como: a garantia de acesso ao SUS, o fomento a uma política nacional de saúde integral para “LGBT”, o incentivo à pesquisa e a produção de conhecimentos sobre essas populações. Posteriormente, em 2008, foram publicadas portarias que instituíram o Processo Transexualizador no SUS e definiram suas diretrizes e regulamentações nacionais. Foram definidos procedimentos para implantação de serviços em todo o país, respeitando as três esferas de gestão (BRASIL, 2008). No ano de 2013, o processo transexualizador foi redefinido e ampliado, de forma a garantir a integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2013).

Em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI“LGBT”) foi publicada oficialmente por meio da Portaria nº 2.836, de 01 de dezembro de 2011, durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde, no governo da presidenta Dilma Rousseff. Nesse mesmo dia também foi assinada a Resolução CIT nº 02,

publicada em 06 de dezembro de 2011, que aprovou seu Plano Operativo (2012-2015) junto à Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Esse plano, pactuado na CIT, em novembro de 2011, apresenta as seguintes estratégias para as gestões federal, estadual e municipal, no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde dessa população: Eixo 1 – Acesso da população “LGBT” à atenção integral à saúde; Eixo 2: Ações de promoção e vigilância em saúde para a população “LGBT”; Eixo 3 - Educação permanente e educação popular em saúde com foco na população “LGBT”; Eixo 4 - Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população “LGBT” (BRASIL, 2013). Nesse ano também foi publicada a Portaria nº 2.837, de 01 de dezembro de 2011, que redefiniu o Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Comitê Técnico “LGBT”) do Ministério da Saúde, que estava inativo desde o ano de 2008.

A redefinição do papel do Comitê como um espaço consultivo da gestão, que passa a acompanhar e monitorar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, com vistas a garantir a equidade na atenção à saúde para a população LGBT, sob a coordenação do Departamento de Apoio à Gestão Participativa, tem sido fundamental para a articulação e implementação dessa Política no SUS.

O Comitê é composto por representantes de diversas áreas do Ministério da Saúde e representantes de notório saber e militância na saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Conforme seu Regimento Interno (Portaria nº 598, de 21 de maio de 2015, que aprova o Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), está prevista a realização de 03 reuniões ordinárias ao ano, bem como a formação de Grupo de Trabalho quando necessário e estímulo à formação de Comitês de Saúde Integral LGBT estaduais e municipais (SENA; SOUTO, 2017).

Ao lançar o programa, o Estado brasileiro reconhece dois aspectos importantes da realidade nacional, sistematicamente negligenciados pelo poder público. Primeiro, de que há iniquidades e desigualdades em saúde, em especial, para alguns grupos populacionais específicos, como a população LGBTQIA+, os negros, quilombolas, ciganos, as prostitutas, pessoas com deficiência física e intelectual, a população em situação de rua, entre outros. Em segundo lugar, assume que os processos de exclusão e discriminação à população LGBTQIA+ têm efeitos sobre os seus processos saúde-doença-cuidado.

Essa política estabelece seu objetivo geral na promoção da saúde integral desta população através da eliminação da discriminação e do preconceito institucional, visando contribuir para redução das desigualdades além de consolidar o SUS na sua premissa de

sistema de saúde universal, integral e equitativo. Políticas Públicas são elaboradas a partir de dados estatísticos, visibilidade, dos tensionamentos promovidos nos embates de minorias.

De modo geral, a demanda dos movimentos organizados LGBT envolve reivindicações nas áreas dos direitos civis, políticos, sociais e humanos, o que exige atuação articulada e coordenada de todas as áreas do Poder Executivo. Para o atual governo, cuja diretriz é eliminar a discriminação e a marginalização, consonante com os Princípios de Yogyakarta, a Política LGBT representa mais um passo na mudança de posição histórica, à qual estas pessoas estão submetidas na sociedade brasileira (BRASIL, 2013, p.10).

Sobre a implantação da PNSI “LGBT”, o documento de apresentação, publicado pelo Ministério da Saúde, em 2013, estabelece que é de competência dos municípios a implantação da PNSI “LGBT”, que deve ser efetivada através de identificação local das necessidades em saúde da população LGBTQIA+; da inclusão dessa política no Plano Municipal de Saúde e no Plano Plurianual setorial; do estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação da gestão e do impacto da implementação desta política; da inclusão de conteúdos relacionados à saúde da população LGBTQIA+ acolhendo seus distintos recortes; da elaboração e execução de processos de educação permanente para os profissionais de saúde; promoção de ações e práticas educativas na rede de serviços do SUS para melhorar a visibilidade e o respeito a pessoas LGBTQIA+; estimular a participação social de movimentos sociais organizados da população LGBTQIA+ nos conselhos municipais de saúde, nas conferências de saúde e em todos os processos participativos articulados à gestão das políticas locais de saúde, de forma a contribuir para a melhoria das condições de vida em articulação com outros setores de políticas sociais (BRASIL, 2013, p. 27-28).

Busquei políticas públicas para intersexualidade, mas, não há. Esses corpos não estão presentes na PNSI “LGBT”, não há letra “I” e isso mostra que esta política nacional seleciona e incorpora apenas “LGBT”. De acordo com a Intersex Society America (ISNA), intersex é uma definição geral usada para explicar a variedade de condições, nas quais as pessoas nascem com os órgãos reprodutivos e anatomias sexuais que não se encaixam na típica definição de masculino e feminino. Em poucos casos, a intersexualidade causa danos à saúde, se caracterizando como uma condição de não conformidade física com os critérios culturalmente definidos de normalidade corporal.

Dispositivos e tecnologias são “criados” para regulação dos corpos e somente a partir desses se torna possível discutir quais indivíduos são normais, anormais, completos ou incompletos. Foucault define dispositivo como “estratégias de relações de força sustentando

tipos de saber e sendo sustentadas por ele” por meio de elementos discursivos e não discursivos e com uma função de dominação (FOUCAULT, 2017, p. 246). A partir do “dispositivo da sexualidade”, o saber biomédico “convenciona” qual o tamanho “adequado” do pênis e do clitóris, a quantidade de testosterona que uma “mulher” deve “naturalmente” ter no corpo, qual a aparência “normal” das genitálias masculina/feminina etc., e decide, então, quais corpos devem ser (des)(re)feitos (Méllo *et al.* 2009).

Esses corpos ficam destinados ao (des)acolhimento do saber médico legislado pelo CFM através da Resolução CFM Nº 1.664/2003 que “define as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual”. Essa resolução, nos seus artigos 1º, 2º, 3º e 4º, afirma:

Art.1º - São consideradas anomalias da diferenciação sexual as situações clínicas conhecidas no meio médico como genitália ambígua, ambigüidade genital, intersexo, hermafroditismo verdadeiro, pseudo-hermafroditismo (masculino ou feminino), disgenesia gonadal, sexo reverso, entre outras. **Art. 2º** - Pacientes com anomalia de diferenciação sexual devem ter assegurada uma conduta de investigação precoce com vistas a uma definição adequada do gênero e tratamento em tempo hábil; **Art. 3º** - A investigação nas situações acima citadas exige uma estrutura mínima que contemple a realização de exames complementares como dosagens hormonais, citogenéticos, imagem e anatomopatológicos. **Art. 4º** - Para a definição final e adoção do sexo dos pacientes com anomalias de diferenciação faz-se obrigatória a existência de uma equipe multidisciplinar que assegure conhecimentos nas seguintes áreas: clínica geral e/ou pediátrica, endocrinologia, endocrinologia-pediátrica, cirurgia, genética, psiquiatria, psiquiatria infantil (CFM, 2003).

Estes corpos deslizam nas representações do que é considerado verdadeiramente humano, os colocando nos interstícios entre o que é normal e o que é patológico. Esta “não-humanidade” ou “anormalidade” justificará as intervenções médicas, com o intuito de adequá-lo ao ideal do dimorfismo sexual (PINO, 2007).

A articulação entre o poder judiciário e a medicina manifesta a ação das relações de poder que estabelecem condutas, disciplinam os corpos e conformam as subjetividades. O diagnóstico de intersexualidade é dado após avaliações clínico-cirúrgicas, anatômicas, genéticas, endocrinológicas e por imagem. Cabe ao saber médico o papel não mais de reconhecer a presença dos dois sexos juntos ou encontrar um dos dois que prevaleça, mas sim de decifrar o “verdadeiro sexo” que se oculta em diferentes aspectos e aparências:

[...] o médico terá que de certo modo despir as anatomias enganadoras, e reencontrar por detrás dos órgãos que podem ter encoberto as formas do sexo oposto, o único sexo verdadeiro. Para os que sabem olhar e examinar, as misturas de sexo são apenas disfarces da natureza: os hermafroditas são sempre “pseudo-hermafroditas (FOUCAULT, 1982, p. 2).

De acordo com Foucault (1982), a busca por um “verdadeiro sexo” se consolidou entre os séculos XVIII e XIX com os discursos elaborados pelos diversos saberes. O autor buscou problematizar a necessidade de um “sexo verdadeiro”, estabelecido pela cultura ocidental. E nesse sentido, Foucault questionou:

Precisamos verdadeiramente de um verdadeiro sexo? Com uma constância que chega às raias da teimosia, as sociedades do Ocidente moderno responderam afirmativamente a essa pergunta. Situavam obstinadamente essa questão do “verdadeiro sexo” numa ordem de coisas onde se podia imaginar que só contam a realidade dos corpos e a intensidade dos prazeres (FOUCAULT, 1982, p.1).

A sociedade ocidental, presa no pensamento binário, rejeita esses corpos, considerados abjetos, ou como Foucault (2001) afirma, monstros, anormais. O duplo sexo representava a mais “privilegiada” das anormalidades, pois:

[...] é contra a ordem e a regra ordinária da natureza, que separou o gênero humano em dois: machos e fêmeas. Portanto, se alguém tem os dois sexos ao mesmo tempo, deve ser dado e reputado por ser monstro. Por outro lado, já que o hermafrodita é um monstro, se o exame deve ser feito é [...] para determinar que roupas que deve vestir e se, efetivamente, deve se casar e com quem. Temos aqui, de um lado, a exigência claramente formulada de um discurso médico sobre a sexualidade e seus órgãos e, de outro, a concepção ainda tradicional do hermafroditismo como monstruosidade, mas uma monstruosidade que, como vocês veem, apesar disso escapou de fato à condenação, que era de regra outrora (FOUCAULT, 1982, p.89).

A verdade sobre o sexo, pautada no discurso científico naturalista, encontra obstáculos vindos da própria natureza, um “golpe do destino” (ir)remediável fere os corpos dos sujeitos intersexuais. O corpo ambíguo em termos de sexo não é descrito como um corpo desviante como tantos outros. Não se trata unicamente de um corpo fora das normas, que pode ser facilmente manipulado para se adequar às expectativas sociais. Trata-se de um corpo que rompe com o imaginário dos ideais de uma sexualidade biológica e desafia o saber médico, em termos de sexualidade, naquilo que ele tem de mais sólido: sem suposto caráter científico (GALDENZI, 2018).

A condição intersexual interpela o sentido de normalidade, fragiliza o discurso científico biologizante, evidencia a complexidade de significar o corpo sexuado e ameaça a corporalidade comum que mantém a previsibilidade e a ordem tão desejadas em uma sociedade em que a tecnologia de poder é centrada na gestão da vida. De acordo com os estudos Foucaultianos, os corpos hermafroditas eram vigiados, disciplinados e punidos:

[...] eram chamados de hermafroditas aqueles em que se justapunham, segundo proporções que podiam ser variáveis, os dois sexos. Nesse caso era papel do pai ou do padrinho (os que ‘nomeavam’ a criança) fixar, no momento do batismo, o sexo que deveria ser mantido. Se fosse o caso, aconselhava-se escolher dentre os dois sexos o que parecesse dominar, o que tivesse ‘maior vigor’ ou ‘maior calor’. [...] O único imperativo era que, uma vez escolhido seu sexo, ele não mais o poderia trocar, e o que havia então declarado deveria ser mantido até o fim de sua vida [...] (FOUCAULT, 1982, p. 1-2)

Em seus estudos, Foucault nos aponta inúmeros testemunhos sobre mortes de hermafroditas, uma vez que para a lei eles eram a desordem. Foi, também a partir do conceito de hermafrodita, que surge a elaboração da ideia do monstro.

Exceção às normas biológicas, instabilidades do processo vital, falhas da geração; irregularidade das formas humanas, precariedade da sua estrutura física, fragilidade de seus envoltórios: os curiosos que acorriam para fazerem a experiência do monstro viam surgir diante de si o inventário de uma desordem radical do corpo humano e assistiam [...] ao drama da ordem diante da vida (COURTINE, 2011, p. 273).

Nesse contexto, "as marcas do fazer hermafrodita ajudaram na construção do conceito de norma sexual e, conseqüentemente, dos anormais" (SANTOS, 2012, p. 163), constituindo a formação do poder de normalização e “extensão do domínio da norma através de um conjunto de dispositivos de exibição de seu contrário, de apresentação da imagem invertida” (COURTINE, 2011, p. 261).

A partir da episteme moderna, baseada no binarismo, Foucault estabelece um campo de práticas discursivas que deixa visível o aparecimento da ideia de um dimorfismo sexual, “a partir dos quais se pode definir o que são as coisas e situar o uso das palavras” (FOUCAULT, 2008b, p. 149). Esse regime discursivo produz dimorfismo sexual, “a partir do qual somos posicionados em uma matriz de inteligibilidade na sociedade contemporânea” (SANTOS, 2012, p. 164).

Biopolítica, jogos de verdade, dispositivo da sexualidade. Foucault (2020) já nos indicara que ao invés de uma essência em relação à sexualidade, o que temos são dispositivos que produzem discursos sobre a sexualidade em determinado contexto histórico, que estabelece regras de conduta a serem seguidas.

Nesse sentido, o sexo deve ser abordado em termos de história, discurso e significação. O reconhecimento do caráter simbólico do corpo e do corpo sexuado se contrapõe à representação deles como aglomerados de mecanismos bioquímicos e genéticos. Não se pode perder de vista que um dos principais propósitos do trabalho de Foucault sobre os regimes de verdade é a reflexão sobre as condições de possibilidade de transgredi-los. Liberdade, para o

autor, é a possibilidade de resistir aos sistemas de saber e poder por meio de novas formas de subjetividade (FOUCAULT, 1996).

São diversas as culturas que lidam e explicam a intersexualidade de diferentes modos. Como afirmam Mélo *et al.* (2009, p.02), “[...]se por um lado alguns mitos falam sobre dois sexos em um só corpo, por outro temos o saber médico discutindo a imperfeição e a falta nas genitálias incompletamente formadas das pessoas intersex”. O excesso de pêlos, em corpos ditos femininos; micropênis; clitóris avantajado; hormônios que faltam ou estão em demasia também constroem um saber sobre a intersexualidade.

O poder não para de nos interrogar, de indagar, registrar e institucionalizar a busca da verdade, profissionaliza-a e a recompensa. [...] estamos submetidos à verdade também no sentido em que ela é lei e produz o discurso verdadeiro que decide, transmite e reproduz, ao menos em parte, efeitos de poder. Afinal, somos julgados, condenados, classificados, obrigados a desempenhar tarefas e destinados a certo modo de viver ou morrer em função dos discursos verdadeiros que trazem consigo efeitos específicos de poder (FOUCAULT, 2008b, p.180).

Além das cirurgias, hormônios são prescritos, dilatações vaginais são feitas, regularmente, para que esses corpos possam ser normalizados (RESOLUÇÃO CFM Nº 1.664/2003).

Em uma sociedade como a nossa, conhecemos, é certo, procedimentos de exclusão. O mais evidente, o mais familiar também, é a interdição. Sabe-se bem que não se tem o direito de dizer tudo, que não se pode falar de tudo em qualquer circunstância, que qualquer um, enfim, não pode falar qualquer coisa. [...] Notaria apenas que, em nossos dias, as regiões onde a grade é mais cerrada, onde os buracos negros se multiplicam, são as regiões da sexualidade e as da política: como se o discurso, longe de ser esse elemento transparente ou neutro no qual a sexualidade se desarma e a política se pacifica, fosse um dos lugares onde elas exercem, de modo privilegiado, alguns de seus mais temíveis poderes. Por mais que o discurso seja aparentemente bem pouca coisa, as interdições que o atingem revelam logo, rapidamente, sua ligação com o desejo e com o poder (FOUCAULT, 2008, p. 09-10).

Nas sociedades contemporâneas, a Medicina é a profissão de maior prestígio social nas definições do que seja doença perante a sociedade, “[...] autoridade para definir como doença a queixa de um, mas não a de outro, pode-se dizer que ela seja comprometida com a criação da doença como uma condição social que o ser humano deve assumir” (FREIDSON, 2009, p.239). No processo de construção das doenças - e as demais dimensões precedentes de análise sobre essa profissão são condições para tal - a Medicina detém o monopólio tanto do trabalho como da “[...] jurisdição sobre a determinação do que é a doença e, conseqüentemente, o que as pessoas devem fazer para tratá-la” (FREIDSON, 2009, p.219).

Na perspectiva de Freidson, a definição de causas, rótulos e seleção (e exclusão) de atributos às “doenças” também causam as condições de comportamento social das pessoas, após o diagnóstico.

[...] por causa do fato de ter a autoridade de definir “verdadeiramente” o que é a doença e em muitos casos (interessados) quem é o “doente”, a Medicina cria as possibilidades sociais para o desempenho do doente. Neste sentido, o monopólio da Medicina inclui o direito de criar a doença como papel social oficial (FREIDSON, 2009, p.219).

Além do saber médico, outros saberes são convocados a falar sobre a intersexualidade. Aos juristas é dado o poder de decidir sobre quem está autorizado a “falar”, quem pode ou não exercer o seu saber sobre esses corpos. As “verdades” jurídicas tornam esses corpos habilitados à vida, à cidadania, à identidade e, até agosto de 2021 no Brasil, os cartórios de registro civil não podiam emitir certidões de nascimento sem a notificação de sexo. Nesses casos, era necessário entrar com uma ação judicial e, até a resolução do processo, a criança permanecia sem documentação, impedida de ter acesso a vários serviços públicos e privados, como matrícula em berçários e escolas, acesso aos serviços de saúde públicos e suplementares. O Provimento 122/2021, aprovado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), consiste em uma norma para permitir que crianças sejam registradas na condição de sexo ignorado. A medida vale para casos de nascimentos com a chamada anomalia de diferenciação de sexo, uma malformação na genitália, ocasionando dificuldade na diferenciação entre o sexo masculino e feminino (AGÊNCIA BRASIL, 2021).

Falar em gestão dos corpos sexuais na contemporaneidade, por sua vez, é considerar os efeitos das tecnologias de intervenção sobre os corpos, considerando-as não apenas como produtos do ser humano, mas como produtores de novas situações e novos sentidos que incitam certas práticas de si. No caso do manejo médico da intersexualidade, a intervenção sobre o corpo pode ser lida como uma forma de normalização e escravização dos sujeitos intersexuais.

Não são poucos os intersexuais que se relacionam continuamente com os serviços de saúde e com os recursos médicos (GALDENZI, 2018; PEREIRA; GARCÍA-LÓPEZ, 2021; TILIO; HAINES, 2021). Ainda bebês são submetidos a inúmeras cirurgias para a “adequação do sexo”. Tal indicação é descrita como forma de garantir o bem-estar psicossocial da criança e, devido à incapacidade cognitiva do neonato, seus responsáveis devem decidir, em conjunto com a equipe médica, pela realização da cirurgia. A condição da criança intersexual, portadora de uma biologia “danificada” e cuja cidadania ainda não é plena, faz com que seus

responsáveis sejam as pessoas que devem responder pelo “melhor interesse” do infante. Direitos e deveres, porém, se misturam na era das biotecnologias. Algumas pessoas intersexuais se tornam frequentadores assíduos dos serviços médicos, seja para fazerem hormonioterapia na puberdade seja para "reparar" danos causados no processo cirúrgico. Uma das principais práticas de gestão da intersexualidade é a indicação cirúrgica em bebês para eliminar a incongruência entre o fenótipo de sua genitália e sua suposta identidade de gênero.

Galdenzi (2018) relata que discursos morais e de caráter preditivo dos profissionais de saúde refletem, além do caráter normalizador do corpo generificado, a visão de que a recusa da cirurgia por parte dos pais é uma irresponsabilidade dos mesmos, os quais estariam ameaçando a saúde psíquica futura do neonato. Assim, “[...] se há a tecnologia “corretora” ou de adequação, a sua não utilização representa um processo ativo de manutenção da suposta monstruosidade e da inadequação, algo que se constrói como uma atitude perversa dos pais para com seus filhos” (GALDENZI, 2018, p.6). Em situações de extremo desespero, os familiares abandonam o recém-nascido no hospital e, quando não o fazem, são silenciados e calados, o motivo das constantes idas ao hospital com seus filhos é um segredo velado que só pode ser confessado para poucos e com muita cautela (Méllo *et al.* 2009).

[...] seria necessário saber até onde se exerce o poder, através de que revezamento e até que instâncias, frequentemente ínfimas, de controle, de vigilância, de proibições, de coerções. Onde há poder, ele se exerce. Ninguém é, propriamente falando, seu titular; e, no entanto, ele sempre se exerce em determinada direção, com uns de um lado e outros do outro; não se sabe ao certo quem o detém; mas se sabe quem não o possui (FOUCAULT, 2017, p. 75).

Dessa forma, as famílias não têm autorização de fala sobre a intersexualidade, muitas nem mesmo compreendem essa condição e, acuadas se submetem ao saber/poder médico para que seja solucionado o “problema”. O CFM, na ênfase dos motivos, afirma que a intersexualidade é uma “urgência biológica e social”. Sobre tal urgência explica:

O nascimento de crianças com sexo indeterminado é uma urgência biológica e social. Biológica, porque muitos transtornos desse tipo estão ligados a causas cujos efeitos constituem grave risco de vida. Social, porque o drama vivido pelos familiares e, dependendo do atraso do diagnóstico, também do paciente, gera graves transtornos (CFM, 2003).

Em relação a pessoa se autodefinir sexualmente, o CFM ceifa tal possibilidade com o argumento de que “não existem a longo prazo estudos sobre as repercussões individuais, sociais, legais, afetivas e até mesmo sexuais de uma pessoa que enquanto não se definiu sexualmente viveu anos sem um sexo estabelecido (CFM, 2003). Segundo Cabral (2003, apud

PINO, 2007, p.3), poucos são os casos de intersexualidade que realmente acarretam danos a “saúde”, dessa forma, a intersexualidade não se caracteriza como uma doença que precisa de intervenções médicas, mas sim como um estado corpóreo que não se adequa aos atuais padrões sociais. A reflexão sobre os intersex não se limita ao estranhamento provocado por seus corpos, mas também passa pelas normas culturais vigentes e de que forma foi construída a naturalização do ser homem e ser mulher.

Os corpos são “corrigidos” não para a saúde das crianças, mas em função do discurso social e médico de que é necessário identificar as pessoas a partir de um gênero (masculino ou feminino), e socialmente a fixação de uma “identidade” é que nos permite ser reconhecidos como humanos. Os critérios levados em consideração para fazer a cirurgia também são baseados naquilo que se espera socialmente de cada gênero, como podemos ver no trecho que segue abaixo, aos homens preserva-se primeiramente a sexualidade heterossexual e para as mulheres se preserva a reprodução e a maternidade (MÉLLO *et al.* 2009). O CFM, como pode ser visto no trecho abaixo, também confirma a possibilidade de determinação de uma verdade sobre o sujeito, como se o sexo e o gênero estivessem naturalmente inscritos no corpo.

[...] um erro na definição sexual pode determinar caracteres sexuais secundários opostos aos do sexo previamente definido. Sempre restará a possibilidade de um indivíduo não acompanhar o sexo que lhe foi definido, por mais rigor que haja nos critérios. Por outro lado, uma definição precoce, mas inadequada, também pode ser desastrosa. Há quem advogue a causa da não-intervenção até que a pessoa possa autodefinir-se sexualmente. Entretanto, não existem a longo prazo estudos sobre as repercussões individuais, sociais, legais, afetivas e até mesmo sexuais de uma pessoa que enquanto não se definiu sexualmente viveu anos sem um sexo estabelecido. O maior objetivo dessa equipe não será apenas descobrir qual é a etiologia da anomalia da diferenciação sexual, mas sim obter uma definição racional sobre o sexo de criação mais recomendável (CFM, 2003).

A intersexualidade mostra o quanto o binarismo de sexo e de gênero é limitado e desvela uma busca compulsória pela normalização dos corpos e pela “congruência” entre o sexo biológico e as performances desses indivíduos, sendo a justificativa das técnicas reparadoras. Caso a pessoa intersex não desenvolva “normalmente” (heterossexualmente) a sua sexualidade, a decisão médica é colocada em discussão.

O questionamento da ontologia do humano é trabalhado por Haraway (2009), por intermédio da figura do ciborgue. A autora enfatiza a possibilidade de existência de um novo lugar para o sujeito que é múltiplo, caracterizado por intensidades. A figura do ciborgue não é apenas a representação de algo que é metade máquina e metade humano, mas é a tradução do entrelaçamento entre aquilo que o homem produz e entre o que a máquina produz dentro do humano. Ela nos ajuda a problematizar quem faz, quem é feito e quem passa a ser desfeito.

Corpos ambíguos são desfeitos na carne por meio dos aparatos médicos. Em termos de gênero e sexo, o ciborgue se contrapõe à costura métrica dos corpos promovida pela medicina. Ele nos ajuda a deixar de lado a pergunta sobre onde começa o masculino e onde começa o feminino, e nos faz refletir sobre as práticas de extinção da ambiguidade. O que exatamente se quer extinguir?

