

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

CAMPUS SÃO CARLOS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

PEDRO MENDONÇA DE OLIVEIRA

**GÊNERO, SEXUALIDADE E CURRÍCULO: PERCEPÇÕES E
PROPOSIÇÕES A PARTIR DE VIVÊNCIAS EM UMA ESCOLA
MÉDICA**

São Carlos

2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

CAMPUS SÃO CARLOS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

PEDRO MENDONÇA DE OLIVEIRA

**GÊNERO, SEXUALIDADE E CURRÍCULO: PERCEPÇÕES E
PROPOSIÇÕES A PARTIR DE VIVÊNCIAS EM UMA ESCOLA
MÉDICA**

**Dissertação de Mestrado apresentada como pré-requisito
para obtenção de título de Mestre em Gestão da Clínica
Orientação: Prof^ª. Dra. Aline Guerra Aquilante**

São Carlos

2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



FOLHA DE APROVAÇÃO

Pedro Mendonça de Oliveira

**“GÊNERO, SEXUALIDADE E CURRÍCULO: PERCEPÇÕES E PROPOSIÇÕES A
PARTIR DE VIVÊNCIAS EM UMA ESCOLA MÉDICA”**

Trabalho de Conclusão de mestrado
apresentado à Universidade Federal
de São Carlos para obtenção do Título
de Mestre junto ao Programa de
Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 17/02/2020

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.^ª Dr.^ª Aline Guerra Aquilante - UFSCar

Prof.^ª Dr.^ª Sueli Fatima Sampaio - UFSCar

Prof. Dr. Rodrigo Otavio Moretti Pires - UFSC

Dedicatória

Dedico esta dissertação a todas as pessoas oprimidas, em particular à comunidade LGBT.

Agradecimentos

Aos meus pais e minha irmã, Neusa, Marcio e Isadora, presentes em todos os desafios e conquistas. A vocês, sempre e em primeiro lugar.

À minha orientadora, Aline Guerra Aquilante, por acreditar no potencial deste trabalho desde o início, pela liberdade concedida para ousar e criar, e por estar presente em todos os momentos em que precisei, de fato, ser orientado. Além da amizade construída neste período.

À professora Sueli Sampaio e ao professor Rodrigo Moretti-Pires, cujas contribuições foram precisas e preciosas para o lapidar deste trabalho.

Aos colegas da turma de mestrado, cujos debates nas atividades curriculares foram engrandecedores e estimulantes para a construção não só desta dissertação, mas do início de minha formação como pesquisador.

Às turmas VIII e IX do curso de Medicina da UFSCar, com quem tive o primeiro contato enquanto professor universitário, fazendo-me crer que estou no caminho certo. Em especial àquelxs que tiveram oportunidade de contribuir com este trabalho, participando como sujeitos da pesquisa.

Às amigas e amigos de São Carlos. Dividir com vocês as descobertas, alegrias e angústias deste período da minha vida foi fundamental para chegar até aqui.

À vida, por ter me concedido tantas oportunidades, a todxs que me ajudaram a enxergá-las. E agarrá-las.

“A gente vai contra a corrente,

até não poder resistir...”

(Roda viva – Chico Buarque)

Resumo

A sexualidade, segundo Michel Foucault, caracteriza-se como dispositivo de poder, que vem sendo utilizado de diversas maneiras ao longo da história da humanidade para a garantia e manutenção de privilégios. Desde o século XIX este dispositivo encontra na medicina um dos seus principais mecanismos de ação. A educação médica tende a ratificar o discurso heteronormativo e diagnosticar enquanto patologia os padrões desviantes. No que tange a discussão de gênero, trabalha-se de maneira geral com a categorização binária dos indivíduos, desdobrando-se da mesma maneira a implicação de sua sexualidade. O curso de medicina da UFSCar conta com uma proposta metodológica – a espiral construtivista – que, assim como outras metodologias ativas, garante o protagonismo dos estudantes e dialoga com seus conhecimentos prévios, apostando no conceito de Aprendizagem Significativa. Este trabalho propôs-se a compreender como se trabalha o desenvolvimento do perfil de competência relacionado a gênero e sexualidade durante o curso de medicina da UFSCar, sob a perspectiva dos alunos. Por meio de grupos focais, analisados à luz do Método de Interpretação dos Sentidos, este trabalho mostra que há uma influência positiva, ainda que indireta, na utilização das metodologias ativas, sobretudo em contraste com metodologias consideradas tradicionais. Também deflagra despreparo de grande parte do corpo de docentes e de preceptores acerca da temática. Ao avançar na discussão sobre elementos curriculares e extra-curriculares que auxiliam ou dificultam a aquisição de competências durante o período de graduação, este trabalho sugere ainda um novo conceito: O Currículo de Margens/Marginal. Conclui-se que as metodologias ativas de ensino-aprendizagem configuram-se como estratégia contra-hegemônica frente ao dispositivo da sexualidade na garantia de biopoder, e propõe caminhos aplicáveis na reorientação destes conteúdos no currículo.