Diante dessa indagação, penso que se faz necessário refletir sobre esse processo biopolítico de concepção de saúde e de corpos “normais” na formação de profissionais, bem como sugerir possibilidades em práticas de cuidado e práticas de gestão em saúde. Tomando a formação dos profissionais em saúde, as DCN estão pautadas nessa biopolítica dos corpos, na qual “formar continuamente profissionais para atender, de modo ágil e resolutivo, demandas e desafios que o cotidiano de trabalho lhes impõe é uma questão central para o campo da saúde.” (MEYER; FÉLIX; VASCONCELOS, 2013, p. 862). No entanto, “juntos/as, podemos resistir às tecnologias biopolíticas de condução dos corpos, experimentando” práticas pedagógicas que resistam e, sobretudo, “produzir outras práticas de saúde e outras práticas de si” (p.869).

Desse modo, as políticas públicas em saúde – mais especificamente a PNSI“LGBT”, destinam a atividade para quem? Quais sujeitos são acolhidos e pretendidos por ela? Diante do exposto, um sujeito binário, normativo, previsível e conhecido, controlado e dócil.

3.3 OS ESPASUS DE (DES)ACOLHIMENTO EM SAÚDE – CENÁRIOS QUE AMBIENTAM A VIOLÊNCIA VIVIDA PELA POPULAÇÃO LGBTQIA+

Resultantes da junção da vulnerabilidade social sentida por essa população, do fato de que esse grupo é “alvo de inúmeras violações de direitos humanos, não só no Brasil, como no mundo” (BRASIL, 2008, p. 6), e com a enxurrada de preconceitos e violências exercidos pessoalmente, por mídias, pela invisibilização ou esquecimento de ações que defendam essa população, entre outros modos, a população LGBTQIA+ fica desassistida em relação aos seus direitos, defesa de suas vidas e modos de existir, desejar e se relacionar.

De acordo com as informações contidas em relatório publicado pelo Grupo Gay da Bahia (GGB), levantadas por Oliveira e Mott (2021), a expectativa de vida de uma pessoa heterossexual é de 75 anos e de uma pessoa trans é reduzida a 34 anos; ocorre um homicídio ou suicídio de LGTQIA+ a cada 29 horas; em 2021 foram registradas mais mortes do que em 13 anos anteriores e a região Nordeste é a que apresenta maior número das mortes de LGTQIA+ no Brasil (35,33%); 45,66% dos casos de mortes violentas de LGTQIA+ no Brasil,

em 2021, ocorreram nos fins de semana, com número elevado de mortes nesses dias em residências e espaços de prostituição (90% das pessoas trans estão na prostituição por falta de oportunidades).

O suicídio, considerado tabu pela sociedade e pouco estudado pelo movimento LGTQIA+ no Brasil, não constitui crime e, portanto, denota um problema de saúde a ser prontamente acolhido. Embora exista o Centro de Valorização da Vida (CVV)¹⁶, não obstante, foram documentados 24 LGTQIA+ que tiraram as suas vidas, no Brasil, em 2021. A cada 20 horas, um LGTQIA+ é assassinado ou se suicida, vítima do preconceito e da LGTQIA+fobia, colocando o Brasil na posição de campeão mundial de crimes contra essa população. Também há a informação de que, “[...] segundo agências internacionais de direitos humanos, matam-se muitíssimo mais homossexuais e transexuais no Brasil do que nos 13 países do Oriente e África onde há pena de morte contra os “LGBT” (GGB, 2019).

Outro ponto de extrema relevância apresentado no referido relatório é o fato de que há falta de dados oficiais em relação à quantidade de pessoas da população LGTQIA+ no país – lembrando que esse problema já foi citado anteriormente em relação à falta de registro policial em casos de preconceito e violências. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), responsável pelo censo nacional, não inclui o segmento LGTQIA+ em suas pesquisas – não há perguntas sobre a orientação sexual e identidade de gênero – contribuindo para a invisibilidade desta população e suas demandas, uma vez que não há dados oficiais sobre essas pessoas. Falar que no Brasil existem por volta de 20 milhões de gays (10% da população), 12 milhões de lésbicas (6% da população) e um milhão de pessoas transexuais (0,5% da população) é considerar que esses números são baseados em dados e estimativas extraoficiais de indicadores diversos da academia e outros órgãos (GGB, 2019).

Esse cenário tenso, intenso, denso, de violência contra LGTQIA+ é também caracterizado no sistema de saúde. O preconceito nos estabelecimentos de saúde e o despreparo dos profissionais fazem dos espaços de promoção de saúde lugares incapazes de atender às reais necessidades da comunidade LGTQIA+ (FERNADES; SOLER; LEITE, 2018; SAADEH *et al.* 2018; GIANNA; MARTINS; SHIMMA, 2018; CALAZANS *et al.* 2018; LONGHI, 2018), representando uma barreira à essa população para o acesso aos

¹⁶ Fundado em 1962, é uma associação civil sem fins lucrativos, filantrópica, reconhecida como de Utilidade Pública Federal, desde 1973. Dispõe de linha telefônica gratuita voltada a orientar a pessoa a buscar sentido para a existência e assim desistir de cometer suicídio. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/o-cvv/#:~:text=O%20CVV%20E2%80%94%20Centro%20de%20Valoriza%C3%A7%C3%A3o,Utilidade%20P%C3%ABlica%20Federal%2C%20desde%201973.>

serviços de saúde e um atendimento de forma integral (CARDOSO; FERRO, 2012; GIANNA; MARTINS; SHIMMA, 2018; CALAZANS *et al.* 2018; LONGHI 2018).

Há uma dificuldade em acolher as demandas de saúde do segmento LGBTQIA+, compreendendo esse grupo como diversificado em si, para que cada especificidade seja atendida. Mulheres lésbicas têm demandas diferenciadas de homens gays, e ambos de travestis e mulheres/homens transexuais (CARDOSO; FERRO, 2012). Segundo os autores, as demandas de saúde das lésbicas estão relacionadas ao câncer de mama e de colo de útero, que são agravadas devido à baixa utilização dos serviços de saúde por essas mulheres.

A Rede Feminista de Saúde (CARDOSO; FERRO, 2012, p. 6) destaca que o sofrimento psíquico “desencadeado pela violência física na família, no trabalho e em lugares públicos” pode ser observado mais frequentemente nas mulheres lésbicas do que nas heterossexuais e que também há o desconhecimento dessas mulheres em relação ao risco das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), ao manterem relações sexuais com outras mulheres sem o uso do preservativo feminino.

Sobre as demandas de saúde do homem gay, Cardoso; Ferro (2012) expõe que a homossexualidade masculina foi relacionada com o HIV/aids desde a década de 1980, devido à disseminação de ideias negativas sobre essa população, tendo a referida síndrome sido denominada de “doença gay”. De acordo com Nunan (2004, p. 6), a visão negativa que a sociedade apresenta sobre a homossexualidade pode ser internalizada pelo gay, gerando “sentimentos de inferioridade em relação aos heterossexuais e incapacidade de alcançar objetivos que contradigam o preconceito”.

Nesse sentido, o autor sustenta que o preconceito internalizado pode desencadear questionamentos no homossexual masculino sobre o seu valor como indivíduo e, em casos extremos, gerar o ódio por si mesmo. A baixa autoestima gerada pelo preconceito internalizado por essa população é citada por Nunan (2004) como desencadeadora de:

[...] episódios depressivos, sentimento de culpa, medo, desconfiança, confusão, insegurança, ansiedade, vergonha, isolamento social, dificuldades de estabelecer e manter relacionamentos amorosos, disfunções sexuais, hostilidade, abuso de álcool e drogas, distúrbios alimentares e comportamento ou ideação suicida (NUNAN, 2004, p.7).

A desvinculação da relação direta da homossexualidade masculina com o HIV/aids e com transtornos mentais permitiu grandes mudanças referentes às políticas públicas, mas a adesão de homens nos serviços de saúde é baixa, ainda mais quando relacionados a homens gays, que não se sentem acolhidos e/ou representados nesses serviços (LIONÇO, 2009).

Outro segmento da população LGBTQIA+, com demandas bem mais específicas, são as travestis e as/os transexuais. Jesus (2016) relata que o olhar médico sobre os corpos trans é generalizado, desconsiderando suas particularidades, ou ainda, considerando que todas as suas demandas de saúde se restringem ao processo transgenitalizador. Ressalta ainda,

Estamos aqui dissertando sobre acontecimentos pontuais, à primeira vista superficiais, tais como a pressa e/ou a maneira rude como se é atendido, mas também de erros em diagnósticos e tratamento baseado em concepções reducionistas acerca do ser humano trans, as quais são reproduzidas em protocolos aprovados pelo Conselho representativo da profissão médica e pelo Ministério da Saúde (JESUS, 2016, p.198).

A patologização do gênero, conforme ressaltam Bento e Pelúcio (2012), incorpora as identidades trans e travestis como categorias diagnósticas, ou seja, promove abertura para tratamentos em saúde mental a essa população, fazendo com que fossem costuradas relações muito sólidas entre ser “trans” e ser “paciente” de um serviço.

Em 2013, os saberes médico, psiquiátrico e psicológico foram acionados na formulação das predições diagnósticas do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais (DSM-5) que anteriormente chamava de “Transtorno de Identidade de Gênero” e passou a rotular a transexualidade como “Disforia de Gênero”.

Essa tríade de saberes, colocou a transexualidade (tida inicialmente como *transexualismo*) nos guias internacionais de saúde no início da década de 1980, na nona versão do guia da Organização Mundial de Saúde (OMS) - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), onde permaneceu por 28 anos na categoria de transtornos mentais. Atualmente, após a 11ª versão da CID, a transexualidade foi despatologizada e está localizada na categoria “condições relacionadas à saúde sexual” e é classificada como “incongruência de gênero” (CFP, 2018), estando ao lado das disfunções sexuais e desordens ligadas à dor.

Farias e Prado (2016), afirmam que a Saúde reduz pessoas trans à condição de pacientes e, ser paciente, contudo, não em referência a um estado enquanto usuário/a, mas sobre a passividade frente a uma tradição nosológica. Os autores propõem, então, considerar crítica a condição de não-escuta que é dada à população trans, uma vez que essa seria a condição ontológica do patológico. Dito de outro modo, a patologização da transexualidade, travestilidade e transgeneridade forneceria um lugar de saber para a medicina, impondo uma quietude epistemológica a sujeitos estudados, tratados e corrigidos.

A participação social e política de travestis e transexuais nos debates de saúde possibilitou a instituição do Processo Transexualizador no Brasil através da Portaria nº 1.707, do Ministério da Saúde, em 2008, e, posteriormente, houve a publicação da Portaria nº 2.803, em 2013, com importantes reformulações. O Processo Transexualizador compreende a oferta de serviços ambulatoriais e cirúrgicos necessários à população transgênera, infelizmente o acesso ainda é limitado e burocrático. Além disso, o acesso ao Processo Transexualizador pelo SUS ainda se encontra ancorado em laudos diagnósticos, emitidos por médicos e psicólogos (BENTO; PELÚCIO, 2012; SANTOS, 2015; KRÜGER, 2018). Diante desse quadro, é possível afirmar que as questões em torno da saúde da população transgênera são muitas.

Contudo, contemporaneamente, dois pontos emergem como centrais: primeiramente compreender as identidades transgêneras, a partir da autodeterminação e dos saberes pensados dentro do movimento social de travestis e transexuais, não cabendo, portanto, ao poder biomédico a determinação destas identidades (CAVALCANTI, 2019; RODOVALHO, 2017). Em segundo lugar, a compreensão da saúde da população transgênera na integralidade de um bem-estar físico e psicossocial, portanto, travestis e transexuais não devem estar inseridas apenas no Processo Transexualizador e nas políticas de ISTs. Antes, é preciso pensar na saúde integral dessa população (SANTOS, 2015). A saúde da população transgênera precisa ser pensada a partir de uma analítica transfeminista, considerando nesse processo: a) o diálogo com os movimentos sociais; b) a interseccionalidade; e c) o autocuidado (NASCIMENTO, 2020).

Cardoso e Ferro (2012) problematizam a necessidade do diagnóstico de transtorno de gênero para as/os transexuais como condição de acesso ao tratamento da rede pública, envolvendo o processo transexualizador, que engloba a hormonização e a realização da cirurgia de redesignação sexual (alteração ligada às características sexuais e de genitália) e a mastectomia masculinizadora (no caso de homens transexuais).

O mesmo é ressaltado por Raimondi, Paulino e Teixeira (2016) ao afirmarem que, a produção diagnóstica causava um distanciamento de uma assistência integral ampliada, pois, havia uma nítida queda na quantidade de cirurgias que estavam sendo realizadas e cada vez mais psicodiagnóstico, então, na perspectiva dos autores, era necessário reconhecer o diagnóstico como eixo da política.

Ainda, podemos citar o alto risco de sequelas e/ou mortes decorrentes da aplicação inadequada de silicone industriais, usualmente utilizados por muitas travestis, que não se sentem acolhidas ou representados nos serviços públicos (CARDOSO; FERRO, 2012). Uma

vez que esse tipo de acesso funcional, concebe as (im)possibilidades e violação do direito de acesso à saúde e inserção das/os travestis nos SUS, por não terem uma adequação de gênero com o sexo biológico, gerando todo um processo de discriminação (MELLO; AVELAR; MAROJA, 2012).

Paralelamente aos desafios de efetivação dos direitos adquiridos pela comunidade LGBTQIA+, a maioria dos artigos científicos publicados sobre implantação da PNSILGBT, trazem informações sobre a implantação em capitais e grandes centros urbanos (SENA; SOUTO, 2017; CALAZANS *et al.*, 2018; SOUZA, 2019) é recorrente ressaltarem a necessidade de incluir na formação de profissionais médicos aspectos não meramente biológicos acerca da sexualidade humana e do cuidado em saúde com minorias sexuais, seja ainda na graduação ou no percurso profissional nos serviços de saúde (RUFINO; MADEIRO, 2017; NEGREIROS *et al.*, 2019).

A garantia de profissionais de saúde capacitados, que compreendam as demandas da população LGBTQIA+, que reconhecem o livre exercício da sexualidade como um direito humano a ser respeitado e promovido, que compreendam que o campo da saúde é um espaço de acolhimento e respeito, principalmente quando as pessoas que o procuram estão em situação de vulnerabilidade, deve estar refletida nas DCNs e nas disciplinas teóricas e práticas dos cursos da área da saúde. Essa reflexão corrobora com Lionço (2008), que ressalta que é necessário que os profissionais da área da saúde tenham maior proximidade com as políticas públicas e com as problemáticas específicas da população LGTQIA+, para a qualificação dos serviços prestados pelas diversas áreas.

Segundo Butler (2003), o diferente sempre despertou espanto e resistência, e as travestis, por exemplo, reinventam a realidade do gênero pelas múltiplas performances sociais, pois à medida que o corpo se constitui como uma realidade inicial e imediata, o gênero se faz presente. A PNSI “LGBT” tem o intuito de garantir a cidadania e efetivar uma política pública de garantia dos direitos dessa população (BRASIL, 2013), no entanto, para efetivação dessa política de saúde, a população LGBTQIA+ precisa de acesso aos atendimentos de saúde, de modo que não se restrinjam a um acesso funcional “que engloba a entrada propriamente dita nos serviços de saúde, que inclui os tipos de ações ofertadas, os horários previstos para funcionamento e a qualidade do acolhimento” (FERREIRA *et al.*, 2019, p. 1025).

Ampliando essa discussão para o processo de formação de profissionais em saúde, é observado, nos últimos anos, que o ensino tem incorporado tecnologias de governo que visam

o desenvolvimento de práticas em saúde, como “cumprir o papel do SUS como ordenador da formação dos futuros profissionais de saúde” (UFCG, 2017, p.28).

Os impactos causados por essa formação, ainda não são os desejáveis, uma vez que, mesmo com melhora significativa na qualidade de vida de alguns grupos, “não temos sido capazes de fazer com que estas conquistas atinjam majoritariamente a população” (MEYER; KRUSE, 2003, p. 335). Isso fica evidente quando pensamos as desigualdades sociais atreladas ao sistema de saúde. No trabalho realizado por Meyer e Kruse (2003, p. 336), ao analisarem as DCN para o curso de Enfermagem, as autoras enfatizam ser possível pensar:

[...] outras referências para a formação profissional, as quais deveriam estar sustentadas em estratégias de renovação capazes de fazer frente ao desafio de qualificar enfermeiras/os que contribuam, de forma efetiva, para a implantação e/ou aprimoramento de uma proposta de atenção à saúde mais justa, mais igualitária e de melhor qualidade. E isso implica, também, repensar as relações entre enfermagem e sociedade brasileira e, sobretudo, repensar o seu lugar e a sua responsabilidade no contexto das políticas públicas de saúde e educação, em sua configuração atual. (MEYER; KRUSE, 2003, p. 336).

As questões abordadas nos documentos oficiais que norteiam a formação de profissionais em saúde estão inseridas nas teorizações críticas de currículo, mas o currículo não é um artefato neutro e de transmissão desinteressada, pelo contrário, ele enfatiza relações de poder e prioriza alguns conhecimentos em relação a outros.

Em 2008, foi aprovada, pelo CNS, a PNSI “LGBT”. Em 2009, o Estado de São Paulo propôs a criação do primeiro ambulatório trans, um ambulatório de saúde dedicado exclusivamente a pessoas transsexuais e travestis, cujo objetivo é priorizar o fortalecimento das políticas governamentais que amparem essa comunidade. A proposta do ambulatório trans ganhou visibilidade e foi copiada para outros Estados da Federação Brasileira (PARANHOS, 2019).

Em entrevista concedida a Dânia Matos, no canal do YouTube¹⁷, Dornelas (2017) aponta que esse acolhimento desumanizado no “atendimento em saúde não é por conta das políticas públicas, que por mais que sejam poucas, elas existem, mas a culpa é do profissional de saúde”, uma vez que elas/es não sabem acolher por não estarem capacitadas/os. Na minha opinião, se os profissionais de saúde não são capacitados, eles não podem ser culpados.

Os idealizadores do ambulatório trans de Sergipe apontam que mesmo que as portarias, e podemos ir além, neste caso, as DCN e os PPC, regulamentem o atendimento

¹⁷ Link do canal Dânia Matos, <https://www.youtube.com/watch?v=RfuveWA52Qs>

acolhedor e humanizado, na prática não funciona. Alguns desses mecanismos, por mais simples que sejam, como a abordagem desqualificada, a não acolhida, a invisibilidade, o desrespeito ao nome social, a descaracterização do sujeito, dentre outros, acabam afastando as pessoas trans e travestis dos postos de atendimentos à saúde e precarizando o acesso delas/es à saúde e, sobretudo, a vida delas/es. “Essas situações, conseqüentemente, acabam desencorajando e fazendo com que as travestis procurem outros itinerários terapêuticos” (FERREIRA *et. al*, 2019, p. 1029), neste caso, a clandestinidade.

Essa clandestinidade permite uma elevação no processo de auto medicalização, que são características da nosopolítica, a qual transforma os sujeitos em “o agente mais constante da medicalização” (FOUCAULT, 2017, p, 199), assumindo, portanto, objetivo central, que é o dever de cada sujeito com a sua saúde e, ao mesmo tempo, com a saúde geral da população.

A pesquisa realizada por Ferreira e Artmann (2018), cujo objetivo foi compreender as vivências de travestis que utilizam os SUS em Teresina-Pi, mostrou as limitações e as desigualdades que são enfrentadas por esta minoria. Isso pode ser evidenciado a partir do seguinte relato: “eu já me considerava bem velha e coloquei silicone. Já vai fazer 10 anos, já me internei 11 vezes, e já comi o pão que o diabo amassou no SUS” (GIRASSOL). Em outro, podemos ver a exposição e a ridicularização que são postas: “pra mim, não existe sistema de saúde pra nós travestis, a gente é apenas motivo de chacota” (ROSA) (FERREIRA; ARTMANN, 2018, p. 1029). Esses trechos de falas, retirados da pesquisa de Ferreira *et al*. (2017), ilustram os percalços de sujeitos trans quando precisam de atendimentos a saúde, além disso, destaca a necessidade de mudanças significativas nas práticas em saúde. Estas só serão possíveis quando demandar a reformulação da “lógica do desempenho que tem conduzido raciocínios e práticas curriculares” (PARAÍSO, 2010, p. 132), atendendo a diferença.

O trabalho de Dornelas e colaboradoras/es (2021), realizado em um Instituto Federal de Educação, sobre formação de profissionais da saúde quanto aos conhecimentos docentes e discentes acerca da transexualidade, realizado com 167 participantes, 144 alunas/os e 23 professoras/es, mostrou que as/os “discentes se apropriam de mais conceitos, porém se sentem inseguros para atender pessoas trans, visto que o tema não é abordado na grade curricular”, enquanto que, “os docentes, apesar de acharem a temática importante, não abordam com os alunos e têm pouco conhecimento sobre alguns conceitos” (p. 10). A justificativa para essa construção do conhecimento discente recai sobre o debate como construído fora da grade curricular obrigatória, em espaços formais e não formais, midiáticos ou não. Nesse sentido, a formação da/o profissional em saúde é o espaço em que a transexualidade deve ser debatida e

relacionada não apenas a aspectos biológicos, mas também às configurações possíveis da sexualidade humana (NEGREIROS *et al.*, 2019; RUFINO; MADEIRO; GIRÃO, 2013).

Outro estudo, que vai ao encontro à ausência desses corpos e suas diversidades na formação médica, é o de Negreiros e colaboradoras/es (2019), realizado com 14 médicos de Unidades Básicas de Saúde (UBS) de uma cidade da região Nordeste, o qual teve como objetivo analisar a formação médica para assistência à saúde da população LGBT. Para as/os autoras/es, não foram identificados elementos que contribuam para a promoção à saúde desse grupo, o que nos permite dizer que a formação inicial é refletida na prática profissional desses sujeitos.

O trabalho de Gomes *et al.* (2021), que buscou identificar e discutir os possíveis fatores que dificultam ou fragilizam as relações entre o enfermeiro e o usuário transexual na Atenção Primária de Saúde (APS), com foco direcionado à conduta ética e humanizada, realizado por meio de entrevistas, na cidade do Rio de Janeiro, com 12 sujeitos transsexuais e usuários do SUS. Os resultados apontam que há “um ambiente por vezes hostil com negação de direitos básicos - e promovendo o aumento de vulnerabilidades e sofrimento pessoal advindos do não reconhecimento”, dessa forma é sugerido que “o autoconhecimento do enfermeiro [e se aplica aos demais cursos profissionais da saúde] é fator fundamental para o estabelecimento de uma relação ética e humanizada, que efetive uma assistência direcionada às demandas de saúde dos usuários transsexuais” (GOMES *et al.*, 2021, p. 10) e demais sujeitos que se constituem na diferença.

Santos *et al.* (2019), apontam que “[...] a universidade, como formadora desses profissionais pode fazer com que os serviços de saúde sejam melhorados, uma vez que o egresso se tornará um construtor de saberes e boas práticas naquele ambiente” (p. 6), ressaltam também a “importância e necessidade de inclusão das políticas trans no ensino e na educação continuada”. É manifestado nos currículos de formação médica a seleção de conhecimentos em detrimento de outros o que “[...] coloca em funcionamento jogos de poder conflituosos porque se refere a dizer qual conhecimento é mais ou menos válido para um determinado grupo” (RIBEIRO; PARAÍSO, 2015, p. 787).

Para o discente, a formação técnica anula a possibilidade de respeitar o direito do outro, quando, na verdade, entendemos que ambos são saberes que devem ser considerados e, sobretudo, respeitados, uma vez que os conhecimentos, sejam eles universais ou particulares, “demandam modos de vida e posições de sujeitos muito específicas que precisam ser generalizadas para garantir a pretensa universalidade dos valores, modos de vida e das

posições de sujeito divulgados nos próprios conhecimentos” (RIBEIRO; PARAÍSO, 2015, p. 788).

A formação das/os profissionais da saúde, historicamente, é “[...] construída sobre a fragmentação de conteúdos e organizada em torno de relações de poder” (ALBURQUEQUE, 2009, p. 262). Essa construção permite um “enfoque privilegiado nos determinantes biológicos, na doença e no trabalho hospitalar”. Por este motivo, a/o profissional da saúde é distanciado de uma formação capaz de atender às necessidades da população, especialmente, a população da diferença (FEUERWERKER, 2003).

Tecendo considerações sobre este capítulo e seu conteúdo visitado e refletido, é denso pensar que, incluir LGBTQIA+ num sistema de saúde de natureza universal como o SUS promova uma tensão entre a afirmação constitucional de que “saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. Nesse sentido, essa política enfrenta as repercussões e as consequências dos preconceitos e das ações homofóbicas, pois reconhece que a reorganização dos serviços de saúde é uma tarefa mais fácil do que a desconstrução do preconceito. Para tanto, essa política se posiciona da seguinte forma:

Os desafios na reestruturação de serviços, rotinas e procedimentos na rede do SUS serão relativamente fáceis de serem superados. Mais difícil, entretanto, será a superação do preconceito e da discriminação que requer, de cada um e do coletivo, mudanças de valores baseadas no respeito às diferenças (BRASIL, 2013, p.16).

Tomo neste capítulo, os textos da política, tal qual a ideia apresentada por Foucault, de que o discurso sempre se produziria em razão das relações de poder, ainda que haja um mútuo condicionamento entre as práticas discursivas e as não-discursivas. Assim, considero que, quanto mais genéricos são os enunciados políticos, mais eles nos informam sobre os discursos que não são ditos, não posicionados, e cada vez mais eles se configuram como práticas não discursivas. Inscrever nos enunciados políticos práticas não discursivas, pode representar um risco de encontrar algo contrário àquilo que se espera. Ao invés de se produzirem ações, o que se gera é o silêncio. Nessa dinâmica, é importante compreender as relações de poder que permeiam processos de silenciamento.

Mesmo em instâncias de silenciamento, constituído com base em efeitos de poder, há sempre, para Butler (2008), uma relação entre reconhecimento, resistência e intensidade da vida. O não reconhecimento também é a negação do próprio ser. Aquele que não é reconhecido não é um ser possível. Para Ferrari; Almeida; Dinali (2010, p. 115):

As normas de reconhecimento estão postas num mundo cultural já organizado quando chegamos, quando nascemos, o que não significa que não possam ser modificadas. Desconstruídas e reconstruídas, sobretudo aquelas que dizem respeito ao que se considera como reconhecível como humano. Nossa própria capacidade de persistência está relacionada ao que está fora de nós e é exatamente nas relações que somos capazes de estabelecer com esse fora que é a base da nossa resistência e da nossa capacidade de resistência.

Observo a configuração de cenários de violências, violências durante a trajetória do movimento LGBTQIA+, violências diárias, violências em espaços de saúde que escancaram a necessidade de mudanças curriculares que impactem em novos profissionais preparados para atuarem com a população LGBTQIA+ e que compreendam suas demandas específicas em saúde a partir das discussões e reflexões promovidas pela inserção de gênero e sexualidade no currículo de formação médica. Inserir na composição da grade curricular disciplinas que acolham estes dois temas é potente e transformador pois, possibilita discutir, refletir, conhecer diversidade de corpos, de realidades, de demandas específicas em saúde e, assim, trabalhar o acolhimento e a prestação de saúde de forma ampla, humanizada e resolutiva.

Ainda que tenhamos lido enunciados demasiadamente genéricos, eles acabam por se constituir em um roteiro para possíveis intervenções educacionais que considerem o outro e sua diferença como espaço não só de novas formas de estar no mundo, mas, também, como uma potência de se (re) inventar as formas de estar no mundo. Surge então, a “vontade” de analisar as DCN para o curso de medicina e como elas atravessam a discussão formativa das/os profissionais de medicina.

4 VIOLÊNCIAS CURRICULARES: A (IN)VISIBILIDADE DO CORPO LGBTQIA+ NA FORMAÇÃO MÉDICA

E lá se vai
 Mais um dia
 Ah ah
 E basta contar compasso
 E basta contar consigo
 Que a chama não tem pavio
 (Clube da Esquina N.º. 2, Lô Borges, 1978)

O processo de análise de PPC é muitas vezes um percurso solitário, na companhia do silêncio e do pensamento. Não é um processo rápido, ele requer leitura, muita leitura. Requer recorte, a busca atenta, dúvidas, crepúsculos, alvoradas, movimentos como os de uma chama de vela. Pressupomos alguns movimentos de ações e nos esbarramos com o imprevisível, deslocamentos de olhares e descoberta de novos lugares. O trecho acima, da música “Clube da esquina nº2” de autoria de Lô Borges, Milton Nascimento e Márcio Borges, representa um pouco disso, do processo e do tempo, da intuição e conhecimento; da confiança e persistência.

O presente capítulo tem como proposta analisar o PPC, juntamente com as DCN, buscando identificar e analisar como o corpo, gênero e sexualidades são acionados nesse currículo de formação médica como parte de um processo humano de invenção (FOUCAULT, 1994b). Por verdade, em nossas sociedades, Foucault (1994b, 112-113) distingue cinco características:

Ela está centrada no discurso científico e nas instituições que o produzem; está submetida a uma constante incitação política e econômica; é objeto de difusão e consumo; é produzida e distribuída sob o controle dominante de grandes aparatos políticos e econômicos; é a colocação em jogo no debate político e das lutas sociais.

Inspirada nesse conceito de verdade, me proponho a compreender um currículo em movimento – porque em pesquisas pós-críticas, acreditamos que currículos existem submersos em encontros, histórias, valores, culturas, relações de poder, condutas e modos de vida. Nesse sentido, busco explorar significados, explorar percepções que são forjadas não apenas no ambiente acadêmico ou nas normativas que regulamentam o currículo prescrito, mas que estão para além desse lugar fixo. “Currículo carrega intenção, [...] influências históricas, culturais, sociais. Currículo é invenção. [...] é construção cultural e sociopolítica, não é forjado, apenas, entre linhas fixas de diretrizes pedagógicas” (SILVA; SOUZA, 2020, p.56).

A análise que emprego aqui está pautada no campo das pesquisas pós-críticas em educação, cujas perspectivas, segundo Paraíso (2014), permitem uma multiplicidade de tendências que põem em dúvidas as “verdades” e as grandes narrativas produzidas na modernidade.

Optar por esse tipo de análise, permite uma episteme que se configura num conjunto de regras que governam a produção dos discursos (FOUCAULT, 2014). Considerando que busco conhecer e analisar os discursos que atravessam e permeiam o PPC do curso de medicina da UACV/UFCG quanto às relações entre corpo, gênero, sexualidade e saúde, acredito que seja importante trazer como estes conceitos estão dispostos no presente currículo, de modo que concentrei minhas reflexões sobre os conteúdos adotados nas DCN (2001 e 2014) e no PPC, entendendo que nesses documentos estão parte da “invenção” do ser médico.

Com intuito de identificar quais foram as referências escolhidas como essenciais e verdadeiras para o processo de elaboração do PPC, encontro que “os pressupostos teóricos e filosóficos que direcionaram a construção do presente PPC foram baseados nas DCN para os cursos universitários da área da saúde (2003) [...]” (UFCG, 2017, p.23) e, que a composição curricular “[...] atende aos requisitos das DCN do curso de graduação em medicina de 2001, da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional e do Regulamento do Ensino de Graduação da UFCG” (UFCG, 2017, p.37).

Contextualizo, ainda, que o curso de graduação em medicina da UACV/UFCG foi criado em 2007 e o PPC foi aprovado em 2017 (dez anos após a criação do curso) e que, mesmo que as DCN que nortearam a sua elaboração tenham sido as de 2001, considero importante para a análise e discussão, incluir as DCN de 2014.

Na discussão aqui proposta, é o currículo do curso de Medicina que funciona como o dispositivo de articulação entre as relações assimétricas de poder encabeçadas pelo Estado, pelo Mercado e as práticas de saber, materializadas em procedimentos médicos que incidem sobre os corpos dos sujeitos e populações. Para Foucault, o corpo é essencial ao poder – “Todo poder é físico e há uma conexão direta entre o corpo e o poder político” (FOUCAULT, 2017, p.15). Ele é o organizador, é o ponto de inflexão dessa circulação de saberes e do regime de verdade que produz o que é falso e o que é verdadeiro. Nas palavras de Veiga-Neto (2002, p. 165) “[...] na medida em que o currículo opera a distribuição dos saberes – pondo-os e dispondo-os, hierarquizando-os, matizando-os e classificando-os, atribuindo-lhes valores –, ele estabelece o fundo para que tudo o mais (no mundo) seja entendido geometricamente”.

Tais considerações são potencializadas quando acrescidas das palavras de Candau e Moreira (2007, p.28):

[...] o currículo é o espaço em que se concentram e se desdobram as lutas em torno dos diferentes significados sobre o social e sobre o político. É por meio do currículo que certos grupos sociais, especialmente os dominantes, expressam sua visão de mundo, seu projeto social, sua “verdade”. O currículo representa, assim, um conjunto de práticas que propiciam a produção, a circulação e o consumo de significados no espaço social e que contribuem, intensamente, para a construção de identidades sociais e culturais. O currículo é, por consequência, um dispositivo de grande efeito no processo de construção da identidade do(a) estudante.

Ou seja, o currículo é resultante do modo como a educação é vista, com referenciais e contextos socioeconômicos, políticos e culturais hegemônicos em um dado momento. Ele exerce papel como elemento de formação e direcionador de práticas profissionais, envolto em uma teia de relações, conflitos, poder, interesses, normatividades e também possibilidades. Dialogando nessa perspectiva, Fernandes (2021, p. 21) afirma que:

[...] ao longo do tempo, a educação tem sido erigida a partir de perspectivas filosóficas e pedagógicas, que de modos diferentes, buscam alicerçar a formação dos sujeitos em bases que conservam, ainda que de maneiras diversas e movidas por objetivos diferenciados, a sua disciplinarização, visando à formação de sujeitos pré-definidos.

Podemos entender, desse modo, que a educação tem sido instrumento estratégico para atender a certo modelo de normatividade, seja no caráter religioso ou laico, liberal ou neoliberal, servindo a ordem sociopolítica vigente. Me instiga saber como foram os aspectos históricos, culturais, que estiveram presentes durante a formação do curso de medicina no Brasil, que podem ter contribuído para normatividades dos discursos médicos vigentes nos dias atuais, na intenção de que eu consiga compreender estas influências nas leituras de corpos, gênero e sexualidade pelos profissionais médicos(as) que são produzidos a partir do PPC investigado.

4.1 NÃO É MAIS EM COIMBRA, MAS...

A medicina foi tradicionalmente instituída no Brasil conforme uma linha, delimitada por fatores econômicos, sociais e culturais, que direcionou quem seriam os médicos do país e a que famílias pertenceriam, traduzindo-se em uma profissão sob a influência das famílias da elite. Historicamente, o acesso à universidade não foi idealizado como um direito universal e não apenas no Brasil, mas sim, como característica global. Segundo Silva e Souza (2020,

p.60), “[...] o paradigma acadêmico foi gestado com base em um projeto ideológico para dotar a nova elite burguesa das habilidades características do Iluminismo”. No Brasil, destaca o autor, a instituição universitária é resultante do colonialismo, marcado pela dependência cultural, econômica e política e com acesso fortemente limitado, uma vez, diferentemente de outras colônias na América Latina, aqui foi proibida a criação de universidades. Assim, os aristocratas e a alta hierarquia de funcionários da colônia enviavam seus filhos - portugueses nascidos no Brasil, para os estudos universitários em Portugal.

O primeiro curso de Medicina do Brasil foi criado em 1808, na cidade de Salvador, por ocasião da chegada da Família Real Portuguesa e a necessidade de formação de médicos para a consolidação do Primeiro Reinado, segundo Amaral (2007). Mesmo assim, os filhos da aristocracia destinavam-se à Europa para sua formação em Medicina, tal como aponta Gilberto Freyre (2002), considerando uma herança da colonização portuguesa. “O próprio anel no dedo, com rubi ou esmeralda, do bacharel ou do doutor brasileiro [...] os óculos ou pincenê também são usados como sinal de sabedoria ou de requinte intelectual e científico” (FREYRE, 2002, p.350). No mesmo ano, nove meses depois, também por decreto real, surge a segunda escola de medicina, a Escola de Cirurgia no Rio de Janeiro (SANTOS, 1995).

Freyre (2002) apresenta que os títulos universitários (bacharel, mestre e doutor) tinham importância por garantir prestígio social, especialmente para pessoas que não eram da aristocracia ou eram das colônias sendo “uma maneira de se aristocratizarem” (FREYRE, 2002, p.350), referida pelo autor como a “[...] mania de sermos todos doutores em Portugal e sobretudo no Brasil [...]” (FREYRE, 2002, p. 350). Freyre ainda aponta um aspecto da importância social dos “doutores médicos”, reflexo de uma cultura altamente colonizada: na disputa discursiva pelas explicações da sociedade brasileira, ao retornarem de seus estudos na Europa os doutores traziam consigo “[...] as últimas ideias inglesas e as últimas modas francesas” (FREYRE, 2002, p. 1216), garantindo sua legitimidade social e prestígio.

Freyre (2002) ressalta, também, a importância do “doutor médico” naquela sociedade, que, progressivamente, substituiu o padre como confessor e conselheiro nos assuntos sobre o desenvolvimento do biológico das pessoas, assim como sobre o nascimento, a saúde e a morte. Em suas palavras “[...] a mulher do sobrado foi encontrando no doutor uma figura prestigiosa de homem em quem repousar da do marido e da do padre” (FREYRE, 2002, p.830). Progressivamente, a medicina transitou de uma ocupação secundária para uma profissão central no âmbito do capitalismo. Nessa lógica, Foucault (1980) afirma que, ao construir-se em campo diferente do saber diferenciado da Filosofia, a Medicina aliou-se ao

movimento europeu da Epistemé Moderna e ganhou inédita proeminência na história europeia.

Foucault (1980) identificou que, somente quando o médico deixou a posição de quem não detinha o privilégio do saber sobre a doença – indagando ao paciente sobre o que estava acontecendo, obtendo o saber para seu monopólio, e indagando onde estão os sintomas e procurando onde estão os sinais – é que nasce a clínica, como a sociedade contemporânea concebe, com privilégios sociais e hierárquicos. Freidson (2009) complementa que o estabelecimento de critérios avaliativos sobre o que é exclusivo ao médico, o que é do médico e dos demais profissionais de saúde, e o que é do leigo, circunscrevem as relações de reprodução exclusiva do exercício médico em distinção aos demais, sejam profissionais de saúde, curandeiros ou pacientes.

Considero pertinente ressaltar que, apenas em 1881, setenta e três anos depois de criado o primeiro curso médico no Brasil, foi permitida a inscrição de mulheres nos cursos de medicina e 1887 foi marco da formatura da primeira mulher, Rita Lopes Lobato, no Rio de Janeiro. Rita recebeu seu título de médica depois de defender uma tese sobre a operação cesariana, e se especializou em ginecologia e obstetrícia. Pela primeira vez as mulheres passam a disputar o mercado de trabalho médico e, antes dessa data, as mulheres podiam se inscrever no curso de parteiras, criado em 1831, com duração de dois anos (SANTOS, 1995).

Apesar de atualmente haver um aumento expressivo na ocupação das mulheres na profissão médica, elas ainda ocupam mais as especialidades ligadas à atenção básica à saúde, como a clínica médica pediatria e ginecologia e obstetrícia pediatria e ginecologia e obstetrícia¹⁸. Infiro que esse seja um reflexo histórico-cultural da origem da profissão ser fortemente vinculada ao homem.

Essa lógica cultural permanece, conforme estudo realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (Inep): a medicina vem sendo construída no Brasil como um espaço de status social para “meninos de branco”, filhos da elite. De acordo com Silva e Souza (2020), em consulta aos dados do Enade/medicina, realizado em 2013, sobre o perfil dos estudantes de medicina no país: 73% declararam ser brancos/as; a maioria dos estudantes é formada por mulheres brancas (56,1%). Já os/as que se declararam negros/as representam 2,3% do total, o que, dado o processo histórico de construção de desigualdade no país em

¹⁸ Disponível em: <https://www5.usp.br/noticias/saude-2/presenca-feminina-na-medicina-aumenta-no-brasil-revela-pesquisa-da-fmusp/>

relação à população negra, também ratifica a elitização e o branqueamento dessa categoria profissional.

Ainda, a renda mensal desses estudantes de medicina foi de 10 a 30 salários mínimos (R\$6.780,00 a R\$20.340,00 à época) e cerca de 84% (sendo 34,7% do sexo masculino e 49,2% do sexo feminino) afirmaram não produzir sua própria renda e serem financiados pela família ou por outras pessoas (BRASIL, 2014, p.118). Das três faixas de renda mais altas consideradas no estudo - 6 a 10 salários mínimos, 10 a 30 salários mínimos e acima de 30 salários mínimos, há um total de 72,7% dos estudantes concluintes de 2013 (BRASIL, 2014). O que não mudou muito em três anos, Silva e Souza (2020, p.62) trazem resultados do Enade/medicina de 2016 e quando comparados com 2013, é perceptível que não houve grandes alterações nesses números e, 82% dos concluintes também informaram que os “gastos e sustentos eram financiados pela família”. A renda familiar da maioria deles (31,2%) encontrava-se na faixa de 10 a 30 salários-mínimos (de R\$8.800,01 a R\$26.400,00).

Continuando com os dados de 2016, os estudantes que concluíram o curso de medicina eram 68,2% brancos e apenas 3,0% eram negros e pardos (BRASIL, 2016). Percebe-se que são esses filhos da elite que guiam e guiam os serviços médicos no país. Tais profissionais frequentemente buscam inserção em clínicas particulares para atender, especialmente, a parcela da população que pode pagar pelos seus serviços.

A formação dos médicos no Brasil, majoritariamente, estimula uma atuação no mercado privado, fundada em especialidades mais rentáveis e dependentes de sofisticados insumos tecnológicos, em desigual relação aos interesses humanitários, escancarando a vigência do sujeito médico branco de elite eurocêntrico heterocisnormativo (SILVA; SOUZA, 2020). Dito de outro forma, infiro que o corpo que importa em nossas sociedades ocidentais contemporâneas e o corpo que porta uma medida inteligível, é o corpo de uma superfície lisa, branqueada, viçosa, ágil e heterossexual. Esses são os referentes quase incontestáveis para a inteligibilidade e o reconhecimento que encontramos por meio dos escombros do projeto da Modernidade na sua ambição de criar a raça humana.

É fato, portanto, que o curso de medicina no Brasil, desde sua criação, esteve convencionado e motivado pela cultura do status e da ascensão social, já que a profissão médica, em todo seu processo conduz a uma consagração social das elites (CORADINI, 2005; SILVA; SOUZA, 2020). Em alguma medida, em território nacional a medicina foi criada para os filhos da elite. A profissão dentro de uma lógica de poder, proporciona coesão interna do grupo, e assim constrói uma imagem social do que é o exercício de determinada profissão,

estabelecido na própria cultura daquela categoria profissional e também diferencia um grupo profissional (médicos) em relação a outro.

Problematizando essa análise com os referenciais teóricos, em uma perspectiva sobre o desenvolvimento do saber médico para quem a Medicina tomou um papel central durante o desenvolvimento do capitalismo, Foucault (2017) apresenta que a corporação médica passa a ter, nas universidades, a decisão sobre a formação médica e a certificação através de diplomas. Segundo o autor, esse foi um importante processo de “[...] normalização da prática e do saber médico [...], aparece a ideia de uma normalização do ensino médico e, sobretudo, de um controle, pelo Estado, dos programas de ensino e da atribuição dos diplomas” (FOUCAULT, 2017, p.146).

É evidente, portanto, que a própria Medicina passa por um processo de normalização, selecionando saberes normais e anormais dentro de seu próprio campo, teorias e práticas, de forma que “[...] antes de aplicar a noção de normal ao doente, se começa por aplica-lo ao médico. O médico foi o primeiro indivíduo normalizado na Alemanha” (FOUCAULT, 2017, p.149). Esses mecanismos de poder relacionam-se, para Foucault (2014), diretamente com o conceito do anormal, construído através de saberes-poderes disciplinares como os da Medicina, não apenas através dos diagnósticos e classificações, mas fundamentalmente de seu motivo de ser: a garantia de possibilidade e condições de que, através do diagnóstico, promova-se a modificação, a regulação, a intervenção nos corpos, no ímpeto de corrigir os desvios e os desviantes segundo ao sadio vigente e socialmente de interesse ao capital.

Sobre o currículo de formação médica, é possível observar que, nas últimas duas décadas, as discussões no campo da educação médica no Brasil têm enfatizado questões como proposta curricular e modelo pedagógico, o que reflete uma abertura a mudanças e revisão de paradigmas. A publicação das DCN para os cursos de Medicina, no ano de 2001, por exemplo, representou um marco na mudança da educação médica e da prática em saúde no Brasil. A partir de uma proposta de aprimoramento de aspectos curriculares (organização curricular, estratégias de ensino-aprendizagem e processos de avaliação) e do perfil profissional do(a) egresso(a), pretendeu-se aperfeiçoar uma formação em saúde alinhada com os desafios do século XXI, orientando os processos formativos para as reais necessidades de saúde da população e da interprofissionalidade.

Costa *et al.* (2018), ao analisar as DCN dos cursos da área da saúde, no período entre 2001-2004, ressaltam que há ainda a necessidade de revisões que possibilitem uma maior especificação da organização de saberes e práticas de modo interdisciplinar e interprofissional. Também trazem evidente importância de conceituar melhor a noção de

competência e implementar avaliação nos diferentes componentes das práticas competentes, o que possibilitaria ações profissionais contextualizadas, generalistas e baseadas em critérios de excelência.

Importante ressaltar que houve profissionais médicos que participaram da luta política e social, do movimento pela reforma sanitária brasileira. Essa nova postura visa um rompimento com o modelo flexneriano, que foi orientador da reforma universitária de 1968 e que por muitos anos conduziu o modelo de assistência em saúde no Brasil, centrado no atendimento hospitalocêntrico. Esse modelo surgiu em 1910, nos Estados Unidos da América, através do relatório Flexner, que orientava para que este:

[...] definisse padrões de admissão para os cursos e ampliação dos anos de formação; utilizasse o ensino nos laboratórios; estimulasse o regime de docência em tempo integral; utilizasse o ensino clínico nos hospitais; vinculasse as escolas médicas às universidades; priorizasse & pesquisa biológica, apoiando a base empírica da prática médica; estimulasse as especializações; promovesse a união do ensino com a pesquisa e, por fim, estimulasse o controle do exercício profissional pela própria corporação médica (SANTOS, 1995, p.98).

Sabe-se que no início do século XX, portanto, o relatório Flexner foi marco de afirmação da nova tendência de formação dos médicos. Naquela época o ensino médico era estruturado de forma incompatível com as novas necessidades de um novo profissional que deveria ter capacidade para a intervenção em escala mais ampla nas questões de saúde, uma exigência imposta pelo desenvolvimento do modelo econômico capitalista. Conforme relatou Santos (1995, p. 98), “os cursos eram constituídos de forma anárquica, variavam em duração, tinham objetivos distintos e diferentes critérios de admissão. O setor privado promovia a mercantilização desenfreada, buscando daí auferir lucros”.

Lidando com o corpo comparado a uma máquina, esse modelo, também chamado biomédico, é um método reducionista de educação, condicionador do olhar discente no aspecto anatomoclínico, com predominância de aulas teóricas, com foco no ensino da doença e o conhecimento de modo fragmentado em disciplinas, além de possuir o processo de ensino-aprendizagem centrado no professor que, por sua vez, tem sua capacitação docente centrada na competência técnico-científica, sustentado em aulas expositivas e demonstrativas, de tornar obrigatório o ensino centrado no hospital, oficializar a separação entre ciclo básico e profissional e imprimir características mecanicistas, biologicistas e individualizantes ao ensino médico (SANTOS, 1995).

Ainda de acordo com o autor, essa relação de saber-poder, lançada como aliada ao modelo econômico, fez com que “o médico” ganhasse dimensões importantes na sociedade,

por exercitar tarefas estratégicas na esfera das relações de produção. A manutenção da força de trabalho e a administração do ambiente urbano passaram a ser identificados como temas exclusivos da profissão médica, que se conformava para tal, tornando esta profissão destacada das demais na época (SANTOS, 1995).

Dito de outra forma, nessa visão, a Medicina é concebida como uma ciência que tem na física, na química e na biologia suas “ciências-suporte”. A prática médica é compreendida como aplicação e produção da ciência médica, indissociável da investigação científica, e o método clínico é eleito como o método de elaboração próprio da ciência médica. A educação médica é concebida como a aquisição de conhecimento da ciência médica e de suas ciências-suporte, isto é, essencialmente a capacitação no método clínico. O ensino é centrado na qualificação do aluno em uma prática clínica articulada à pesquisa (integração hospital laboratório) e a aprendizagem reside na atividade técnica concreta, hospitalar e de pesquisa laboratorial (SANTOS, 1995).

Leite e Oliveira (2014) enriquecem a reflexão, elucidando que, para a cultura ocidental moderna, a Medicina se desenvolveu a partir de um modelo científico-positivista-mecanicista, enfatizando a dimensão biológica sobre as dimensões psicológica e social, no que se tem convencionalmente chamado de modelo biomédico. De acordo com os autores:

[...] esse modelo transporta para o estudo do ser humano a concepção mecânica de mundo, nascida no Renascimento. O ser humano passa a ser tido como uma máquina composta de partes independentes, a doença como defeito dessa máquina e o médico como mecânico que intervém fisicamente para consertar a avaria em questão. Cada uma dessas partes desempenha uma determinada função observável e o conjunto, que representa o organismo, é explicado pela soma das partes ou das propriedades, fazendo que o corpo humano seja conceitualizado como um grande engenho cujas peças se encaixam ordenadamente e segundo um processo racional. Essa concepção mecanicista do organismo humano leva a uma abordagem técnica da saúde, na qual a doença é reduzida a uma avaria mecânica, e a terapia médica, à manipulação técnica (LEITE; OLIVEIRA, 2014, p.6).

Essas reflexões corroboram com Pagliosa e Da Ros (2008, p. 496) que anteriormente, já alertavam sobre as consequências de se adotar um modelo biomédico na formação de médicos (as):

Mesmo que consideremos muito importantes suas contribuições para a educação médica, a ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais médicos a uma visão reducionista. Ao adotar o modelo de saúde-doença uniaxial, biologicista, a proposta de Flexner reserva pequeno espaço, se algum, para as dimensões social, psicológica e econômica da saúde e para a inclusão do amplo espectro da saúde, que vai muito além da medicina e seus médicos.