Palavras-chave: Educação Médica. Currículo. Aprendizagem Baseada em Problema. Identidade de Gênero. Sexualidade.

Abstract

Michel Foucault characterizes sexuality as a device of power, which has been utilized throughout the history of mankind for the maintenance of privileges. Since the nineteenth century, this device finds in medical practice one of its principal mechanisms. Medical education tends to endorse heteronormative discourse and diagnose deviant behavior as pathologies. Concerning gender, it promotes a binary portrayal of individuals, most often assuming heterosexuality. The medical school at the Federal University of São Carlos (UFSCar) uses the constructivist spiral as an educational methodology, which, like other active methodologies, guarantees student protagonism and stimulates interchange with their previous world knowledge. This methodology relies on the concept of Meaningful Learning. The aim of this study was to understand, following the students' perspective, how a competency profile related to gender and sexuality is developed at the medical school at UFSCar. The data was gathered through focus groups, and was analyzed with the use of the meaning interpretation method. The results show that there is a positive, though indirect, influence from the use of Active Methodologies, especially if we contrast them with more traditional methodologies. There is also evidence of a lack of preparation by professors of the area in regard to gender/sexuality issues. In additional discussion, we address the Curriculum and Extra-curricular activities that influence the acquisition of competencies by improving or hindering it. In this regard, we propose a new concept: the "Marginal Curriculum". In conclusion, we recognize that active methodologies of education figure as a counter-hegemonic strategy in face of the maintenance of biopower through sexuality, and propose new applicable ways in the reorientation of the curriculum's contents.

Keywords: Education, Medical. Curriculum. Problem-Based Learning. Gender Identity. Sexuality.

Lista de siglas e abreviaturas

ABP - Aprendizagem baseada em problemas

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Humana

APS - Atenção Primária à Saúde

CID - Código Internacional de Doenças

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

DST - Doença Sexualmente Transmissível

EC - Espiral Construtivista

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IST - Infecção Sexualmente Transmissível

LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis

MFC - Medicina de Família e Comunidade

PBL - Problem Based Learning

SGTES - Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

SP - Situação-Problema

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UFSCar - Universidade Federal de São Carlos

USF - Unidade de Saúde da Família

Lista de quadros, figuras e tabelas

Figura 1 - Espiral Construtivista.....	22
Quadro 1 - Carga horária das atividades curriculares - Curso de Medicina UFSCar.....	23
Tabela 1- Distribuição dos participantes da pesquisa.....	26

Sumário

1 Apresentação.....	12
2 Introdução.....	14
3 Referencial Teórico.....	17
3.1 Sexualidade e gênero.....	17
3.2 Educação na saúde e a UFSCar.....	21
4 Objetivo.....	24
5 Metodologia.....	25
6 Resultados e Discussão.....	27
6.1 Vivências curriculares: O formal, o oculto, e o marginal.....	28
6.2 (A influência d)a metodologia ativa.....	42
7 Considerações finais.....	49
Referências.....	52
Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	56
Apêndice 2 - Roteiro semi-estruturado para o Grupo Focal.....	58

1 Apresentação

Este trabalho surge através de uma série de singularidades, tanto em minha vida, como no momento histórico que atravessa o país. Para chegar a sua gênese, não é suficiente que eu apresente minha trajetória acadêmica, ainda que ela esteja intimamente ligada com a escolha do tema.