Importante ressaltar que a dinâmica social e a política de cotas nas universidades brasileiras trouxeram mudanças de cenário, desalojando algumas famílias ditas como “tradicionais” – famílias de gerações de médicos repassando naturalmente de pai para filho - para ceder espaço para novos atores. Refiro ao surgimento da medicina social, da medicina preventiva, a criação SUS e, mais recentemente, a criação, pelo Ministério da Saúde, em 2013, durante o governo da Presidenta Dilma Rousseff (PT), do Programa Mais Médicos (PMM). Como essas mudanças foram essenciais para entendermos o contexto, aprofundo nessas reflexões!

Sobre o sistema de cotas, sabe-se que as cotas são uma espécie de ação afirmativa, portanto, vamos retomar o conceito de ações afirmativas, que já é um tema de abordagem antiga e busca romper com as desigualdades históricas ou sociais. Vejamos:

As ações afirmativas representam um conjunto de ações públicas que visam o rompimento de desigualdades históricas ou sociais no acesso ao efetivo exercício de direitos, bens e serviços considerados essenciais para uma vida digna. Desigualdades essas que não conseguem ser rompidas com os mecanismos tradicionais de inclusão social, como a expansão do mercado de trabalho ou o acesso universal à educação” (ROZAS, 2009, p. 20).

As ações afirmativas foram propostas há muito tempo; elas estão previstas, inclusive, na Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial, de 21 de dezembro de 1965:

O parágrafo 4º do art. 1º estipula que não serão consideradas discriminatórias ‘as medidas especiais tomadas com o único objetivo de assegurar progresso adequado de certos grupos raciais e étnicos ou de indivíduos que necessitem de proteção para poderem gozar e exercer os direitos humanos e as liberdades fundamentais em igualdade de condições’ (ROZAS, 2009, p. 24).

Desse modo, as ações afirmativas buscam remediar um passado discriminatório de forma especial e temporária. A finalidade é acelerar o processo de igualdade, por isso são criadas políticas compensatórias, destinadas a grupos em vulnerabilidade, “[...] adotadas para aliviar as condições resultantes de um pretérito discriminatório, que cumprem uma finalidade pública primordial à consolidação do projeto democrático” (ROZAS, 2009, p. 20). No Brasil, as desigualdades raciais ganharam maior visibilidade pública e governamental a partir do final dos anos 1990, mas, desde a década de 1980 as reivindicações do movimento negro já tinham entrado na agenda do governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (PSDB) (1995-2002), e depois do governo de Luís Inácio Lula da Silva (PT) (2003-2010), e foram recebidas com receptividade (FERES JÚNIOR; DAFLON; CAMPOS, 2012).

Foi na administração do governo Lula (PT) (2003-2011) que os esforços foram envidados para “[...] institucionalizar medidas de ação afirmativa por meio da criação de programas, leis e decretos em cuja discussão e elaboração o movimento negro desempenha um papel fundamental” (FERES JÚNIOR; DAFLON; CAMPOS, 2012, p. 403). O governo Lula também criou uma secretaria dedicada à promoção da igualdade racial, em 2003, disseminando a politização do debate a todos os níveis da sociedade, chamada Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Sepir).

Ainda, o Programa Universidade para Todos (ProUni), surgido em 2004, é uma ação afirmativa brasileira de iniciativa do então Ministro da Educação Tarso Genro (PT), que propôs o aproveitamento de 100 mil vagas ociosas nas universidades privadas para destinar a estudantes de baixa renda, se tornando uma política de impacto no ensino superior privado. O ProUni foi institucionalizado pela Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005, e são contemplados pelo programa estudantes egressos do ensino médio na escola pública ou bolsistas da rede particular que comprovem ter renda familiar per capita inferior a três salários mínimos, reservadas cotas para deficientes físicos e para candidatos pretos, pardos e indígenas de acordo com sua proporção na população de cada estado, segundo o recenseamento do IBGE (FERES JÚNIOR; DAFLON; CAMPOS, 2012).

Outra iniciativa de ação afirmativa, também destinada ao ensino superior privado, é o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES). Esse programa surgiu em substituição ao antigo Crédito Educacional (Creduc) e passou por reformulações, que objetivaram torná-lo mais acessível para estudantes de classe média baixa. A demanda pela mudança veio da Organização Não Governamental (ONG) Educafro¹⁹, que arguiu a inconstitucionalidade da exigência de fiança pelo Fies, que resultava em uma exclusão do estudante pobre. O Ministério Público Federal moveu, então, uma ação civil pública que interditou a exigência de fiança pela Caixa Econômica Federal, culminando na criação de um programa que permite até mesmo sua conjugação com o ProUni: o bolsista parcial do ProUni pode financiar via Fies até 100% da mensalidade não coberta pelo programa (FERES JÚNIOR; DAFLON; CAMPOS, 2012).

No ensino superior público, além das cotas, também existe o Programa de Apoio à Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), instituído pelo Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007, que busca ampliar o acesso e a permanência na educação superior. A meta do programa, segundo o Ministério da Educação (2017) “[...] é

¹⁹ Disponível em: <http://www.educafro.org.br/site/>

dobrar o número de alunos nos cursos de graduação em dez anos, a partir de 2008, e permitir o ingresso de 680 mil alunos a mais nos cursos de graduação”. Para isso, as ações preveem aumento de vagas, abertura ou ampliação de cursos noturnos, aumento do número de alunos por professor, a redução do custo por aluno, a flexibilização de currículos e o combate à evasão.

Deve-se ter em mente que o Sistema de Cotas é um tipo de ação afirmativa, destinado a corrigir as desigualdades no acesso ao ensino superior. E que, não falar desse processo, é tornar invisível um problema educacional e social que afeta principalmente as classes menos favorecidas. Souza (2003) alega que a naturalização da desigualdade é um fator que impede a transformação. A desigualdade se manifesta por meio do capitalismo e mascara as relações sociais, “[...] precisamente porque construída segundo as formas impessoais e peculiarmente opacas e intransparentes [...] de uma ‘ideologia espontânea do capitalismo’ que traveste de universal e neutro o que é contingente e particular” (SOUZA, 2003, p. 179). Ou seja, mesmo com a busca pela democratização do acesso ao ensino universitário, este ainda está envolto por uma cultura da diferenciação e da permanência/inserção, o que retrata uma configuração elitista (BRASIL, 2013).

Não é mais em Coimbra, mas compreendo que a naturalização da desigualdade é uma das heranças do processo de colonização do nosso país, privilegiando arbitrariamente alguns corpos e inserindo os demais em uma “cadeia alimentar” típica do capitalismo neoliberal, que privilegia elites brancas heteronormativas, que não só naturaliza a desigualdade como também a perpetua.

E como as políticas públicas educacionais, representadas pelas DCN para o curso de medicina, posicionam conteúdos, saberes e poderes às instituições de ensino médico?

4.2 AS DCN PARA O CURSO DE MEDICINA E O GERENCIAMENTO DO PPC – QUAIS ENCONTROS E DESENCONTROS SÃO PROMOVIDOS?

As DCN para os cursos da saúde foram resultado de um processo que envolveu aspectos políticos, culturais, institucionais e educacionais. No íterim desse processo está a Constituição Federal de 1988, que tornou pública a criação de um sistema de saúde, o SUS, e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) nº 9394/1996, que permitiu a flexibilização dos currículos educacionais. Entre os anos de 2001 e 2004, o Ministério da Educação (MEC) em parceria com o Ministério da Saúde (MS), através das reuniões do CNS e Conselho Nacional de Educação (CNE) aprovaram as DCN (2001). Elas são documentos

oficiais que definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos(as) para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos PPC dos cursos da saúde pelas Instituições de Ensino Superior (IES). Para tanto, foram instituídas com “o objetivo de oferecer uma formação que possibilite a qualificação do cuidado da assistência à saúde, contemplando os princípios do SUS” (COSTA *et al.*, 2018, p. 2).

Como vimos anteriormente, os movimentos sociais, organizados em torno da reforma sanitária, contribuíram para a institucionalização do processo de formação em saúde no país, de tal maneira que a Constituição Federal estabelece, em seu artigo 200, que compete ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1988). Raimondi *et al.* (2020) observam, ainda, que a formação dos profissionais de saúde deve, portanto, estar em consonância com as reais necessidades em saúde da população, e para tanto, promoveu-se a inclusão da perspectiva da *social accountability*²⁰ como um elemento central para o paradigma de educação na saúde para o novo milênio, e esse referencial está ausente nas DCN de 2001, pois foi publicado em 2010.

De acordo com essas perspectivas, os processos formativos em saúde – ensino, pesquisa e extensão – e a oferta de serviços em saúde, devem ser construídos e orientados em sintonia com as prioridades de saúde da comunidade, incluindo as mais vulneráveis. Lembrando que o SUS traz equidade como um dos seus princípios doutrinários, isso remete ao reconhecimento da diversidade de grupos populacionais juntamente com suas necessidades específicas, acolhendo todos até o limite do que o sistema puder oferecer para todos (BRASIL, 1990). É consensual a expectativa de que, desse modo, a graduação em Medicina deva assumir o compromisso de formar profissionais capacitados para reconhecer tais diferenças entre seus pacientes, a fim de promover cuidados guiados pela equidade.

Para dialogar em consonância com os princípios do SUS, foram criadas em 2001 as primeiras DCNs para o Curso de Medicina (RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001). Porém, é sempre bom lembrar que toda reforma curricular sempre se vale de estratégias simbólicas que objetivam produzir retórica potente para atingir as mudanças almejadas e orientar a produção de saberes, sujeitos e realidades. No caso da

²⁰ Esse termo ainda carece de tradução, pois não se restringe apenas à responsabilidade social. Trata-se do compromisso de prestação de contas, de uma relação que se inicia no acolhimento das preocupações socio sanitárias das comunidades, regiões ou nações para o direcionamento das atividades de ensino, pesquisa e serviço. Caracteriza-se, portanto, pela necessidade de as instituições educacionais estarem engajadas para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde, adaptando as competências profissionais essenciais para contextos e cenários específicos (FERREIRA *et al.*, 2019).

Medicina, essas estratégias se encontram expressas na instituição do Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), ocorrido em 2002, numa parceria entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação (BRASIL, 2002), e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde I) em 2005²¹.

Esses programas têm como objetivo incentivar as Escolas de Medicina de todo o país a incorporarem mudanças pedagógicas significativas nos currículos dos cursos de Medicina, reafirmando as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001. Fica evidente a iminente articulação entre Instituições de Ensino, Políticas Públicas em Educação e Saúde para adaptarem a formação em saúde, em conformidade com as necessidades, demandas e características da população.

As DCN de 2001, em diálogo com as diretrizes do SUS, determinam a formação de médico generalista, humanista, crítica e reflexiva e, isso também pode ser observado no perfil do egresso presente no PPC analisado nesta pesquisa (UFCG, 2017, p. 30). Mas será que essas determinações se concretizam na prática? As DCN trazem na orientação curricular, também, as competências divididas em seis áreas temáticas: atenção à saúde; tomada de decisões; comunicação; liderança; administração e gerenciamento; e educação permanente (BRASIL, 2001).

Torna-se evidente essa consonância e, nos objetivos principais do currículo expressos nas DCN do curso de graduação em medicina - a formação médica com perfil generalista, encaminhada para a aquisição de conhecimentos gerais, humanísticos, críticos e reflexivos, com perspectiva da integralidade da assistência, da responsabilidade social, do compromisso com a cidadania, dos princípios éticos e da promoção da saúde integral (BRASIL, 2001) – com o perfil do egresso (UFCG, 2017, p.30). Porém, observa-se uma fragilidade para alcançar esses objetivos da formação, uma vez que as diretrizes não aprofundam quais estratégias que esse médico generalista deve adotar.

Sobre a atenção à saúde, o art. 4º das DCN, de 2001, define que a formação do médico tem por objetivo que os médicos(as) sejam capazes de desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde tanto em nível individual quanto coletivo. E, para tanto, esse profissional deve ser capaz de:

[...] pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos e realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de

²¹ Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/sobre_o_pro_saude.html

qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo (BRASIL, 2001, p.01).

Pensar criticamente e analisar problemas da sociedade, envolve compreender a sociedade em todas as suas dimensões e incluindo todas as suas populações. Envolve incluir nas diretrizes, a determinação de conteúdos curriculares que promovam debates de contextos históricos, culturais, políticos, raciais, de gênero, de minorias sociais, durante a formação médica.

Essas diretrizes assumem perfil de regulação e controle, que são observadas quando definem os conteúdos curriculares do PPC de graduação em Medicina, afirmando:

Art. 6º. Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina. (BRASIL, 2001, p. 03).

Ao chamar de essenciais os conteúdos que selecionam, esse currículo acaba incluindo, em sua proposta, formas específicas de saberes e de conhecimentos, como:

- I - conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico o utiliza;
- II - compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;
- III - abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;
- IV - compreensão e domínio da propedêutica médica – capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas; capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente;
- V - diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica; e
- VI - promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental (BRASIL, 2001, p.03-04).

As DCN de 2001, diante do que foi exposto acima, considera essencial para o curso de graduação em medicina o conhecimento do processo saúde-doença. Um cidadão, uma família e, uma comunidade vivenciam a saúde e a doença do mesmo modo? Uma pessoa heterossexual e cisgênera vivencia saúde e, deste modo, sua sexualidade do mesmo modo que uma pessoa LGBTQIA+? Segundo os indicadores do SUS, no período de 1980 a 2005, foram assassinados 2.511 homossexuais no Brasil, sendo que a maior parte dos crimes ocorreu por motivos homofóbicos (BRASIL, 2008). Essas informações evidenciam numericamente a

violação dos direitos humanos da população LGBT, causada pelo preconceito e pela violência.

Se as vivências de sexualidade são diferentes - enquanto pessoas heterossexuais vivenciam sua sexualidade sem violência e o mesmo não pode ser afirmado para pessoas LGBTQIA+ - as demandas e especificidades em saúde são as mesmas para ambas?

A discussão e a compreensão sobre o processo de adoecimento da população LGBTQIA+ na formação médica necessita do conhecimento sobre as construções sociais dos conceitos de orientação sexual, gênero, identidade de gênero, expressão de gênero, uma vez que as siglas dessa população remetem às dissidências normativas da sociedade. Considero fundamental, por exemplo, o debate sobre a violência contra a mulher, do sexismo, do racismo, sobre o Brasil ser o país onde mais matam pessoas trans no mundo, sobre a LGBTfobia em articulação com os marcadores sociais da diferença no processo de saúde-adoecimento-cuidado e na organização do cuidado em saúde.

Essas perguntas e suas respectivas respostas, ao que tudo indica, não se fazem presentes e tampouco despertam interesses nas DCN de 2001, que não acolhem a abordagem de temas transversais no currículo que promovam conhecimentos, vivências e reflexões acerca de direitos humanos, pessoas com deficiência, diversidades de gênero e sexualidades, educação étnico-racial, ou seja, uma DCN claramente normativa, seletiva, biologicista e excludente.

A compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo que se tem nos dias atuais continua sendo a mesma do modo como era em 2001? A variedade de políticas públicas em saúde elaboradas pelo SUS que surgiram após as DCN de 2001 tensionaram para que estas diretrizes fossem revisadas e ampliadas – de um documento originalmente composto por seis páginas e 14 artigos, para um documento de 14 páginas e 41 artigos nas novas DCN de 2014. Por quais razões a UACV/CFP, ao submeter o PPC em 2017 para aprovação, não incorporou as DCN de 2014 na sua elaboração?

Em consonância com as DCN de 2001, no PPC analisado não é encontrada qualquer menção sobre a diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero e tampouco sobre orientação sexual. Compreendo que a ausência desses termos nas DCN de 2001 fortalece discursos que estruturam o PPC analisado e cuja base é formada por masculinidades hegemônicas, que deixam claro o potencial generificado e heteronormativo das condutas apresentadas. Ao incluir as determinações das DCN de 2001, na sua elaboração, o presente PPC exclui os conhecimentos acrescidos nas determinações de 2014 e, ao considerá-los

inadequados ou menos importantes para a formação médica, uma quantidade imensurável de população sofre a violência da invisibilidade e do cuidado em saúde subestimado e ineficiente.

De acordo com Meyer e Kruse (2003), no campo da educação, o currículo se constitui como um dos elementos centrais dos debates sobre a escola – em sentido amplo, e seu significado social. A teorização educacional crítica, há muito tempo, consolidou a ideia de que o currículo não envolve apenas questões técnicas, relativas a conteúdos de ensino, procedimentos didáticos, métodos e técnicas pedagógicas, tal como ele era concebido pelas pedagogias tecnicistas dos anos 1970 ou 1980, enfatizando que ele é um artefato social e cultural que precisa ser compreendido e discutido considerando-se as suas determinações históricas, sociais e linguísticas.

No Brasil, muitos trabalhos foram publicados e desenvolvem a perspectiva de que o currículo não é um elemento inocente e neutro de transmissão desinteressada do conhecimento social disponível (MOREIRA; SILVA, 1994; MOREIRA, 1995; SILVA, 1995; MOREIRA, 1998). Eles enfatizam que, para garantir esse olhar ampliado do/a médico/a sobre o cuidado em saúde, as DCN definem estratégias a serem incorporadas nos currículos médicos, objetivando conduzir a aquisição de habilidade e atitudes pelos/as egressos/as de medicina. Isso é observado nas determinações previstas no Art. 12 da Resolução de 2001, onde:

- V - Inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional;
- VI - Utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;
- VII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato [...] (BRASIL, 2001, p.05).

Aqui é válido apontar que, uma vez que essa diretriz pede a inserção dos/as alunos/as nas redes de serviço de saúde, ela objetiva formar um sujeito que não se restrinja ao isolamento de consultório particular. Isso é reafirmado no próprio PPC do curso que descreve em seu perfil “[...] que tem como eixo formativo central a atenção primária e secundária à saúde, além da competência técnica que envolve a intervenção naquilo que é mais prevalente no campo das urgências e emergências e atenção terciária” (UFMG, 2017, p.27). Observa-se aqui, a consonância com a atuação no SUS, onde indica a necessária aproximação do perfil de

competências dos profissionais de saúde das necessidades dos processos de trabalho, de um pensar e fazer com o foco na saúde e não a doença, na família e não centrado no indivíduo e na equipe e não no médico.

VII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato [...] (BRASIL, 2001, p.05)

Por outro lado, ao colocar os estudantes como responsáveis pelo desempenho em temas que lhes são negados na teoria e na prática, como gênero, diversidade e sexualidade, sem comprometer o aprendizado e a qualidade de atendimento prestado é indiscutivelmente inviável. Os estudantes, assim como a maior parte da sociedade brasileira, são profundamente marcados heterocisnormatividade, com pré-conceitos e leituras de corpos concebidos dentro deste padrão normativo.

Com o intuito de se promover um atendimento humanizado, integral, com equidade e eficiência, é indiscutível a importância de se trabalhar conteúdos curriculares que promovam a desconstrução desta normatividade antes que estes estudantes sejam convocados ao campo de prática. Deste modo, as possibilidades destes estudantes de exercerem a práxis médica livre de julgamento, com olhares direcionados para corpos com a compreensão de suas construções históricas, sociais, culturais na diversidade são maiores e esta é a intenção, de que exerçam uma medicina acolhedora, humanizada, resolutiva, generalista e não excludente, violenta e desigual.

Também vale ressaltar que, aos estudantes, supostamente está sendo feito o convite para visitarem a “realidade” do serviço médico e aprendendo, também, a partir do modelo de médicos preceptores e demais profissionais em saúde que, tiveram um currículo de formação médica muito provavelmente deficiente nesses temas e reflexões, gerando um cuidado em saúde deficiente e excludente. É transmitida então, a responsabilidade de uma prática sem embasamento teórico aos estudantes. É gerada a expectativa da existência de uma medicina sensibilizada para diversidade de corpos biológicos e sociais, diversidade em seus sentidos mais amplos, mas não é efetivada nem na teoria nem na prática. São negadas aos estudantes que se formam a partir deste PPC, experiências de vida acadêmica que os aproximem do perfil do médico(a) generalista, humanizado(a), que se coloca na prática e na existência para além das relações assimétricas de saber e poder.

4.2.1 E nos desencontros existem perdas

Enquanto professora, pesquisadora, mulher, mãe, tantas “Eus” que sou, não poderia deixar demonstrar nesta tese que, adotando as DCN de 2001 na elaboração deste PPC, existem perdas de oportunidades potentes de reflexões sobre as diversidades nos corpos, gêneros, sexualidades e existências outras de vidas vivíveis que poderiam ser promovidas durante a formação médica do curso de graduação em medicina da UACV. Para tanto, cito trecho das DCN de 2014, na Seção I, Da Atenção à Saúde, no Art 5º, suas orientações para se trabalharem as dimensões da diversidade:

Na Atenção à Saúde, o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, no sentido de concretizar:

I - Acesso universal e equidade como direito à cidadania, sem privilégios nem preconceitos de qualquer espécie, tratando as desigualdades com equidade e atendendo as necessidades pessoais específicas, segundo as prioridades definidas pela vulnerabilidade e pelo risco à saúde e à vida, observado o que determina o Sistema Único de Saúde (SUS);

II - Integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde, de modo a construir projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades e reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde;

III - qualidade na atenção à saúde, pautando seu pensamento crítico, que conduz o seu fazer, nas melhores evidências científicas, na escuta ativa e singular de cada pessoa, família, grupos e comunidades e nas políticas públicas, programas, ações estratégicas e diretrizes vigentes.

IV - segurança na realização de processos e procedimentos, referenciados nos mais altos padrões da prática médica, de modo a evitar riscos, efeitos adversos e danos aos usuários, a si mesmo e aos profissionais do sistema de saúde, com base em reconhecimento clínico-epidemiológico, nos riscos e vulnerabilidades das pessoas e grupos sociais.

V - preservação da biodiversidade com sustentabilidade, de modo que, no desenvolvimento da prática médica, sejam respeitadas as relações entre ser humano, ambiente, sociedade e tecnologias, e contribua para a incorporação de novos cuidados, hábitos e práticas de saúde;

VI - ética profissional fundamentada nos princípios da Ética e da Bioética, levando em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico;

VII - comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado;

VIII - promoção da saúde, como estratégia de produção de saúde, articulada às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo para construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde;

IX - cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob

cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado; e

X - Promoção da equidade no cuidado adequado e eficiente das pessoas com deficiência, compreendendo os diferentes modos de adoecer, nas suas especificidades". (BRASIL, 2014, p. 01-02)

Esse artigo 5º expressa uma gama de dimensões formativas e de elementos das diversidades que dão abertura para trabalhar durante a formação médica as posturas hegemônicas sobre o corpo a partir de outros corpos objetos do poder político, construídos para designar a hierarquização e classificação social que é estruturante e historicamente relacionada a desigualdades no contexto brasileiro.

Lembremos sempre que vidas LGBTQIA+ se manifestam em todos os corpos independentemente de raça, etnia, sexo, classe social, posicionamento social, etc. Ademais, tratar as diferentes sexualidades que escapam da norma heterossexual como inferiores, a partir de alguma suposta característica natural ou biológica, não é simplesmente um erro, mas a demonstração da imposição de uma "eloquente grade cultural sobre uma natureza que, em si mesma, é - culturalmente falando - silenciosa" (SILVA, 2011, p. 145). As interpretações biológicas são, antes de serem biológicas, interpretações, isso é, elas não são mais do que a imposição de uma matriz de significação.

Assim, iniciando este abraço nas reflexões que poderiam ser feitas com esse artigo 5º, o que seriam privilégios num atendimento em saúde? Entendo, a partir do modelo de sociedade na qual estamos inseridos – conservadora, racista, que normatiza corpos, idades e sexualidade – e também na esteira formada por um PPC orientado pelas DCN de 2001, privilégios seriam os atendimentos concedidos aos corpos que este PPC prioriza pois, este utiliza procedimento de exclusão e controle. Privilégios existem concomitantemente as desigualdades. A desigualdade que a população LGBTQIA+ vive nos atendimentos em saúde reflete a presença do preconceito nos profissionais em saúde.

O preconceito pode ser entendido como conceito ou opinião formados antecipadamente, sem maior ponderação ou conhecimento dos fatos. Ou seja, um juízo pré-concebido baseado na generalização deformada ou incompleta sendo uma atitude hostil e negativa para com determinada pessoa ou grupo. Essa generalização é chamada de estereótipo. Segundo Nunan (2003), significa atribuir características pessoais ou motivos idênticos a qualquer pessoa de um grupo, independentemente das variações individuais, ou seja, criar um rótulo podendo gerar discriminação contra um determinado grupo alvo. Ainda, diz respeito "às percepções mentais negativas em face de indivíduos e de grupos socialmente

inferiorizados, bem como as representações sociais conectadas a tais percepções” (RIOS, 2008, p. 54).

O preconceito enfrentado por LGBTQIA+ nos serviços de saúde é responsável por criar barreiras de acesso que afastam usuários LGBTQIA+ dos serviços e, quando recorrem, há resistência a relatar aos profissionais questões (queixas, sintomas, por exemplo) relacionadas à sexualidade. Dito de outro modo, a LGBTQIA+fobia existe no SUS e é responsável por uma violência que contribui para diminuir a expectativa de vida, elevar os índices de suicídio, uso de álcool e substâncias ilícitas, ou seja, sérias consequências na saúde e vida dessa população (BRASIL, 2008).

Corroborando com essa afirmação, Fernandes *et al.* (2018), em estudo com saúde de mulheres lésbicas e atenção à saúde, relatam a ocorrência de multiplicidade de vulnerabilidades que podem atravessar a vida de mulheres lésbicas e que são consequências e desdobramentos de violências e discriminações sofridas por esse grupo; entre elas, está o uso abusivo de substâncias e o aumento nas taxas de suicídio presente nessa população. São consequências nefastas, ao longo da história, no que diz respeito a discursos excludentes de preconceito e discriminação que afetam diretamente a saúde das pessoas e dos grupos.

LGBTQIA+ foram e são vítimas de discriminação, que se expressa na posição de rejeição assumida, na maioria das vezes, pela família, nos ambientes de trabalho e de participação política, nos ambientes escolares e universitários, nos espaços de lazer, de amizade, e em praticamente todas as dimensões da existência humana. Isso porque as diferenças no jeito de ser e viver têm significado uma arena fértil para a manifestação de múltiplas modalidades de opressão. Raça, etnia, gênero, orientação sexual e muitos outros itens compõem a agenda de questões que, historicamente, estão no alvo da intolerância e da não aceitação da diversidade.

Já a discriminação pode ir desde um tratamento diferenciado, passando por expressões verbais hostis e de desprezo, chegando ou não a atos manifestos por agressividade. O ato de estereotipar acaba, assim, criando uma categoria social, no caso dos homossexuais, altamente estigmatizados, reduzindo-os a uma pessoa defeituosa e inferior.

A discriminação, então, “designa a materialização, no plano concreto das relações sociais, de atitudes arbitrárias, comissivas ou omissas, relacionadas ao preconceito, que produzem violação de direitos dos indivíduos e dos grupos (RIOS, 2008, p. 54). A estigmatização dos homossexuais é, assim, resultado de um processo de classificar formas da sexualidade e categorizar as pessoas, criando marcas profundamente negativas e defeituosas, sendo uma das causas do preconceito e discriminação. Dito de outra forma, o preconceito e a

discriminação direcionada contra homossexuais é caracterizante da homofobia, termo que costuma ser empregado quase que exclusivamente em referência a conjuntos de emoções negativas (tais como aversão, desprezo, ódio, desconfiança, desconforto ou medo) em relação a pessoas homossexuais ou assim identificadas, percebidas.

Reforço que o processo saúde-doença-cuidado remete ao conceito ampliado de saúde, proposto como “resultante das condições de alimentação habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde” dentre outros (BRASIL, 1986). Portanto, esse processo é influenciado pela organização social, pelas desigualdades sociais e econômicas do nosso país.

Alinhado a esse conceito, a noção dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) contempla o estilo de vida das pessoas, suas subjetividades, relações sociais, comportamentos, sua idade, sexo, hereditariedade, inserção na comunidade, condições socioeconômicas e de habitação e trabalho (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). De acordo com essa proposta, o preconceito pode ser entendido como um importante DSS de pessoas LGBTQIA+, uma vez que afeta, de modo significativo, suas possibilidades de construir vidas saudáveis.

O processo saúde-doença-cuidado dá-se em relações sociais, constituídas e constituintes de relações de poder (FOUCAULT, 2017). Vale ressaltar que, para Foucault (2017), poder é também entendido um efeito das relações entre os diferentes tipos de saberes, por exemplo, os saberes médico, religioso e jurídico, que instituem discursos que constroem o que entendemos por verdades. Para Foucault (1994):

A verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a coerções múltiplas. E ela possui nele efeitos regrados de poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua política geral da verdade, isto é, os tipos de discurso que ela aceita e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros ou falsos, a maneira como se sancionam uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para obtenção de verdade; o estatuto daqueles que têm a função de dizer o que funciona como verdadeiro” (FOUCAULT, 1994, p.112).

Essas verdades, por sua vez, organizam e orientam nossas práticas profissionais e cotidianas e constroem também nossos entendimentos de certo/errado, normal/patológico, bom/ruim circunscrevendo nossa inteligibilidade para as relações.

Assim, entendo que na formação médica, o estudante é conduzido por uma matriz curricular, cujo acionamento discursivo de estratégias de saber e poder, permite que naquele contexto alguns conhecimentos ganhem legitimidade e sejam problematizados e outros não.

Ou seja, há formas de saber-poder que instituem aquilo que se tornará objeto ou foco daquela relação e aquilo que deverá permanecer fora do seu âmbito de responsabilidade e legitimação.

A heterossexualidade entrou no dicionário definida como “manifestação de paixão sexual por alguém do sexo oposto” em 1934²². De acordo com Butler (2003), ao contrário do que possa parecer lógico e intuitivo, a binaridade de gêneros não precede a heterossexualidade, mas, é uma consequência dela e, pelo fato da sociedade ocidental operar numa matriz de inteligibilidade heterossexual compulsória e naturalizada, é exigido que o gênero seja regulado em relação binária onde “o termo masculino diferencia-se do feminino, realizando-se essa diferenciação por meio de práticas do desejo heterossexual” (BUTLER, 2003, p.28). Moscheta *et al.*, 2016 afirmam que é essa heteronormatividade que produz em profissionais de saúde a pressuposição da heterossexualidade das pessoas. Essa pressuposição gera surpresa nos profissionais quando ocorre o rompimento da linearidade do sistema sexo/gênero/desejo.

Para Foucault (2020), sobre os corpos que tem a sexualidade dissidente, foram elaboradas práticas discursivas a fim de definir para eles, explicações e lugares no contexto da sociedade ocidental:

As práticas discursivas caracterizam-se pelo recorte de um campo de projetos, pela definição de uma perspectiva legítima para o sujeito de reconhecimento, pela fixação de normas para a elaboração de conceitos e teorias. Cada uma delas supõe, então, um jogo de prescrições que determinam exclusões e teorias (FOUCAULT, 2020, p.18).

Essas práticas discursivas são interdisciplinares e elaboradas em “conjuntos técnicos, em instituições, em esquemas de comportamento, em tipos de transmissão e de difusão, em formas pedagógicas, que ao mesmo tempo impõe e as mantêm” (FOUCAULT, 2020, p.19). Ainda de acordo com o autor, deve-se pensar que estas práticas discursivas são um efeito, e não um simples resultado.

As transformações podem ser produzidas tanto fora dela como em formas de produção, relações sociais, instituições políticas, e quanto nela, nas técnicas de determinação dos objetos, no afinamento e no ajustamento dos conceitos e no acúmulo de informações, ou até mesmo do lado delas em outras práticas discursivas. Sendo múltiplas, autônomas e sem um nível originário, “designam uma vontade de saber, anônima e polimorfa, suscetível de

²² Disponível em: <https://www.geledes.org.br/como-foi-criada-heterossexualidade-como-conhecemos-hoje/>

transformações regulares e considerada um jogo de dependência determinável” (FOUCAULT, 2020, p.20).

A sexualidade, sempre foi e ainda é submetida a uma tecnologia discursiva na qual foram propostas práticas de tratamento, como se a mesma fosse patologia. Como exemplo dessa afirmação, a OMS, em 17 de maio de 1990, retira o termo homossexualismo e adota o termo homossexualidade, passando a considerar a homossexualidade uma orientação sexual e não uma patologia; o Conselho Federal de Psicologia (CFP), somente em 1999, decide não propor mais métodos de cura²³, e a transexualidade - que foi mantida como transtorno mental por 28 anos através da Classificação Internacional de Doenças (CID) e, atualmente está na categoria de transtornos da identidade sexual (incongruência de gênero)²⁴.

Percebe-se que, no caso da transexualidade, houve uma migração de categoria, mas, está inscrito como doença de todo modo e, é oferecido um tratamento específico multidisciplinar no SUS para esses “pacientes”. Essa articulação traz à superfície que há um poder que se veste de “médico” e que atua sobre o corpo.

Butler (2008; 2009) explora a ideia de que a sexualidade, por ser objeto de normas, encontra-se sujeita a um regime de regulações sociais que agem continuamente sobre as ações dos sujeitos de maneira a produzi-los como sujeitos inteligíveis ou ininteligíveis. É, pois, no curso desses processos de produção normativa do sujeito, que se definem as identidades sociais, étnico-raciais, de gênero, de orientação sexual, etc., as quais, por sua vez, atuam como marcadores sociais que fazem desses sujeitos seres inteligíveis e passíveis de reconhecimento ou de rechaço e repúdio:

O poder somente pode agir sobre o sujeito se impuser à sua existência normas que o torne reconhecível. Ademais, é preciso que o sujeito deseje o reconhecimento e que ele se vincule fundamentalmente às categorias que garantem a existência social. Este desejo de reconhecimento constitui uma vulnerabilidade particular, posto que o poder impõe uma ‘lei de verdade’ que o sujeito é obrigado a reconhecer. Isto significa que a vinculação fundamental a si, sem a qual não se pode existir, sofre desde o início a limitação das normas sociais, e que o fato de fracassar em se adaptar a essas normas põe em causa a possibilidade do indivíduo de perceber como durável o seu estatuto enquanto sujeito (BUTLER, 2008; 2009, p. 111-112).

Nas teorizações pós-críticas, a sexualidade se constituiu entre nós como domínio privilegiado produtora de “verdades”. No interior do dispositivo da sexualidade e das práticas

²³ Disponível em: <https://site.cfp.org.br/resolucao-01-99/historico/>

²⁴ Disponível em:

https://www.medicinanet.com.br/cid10/1554/f64_transtornos_da_identidade_sexual.htm#:~:text=CID%2010%20F64%20Transtornos%20da%20identidade%20sexual%20%E2%80%93%20Doen%C3%A7as%20CID%20D10

de governo biopolítico de corpos, a sexualidade se constituiu como um campo de experiências produtoras de normativas que estabelecem a classificação e a discriminação cotidiana entre formas de vida que merecem proteção e incentivo e formas de vida que merecem descrédito e rejeição (PARANHOS, 2019).

Sendo assim, é crucial enfatizar a centralidade política das lutas que propõem a resignificação do estatuto social das supostas anomalias, abjeções e de todas aquelas experiências de corpo, sexo e gênero que se mostram ininteligíveis segundo o crivo das normas hegemônicas de regulação e orientação de nossas formas de viver o gênero e a sexualidade no presente. Não é de se estranhar, portanto, que o gênero e a sexualidade tenham se tornado um campo político de disputas altamente acirradas. Para além da defesa de quaisquer particularismos, trata-se aí da defesa de formas de vida e de formas de relação que desafiam normas restritivas de avaliação das maneiras de viver o corpo, o sexo e o gênero.

Nesse diálogo, trago autores que afirmam que as pessoas com *deficiência* e atento ao fato de que elas têm menos acesso às informações sobre sexualidade e têm poucas oportunidades de receberem uma educação sexual que lhes possibilite compreender melhor as mudanças do seu corpo, os seus sentimentos e os comportamentos sexuais e suas consequências (ANDERSON, 2000; LUMLEY; SCOTTI, 2001; MAIA 2006; 2012; VIEIRA; COELHO, 2014) e, quando recebem, muitas vezes, é uma educação que não lhes garante o aprendizado necessário.

Esclarecendo o termo *deficiência* que acompanha a expressão “Pessoa com deficiência”, segundo a Lei Brasileira da Pessoa com Deficiência (LBPCD) “considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 2015).

De acordo com o censo demográfico de 2010, no Brasil existem em torno de 45,6 milhões de pessoas (24% da população) que apresentam algum grau de deficiência. Em relação ao tipo, 18,7% são visuais, sendo 18,3% completa ou grave, auditivas (5,1%), motoras (6,9%/33,4%) ou intelectual (1,4%) (IBGE, 2012). No que diz respeito à legislação, a LBI²⁵, também chamada de Estatuto da Pessoa com Deficiência, foi promulgada em 2015 e prevê questões relacionadas à inclusão na escola, no trabalho, na saúde, direito à vida, habilitação e

²⁵ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2013.146%2C%20DE%206%20DE%20JULHO%20DE%202015.&text=Institui%20a%20Lei%20Brasileira%20de,Estatuto%20da%20Pessoa%20com%20Defici%C3%Aancia.

reabilitação, à moradia, esporte, à cultura, ao turismo e lazer, à assistência social e à mobilidade. A expectativa é que no Brasil, a formação médica dialogue com o que é preconizado pela OMS (2011)²⁶:

A formação de profissionais de saúde, especialmente de médicos, foco do estudo aqui relatado, deveria ser uma preocupação de todas as escolas de Medicina no que diz respeito a: promoção do conhecimento sobre as necessidades em saúde das Pessoas com Deficiência (PCD) e como atendê-las, o estímulo a atitudes positivas em relação às pessoas desse grupo e o desenvolvimento das habilidades necessárias à prestação do cuidado em saúde às PCD, nas diversas disciplinas, teóricas e práticas, assim como nos programas de internato e residência, segundo os princípios dos direitos humanos (WHO, 2011, sp).

Em 2002, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência²⁷ sinalizava que seriam desenvolvidas ações conjuntas entre MEC e as Instituições de Ensino Superior (IES), considerando a necessidade de incorporar disciplinas e conteúdos de reabilitação e atenção à saúde das PCD nos currículos de graduação na área da saúde. As DCNs para o ensino de Graduação em Medicina, instituídas pela Câmara de Educação Superior do CNE (BRASIL, 2001), não especificam atenção às pessoas com deficiência, embora as competências e habilidades que se esperam que os estudantes adquiram ao longo do curso devam ser estendidas a esse grupo, porém, o artigo 5º destas DCN revela a enorme lacuna da formação médica no Brasil para atender às competências e habilidades específicas voltadas à atenção à saúde das PCD.

Não incluir corpos de PCD no PPC, além de acentuar desigualdades e até mesmo exclusões no atendimento em saúde, para os estudantes acaba sendo negados os potentes debates e reflexões que as linhas epistemológicas de estudo sobre esses corpos promove.

Garland-Thomson (2005) indica que os estudos feministas frequentemente tratam dos modos como gênero se inter-relaciona com raça, etnia, sexualidade e sistema de classes, mas pouco discutem sua articulação com as deficiências - importante elemento de análise para se pensar a complexidade da formação da identidade (GARLAND-THOMSON, 2005; KAFER, 2013).

Articulando os dois campos, Garland-Thomson (2002) aponta paralelos comuns entre as representações historicamente atribuídas aos corpos femininos e aos com deficiência: ambos são considerados desviantes ou inferiores, restritos ao âmbito da vida privada e definidos em oposição a uma norma (homens ou pessoas sem deficiência) naturalizada como

²⁶ Disponível em: <http://www.who.int/>

²⁷ Disponível em : https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/anexo/anexo_prt1060_05_06_2002.pdf

fisicamente superior. A autora propõe a confluência dessas áreas, constituindo o que chamou de teoria feminista da deficiência (*feminist disability theory*), importante para todos, considerando que a deficiência é a mais humana das experiências: se vivermos tempo o suficiente, todos nós a teremos - ideia também apresentada pela OMS (2012) - posto que dificuldades na funcionalidade do nosso corpo advêm do envelhecimento.

Segundo essa perspectiva, a deficiência é uma narrativa culturalmente fabricada, produzindo subjetividades, através da diferenciação dos corpos. Tem como maior desafio realizar crítica sobre gênero e deficiência como sistemas de opressão exclusivamente interligados, a partir dos quais todos os sujeitos são avaliados, com implicações políticas. Essa narrativa compõe um sistema de classificação que agrupa aqueles que fogem dos padrões socialmente estabelecidos, validando os privilégios atribuídos aos sujeitos que se enquadram nesses modelos. Em suma, abordar deficiência é discutir relações de poder (GARLAND-THOMSON, 2001; 2002).

Tal relação é discutida, também, por Judith Butler (2000; 2015), que propôs o conceito da abjeção para se referir aos corpos que fogem da regulação binária do sexo e da heterossexualidade, sendo, por isso, repelidos. Butler também caracteriza como abjetos todos os corpos ininteligíveis dentro do processo discursivo de construção das identidades, “cujas vidas não são consideradas ‘vidas’ e cuja materialidade é entendida como ‘não importante’”. Submetidos a um processo de expulsão e estranhamento, passam a configurar o “não eu”, o “Outro” (todos aqueles que são diferentes das identidades culturalmente hegemônicas), não sendo considerados sujeitos. Os corpos com deficiência são, portanto, corpos abjetos, dos quais é retirada a humanidade. São, pois, excluídos socialmente, sendo uma forma de controle (OLIVEIRA, 2010). Assim,

A abjeção ou repulsa que o corpo deficiente provoca nos “normais” afeta a relação com o outro e com o próprio corpo naquele que se sente diferente, [...] que se soma à exigência de encaixar o outro dentro de padrões hegemônicos antropométricos, fisionômicos e psicométricos, sendo ele exterminado ou segregado, apartado do convívio com os “perfeitos, belos e saudáveis” (MELLO; NUERNBERG, 2012, p. 644).

Contraopondo-se a isso, Haraway (2009) trata da fratura das identidades sólidas, plenamente delimitadas, estabelecendo a fluidez das fronteiras identitárias. Para ela, os sujeitos são complexos híbridos, ciborgues, formados por opostos: natureza e cultura, organismo e máquina. São, pois, tanto natural quanto artificialmente constituídos - ideia esta que fluidifica os dualismos, os quais afastam e subjagam aqueles considerados.

A relação com a tecnologia faz dos artefatos tecnológicos extensões ou composições dos corpos dos sujeitos (KUNZRU, 2009). Essa lógica também é válida para as pessoas com deficiência, que necessitam de adaptações, órteses e/ou próteses nas diversas atividades que realizam, de vida diária e social ou referentes ao trabalho. Nesse sentido, Haraway (2009, p. 92) afirmou: “talvez os paraplégicos e outras pessoas seriamente afetadas possam ter (e algumas vezes têm) as experiências mais intensas de uma complexa hibridização com outros dispositivos de comunicação”.

A fluidificação das fronteiras, que resulta em uma flexibilização das definições antes consideradas rígidas e, portanto, no rompimento com a diferenciação entre os sujeitos e aqueles tidos como abjetos, é também preconizada pela Teoria Crip. Proposta por McRuer (2006) a partir dos pressupostos da Teoria Queer - que questiona os mecanismos socioculturais de poder que conformam a sexualidade -, busca compreender “how bodies and disabilities have been conceived and materialized in multiple cultural locations, and how they might be understood and imaged as forms of resistance to cultural homogenization”²⁸ (McRUER, 2006, p. 33).

Derivado de *cripple*, que, em inglês, significa aleijado, o termo *crip*, inicialmente restrito às pessoas com deficiência física, foi expandido e, atualmente, abrange, também, as deficiências sensoriais e intelectual. McRuer (2006) destaca que esse termo é fluido e sujeito a mudanças, pois é requerido por aqueles aos quais não se refere inicialmente - podendo, então, ser pleiteado por pessoas sem deficiência, como um posicionamento político, de forma semelhante ao uso do termo *queer*, conforme afirma Miskolci (2016). A Teoria Crip busca romper com os binarismos, considerando-os não-naturais, cultural e politicamente hierarquizados, de maneira que coaduna com as perspectivas de Haraway (2009), as quais propõem a compreensão das vidas como relacionais, não-unitárias e pensadas a partir de um enfoque antiessencialista.

De acordo com Haraway (2009), isso possibilita a desnaturalização das identidades, vistas como historicamente construídas a partir do colonialismo, do patriarcado e do capitalismo - eixos aos quais são acrescentados o da heteronormatividade, o da cisgeneridade e o da corponormatividade, propostos, respectivamente, pelas teorias Queer, Transfeministas e Crip. McRuer (2006) identifica proximidade entre heterossexualidade e corponormatividade, ambas compulsórias em nossa estrutura social e que, portanto, estão

²⁸ Tradução minha: “como corpos e deficiências têm sido concebidos e materializados em múltiplas localizações culturais e como podem ser entendidos e imaginados como formas de resistência à homogeneização cultural”

relacionadas ao padrão de normalidade, definido em oposição ao que é dissidente - conforme propôs Butler (2015), ao tratar da abjeção. Por isso, ter um corpo capaz (base da corponormatividade) significa não ter deficiência, assim como a heterossexualidade é definida em oposição à homossexualidade.

A caracterização do corpo capaz é, também, situada a partir do potencial para o trabalho: trata-se do corpo apto ao desempenho, submetido aos esforços físicos demandados pelos sistemas de produção - cuja definição tem origem na expansão do capitalismo industrial. Tal historicidade tem sido obliterada, fazendo com que a corponormatividade seja onipresente e assuma contornos de formação disciplinar, tal como aconteceu com a heterossexualidade.

Segundo McRuer (2006), esses padrões fazem da performatividade, proposta por Butler (2015), importante elemento que constitui as hegemonias: a aptidão corporal e a heterossexualidade são repetidamente apontadas como preferência, em detrimento dos corpos com deficiência e homossexuais, sendo estabelecidas como objetivos a serem alcançados.

A inclusão de pessoas com deficiência é, hoje, um dos temas mais cadentes e difíceis nas discussões sobre educação no Brasil (AMARAL, 2021). Portanto, ao tomar a equidade em saúde, que considere as determinações de corpo, gênero e diferentes sexualidades, e, se essas determinações se constituem em diferenças relativas ao padrão cultural hegemônico do corpo branco, sem deficiências, viril, masculino e heterossexual, uma política de equidade não deveria se traduzir apenas em enunciados que pregam tolerância e diversidade, mas, sim, reconhecer e reafirmar a diferença cultural como potência criadora na constituição de novas subjetividades, de novas formas de ser e sentir o mundo e o outro (MOTTA, 2016).

Procurei expor, nesse subitem, a imensidade e riqueza de debates que poderiam ser promovidos e que agregariam conhecimento, autonomia, humanização e qualificação na formação médica promovida pelo PPC analisado mas que, não inocentemente, encontra-se ausente.

4.3 SOBRE A ESTRUTURAÇÃO DO PPC

O PPC é um documento normativo nos cursos de graduação, consta de características e informações acerca da estrutura e dos regimentos de um curso, os aspectos técnicos, políticos, teóricos e as diretrizes que direcionam o processo de formação. O presente PPC, dentro das estruturas semelhantes apresentadas pelos PPCs, possui seções, como: apresentação; justificativa; marco teórico; perfil do curso; objetivos; perfil do egresso; competências, habilidades e atitudes do egresso; e caracterização do curso.

O PPC traz como pressuposto para sua existência – não somente em sua Justificativa, mas também em diversas seções do texto (a exemplo da apresentação) – a necessidade de enfrentar o passivo histórico no campo das políticas públicas de educação superior e de saúde na promoção do bem-estar social da população sertaneja. A justificativa tem como foco de sua argumentação a discussão sobre a má distribuição de médicos e sua concentração nos grandes centros urbanos, a crítica aos limites da expansão do ensino superior brasileiro, a partir do setor privado e a valorização das necessidades de saúde da população local como elemento a ser considerado na perspectiva do desenvolvimento da região (UFCG, 2017).

Alcançar uma distribuição equitativa de médicos é um problema social e político que afeta quase todos os países atualmente (DAL POZ, 2013) e, apesar do número ideal de médicos por habitante nunca ter sido estipulado pela OMS, estima-se que o ideal estaria em uma razão de 2 a 2,5 médicos por 1.000 habitantes (SIMÕES, 2011). Apesar do acesso universal à saúde no Brasil ser garantido pela Constituição de 1988 e da razão de médicos para cada 1.000 habitantes estar em 2,18, o grande território nacional é um desafio para a distribuição equitativa de médicos.

O marco teórico é marcado pelos pressupostos teóricos e filosóficos que direcionaram a construção do PPC e, este é “voltado para os princípios do SUS, da Ética, da Cidadania, do Processo Saúde-Doença e do Cuidado Humano” (UFCG, 2017, p.23). Desse modo, nesta seção são afirmadas a “*multidisciplinaridade*” e a “*interdisciplinaridade*” como *novos caminhos* que “*tornam o profissional mais reflexivo, humano e científico*”. Aparentemente, a interdisciplinaridade ou integração curricular se coloca como uma solução quando se pretende atingir determinações das DCN. Porém, apesar de ser desafiador, tem reconhecida importância no contexto educacional.

De modo sucinto, o movimento pela interdisciplinaridade propõe que haja integração entre os diferentes campos do conhecimento a qual seria possível a partir de novos arranjos curriculares e diferentes maneiras de se trabalhar os conteúdos disciplinares para alcançar uma unidade do saber. Esta fusão disciplinar faria com que desaparecesse a própria disciplinaridade. Porém, considerando-se a própria organização política, funcional e burocrática das instituições de ensino superior, parece bastante difícil pensar um processo de formação profissional que não seja baseado em alguma estrutura, em unidades de algum modo estanques e repetíveis, com algum tipo de articulação entre si. Assim, as unidades propostas, sejam quais forem os nomes que elas tenham – disciplinas, eixos temáticos, núcleos conceituais, grandes temas etc. - estão normalmente presentes no currículo, para lhe

emprestar um arcabouço, uma estrutura que permita a sua organização (MEYER; KRUSE, 2003).

Dessa forma, mesmo que possamos imaginar um saber que não seja organizado pelas disciplinas, provavelmente teremos sempre um saber dividido segundo algum eixo, elemento ou categoria.

Se quisermos romper com essa forma de organização do saber, quais são os elementos que temos - em termos de quantidade e qualidade do corpo docente, em termos de condições de trabalho, em termos de infraestrutura em termos de articulação com o sistema público de saúde, etc. - para pensar ou propor estratégias que possibilitem uma inter-relação ou uma efetiva integração entre as disciplinas do curso, em contraposição a um olhar disciplinar isolado? Será que, ao contarmos com o subsídio de muitas disciplinas, atuando convergentemente, num processo transdisciplinar articulado, podemos dar novos sentidos ao conhecimento? Que outras condições seriam necessárias para apoiar o desenvolvimento de tais propostas? As indagações não esgotam, são provocadas pelas reflexões que surgem, mas, como já avisei anteriormente – não tenho pretensão de responder todas elas, apenas as que me guiam nos objetivos da tese.