Sempre gostei de escrever. Apesar de ter me graduado médico, quando pequeno pensei em cursar direito, jornalismo, e meu primeiro vestibular foi para Relações Internacionais. Pensei em ser diplomata. Concomitante a isso, escrevia meus textos. Crônicas, contos, tive blogs, minhas redações faziam certo sucesso no colégio. Penso hoje que cursar medicina me atraiu mais pelo desafio intelectual do que por vocação propriamente dita, ainda que eu gostasse muito de estar envolvido com causas sociais. Antes de ingressar na universidade, cheguei a dar aulas de reforço escolar em projetos populares, além de aulas particulares. O contato com a educação foi sendo despertado e a partir daí só cresceu.

O gosto pelas ciências humanas e sociais sempre ficou latente, o que não deixa de ser expresso por minha escolha da especialidade médica – Medicina de Família e Comunidade. Nunca me preencheu a forma com que somos ensinados (ou como fui ensinado) a lidar com o adoecimento humano: etiologia, fisiopatologia, diagnóstico sindrômico, exames, medicações...

É evidente que para auxiliar as pessoas em seu processo de cura, ou o domínio delas acerca de suas condições de saúde, era (e sempre será) importante ao médico entender destas questões, mas a mim o próprio conceito de saúde deveria ser mudado. Fui apresentado pelo professor Marco Aurélio Da Ros, um dos meus grandes exemplos durante a graduação, à ideia de que *“Saúde é a capacidade de reagir a tudo que nos oprime”*. A partir deste conceito, trabalhar com saúde me dava muito mais elementos para transitar por saberes que a mim são mais sedutores e íntimos.

Além da literatura médica propriamente dita, durante a graduação tive contato com Paulo Freire, e passei a dizer para todos que gostava da ideia do médico enquanto educador. Fato que ficaria mais ao meu alcance sendo médico de família e comunidade. Trabalhar com a

determinação social do processo saúde e doença – obter a compreensão de que as pessoas adoecem e morrem em função da forma como vivem, e assim ajudá-las adquirirem maior autoconhecimento e por isso autonomia, era o que eu passaria a perseguir.

Isso tudo não deixa de ir ao encontro dos pressupostos das diretrizes curriculares para os cursos de medicina, supostamente incorporados ao curso da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), onde me graduei. Entretanto o que eu notava, e que foi motivo de minha investigação no (Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), é que a disciplina norteadora do curso, a Interação Comunitária, à época, da forma como estava estruturada, mais afastava os alunos do perfil de médico desejado do que qualquer outra coisa. Este foi meu primeiro passo mais estruturado e incisivo na direção da educação médica.

Certo de que era (ainda é) necessário dar uma característica contra-hegemônica à prática médica, se queremos de fato entender saúde como capacidade de reagir a tudo que nos oprime, e conferir maior autonomia às pessoas, como trabalho de conclusão da residência médica resolvi estudar o ensino da acupuntura na residência de medicina de família e comunidade (a qual também fiz em Florianópolis). Mais uma vez estudando educação médica, atrelando ferramentas de outra racionalidade médica – Acupuntura/Medicina Tradicional Chinesa (tida por nós como integrativa e complementar) como potência na perspectiva de saúde tal qual acredito.

Tive oportunidade de viver experiências profissionais tanto na assistência, como médico da Estratégia de Saúde da Família em distintos contextos (favela, periferias, zona rural) e também na gestão – fui consultor técnico da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), do ministério da saúde, justamente, (vejamos só!) no núcleo de residência em saúde, mais uma vez lidando com formação de profissionais em saúde.

No ano de 2017 acabei passando em processo seletivo para professor substituto do Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), juntamente a outro cargo de médico da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município de São Carlos. Momento este que coincidiu com minha decisão em realizar o mestrado.

Fui professor da atividade curricular nomeada Prática Profissional em Saúde da Família e Comunidade para o 4º ano do curso, todo estruturado por metodologias ativas, pela qual me encantei. Ao mesmo tempo também fui preceptor do internato médico no estágio de Saúde da

Família e Comunidade, recebendo alunos do 5º ano na Unidade de Saúde da Família onde trabalhava.

Importante fazer um adendo neste trecho, para introduzir um aspecto de grande relevância para a eleição do tema deste trabalho. Estes últimos anos, especialmente a partir de 2016, foi o período em que também aceitei melhor minha sexualidade, superando as amarras da heteronormatividade compulsória. Para além de todo o amadurecimento por meio das vivências extra-profissionais, ajudaram-me muito neste processo observar a fluidez com que os estudantes para os quais eu dava aula (ou melhor, era facilitador em atividades curriculares) transitavam por estas questões. Fazia-me lembrar minha época de estudante de medicina, e o quão mal isso foi vivido e aprendido, não tendo eu mesmo à época, oportunidade de me desenvolver enquanto indivíduo e profissional, hoje assumidamente gay.