Nos objetivos do curso, são estabelecidas metas a serem atingidas durante a formação, esse processo é reconhecido através do emprego de verbos como: formar, promover, proporcionar, capacitar, contribuir, incentivar, cooperar, cumprir. Esses são alguns dos verbos presentes nos PPC, que objetivam incitar os/as futuros/as profissionais da saúde a realizarem tais ações. É perceptível, o poder de ação desses verbos, através dos documentos, em “normalizar” os/as discentes em formação, enquadrando-os/as em padrões curriculares e fabricando corpos críticos e com ações resolutivas, tanto no campo da saúde como na esfera social, tanto no individual quanto no coletivo.

As competências e habilidades, que compõem o PPC, são os modos e/ou técnicas que viabilizam os sujeitos que se pretendem formar. Elas aparecem recorrentemente e os discursos sobre elas atravessam os PPC e materializam os currículos, estando inseridas desde a implantação do conceito delas na LDB (nº 9394/96). O que nos chama atenção é que tais documentos trazem essas habilidades e competências como um conhecimento associado ao adquirido, ou seja, os/as profissionais devem adquirir tais qualidades durante a formação para que possam desempenhar com louvor o trabalho no âmbito da saúde. Nesse sentido, “a noção de competências que, na reforma curricular, aparece associada à de tecnologia, firma-se, inicialmente, no campo das tendências de formação profissional com vistas a formar o trabalhador contemporâneo” (SILVA, 2010, p. 19).

As habilidades e competências que os/as profissionais de saúde precisam construir, ao longo do processo de formação, são estabelecidas pelas DCN (HADDAD *et al.*, 2010). A proposta de estabelecer habilidades e competências ganhou espaço na comunidade acadêmica, tanto em âmbito nacional como internacional. Esse movimento permite que o currículo vá além do conhecimento técnico-científico, uma vez que permitirá aos discentes a integralização com as políticas de saúde pública, ao mesmo tempo que permite “ao discente e docente conviverem e refletirem sobre as questões que os profissionais necessitam saber para lidarem com os acontecimentos por vezes inesperados do cotidiano, promovendo transformações na forma de pensar e atuar” (KLOH *et al.*, 2014, p. 2).

4.3.1 As dimensões corpo, gênero e sexualidade são inseridas no PPC.

Analisando o PPC, compreendi que essas dimensões se misturam - corpo, gênero e sexualidade são inseridos em discursos difusos, em alguns momentos capturei o corpo na análise e, logo esse atravessa gênero e, por consequência, atravessa sexualidade. Ao pensar na história de produção de saberes sobre os corpos, Veiga-Neto e Lopes (2007) destacam que, para Michel Foucault, as forças, as quais ele nomeou de poder, atuam sobre o que os sujeitos tem de mais concreto e material; ou seja, seus corpos. Se foi possível constituir um saber sobre o corpo, foi através de um conjunto de disciplinas militares e escolares. E a partir de um poder sobre o corpo que foi possível um saber fisiológico, orgânico (FOUCAULT, 2007, p. 148-149).

O corpo estrutura, sem identidade, surge nas ementas das disciplinas, carregado de uma visão biologicista, marcado por regulações morfofuncionais do corpo humano e, corroborando com essa afirmação, trago os exemplos: objetivos da disciplina M3 - “Princípios Físicos e Químicos do Ser Humano” CH: 180, Cr: 12: “descrever e distinguir os componentes moleculares do corpo humano”; objetivos da disciplina M4 – “Biologia e Fisiologia Celular e Tecidual” CH: 120, Cr: 08: “descrever e distinguir a organização e as funções dos diferentes elementos celulares e teciduais do corpo humano”; ementa e objetivo da disciplina M6 – Anatomia Humana” CH: 60, Cr: 04: “divisão do corpo (planos e eixos); anatomia macroscópica dos diferentes sistemas de corpo; Identificar, nomear e caracterizar as diversas estruturas do corpo humano” (UFCEG, 2017, p.49).

Esse corpo como estrutura, como objeto, é apresentado aos estudantes de medicina no primeiro período do curso, através de peças de anatomia, lâminas de histologia, descrições

moleculares em bioquímica e biofísica. Não se trata, evidentemente, do corpo como os que os estudantes vêm na rua, em casa, na televisão, nas redes sociais, em suas relações sociais. Trata-se de um corpo estrutura, objeto, que apenas existe nas aulas práticas e teóricas dessas disciplinas e livros.

Sobre esse corpo objeto tomado como “único” e “verdadeiro” no início do curso, meu pensamento vai de encontro à corpos que ocupam lugares que não pertencem a espaço algum. Foucault (2013) chama de corpo utópico o corpo sem corpo, o corpo incorporal e, nesse sentido ele utiliza de exemplo os corpos de múmias, que persistem através do tempo, uma utopia dos mortos.

O que são as peças e dispositivos para simulações relacionadas ao exame físico do laboratório de habilidades clínicas (UFMG, 2017, p.17); as peças anatômicas sintéticas, os cadáveres e suas partes mutiladas utilizados em aulas de anatomia (UFMG, 2017, p.55), as lâminas histológicas, senão corpos utópicos, defuntos cuja utopia dos corpos é oferecida para estudo acadêmico, dos estudantes de medicina? Este questionamento surge pelo fato de as utopias narrarem um lugar que não existe (o corpo do defunto e seus membros esquarterados; as lâminas histológicas) e que desabrocham em um espaço imaginário e, por isso, “situam-se na linha reta do discurso”, pois, a linguagem se entrecruza com o espaço.

Essas unidades criam lugares considerados “onde estou e não estou, como o espelho ou o cemitério” (FOUCAULT, 2013, p.37). Desse modo, os estudantes iniciam o curso dentro de utopias e heterotopias, entre discursos e saberes que articulam o visível e o enunciável – a linguagem, o olhar e o espaço.

Nesse sentido, não apenas saúde é a ausência de doença, já que o ser humano é um corpo que é uma máquina, como todas as explicações sobre o paciente se darão a partir de um “corpo vazio” e dividido em partes cujos mistérios do funcionamento apenas o médico domina. Saudável significa funcionando perfeitamente dentro da maquinaria previsível e acessível ao entendimento médico – mas apenas a ele enquanto profissional, não aos demais profissionais da saúde. E muito menos aos próprios pacientes.

Considero essencial que, concomitante ao estudo do corpo “incorporal”, seja trabalhado o corpo nos seus aspectos histórico, social, cultural e com suas diversidades. É a somatória desses aspectos que compõe os corpos que os estudantes encontrarão na articulação teoria-prática do curso, pois, trabalhar corpos meramente biologizados e generificados é remeter o uso de utopias nas quais se fazem surgir corpos e outras que fazem anular corpos.

Mais adiante no curso, os estudantes fazem a sua entrada na clínica e passam a ver “corpos reais” nas aulas teóricas e práticas, jamais fazendo encontro com esse corpo

objetificado com o qual eles aprenderam até o momento. Corpos, entre eles o da mulher. Observa-se no PPC que existe a construção de um estigma de “natural” /” normal” entre os corpos, o que implicou a atribuição de um corpo particular às mulheres. E isso chama a atenção para o fato de o corpo medicalizado ter-se tornado um referente privilegiado para a construção de identidades pessoais generificadas. Me refiro à disciplina Saúde da Mulher que se destina ao ensino de Ginecologia e Obstetrícia (UFMG, 2017, p. 90). Surge no 8º período do curso na disciplina M4 – “Saúde da Mulher” CH: 180, Cr: 12:

Ementa: Abordagem clínica, diagnóstica e terapêutica das principais enfermidades na área da saúde da mulher: Obstetrícia: Diagnóstico de Gravidez, Modificações fisiológicas da Gravidez, Assistência Pré-natal, Drogas na Gravidez e Lactação, Parto: Fisiologia e Mecanismo do Trabalho de Parto, Assistência ao Parto, Puerpério: Puerpério fisiológico, Puerpério Patológico, Cirurgias Obstétricas Sofrimento Fetal Agudo, Hiperemese Gravídica, Hemorragias da Primeira Metade da Gravidez, Hemorragias da Segunda Metade da Gravidez Hipertensão e Gravidez – Pré-eclâmpsia, Eclâmpsia e HELLP síndrome, Trabalho de Parto Prematuro, Amniorrexe Prematura, Oligoâmnio e Poliâmnio, Diabetes e Gravidez, Doenças trofoblásticas na Gestação, Infecções Perinatais, Anemias Fetais e Isoimunização Materno-fetal, Gestação Múltipla. Ginecologia: Semiologia Ginecológica, Fisiologia do Ciclo Menstrual, Diferenciação Sexual, Dismenorréia Primária e Secundária, Sangramento Uterino Disfuncional, Amenorréia, Síndrome dos Ovários Policísticos, Endometriose, Planejamento Familiar, Infertilidade, Doenças Benignas da Mama, Doenças Malignas da Mama, Corrimentos Vaginais, Doenças Sexualmente Transmissíveis e Doença Inflamatória Pélvica, Distopias Genitais, Uroginecologia - Incontinência Urinária, Climatério e Terapia de Reposição Hormonal, Doenças Benignas do útero (Míoma, Adenomiose, Pólipo), Neoplasias do Trato genital (Colo Uterino, Corpo Uterino, Vulva e Vagina, Ovários) (UFMG, 2017, p.90).

A partir dessa leitura, observo a mulher reduzida ao mérito da “Abordagem clínica, diagnóstica e terapêutica das principais enfermidades na área da saúde da mulher”. A própria definição de saúde da mulher me parece distorcida. Os objetivos dessa disciplina revelam a visão mecanicista do sistema reprodutor - como as peças são, como se encaixam, como funcionam para reproduzir e destinando o conhecimento para a capacidade de reprodução, sem discutir órgãos sexuais, mas sim, órgãos/sistema reprodutor.

É possível também reconhecer que, do 2º para o 8º período do curso, o estudante continua sendo conduzido por uma leitura de corpos destinados a servir como matrizes reprodutoras, objetos do patriarcado instalado no Brasil desde o período colonial, reduzidos às suas genitálias e mamas. É um conteúdo conservador e machista, que remete a perspectiva médica do final do século 19 e início do século 20, em que os médicos compreendiam o corpo da mulher como tendo uma conexão entre o útero e o sistema nervoso central, e, portanto, as atividades intelectuais femininas poderiam gerar crianças doentes e malformadas durante a

gestação, ficando reservado apenas ao homem o desenvolvimento intelectual, pois ele não corria este risco.

E não apenas isso, nesse mesmo período, a medicina da mulher é concebida como potencialmente patológica, propensa a perturbações e desordens: a ginecologia, é a especialidade que se constitui sobre essa lógica e essa observação é corroborada com a ementa acima descrita e eu, como professora do curso, fico extremamente preocupada e angustiada com esse olhar direcionado aos corpos de mulheres. Somado ao fato de eu ser professora neste curso, sou mulher, gostaria de refletir um pouco mais sobre esta ementa.

Considero potente refletir com nossos estudantes de medicina os caminhos de construção masculina das identidades das mulheres: frágeis, loucas, perigosas, degeneradas, prostitutas ou fatais. Essas crenças atribuíram legitimidade à prática e ao discurso médico do século XIX, quando as teorias médicas fundamentaram as interpretações relativas à diferença sexual. E mais, como seria potente discutir como o corpo da mulher é diverso! Gordo, com pênis, intersex, cadeirante, deficiente visual e/ou auditiva, preto, albino, sem mamas, sem útero, sem filhos, com filhos adotivos, potente e múltiplo.

Dito de outro modo, o corpo da mulher mudou! O corpo feminino, que sofreu os limites impostos pela cultura e pela sociedade patriarcal, deu lugar ao corpo que produz força de trabalho e parece se adequar aos interesses capitalistas: o lucro e a mão-de-obra do trabalhador. Ou seja, o sistema capitalista cria padrões de comportamento e educa a classe operária segundo a sua própria visão do mundo, fazendo com que o corpo produza e consuma produtos vinculados aos desejos da mulher.

Compreendo que esses aspectos “biologizantes” e que condicionam olhares sobre o corpo - com ovários, útero, vagina e vulva como um corpo reprodutor - representa também um potente dispositivo, que serve vários propósitos ao capitalismo. E eu enxergo esse dispositivo em vários momentos de análise do PPC.

Foucault (2020) chama de “gestão calculista da vida” (p.150), uma biopolítica que gesta as populações e, conta com a atuação dos aparelhos de Estado, como as instituições de poder que, através de técnicas de poder presentes em todos os níveis do corpo social, são representadas por instituições diversas como a família, a escola, o exército, a polícia, a medicina. O sexo ganha destaque porque diz respeito ao fazer viver, que seria a nova riqueza dos Estados. Ora, o sexo (os órgãos sexuais, a capacidade de reprodução, os papéis sexuais para as disciplinas modernas...) é correlato ao capital.

Preciado (2011) refere à uma “sexopolítica”, que não pode ser reduzida à regulação das condições de reprodução da vida nem aos processos biológicos que se referem à

população. Ele define sexopolítica como um “conjunto de dispositivos, enunciados, textos e práticas que pré-concebem o campo das expressões de si, incidindo sobre o modo como cuidamos dos miúdos, forçando-os, cotidianamente e ruidosamente, a se tornarem a imagem que nos tranquiliza e nos reflete (FERREIRA, 2016, p. 55). De acordo com o autor:

[...] O corpo straight é o produto de uma divisão do trabalho da carne, segundo a qual cada órgão é definido por sua função. Uma sexualidade qualquer implica sempre uma territorialização precisa da boca, da vagina, do ânus. É assim que o pensamento straight assegura o lugar estrutural entre a produção da identidade de gênero e a produção de certos órgãos como órgãos sexuais e reprodutores. Capitalismo sexual e sexo do capitalismo. O sexo do vivente revela ser uma questão central da política e da governabilidade” (p.02).

Sobre a histerização²⁹ do corpo da mulher, foi um processo que, segundo Foucault (2020), se consolidou durante o século XIX e teve como característica o esquadrinhamento do corpo feminino, a partir da articulação de uma série de saberes: médicos, morais, pedagógicos. Enquanto corpo saturado de sexualidade (histérico, necessitado de um homem), o corpo das mulheres burguesas foi capturado pela medicina. Enquanto corpo reprodutor, ele se tornava um corpo social: voltado para a missão de fazer das crianças os futuros cidadãos de uma nação em crescimento. Enquanto reprodutora, ainda, a mulher era aproximada, pelos discursos religiosos, da imagem de Maria, a mãe abnegada que se aproximava da santidade. Nesse sentido, a mulher, no século XIX, passou a ser definida por algo que se produzia em seu corpo, em sua natureza: a maternidade (e todas as atribuições decorrentes do fato de ser mãe) se tornando a principal identidade feminina das mulheres burguesas nas sociedades ocidentais modernas (FOUCAULT, 2020, p. 160).

No processo de histerização da mulher, o sexo foi definido de três maneiras: como algo que pertence em comum ao homem e à mulher; como algo que pertence também ao homem por excelência e, portanto, faz falta à mulher; como o que constitui, por si só, o corpo da mulher, ordenando-o internamente para as funções de reprodução. A histerização da mulher é uma estratégia do dispositivo da sexualidade que, através de conteúdos da biologia e da fisiologia serviram, através da instituição Medicina, princípios de normalidade à

²⁹ Mais do que uma derivação da palavra grega *hystero* que denota "útero" e que foi utilizada para caracterizar um conjunto de sintomas nas mulheres em diferentes épocas, a Histeria foi um diagnóstico que marcou muito especificamente o nascimento da medicina psiquiátrica como ciência na segunda metade do século XIX e contribuiu ao surgimento da psicanálise no século XX. Disponível em: <https://www.filosofas.org/post/histeria-mulher-e-femenino>

sexualidade humana, permitindo às técnicas de poder investirem sobre a vida (FOUCAULT, 2020).

Mesmo em ginecologia, a saúde de mulheres lésbicas, assexuais e bissexuais poderia ser tema em diversos conteúdos, mas fica evidente que a sexualidade da mulher em todas as suas expressões, é retirada de debate e reflexões.

[...] a linguagem institui e demarca os lugares dos gêneros não apenas pelo ocultamento do feminino, e sim, também pelas diferenciadas adjetivações que são atribuídas aos sujeitos, pelo uso (ou não) do diminutivo, pela escolha dos verbos, pelas associações e pelas analogias feitas entre determinadas qualidades, atributos ou comportamentos e os gêneros (do mesmo modo como utiliza esses mecanismos em relação às raças, etnias, classes, sexualidades etc.) (LOURO, 2016, p.71).

A medicina da mulher não encontra correspondente para o sexo masculino. O homem encontra-se pulverizado ao longo dos componentes curriculares, desmembrado em próstata e performance sexual: “Androgenia básica: impotência, infertilidade masculina e ejaculação precoce” (UFCG, 2017, p.80) – trecho da ementa de Clínica Cirúrgica I na unidade de Urologia. Portador de um falo, o homem é resumido à esse e próstata, ou seja, ele é visto como um corpo que deve gozar (potência) e fertilizar. Já a mulher, deve gestar e amamentar, desprezando quaisquer outros aspectos que remetam sua sexualidade.

Os estudantes do curso não são provocados a refletir e expandir a leitura sobre os corpos femininos quando são excluídos, por exemplo, impotência feminina, orientação sexual, métodos contraceptivos, planejamento familiar, histerectomia facultativa e eletiva, mulheres transexuais, transgêneras, travestis, homens transexuais, homens transgêneros, intesex.

Apoiado nesse essencialismo, naturalismo e biologicismo, o pensamento misógino confina as mulheres às exigências biológicas da reprodução, na suposição de que, em virtude de certas transformações biológicas, fisiológicas e endocrinológicas específicas, as mulheres, de algum modo, são mais corporais e mais naturais do que os homens (GROSZ, 2000). Sobretudo, ao garantir a leitura do corpo do homem em Urologia (Clínica Cirúrgica I - UFCG, 2017, p. 80) e do corpo da mulher como Saúde da Mulher, esse currículo atualiza formas de heteronormatividade no discurso médico, pressupondo dois tipos de corpos generificados como naturais e complementares entre si e organizando a própria natureza da sexualidade.

Pode-se observar, também, uma pulverização da dimensão etária do corpo nos componentes curriculares, não atentando para as especificidades do corpo idoso na relação com os atravessamentos de gênero, sexualidade e saúde. Contraditoriamente, esses grupos

excluídos do currículo têm suas especificidades mascaradas a partir do conceito de saúde da família, que funciona como instrumento biopolítico uma vez que se destina, que é direcionado a um grupo normativo de pessoas e não à especificidade de cada um de seus corpos. Muitas vezes, a pessoa LGBTQIA+ é expulsa de casa, acaba por ressignificar o conceito de família, e qual o conceito de família para Saúde da Família e Comunitária? Esbarramos em outro padrão hegemônico, o da formação familiar.

Ainda me debruçando nas reflexões sobre biopoder e biopolítica, quanto aos objetivos da disciplina Saúde da Criança e do Adolescente, ofertada no 8º período do curso, com 120 horas de carga horária, observa-se:

Identificar os fatores de risco para cada faixa etária e as situações de urgência e emergência; Identificar a etiopatogenia das enfermidades; Entender e compreender a fisiologia e fisiopatologia, além de, na prática, identificar a sequência de eventos que a compõe em determinada patologia; Permitir uma semiótica perfeita; Compreender a fisiologia e fisiopatologia em determinadas comorbidades, saber produzir um diagnóstico provável e os diagnósticos diferenciados àquela; Saber decidir o melhor conjunto de exames complementares para elucidação diagnóstica; Saber instituir a terapêutica adequada, farmacológica ou cirúrgica, para resolução das comorbidades (UFMG, 2017, p.89).

Os discursos observados são biologizantes e lidam com esses corpos como reservatórios de doenças e comorbidades, corpos com urgência de tratamento e normalização. O que diz sobre a transgeneridade, homossexualidade na infância? O que diz sobre crianças intersexo?

Temas como transgenitalidade, intersexualidade, homossexualidade e travestilidade, bissexualidade de um modo para além de faixa etária, surgem dentro de uma taxonomia que hierarquiza, subalterniza, patologiza, medicaliza e mutila sujeitos, automaticamente considerados anormais, destoantes, estranhos, abjetos e, por conseguinte, tratáveis/corrigíveis pela Medicina.

Um curso, que tem como objetivo geral proporcionar uma formação baseada “[...] também na sensibilidade humanística e na responsabilidade social [...]” (UFMG, 2017, p. 258), não atinge esse objetivo quando silencia esses corpos ao longo de todo o PPC analisado. É negar violentamente a existência dessas pessoas e negar aos médicos em formação e egressos o conhecimento acerca dessas existências e fragilizar a formação desses profissionais. Assim, sujeitos LGBTQIA+ seguem invisibilizados nos temas e ações de saúde na nossa sociedade. Esta população coloca em xeque o determinismo biológico, fazendo de

seu corpo uma subversão da normatividade de gênero impregnada por uma lógica colonial, cisheteropatriarcal, o que torna esses corpos verdadeiras fortalezas de resistência.

É no currículo que “confrontam-se diferentes culturas e linguagens, e professoras e professores, estudantes e administradores frequentemente divergem em relação às aprendizagens e práticas que devem ser escolhidas e valorizadas” (MEYER; KRUSE, 2003, p.337). Minha busca por corpos intersexos, através do uso de descritores como hermafroditas e ambiguidade de sexo, não trouxe resultado algum.

Talvez, uma justificativa para ausência do conteúdo sobre seres hermafroditas, pode estar associada as teorias biológicas, que defendem não haver espaço para alguém com os dois sexos/gêneros, apenas pessoas com um sexo e seu pressuposto gênero correspondente. Deste modo, é no corpo das pessoas com algum tipo de ambiguidade sexual ou que deixam margens para este tipo de dúvida que a medicina vai focar sua atenção, promover intervenção e criar uma nova maneira de interpretar os sexos.

Do 9º ao 12º períodos do curso, os estudantes circulam pelo estágio curricular supervisionado, que corresponde ao internato. Os internatos são em clínica médica I e II – que ocorre em serviços de pronto socorro, UTI e enfermarias; clínica cirúrgica; pediatria I e II e neste conteúdo há uma repetição de ementa e objetivos do internato em clínica cirúrgica e acredito que seja um erro documental, pois os objetivos desse internato (pediatria) estão definidos como “aplicar conhecimentos teórico-práticos em condutas médicas em cirurgia geral e anestesia” (UFMG, 2017, p.95) porém, a bibliografia básica e complementar é específica de pediatria e neonatologia; ginecologia e obstetrícia, cujos objetivos perpassam pela aplicação dos conhecimentos teórico-práticos adquiridos em saúde da mulher e, por fim, Saúde Coletiva I e II cujos objetivos são:

Promover a integração do discente a serviços de atenção primária à saúde, com enfoque na integralidade, prezando pelo desenvolvimento de competência técnica, sensibilidade humanística e responsabilidade social necessárias ao médico generalista (UFMG, 2017, p.97)

Fica evidente que, nessa etapa do curso de graduação, o estudante de internato seja o sujeito médico preterido, que em teoria dialogue com o perfil do sujeito médico requerido pelo SUS e determinado pelas DCN. Desse modo, é constituído um ciclo que envolve o SUS, juntamente com suas Políticas Públicas em Saúde, as Políticas Públicas em Educação juntamente com as DCN, as Instituições de Ensino Superior, juntamente com seus PPCs, e os profissionais da saúde juntamente com sua atuação no SUS.

Porém, observo que o sujeito médico que esse currículo de formação produziu foi normalizado e normalizador, cujo olhar e ações foram direcionados para corpos normalizados, tanto na sua biologia como na sua sexualidade.

Tomo o PPC do curso de graduação em medicina da UACV/UFCG como artefato pedagógico que constitui os sujeitos em formação. Os discursos observados são biologizantes e, sem pautas de gênero, sexualidade, idade ou aspectos sociais e, uma vez que o currículo é uma potente ferramenta que molda pensamentos, condutas, tomadas de decisão dos sujeitos, demonstra um caminho de construção de sujeitos médicos condicionados ao olhar seletivo, puramente biológico e genereficado sobre esses corpos -corpos com vulva, vagina, útero e ovários; corpos reduzidos ao falo e sua performance; corpos da criança e/ou do adolescente e/ou da pessoa idosa.

Reconheço que não se faz um currículo de formação médica sem os componentes curriculares acerca das dimensões biológicas (como exemplos, as disciplinas de anatomia, histologia, embriologia), fisiopatológicas, propedêuticas, terapêuticas, enfim, isso é indiscutível. Porém, o discutível é, precisamos apenas destas dimensões de ensino-aprendizagem para formar nossos(as) médicos(as)? Esse conteúdo exclui vidas, exclui corpos dissidentes e essa exclusão impede que tenhamos egressos eficazes, humanizados, generalistas, capazes de atuar no SUS exercendo os princípios da equidade e integralidade.

Dessa forma, a qualidade do sistema de saúde supostamente é sinérgico à formação de seus profissionais, pois, a formação dos profissionais em saúde deve refletir a realidade em transformação constante. Assim, seria uma garantia de universalidade, em que as especificidades de uma nação estivessem, em contrapartida, contribuindo para a efetividade do sistema que a acolhe e serve.

Foi no biológico que os currículos se mantiveram por muito tempo e para o modelo biopicossocial que se deseja deslocar. Porém, é evidente que ainda são carregados de discursos biologizantes e masculinos, onde as relações de poder operam e se mantem de forma fortalecida abraçando um sistema que se mantem influenciando e influenciado.