Minha trajetória pessoal, juntamente ao interesse pela educação, e a mais recente paixão pelas metodologias ativas; consciente do lugar de fala bastante destacado em que se encontram médicas e médicos nesta sociedade ainda muito marcada por preconceitos e ignorâncias, levam-me agora a desenvolver este trabalho.

Tal proposta ganha contornos ainda mais significativos no Brasil atual, em que temos Jair Bolsonaro como presidente da nação. A população optou por eleger uma figura homofóbica, misógina, racista, embrutecida e estupidificada, que declaradamente pretende levar as pessoas pelos mesmos caminhos. Vivemos um momento em que é preciso resistir e criar ferramentas para que não caiamos num retrocesso social profundo.

Tenho por propósito com este trabalho, colaborar para maior compreensão acerca dos rumos da educação médica no que se refere a gênero e sexualidade que, conforme veremos adiante, configura-se enquanto dispositivo de poder.

Para que sejamos aliados na perspectiva de uma sociedade mais solidária, justa, tolerante. Enfim, para que sejamos todos mais conscientes, empoderados, felizes, sendo quem desejamos ser. Isso, por si só, já é um ato de resistência.

Para que definitivamente a saúde seja capacidade de reagir ao que nos oprime, é que me dedico a este trabalho.

2 Introdução

A história da humanidade é marcada por diferentes estratégias de aquisição e manutenção de poder. Podemos entender por poder o exercício de manutenção de privilégios de classe. Michel Foucault (2015) utiliza o termo *dispositivo* para tratar destas estratégias. Dentre os principais dispositivos encontra-se a sexualidade, que ao longo da história foi entendida e manipulada de diferentes formas, com intuito de moldar a sociedade à maneira de garantir o exercício do poder.

O mundo, sobretudo no ocidente, encontrou no capitalismo seu *modus operandi*, e desde a mais incipiente tentativa de concentração de riquezas, esteve a sexualidade, com suas normas e regras, por sua vez ditadas pelas instituições prestigiadas à época (sobretudo a igreja e a família), servindo de suporte para corroborar as alianças pertinentes a tal função.

Ainda que a sociedade muito tenha mudado durante os últimos séculos, e o exercício do poder não se limite à mera concentração de renda (ainda que seja, talvez, o mais famigerado), ao perceber o apelo e potência que existe no controle sobre os corpos, o dispositivo da sexualidade foi ganhando outros contornos, outros caminhos que garantissem não somente a interdição de comportamentos teoricamente indesejáveis, mas a administração de toda e qualquer manifestação da sexualidade em benefício dos que concentram o poder.

Sabemos que a reboque deste dispositivo, existe uma inevitável hierarquização sobre os gêneros – homem x mulher (cis e trans), e todos os desdobramentos advindos das relações de gênero, nos mais diferentes contextos, entendendo, entre outros, que o exercício da sexualidade não se resume ao desejo e ato sexual.

Notando a insuficiência das instituições de outrora para garantir a força da sexualidade enquanto dispositivo de poder, ou biopoder, foi conferido a outros sujeitos, e outras corporações o status moral para versar sobre o tema, a fim de garantir o dispositivo. Foi desta forma que, a partir do século XIX, à medicina foi dado o direito de legislar sobre o tema, decidindo sobre o que é normal ou anormal, sobre o que é certo ou errado a respeito da sexualidade, acompanhando a vertente cientificista, alicerçada no positivismo, dotado de muito prestígio à época.

Desde então, a medicina está a serviço do biopoder, ditando regras sobre como as pessoas devem entender e vivenciar sua sexualidade, conforme convém aos que querem manter seus privilégios de classe, ora “patologizando” supostos desvios, ora reforçando comportamentos “saudáveis”, num movimento quase nunca consciente por parte daqueles que exercem a profissão, o que é corroborado tanto por Foucault (2015) como por Davy (2003), autora que argumenta que os cursos de Medicina são baseados em um conhecimento dos seres humanos em categorias binárias e heteronormativas, de forma que, ao abordar os pacientes, tudo o que diverge é considerado desvio e doença, portanto, já que não se adequam aos modelos de saúde em termos de sexualidade.