É no discurso que vêm a se articular poder e saber. E, por essa mesma razão, deve-se conceber o discurso como uma série de segmentos descontínuos, cuja formação táctica não é uniforme nem estável. Mais precisamente, não se deve imaginar um mundo do discurso dividido excluído, ou entre o discurso dominante e dominado; mas, ao contrário, como uma multiplicidade de elementos discursivos que podem entrar em estratégias diferentes (FOUCAULT, 2018 p. 109-110).

O curso analisado segue as normativas comprometidas em uma lógica na qual há valorização da vida biológica reprodutiva que promove a base dos cuidados em saúde – as DCN de 2001. E esses sujeitos produzidos nessa norma masculina, heterocisnormativa, constituem-se como profissionais do cuidado fragmentado pois, seguem um modelo de formação em saúde fortemente influenciada pelo modelo biomédico de ensino. Não é só com essa visão de mundo biológico que facilmente normatiza e dita as regras em currículo, mas pela forma de suas relações com outros aspectos formativos, criando-se uma imagem que está posto para as relações sociais, o que observamos é uma base biológica que se coloca muitas vezes isolada e ditando os caminhos.

Um currículo de formação médica que seleciona os corpos que acolherão no seu cuidado, é exemplo de violências curriculares que reforça e perpetua o sistema de relações assimétricas de poder.

No início do texto da tese eu narro uma cena de violência que me angustiou muito e me deslocou fortemente para esta tese. Finalizo este estudo confrontando as violências curriculares nos silenciamentos das diversidades que compõem as vidas LGBTQIA+ presentes em todas as categorias de população da sociedade. Corpos LGBTQIA+ todos os dias adentram em espaços de saúde que não os acolhem, adentram espaços onde não são pertencidos.

É necessário transformar esse cenário violento, desde a construção de um currículo de formação médica inclusivo, construído na diversidade dos corpos e suas dimensões, até termos estes profissionais atuando nos serviços de saúde reverberando a humanização, diversidade e equidade em seu atendimento de qualidade, eficaz e resolutivo.

Enquanto a normalização e normatização de corpos forem pautadas em um estereótipo de músculos, virilidades sobre as demais identidades e corpos possíveis, ou seja, um padrão hegemônico de representação de beleza, saúde, sucesso e inclusão baseado em corpos heterocisnormativos, homens, brancos, corponormatizados, elitizados e jovens - sujeito dito “não marcado”- , o corpo negro, o corpo das bichas, dos viados, dos/as velhos/as, das travestis, dos transgêneros, das sapatões, dos/as deficientes físicos, dos/as gosrdos/as e outros tantos, continuarão sendo invisibilizados. Corpos cuja própria humanidade é negada, cujas vidas não são consideradas vidas e cuja materialidade é entendida como não importante. São vistos pela medicina como corpos anormais, “monstros”, patologizados, necessitados de salvação e, para estes corpos: ah, braços abertos! Uma gama de opções de resgate, todas oferecidas nas dependências de suas instituições (hospitalar, clínica, psiquiátrica, farmacológica). Caso essas instituições falhem, outras estão de braços abertos à espera por

obliterar essas existências. Aceitar essas vidas como espectros de existências humanas, possibilidades e vidas vivíveis, é no mínimo uma necessidade que deve se tornar realidade.

CONSIDEREMOS...CONSIDERO

O silêncio não quer ser sozinho, então ele fala.
Quem escreve ouve porque cala.
Quem escreve escava
O que o silêncio palavra.
(MOSE, 2006, p.19)

Caminhei nessa tese por trajetos sinuosos, ora retilíneos, com paisagens intensas evidenciando o quanto somos capturados por relações de saber e poder que *palavram*. A medicina domina um saber - legitimado pelo poder científico - sobre o corpo humano, impondo um estado ideal e saudável - norma - de como deveríamos ser e estar no mundo. Se, porventura, nos desviamos do idealizado estado “natural” do qual deveríamos nos apresentar e portar, logo somos rendidos e conduzidos ao olhar clínico da medicalização, o único “olhar” capaz de nos (re) conduzir, ao imperativo maior da normalização (FOUCAULT, 2001).

Estamos sempre sendo vigiados, nossos corpos estão sempre sendo vigiados e rotulados, normalizados, disciplinados. Nascemos e morremos dentro de instituições disciplinares - nascemos dentro de um hospital, somos educados em escolas e universidades, somos “sequestrados” pelo exército, igreja, temos que estar adestrados para inserção no mercado de trabalho onde passamos o resto de nossas vidas. Se desviamos, somos conduzidos a manicômios, clínicas de reabilitação, presídios e, por fim, morremos em um hospital. Sempre estamos em alguma ou em algumas dessas instituições que objetivam nos tornar indivíduos dóceis, úteis, saudáveis, enfim, disciplinados. Eis que, nessa microfísica, nessa microcapilaridade do poder, o discurso médico atua como uma expressão do saber-poder, autorizado, incontestável.

Em todo momento, nessa tese, o corpo foi atravessado pelo discurso produtor de relações assimétricas de poder sobre os corpos dos sujeitos. Enquanto o olhar médico repousar sobre os corpos, se apoiando em um saber biologicista, anátomo-clínico, o seu foco será a doença e se abstrairá do sujeito, que traz suas singularidades, suas demandas, seu contexto histórico-cultural e social, que carrega o peso e a leveza de ser, de (re)existir.

Equipado com seu discurso científico hegemônico, é nas mãos dos médicos(as) que a vida é confiada. Enquanto o olhar para os corpos for condicionado à reduzi-los à eficientes matrizes reprodutoras (Saúde da Mulher - UFCG, 2017, p.90); reservatórios e manifestantes em potencial de enfermidades e comorbidades (Saúde da Criança e do Adolescente - UFCG, 2017, p. 89; Clínica Médica; Doenças infecciosas e parasitárias, p.81), esquadrihá-los em

estruturas e enfermidades (pp 52-53; 57-66; 68-70); pulverizá-los etariamente e singularmente (homem e idosos) e ocultar diversidades (todos os grupos de população são representantes de vidas LGBTQIA+), essa medicina estará se colocando para o sistema capitalista neoliberal, colonizado, rasgando corpos, atravessando vivências, aniquilando essências, anulando (re)existências.

Meu objetivo foi analisar o PPC do curso e sua relação os conceitos de corpo, gênero, sexualidade e saúde, que estão atravessados no currículo do curso de graduação em medicina da UACV/CFP/UFCG, a partir de produções discursivas, permeadas por relações de saber e poder, que tem nesse dispositivo os modos de controlar a formação médica. Atentemos que, a escolha dos conteúdos a serem trabalhados em sala de aula não se constitui no campo da neutralidade. Ela se conecta, entre outras coisas, com os pontos de vistas pessoais, com os valores morais, com as escolhas políticas e religiosas dos/as profissionais envolvidos/as nesse processo.

Com esse objetivo, entendi que se quisesse compreender estas relações eu deveria ir até os discursos que sobressaem no mesmo sem cair na armadilha de uma reiteração ingênua ou detração de seus efeitos. Para o alcance dessa investida, recorri aos referenciais teóricos das pesquisas pós-críticas em todos os momentos, pois, eles me permitiram descrever e analisar os discursos presentes no currículo como práticas permeadas por relações de poder-saber que produzem aquilo que nomeiam, ou seja, produzem tipos de discentes múltiplos e específicos. São, portanto, nos discursos onde estão articulados os mecanismos/maquinarias (as estratégias, tecnologias e técnicas de poder) acionados para garantir a produção/fabricação de discentes de determinados tipos (entendidos como efeitos dessas articulações no currículo).

Argumentei, nessa tese, que são múltiplas as formações discursivas – das normativas e diretrizes oficiais, científicas, biológicas/biomédicas, sociais, pedagógicas – que entram em disputa na composição curricular para a abordagem de saberes sobre gênero e sexualidade que acabam silenciando corpos LGBTQIA+ na formação médica, silenciando a diversidade ou diferença.

Percorrendo esse argumento, percebi em minha análise que a fabricação de médicos(as) pelo currículo da UACV/UFCG aciona estratégias e técnicas de poder articuladas, ainda centradas no modelo biomédico, garantindo, como uma instituição de poder, a manutenção das relações de dominação e efeitos de hegemonia.

Fiz um convite ao debate na seção 1, onde contextualizei meu mergulho no tema de pesquisa; na seção 2 trouxe os conceitos centrais de abordagem e análise na forma como as perspectivas pós-críticas abordam tais conceitos, finalizando a seção com a metodologia

escolhida. Na seção 3, parti para as análises discursivas presentes em políticas públicas de saúde, nas políticas educacionais para o curso de graduação em medicina.

Vale destacar que nos últimos 20 anos houve a implantação de muitas políticas públicas educacionais e de saúde, e destaquei aqui o Plano Nacional de Saúde Integral de “LGBT”. As DCN dos cursos de medicina, guiadas por esta política são - me refiro às DCN de 2014, apresentam discursos que priorizam inclusões e exclusões das temáticas, corpo, gênero e saúde, com enfoques que priorizam uma formação humanística e generalista quanto às dimensões trabalhadas na tese, importantes para construção desses sujeitos da saúde.

Ainda sobre as DCN, pude problematizar como são capturadas as políticas neoliberais que reverberam, fundamentam, orientam e consolidam os PPC. Por fim, na seção 4, realizei as análises discursivas no PPC do curso de medicina da UACV/UFCG e, a partir dessa análise, enxerguei que a construção do PPC se deu de forma arbitrária e interessada, considerando as DCNs de 2001 que não acolhem os conceitos de corpo, sexualidade e saúde na diversidade - uma das razões pelas quais estas foram reformuladas em 2014.

Analisando os currículos e ementas disciplinares, percebi o enfoque a conteúdos de cunhos biologicistas, a naturalização de discursos sobre corpos anatômicos e fisiológicos, e de gêneros associados aos sexos masculino e feminino, bem como uma marcante preocupação com a universalização da saúde de qualidade a todos, como sendo responsabilidade dessas/es futuras/os profissionais da saúde. Confirmei que os currículos produzem e são produzidos a partir de uma lógica que legitima os saberes, temos assim os sujeitos profissionais médicos formados pela racionalidade neoliberal, de sujeito da saúde. Aqui, entendo que esses sujeitos da medicina só existem a partir do outro; que o termo “identidade” não dá conta de explicar quem são elas/eles; que esses sujeitos são inventadas/os, na formação de empreendedores de si, de sujeitos autônomos, responsáveis pelo seu próprio sucesso, pela sua saúde, pela sua qualidade de vida, em nome de uma liberdade maquiada e alimentada pelas instituições disciplinadoras, neste caso, os currículos.

O que pretendo com essa análise e com a conclusão que apresento, não é enfatizar uma segregação ou emitir juízo de valor, criar celeumas e nem elaborar justificativas para as ausências encontradas mas, sim mostrar que estas tecnologias de poder, assim como as técnicas por elas adicionadas - como da participação e protagonismo acionadas pelo biopoder - estão profundamente articuladas e entrelaçadas no currículo pesquisado. Essas tecnologias e técnicas de poder vêm funcionando no currículo analisado, na perpetuação do dispositivo da medicina que produz discentes dóceis, normalizados - requeridos(as) pelo biopoder.

Concluo que os/as discentes são, insistentemente, convocados/as ao que o currículo prescreve para sua formação, dentro de significados específicos sobre como tornar-se um/a médico/a normalizado, normalizador. Mas vejamos bem, o poder não fecha oportunidades de escape, de resistência. É isso que intento aliviar com as Monstras em todos os espaços.

Os mergulhos nem sempre são calmos, trazem intensidades, densidades, tensões e, trazem oportunidades de escape. Durante esse processo, despi novos “eus”, encontrei novas “monstras”, que buscaram reverberar sobre o que acontece neste espaço institucional, repleto de demarcações e demandas de tempos contemporâneos, são dispersos corpos, que choram, riem, travam, seguem o fluxo, mergulham, se perdem, mas que hora ou outra se acham, lugar por tanto tempo restrito a homens brancos, corponormativos, heteros, cisgêneros, ricos, agora ocupados por corpos de mulheres, mães, gays, negros, transgêneros, cegos, surdos, cadeirantes - Monstras, ora, em todos os espaços, atentemos sempre!

Em meio a essas disputas discursivas, percebi que há sujeitos, como esses - “monstras” - que trilham na contraconduta, são aquelas/es que não se encaixam, os anormais, os que não convém, os corpos não classificáveis que se atentam à desconstrução daquilo que é posto. Que buscam atravessar as linhas que estão postas no “cistema”, nos currículos como uma possibilidade não de afrontamento, mas como perspectiva de afetar-se e deixar-se afetar pela força do encontro, de esperar no acontecimento “no encontro dos corpos, no encontro de multidões, no estabelecimento de alianças, na constante possibilidade de tornar-se outro, fazendo assim o currículo passar sob outros ângulos e probabilidades, lançando-o a outros universos possíveis.

Durante a leitura pode-se discordar aqui e acolá de questões e posições que assumo, pode-se mesmo “brigar” com algumas delas. Afinal, o dissenso é desejável e bem-vindo, porque incita o pensamento, instaura o debate e nos faz sair do lugar.

Desejo que esse trabalho encontre outros olhares, olhares outros, promova desconfortos e (re)encontros, (des)construa possibilidades de direcionamento de formação de diferentes sujeitos da medicina. Que esses olhares outros estejam na contramão do discurso hegemônico de construção e compreensão de corpos, das normas de gênero e acesso à saúde. Que a presença das Monstras em todos os espaços denuncie resistências que, mesmo nesse cenário adverso, mobilizem (ou instiguem) indignação, coragem, esperança, ousadia tanto para denunciar a subtração de liberdades e direitos e driblar os silêncios impostos, como para experimentar e (re)inventar formas outras de re(des)fazer e re(des)dizer corpos, gêneros e sexualidades em currículos de formação médica. Que esses olhares outros lancem forças

possíveis, comprometidas, incontroláveis e inevitáveis, essenciais para possibilidades outras de existência, essenciais para “trocaros de pele”.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL: **CNJ aprova regra para registro de crianças com sexo ignorado.** Brasília, DF. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/justica/noticia/2021-08/cnj-aprova-regra-para-registro-de-criancas-com-sexo-ignorado>

ALBUQUERQUE, V.S. *et al.* Discipline curricula in the health area: an essay on knowledge and power. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.31, p.261-72, out./dez. 2009.

AMARAL, A.P.V.O.; SANTOS, A.M.P.V.; SCHRÖDER, N.T. Percepção da acessibilidade dos metroviários com deficiência. **Revista Sustinere**, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 206 - 228, ago. 2021. ISSN 2359-0424. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/52767>>. Acesso em: 10 fev. 2023. doi:<https://doi.org/10.12957/sustinere.2021.52767>.

AMARAL, J.L. **Duzentos anos de ensino médico no Brasil.** 2007. 207p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ. 2007. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/duzentos%20anos%20de%20medicina%20no%20brasil.pdf>. Acesso em: 12 set. 2022.

ANDERSON, O.H. **Doing what comes naturally?** – dispelling myths and fallacies about sexuality and people with developmental disabilities. 1.ed. Illinois/USA: High Tide Press, 2000. 127p.

AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Revista de Saúde Pública [online]**. São Paulo, v. 40, n. sn, p. 121-132, Dez 2006 doi.org/10.1590/S0034-89102006000400017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000400017>. Acesso em: 20 set. 2022.

ÁVILA, S.; GROSSI, M.M. Reflexões sobre a transexperiência masculina. *In*: Seminário Internacional Fazendo Gênero Diásporas, Diversidades, Deslocamentos., 9., 2010, Florianópolis. **Anais Eletrônicos** [...] Florianópolis 23 a 26 de agosto de 2010, Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278255349_ARQUIVO_Maria,MariaJoao,Joao040721010.pdf >. Acesso em: 12 ago 2022.

BENTO, B. **O que é transexualidade?** São Paulo: Brasiliense, 2008. 111p.

BENTO, B. **A (re)invenção da transexualidade:** sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. 250 p.

BENTO, B.; PELÚCIO, L. Despatologização do Gênero: a politização das identidades abjetas. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 569-581, maio/ago. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **8a Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final** [Internet]. 8a Conferência Nacional de Saúde. 1986. p. 29. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 22 ago. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496p. Disponível em:

https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 9 nov. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990. D.O.U. 20 set 1990, 18055 p.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 04**, do CNE/CES, de 7 de novembro de 2001. Dispõe sobre as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em medicina. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: 9 ago. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher**. 4a edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 610**, de 26 de março de 2002b. Institui o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED). Disponível em: <http://www.pp.ufu.br/Port_Inter.htm>. Acesso em: 10 jul.2022.

BRASIL, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. **Parecer CNE/CES nº 67**, de 11 de Março de 2003. Referencial para as Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN dos Cursos de Graduação. Brasília, DF. 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

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

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto de Estudos e Pesquisas Educacionais (Inep). **Relatório síntese de área Enade 2013** [online]. Brasília: Inep, 2014. Disponível em http://download.inep.gov.br/educacao-superior/enade/relatorio_sintese/2013/2013-rel-medicina.pdf. Acesso em: 12 maio 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação **Programa Mais Médicos, dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL, MEC, Conselho Nacional de Educação (CNE). **Resolução n. 3**, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto de Estudos e Pesquisas Educacionais (Inep). **Relatório síntese de área Enade 2016** [online]. Brasília: Inep, 2016. Disponível em <http://download.inep.gov.br/educacao-superior/enade/relatorio-sintese/2016/medicina.pdf>. Acesso em: 12 mai.2022.

BRASIL. Ministério da Educação. **Estudantes: REUNI: Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni)**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/reuni-sp-93318841>>. Acesso em: 12 mai. 2022.

BUJES, M. I. E. Descaminhos. In: COSTA, M.V. (Org.). **Caminhos investigativos II: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação**. Rio: DPeA, 2002, 160 p.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS Rev Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. DOI 10.1590/S0103-73312007000100006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Acesso em: 8 jan. 2022.

BUTLER, J. P. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. 22º ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. 288. p.

BUTLER, J. Retour sur les corps et le pouvoir. In: **Revue Incidences**, Paris, n.4-5. 2008/2009.

BUTLER, J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo. In: LOURO, G. L. (Org.). **O corpo educado: Pedagogias da Sexualidade**. Tradução: Tomaz Tadeu da Silva. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2010, 224 p.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. 9. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.288. p.

BUTLER, J. Corpos que ainda importam. In.: COLLING, L. **Dissidências sexuais e de gênero**. Salvador: EDUFBA, 2016. Textos selecionados do II Seminário Internacional Desfazendo Gênero. Set. 2015. Universidade Federal da Bahia.

BUTLER, J. **Quadros de Guerra: Quando a vida é passível de luto?** 4ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018. 288 p.

CALAZANS, G. J. *et al.* A experiência de implantação da Política de Saúde Integral para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) no município de São Paulo. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 105–115, 2018. DOI: 10.52753/bis.2018.v19.34601. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/34601>. Acesso em: 27 out. 2021.

CANDAU, V. M., MOREIRA, A. F. B. **Indagações sobre currículo: currículo, conhecimento e cultura**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica,

2007. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/Ensfund/indag3.pdf>. Acesso em: 15 out.2021.

CARDOSO, L. R. Nos rastros de uma bruxa, compondo metodologias alquimistas. In: MEYER, D. E.; PARAISO, M. A. (org.). **Metodologia de pesquisa pós-crítica em educação**. 2.ed. Belo Horizonte: MAZZA Edições. 2014. p.312.

CARDOSO, M. R; FERRO, L. F. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicologia: ciência e Profissão** [online]. v. 32, n. 3. p.552-563. dez. 2012. DOI 10.1590/s1414-98932012000300003. disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1414-98932012000300003>. Acesso em: 12 ago.2020.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, Abr. 2013. DOI 10.1590/S0103-40142013000200002 Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>. Acesso: 24 Fev. 2022.

CAVALCANTI, C. “Patologizações, autodeterminações e fúrias – uma breve carta de amor”. In: SOUSA, E. T. de; AMARAL, M. S.; SANTOS, D. K. dos. (Orgs). **Psicologia, travestilidades e transexualidades: compromissos ético políticos da despatologização**. Florianópolis: Tribo da Ilha, 2019.p. 160.

CENTENO, S.R.; MEYER, D.E.E.; ANDRADE, S.S. Representações de sujeito negro/a na política nacional de saúde integral da população negra: uma análise cultural. **Rev. Textura**, v. 20, n. 42, p. 153-175, jan/abr. 2018. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/180402/001070516.pdf?sequence=1> Acesso em: 13 out.2022.

CFM – Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM Nº 1.664/2003**. Define as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 101, 13 maio 2003.

CFP – Conselho Federal de Psicologia. **Resolução Nº 1, DE 29 DE JANEIRO DE 2018**. Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis. 19 Jan 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-01-2018.pdf> Acesso em: 13 set. 2022.

CORADINI, O. L. A formação da elite médica, a Academia Nacional de Medicina e a França como centro de Importação. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 1, n.35, p.3-22, jul. 2005.

CORAZZA, S. M. **O que quer um currículo?** Pesquisas pós-críticas em educação. 1 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.p.152.

COSTA, D. A. S. *et al.* . Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. **Interface** v. 22, n. 67. 1183-1195. Oct-Dec 2018. DOI 10.1590/1807-57622017.0376. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0376>. Acesso em: 15 Set.2022.

DAL POZ, M.R. A crise da força de trabalho em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 10, out. 2013.

DORNELAS, R.; GRANZOTTI, R. B. G.; SANTOS, J. H. G.; SOUZA, P.D.F.; SILVA, K. A universidade e a formação de profissionais da saúde: conhecimento de discentes e docentes sobre a transexualidade. **Revista Gênero**. Niterói, RJ. V.22 n.1 p.1-12. 2021.

FARIAS, L.; PRADO, M. A. M. “As contradições da patologização das identidades trans e argumentos para a mudança de paradigma”. **Revista Periódicus**, v. 1, n. 5, p. 41-55, 16 jul. 2016. DOI: [10.9771/peri.v1i5.17175](https://doi.org/10.9771/peri.v1i5.17175). Disponível em: <https://doi.org/10.9771/peri.v1i5.17175>. Acesso em: 10 set.2022.

FEITOSA, C. Notas sobre a Trajetória das Políticas Públicas de Direitos Humanos LGBT no Brasil. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos**, v. 4, p. 115-137, 2016.

FERES JÚNIOR, J.; DAFLON, V.T.; CAMPOS, L.A. Ação afirmativa, raça e racismo: uma análise das ações de inclusão racial nos mandatos de Lula e Dilma. **Revista de Ciências Humanas**, Viçosa, v. 2, n 2, p. 399-414, 2012.

FERNANDES, D. G. Apreensões, Compreensões E Reverberações do Pensamento Foucaultiano na Instituição Escolar Brasileira. **Revista Reflexões**, v. 10, p. 20-31, 2021.

FERNANDES, M. *et al.* Saúde das mulheres lésbicas e atenção à saúde: nem integralidade, nem equidade diante das invisibilidades. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 37–46, 2018. DOI: [10.52753/bis.2018.v19.34586](https://doi.org/10.52753/bis.2018.v19.34586) Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.52753/bis.2018.v19.34586> Acesso em: 9 set. 2022.

FERRARI, A.; ALMEIDA, M. A.; DINALI, W. Teoria e Subjetividade Queer: Poder, Resistência e Corpo. In: FERRARI, A.; CLARETO, S. M. (Org.). **Foucault, Deleuze e Educação**. Juiz de Fora: UFJF, 2010, p. 222.

FERREIRA, *et.al.* Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. **Interface: comunicação, saúde, educação**[online]. v. 23, n. Supl. 1. Maio 2019 [Acessado 15 Setembro 2022] DOI [10.1590/Interface.170920](https://doi.org/10.1590/Interface.170920). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.170920>. Acessado em: 13 jul 2022.

FERREIRA, L. R.; ARTMANN, E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 23, n. 5. p. 1437-1450. 2018 DOI [10.1590/1413-81232018235.14162016](https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.14162016) Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.14162016>. Acesso em: 22 Jun 2022.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 2ª ed. 18. Imprensa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.p. 1838.

FERREIRA, Breno de Oliveira et al. Vivências de travestis no acesso ao SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1023-1038, Dec. 2017. Available from <http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000401023&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Feb. 2023. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000400009>.

FEUERWERKER, L.C.M. Reflexões sobre as experiências de mudança na formação de profissionais de saúde. *Olho Magico*, v.10, n.3, p.21-6, 2003.

FIGUEIREDO, R. Diversidade sexual: confrontando a sexualidade binária. In: **BIS Boletim do Instituto de Saúde**. v, 19, n. 2, 7-18, 2018. DOI 10.52753/bis.2018.v19.34587. Disponível em: <https://doi.org/10.52753/bis.2018.v19.34587>. Acesso em: 13 out 2021.

FISHER, R.M.B. **Trabalhar com Foucault: arqueologia de uma paixão**. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2012. p. 168.

FISHER, R.M.B. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**, n.114, p.197-223. 2001.

FONSECA, R. A. G.; RIBEIRO, D. I. Início do movimento político LGBT no Brasil, cultura e visibilidade de identidades sexuais femininas. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 12, p. 94739-94749, 2020.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980. p.129.

FOUCAULT, M. **Herculine Barbin: O diário de uma hermafrodita**. Rio de Janeiro: F. Alves, 1982. p.138.

FOUCAULT, M. **Dits et écrits**. 1954-1988. Édition de Daniel Defert, François Ewald e Jacques Lagrange. Paris: Gallimard, 1994a. 4 v. p.901.

FOUCAULT, M. “La naissance de la médecine sociale”. In. **Dits et Écrits. t. III**. Paris: Gallimard, 1994b. p.315.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 02 de dezembro de 1970**. Tradução Laura Fraga de Almeida Sampaio.3. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1996. p.80.

FOUCAULT, M. **Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. p.344.

FOUCAULT M. **Segurança, território, população: curso no Collège de France**. São Paulo: Martins Fontes; 2008a. p. 295.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**. Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes: 2008b.p. 248.

FOUCAULT, M. Conversa com Michel Foucault. In: FOUCAULT, M. **Repensar a política. Ditos & Escritos VI**. 1 a. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2010a. 390p

FOUCAULT, M. **O corpo utópico: As Heterotopias**. São Paulo. N-1 Edições, 2013. p.112

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis, Vozes, 2014. 302p.

FOUCAULT, M. **Do governo dos vivos: curso no Collège de France (1979-1980)**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2014. p.188.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Org., intr., e revisão de Roberto Machado. – 5ª ed. – Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2017. p.295.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do Saber**. Tradução Luiz Felipe Baeta Neves. 8 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2019. p. 244.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. – 9ª ed. – Rio de Janeiro/São Paulo, Paz e Terra, 2020. p.176.

FREIDSON, E. **Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado**. São Paulo: Editora UNESP; 2009. p.456.

FREITAS, F.S.A perspectiva biopolítica da medicina social: SUS, PSF, Neoliberalismo e Pandemia. **Kinesis**. v.XII. n.31, p.186-213. Julho 2020.

FREYRE, G. **Casa-grande & senzala**. Nanterre: ALLCA XX, Université de Paris ; Sudamericana. 2002.p.1261.

GARLAND-THOMSON, R. “Integrating disability, transforming feminist theory”. **NWSA Journal**, v. 14, n. 3, p. 1-32, set. 2002.

GARLAND-THOMSON, R. “Feminist Disability Studies”. **Signs: Journal of Women in Culture and Society**, v. 30, n. 2, p. 1557-1587, 2005.

GATTI, B. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

GGB: Grupo Gay da Bahia.: **Relatório Anual de Mortes Violentas de LGBTQ+ no Brasil**. Salvador, BA. c2019. Disponível em: <https://grupogaydabahia.com/relatorios-anuais-de-morte-de-lgbti/>. Acesso em: 13 out 2022.

GIANNA, M. C.; MARTINS, R. B.; SHIMMA, E. Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais: desafios e realizações. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 98-104, 2018. DOI: 10.52753/bis.2018.v19.34595. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/34595>. Acesso em: 9 set. 2022.

GOELLNER, S. V. A produção cultural do corpo. In: LOURO, G.L., FELIPE, J., GOELLNER, S. V. G. (org). **Corpo, Gênero e Sexualidade: um debate contemporâneo na educação**. 9.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.p.59.

GÓIS JUNIOR, E. SILVA, L. M. M. Educação do corpo e higiene escolar na imprensa do Rio de Janeiro (1930-1939). *Educ. Pesqui.*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 411-426, abr./jun. 2016. DOI 10.org;10.1590/S1517-9702201606147225 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-9702201606147225>. Acesso em: 13 out 2021.

HADDAD, Ana Estela et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 383-

393. 2010.

HARAWAY D. Las promesas de los monstruos: una política regeneradora para otros inapropiados/bles. **Política y Sociedad**. v 30, n.121. 1999. p. 63.

HARAWAY, D. “Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX”. In: HARAWAY, D.; KUNZRU, H.; SILVA. T. T. **Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano** Trad. de SILVA. T. T.. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.p.129

HOOKER, J. **Flutua**. Rio de Janeiro. Gravação Independente. 2017. 5:22

JESUS, J.G. Medicina: uma ciência maligna? Debate psicopolítico sobre estereótipos e fatos. **Revista Periódicus**. v.1, n.5, p. 195-204, Jul.2016. DOI:[10.9771/peri.v1i5.17187](https://doi.org/10.9771/peri.v1i5.17187). Disponível em: <https://doi.org/10.9771/peri.v1i5.17187>. Acesso em: 13 out. 2022.

KAFER, A. **Feminist, queer, crip** Indiana: Indiana University Press, 2013. Versão para Kindle.2007.In: Meyer, D. E.; Paraíso, M. A. (Orgs.). **Metodologias de Pesquisas Pós-Críticas em Educação** (p. 221-244). Belo Horizonte: Mazza Edições, 2014. p.312.

KLEIN, C.; DAMICO, J. O uso da etnografia pós-moderna para a investigação de políticas públicas de inclusão social. In: PARAÍSO, Marlucy Alves; MAYER, Dagmar Estermann (Orgs.). **Metodologias de pesquisa pós-crítica em educação**. 2. Ed. Belo Horizonte: Mazza, 2014, p. 312

KLEIN, C.; MEYER, D. E.; BORGES, Z. N. Políticas de inclusão social no Brasil contemporâneo e educação da maternidade. **Cad.Pesqui.**, São Paulo , v. 43, n. 150, p. 906-923, Dec. 2013

KLOH, D. et al. Princípio da integralidade do cuidado nos projetos político- pedagógicos dos cursos de Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 693-700, Aug. 2014.

KRUGER, A. *et al.* Características do uso de hormônios por travestis e mulheres transexuais do Distrito Federal brasileiro. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 22. 2019. DOI 10.1590/1980-549720190004.supl.1 Disponível em <https://doi.org/10.1590/1980-549720190004.supl>. Acesso em: 1 out 2022.

KUNZRU, Hari. “‘Você é um ciborgue’: um encontro com Donna Haraway”. In: HARAWAY, Donna J.; KUNZRU, Hari; TADEU, Tomaz. **Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano**. Trad. de Tomaz Tadeu. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora.2009. p. 129

LE BRETON, D. **Adeus ao corpo: Antropologia e sociedade**. Tradução Maina Appenzeller. 6ª ed. Campinas, SP: Papyrus, 2013. p.240.

LEITE, A. F. S.; OLIVEIRA, T. R. M. Quando a mudança reitera a norma: reestruturação curricular da medicina em possíveis articulações com sexualidade e gênero. **Educação: Teoria e Prática**. Rio Claro, v. 24, n.45, p. 144-16. 2014.

LIONCO, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saude soc.**, São Paulo, v.17, n. 2, p.11-21, Jun 2008 . DOI10.1590/S0104-12902008000200003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200003>. Acesso em: 1 out 2022.

LONGHI, M. P. Ampliando o olhar para a população LGBT em um grupo de discussão com trabalhadores de saúde: potencialidade e desafios. **BIS Boletim do Instituto de Saúde**. 2018. V, 19, n. 2. p.116-124. DOI 10.52753/bis.2018.v19.34604 Disponível em: <https://doi.org/10.52753/bis.2018.v19.34604>. Acesso em: 1 out 2022.

LOURO, G.L. **Gênero, sexualidade e educação**. Uma perspectiva pós-estruturalista - Petrópolis, RJ, Vozes, 1997. p. 184.

LOURO, G.L. Pedagogias da Sexualidade. In: LOURO, G. L. (org). **O corpo Educado: Pedagogias da Sexualidade**. 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2000, p.127.

LOURO, G. L. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. **Pro-Posições**, v. 19, n. 2 – maio/agosto 2008. DOI 10.1590/S0103-73072008000200003 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73072008000200003>. Acesso em: 13 set 2022.

LOURO, G. L. Gênero, sexualidade e educação: das afinidades políticas às tensões teórico-metodológicas. **Educação em Revista** [online], n. 46, P.201-218, Jan 2008. DOI 10.1590/S0102-46982007000200008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-46982007000200008>. Acesso em: 26 out 2022.

LOURO, G.L. Uma leitura da história da educação sob a perspectiva do gênero. **Projeto História: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História, [S. l.]**, v. 11, 1994. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/11412>. Acesso em: 10 fev. 2023.

LUMLEY, V, A; SCOTTI, J.V. Supporting the sexuality of adults with mental retardation: current status and future directions. **Journal of positive behaviour interventions**, v.3, n2, p.109-119, 2001.

AIA, A.C.B.; ARANHA, M.S.F. Relatos de professores sobre manifestações sexuais de alunos com deficiência no contexto escolar. **Interação**. Curitiba, v. 9, n. 1, p.103-116, 2005.

MAIA, A.C.B. **Sexualidade e Deficiências**. 1.ed São Paulo: Ed. Unesp, 2006.

MAIA, A.C.B. A Educação Sexual de pessoas com deficiência intelectual. **ELO: revista do Centro de Formação Francisco de Holanda Guimarães**, v. 19, n.1, p. 103-108, 2012.

McRUER, R. **Crip Theory: cultural signs of queerness and disability**. Nova Iorque: New York University Press, 2006. Versão para Kindle.p.304.

MELLO, A. G.; NUERNBERG, A. H. “Gênero e deficiência: interseções e perspectivas”. **Revista Estudos Feministas**, v. 20, n. 3, p. 635-655, 2012.

MELLO, L. AVELAR, R. MAROJA, D. Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. **Sociedade e Estado**. Brasília, DF. V.27 n. 2 p. 289-312. 2012.

DOI: [10.1590/S0102-69922012000200005](https://doi.org/10.1590/S0102-69922012000200005) . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69922012000200005>. Acesso em: 8 jun 2022.

MEYER, D. E. E. Teorias e políticas de gênero: fragmentos históricos e desafios atuais. **Revista Bras. Enferm.**, Brasília, vol. 57, n. 1, p. 13-18, jan/fev., 2004. DOI 10.1590/S0034-71672004000100003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000100003>. Acesso em: 13 set 2022.

MEYER, D. E. A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. **Revista Gênero**, v. 6, n. 1, p. 81-104, 2005. DOI 10.22409/rg.6i1.198. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/rg.6i1.198>. Acesso em: 13 set 2022.

MEYER, D. E. Abordagens pós-estruturalistas de pesquisa na interface educação, saúde e gênero: perspectiva metodológica. In: **Metodologia de pesquisa pós- crítica em educação**. MEYER, Dagmar Estermann; PARAISO, Marlucy Alves (org.) – 2.ed. - Belo Horizonte: MAZZA Edições. 2014. p.312.

MEYER, D. E.; FÉLIX, J.; VASCONCELOS, M. F. F. Por uma educação que se movimenta como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 17, n. 47 p.859-871, Dez 2013. DOI 10.1590/S1414-32832013005000033. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000033>. Acesso em: 7 out 2022.

MEYER, D. E.; KRUSE, M. H. L. Acerca de diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: um início de reflexão. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. v. 56, n. 4, p.335-339, 2003 DOI 10.1590/S0034-71672003000400002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000400002>.

MISKOLCI, R. **Teoria Queer**: um aprendizado pelas diferenças. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016. p.87.

MOORE, H. L. Fantasias de poder e fantasias de identidade: gênero, raça e violência. **Cadernos Pagu**, [S. l.], n. 14, p. 13–44, 2015. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8635341>. Acesso em: 1 out. 2022.

MOREIRA, A.F; SILVA, T.T. Sociologia e teoria crítica do currículo: uma introdução. In: MOREIRA, A.F; SILVA, T.T. organizadores. **Currículo, cultura e sociedade**. São Paulo: Cortez; 1994. p.154

MOREIRA, A.F. O currículo como política cultural e a formação docente. In: Silva TT, MOREIRA, A.F. organizadores. **Territórios contestados**: o currículo e os novos mapas políticos e culturais. Petrópolis (RJ): Vozes; 1995. 202 p.

MOREIRA, A.F. A crise da teoria curricular crítica. In: Costa MV. **O currículo nos limiares do contemporâneo**. Rio de Janeiro: DP&A; 1998. 176 p.

MOSCHETA M.D; FÉBOLE D.S; ANZOLIN B. Visibilidade seletiva: a influência da heterossexualidade compulsória nos cuidados em saúde de homens gays e mulheres lésbicas e bissexuais. **Saúde Transform Soc.** v.7, n. 3, p 71-83, 2016.

MOTTA, J. I. J. Sexualidades e políticas públicas: uma abordagem queer para tempos de crise democrática. **Saúde em Debate** [online]. v. 40, n. spe, p.73-86, 2016. DOI 10.1590/0103-11042016S07. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042016S07>. Acesso em: 27 set 2022.

NASCIMENTO, L. C. P. “Eu não vou morrer: solidão, autocuidado e resistência de uma travesti negra e gorda para além da pandemia”. **Revista InterLegere**, v. 3, n. 28, p. 1-22, set. 2020.

NEGREIROS, F. R. N. de et al. Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da Formação Médica à Atuação Profissional. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 43, n. 1, p. 23-31, Mar. 2019. DOI 10.1590/1981-52712015v43n1RB20280075 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1RB20180075>. Acesso em: 12 set 2022.

NUNAN, A. **Homossexualidade**: do preconceito aos padrões de consumo. Rio de Janeiro: Caravansarai, 2003.

NUNAN, A. Violência doméstica entre casais homossexuais: o segundo armário? **PSICO**, v.35, n1, 2004, p. 69-78.

NUNES, C. (Des)encantos da modernidade pedagógica. In: LOPES, Eliane Marta Teixeira; FARIA FILHO, Luciano Mendes; VEIGA, Cynthia Greive (Org.). **500 anos de educação no Brasil**. v. 1. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. 608 p.

OLIVEIRA, J. M. “Os feminismos habitam espaços hifenizados: a localização e interseccionalidade dos saberes feministas”. **Ex aequo**, n. 22, p. 25-39, 2010.

OLIVEIRA, J. M. D.; MOTT, L. **Mortes violentas de LGBTQ+ no Brasil – 2019**: Relatório do Grupo Gay da Bahia. 1. ed. Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia, 2020.

OLIVEIRA, L.S. O conceito de governamentalidade em Michel Foucault. **Ítaca** [online] v. 0 n.34 p.48-71. 2020. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/Itaca/article/view/26395>. Acessado em: 5 out 2022.

OLIVEIRA, R. R.; ROCHA, K. A.; OLIVEIRA, E. C. S. Contraescritas feministas: educação das meninas de pedra. **Revista Estudos Feministas** [online]. v. 30, n. 2, ago 2022. DOI 10.1590/1806-9584-2022v30n277563. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2022v30n277563>. Acesso em: 13 set 2022.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Rev. bras. educ. méd.** V. 32, n. 4, p. 492–499, 2008.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148p.

PARAÍSO, M. A. **Currículo e mídia educativa brasileira**: poder, saber e subjetivação. Chapecó: Argos, 2007. 272p.

PARAÍSO, M. A. Pesquisas pós-críticas em educação no Brasil: esboço de um mapa. **Cadernos de Pesquisa** [online]. v. 34, n. 122, p. 283-303, Jan 2005. DOI 10.1590/S0100-

15742004000200002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742004000200002>. Acesso em: 12 set 2022.

PARAÍSO, M. A. Diferença no currículo. **Cad. Pesqui.**, São Paulo , v. 40, n. 140, p. 587-604, ago. 2010 .

PARAÍSO, M. A. Pesquisas pós-críticas em educação no Brasil: esboço de um mapa. **Cadernos de Pesquisa**, v. 34, n. Cad. Pesqui., 2004 34(122), maio 2004.

PARAÍSO, M.A. Raciocínios generificados no currículo escolar e possibilidades de aprender. In: LEITE, C. et al. (Orgs.). **Políticas, fundamentos e práticas do currículo**. Porto: Porto Editora, 2011. p.147-60.

PARAÍSO, M. A. Metodologias de pesquisas pos-críticas em educação e currículo: trajetórias, pressupostos procedimentos e estratégias analíticas. In: MEYER, Dagmar Estermann; PARAÍSO, Marlucy Alves (org.) **Metodologia de pesquisa pós-crítica em educação**. 2.ed. - Belo Horizonte: MAZZA Edições, 49-63p, 2014. 312p.

PARAÍSO, M. A., CALDEIRA, M.C.S. (org) Pesquisas sobre currículos, gêneros e sexualidades. **Currículos, gêneros e sexualidades para fazer a diferença**. 2018. Belo Horizonte: Mazza Edições, 292p.

PARANHOS, M. L. R. **A produção de corpos pelo discurso biotecnológico no currículo de formação em Ciências Biológicas**. 2019. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Sergipe, 2019.

PARANHOS, M. L. R.; PARANHOS, M. C. R. Estratégias higienistas como práticas de educar e civilizar o corpo. **Boletim historiar**, n. 22, jan./mar. 2018, p. 03-12.

PARRA, V. **Volver a los diecisiete**. Santiago. RCA Victor. 1962. 4:18.

PARRA, V. **Volver a los diecisiete**. Santiago. RCA Victor. 1962. 4:18.

PEREIRA, L.W.; GARCÍA-LÓPEZ, D. J. Vigiar e corrigir: bioestado de exceção e corpos intersexuais. **Revista Periódicus**, [S. l.], v. 1, n. 16, p. 51–73, 2021. DOI: 10.9771/peri.v1i16.42990. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/view/42990>. Acesso em: 26 out. 2022.

PINO, N. P. A teoria queer e os intersex: experiências invisíveis de corpos des-feitos. **Cadernos Pagu [onlin]**. v,28, p.149-174, jan./jun. de 2007. DOI 10.1590/S0104-83332007000100008. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-83332007000100008>. Acesso em: 13 set.2022.

POPKEWITZ, T. S. História do currículo, regulação social e poder. In: SILVA, Tomas Tadeu da (Org.). **O sujeito da educação: estudos foucaultianos**. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 264.

PRECIADO, P. B. **Testo Yonqui**. Barcelona: Espasa Libros. 2013. 328p.

RAIMONDI, G. A.; PAULINO, D. B.; TEIXEIRA, F. B. O que importa? As Pesquisas Brasileiras no Campo da Saúde e as (In)visibilidades das Travestis e Transexuais. **Sau. & Transf. Soc.**, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.7, n.3, p.133-146, 2016.

RAIMONDI, G. A. et al. Análise Crítica das DCN à Luz das Diversidades: Educação Médica e Pandemia da Covid-19. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. v. 44, n. Suppl 01, p.1-8, Out. 2020. DOI 10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200361 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200361>. Acesso em: 3 out. 2022.

RIBEIRO, V.; PARAÍSO, M. A. Currículo e MST: conflitos de saberes e estratégias na produção de sujeitos. **Educação & Realidade** [online]. v. 40, n. 3, p. 785-808, Jul. 2015. DOI 10.1590/2175-623645800. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-623645800>. Acesso em 12 set. 2022.

RIOS, R. R. **Direito da antidiscriminação**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008. 15p.

RODOVALHO, A. M. “O cis pelo trans”. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. 365-373, Abr. 2017. DOI 10.1590/1806-9584.2017v25n1p365. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2017v25n1p365>. Acesso em: 13 set. 2022.

ROZAS, L. B. **Cotas para negros nas universidades públicas e a sua inserção na realidade jurídica brasileira** – por uma nova compreensão epistemológica do princípio constitucional da igualdade. 2009. Dissertação (Mestrado em Direito) – Direito - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. DOI 10.11606/D.2.2009.tde-21062011-153542. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2140/tde-21062011-153542/pt-br.php>. Acesso em: 11 set. 2022.

RUFINO, A. C.; MADEIRO, A. P.; GIRÃO, M. J. B. C. The Teaching of Sexuality in Undergraduate Medical Education: the Perception of Students from Piauí. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 37, n. 2, p. 178-185, Fev. 2013

RUFINO, A. C.; MADEIRO, A. P. 6 Práticas Educativas em Saúde: Integrando Sexualidade e Gênero na Graduação em Medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 41, n. 1, p. 170-178, Jan. 2017. DOI 10.1590/1981-52712015v41n1RB20160020 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n1RB20160020> . Acesso em: 13 jun. 2022.

SAADEH, A. *et al.* Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual, do IPq-HCFM/USP: proposta de trabalho com crianças, adolescentes e adultos. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 86–97, 2018. DOI 1052753/bis.2018.v19.34595. Disponível em: <https://doi.org/10.52753/bis.2018.v19.34595>. Acesso em: 13 set. 2022.

SANTOS, A. L. F. **Um sexo que são vários**: a (im)possibilidade do intersexo enquanto categoria humana. 2012. 87 p. Dissertação (Mestrado em Estudos Feministas) – Universidade de Coimbra, Coimbra, 2012.

SANTOS, D. B. C. A biopolítica educacional e o governo de corpos transexuais e travestis. **Cadernos de Pesquisa** [online]. v. 45, n. 157, p.630-651, Jul-Set. 2015. DOI

10.1590/198053142970. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/198053142970>. Acessado 5 set. 2022.

SANTOS, P.M. Profissão médica no Brasil. In: MACHADO, M.H., org. **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. ePUB 117p. DOI 10.7476/9788575416075.007. Disponível em: [available http://books.scielo.org/id/t4ksj/epub/machado-9788575416075.epub](http://books.scielo.org/id/t4ksj/epub/machado-9788575416075.epub). Acesso em 12 set. 2022.

SANTOS, R. C. S.; SCHOR, N. As primeiras respostas à epidemia de aids no Brasil: influências dos conceitos de gênero, masculinidade e dos movimentos sociais. **Psicologia Revista**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 45–59, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/24228>. Acesso em: 20 out. 2022.

SANTOS, C. J. et al. Educação Médica e Formação na Perspectiva Ampliada e Multidimensional: Considerações acerca de uma Experiência de Ensino-Aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. v. 43, n. 1, p. 72-79, Jan-Mar 2019, DOI 10.1590/1981-52712015v43n1RB20180141. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1RB20180141> Acesso em: 13 out. 2022.

SCHULMAN, M. Assexuados, bichas & cia: a nova geração gay nas universidades dos EUA. Tradução: Clara Alain. Texto originalmente publicado no jornal "**The New York Times**". **Folha de S. Paulo**. São Paulo, 17 de fev. de 2013. Seção Comportamento, s/p. Disponível em < <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/ilustrissima/94158-assexuados-bichas-ampcia.shtml>>. Acesso em: 1 out. 2022.

SENA, A.G.N.; SOUTO, K.M.B. Avanços e desafios na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. **Tempus actas de saúde coletiva**, v.11, n.1, p.9-28, 2017.

SCIASCA, S. V., HERCOWITZ, A., LOPES-JUNIOR, A. **Saúde LGBTQIA+**: Práticas de cuidado transdisciplinar. 1.ed. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2021. 562 p.

SIERRA, J. C.; MEYER, D. E. Entre capturas biopolíticas e estratégias de resistência LGBT: Um ensaio sobre a lógica fármaco-moralizante na profilaxia pré-exposição – PREP. **Revista Artes de Educar**. v.6, n.3, p.1018-1037. 2020. DOI:[10.31560/2595-3206.2020.11.11708](https://doi.org/10.31560/2595-3206.2020.11.11708). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/350756958_Reflexoes_em_Torno_da_Saude_da_Populacao_LGBT_Cruzando_Temas_Problemas_e_Perspectivas. Acesso em: 13 set. 2022.

SILVA, M. P.; SOUZA, N. M. Currículos de medicina no Brasil e em cuba e a invenção de modos de ser médico. In: PARAÍSO, Marlucy Alves; SILVA, Maria Patrícia (org). **Pesquisas sobre currículos e culturas: tensões, movimentos e criações**. 1.ed. Curitiba: Brazil Publishing. 2020, P. 55-81.

SILVA, T. T. **Documentos de identidade: uma introdução às teorias de currículo**. 3ª. ed.; 10 reimp. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.158 p.

SILVA, T. T. Sociologia da educação e pedagogia crítica em tempos pós-modernos In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 16. **Programa e resumos Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Educação**, p.122, 1993.

SILVA, T T. Currículo como fetiche. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 22. **Programa e resumos**. Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação, p.228, 1999.

SIMÕES, J.C. No Brasil faltam médicos: mito ou realidade? **Rev Med Resi**. v.13, n.4, p.1-2, 2011. Disponível em: <http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico--residente/article/view/118/118>. Acesso em: 10 ago. 2022

SOUZA, J. **A construção social da subcidadania: para uma sociologia política da modernidade periférica**. Belo Horizonte: Ed. UFMG; Rio de Janeiro: Ed. IUPERJ, 2003. 207 p.

TILIO, R.; HAINES, L. F. Vivência Intersexos: Identidade, Autopercepção, Designação Sexual e Seus Desdobramentos. **Psicologia: Ciência e Profissão** [online]. v. 41 p.1-15, e228578, 2021. DOI: 10.1590/1982-3703003228578. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003228578>. Acesso em: 10 set. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE (UFCG). **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina**. Campina Grande: UFCG, 2017.

VEIGA-NETO, A. **Foucault e a educação**. 2º edição. Belo Horizonte: Autêntica, 2007. 160 p.

VEIGA-NETO, A. De geometrias, currículo e diferenças. **Educação & Sociedade** [online]. v. 23, n. 79, p. 163-186. Epub. Ago 2002. DOI: 10.1590/S0101-73302002000300009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302002000300009>. Acesso em: 15 set. 2022.

VEIGA-NETO, A., LOPES, M. C. Inclusão e Governamentalidade. **Educação & Sociedade** [online]. v.28, n.100, p.947-963. Epub Out. 2007. DOI: 10.1590/S0101-73302007000300015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302007000300015> . Acesso em: 13 out. 2021.

VIEIRA, C.M., COELHO, M. A. Sexualidade e deficiência intelectual: concepções, vivências e o papel da educação. **Revista Tempos e Espaços em Educação**, v.7, n.13, p.201-212, 17 dez. 2014. DOI:10.20952/revtee.v0i0.3268. Disponível em: <https://doi.org/10.20952/revtee.v0i0.3268>. Acesso em 12 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Report on Disability**. 2011 [acesso em: 13 ago 2021]. Disponível em: <http://www.who.int>