Posto isso, entende-se que a formação médica acaba sendo conduzida de forma a assegurar o discurso pertinente ao exercício do biopoder. Ainda que existam determinações claras nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina (2014) no sentido de que os estudantes desenvolvam competências relacionadas ao cuidado das pessoas considerando todo repertório possível de diferenças de ser e agir no mundo, e que no caso específico de gênero e sexualidade, encontram ressonância na Política Nacional de Saúde Integral Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT (2011), estratégias dentro do currículo formal, e sobretudo no dito currículo oculto convergem para garantir uma prática profissional que explicita o discurso heterocisnormativo, por consequência, machista e homofóbico.

Moretti-Pires (2017), nesta perspectiva, faz um destaque de bastante impacto, quando diz que o motivo fundamental de ser da medicina acaba por “garantir 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.”

Pelos mesmos motivos que levam a medicina a assegurar a sexualidade como um dispositivo de poder, entende-se que, a depender da condução da formação médica, pode-se criar um contra-dispositivo. Elementos curriculares, extracurriculares, a metodologia de ensino, somados ao perfil cada vez mais heterogêneo dos integrantes nos cursos de medicina, podem criar condições de ressignificar o discurso sobre gênero e sexualidade, a fim de transformá-lo, não em instrumento de vigilância e poder, e sim como ferramenta em prol de autoconhecimento e promoção de saúde, não só para aqueles que procuram os estabelecimentos de saúde, mas como para os próprios profissionais.

O Curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) conta com 40 vagas de ingresso anual, e utiliza metodologias ativas de ensino-aprendizagem na condução do curso (ADLER, 2016). Na maioria das ocasiões é utilizada a Espiral Construtivista, derivada da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP ou PLB, sua sigla em inglês) e da problematização, que confere protagonismo aos estudantes no processo de aprendizagem, apostando na aquisição de conhecimentos por meio de meta-cognição e meta-aprendizagem, ancorando novos conteúdos aos repertórios prévios de conhecimento dos próprios estudantes, apostando na Teoria da Aprendizagem Significativa (AUSUBEL, 1964), e tem no professor o papel de facilitador deste processo (THOMAZ, 2001).

Entendendo a importância e o papel chave da profissão médica nas questões que envolvem a sexualidade, e todos os desdobramentos que podem dela advir, tanto como dispositivo de biopoder, como fator de auto-conhecimento e saúde, este estudo se justifica por, a partir da experiência dos alunos da UFSCar, compreender como se aprendem questões relacionadas ao tema no curso, e se os elementos específicos deste curso podem fornecer contribuições para que o profissional médico consiga lidar com tais questões em prol da saúde do paciente, e de sua própria, ou se ele apenas reforça a sexualidade como dispositivo de poder. O presente estudo parte, portanto, da hipótese de que estes elementos do curso contribuem para a aquisição de tais habilidade para a composição do perfil de competência.

3 Referencial Teórico

3.1 Sexualidade e Gênero

O termo *dispositivo*, segundo Foucault (2015), sugere uma intervenção racional e organizada nas relações de força em jogo em determinado cenário social, sendo, portanto, uma estratégia quando se pretende operar ou manipular tais forças, estabilizando-as ou desenvolvendo-as em determinada direção. A sexualidade pode ser inscrita sob este signo e possui uma história de influência sobre os seres humanos.

A primeira instituição a operar o dispositivo da sexualidade, segundo Foucault, foi a igreja, fazendo valer a aliança matrimonial, portanto atribuindo às relações heterossexuais o espectro de “normal”, ou desejável, realizando assim a manutenção da concentração de riquezas

sob domínios restritos. Sob jugo da repressão, criou-se desde a época clássica certas regras de decência, onde sem dúvida, filtravam-se palavras, a política dos enunciados:

Definiu-se de maneira muito mais estrita onde e quando não era possível falar dele (sexo); em que situações, entre quais locutores, e em que relações sociais; estabeleceram-se, assim, regiões, se não de silêncio absoluto, pelo menos de tato e discrição: entre pais e filhos, por exemplo, ou educadores e alunos, patrões e serviçais. (FOUCAULT, 2015)

A pastoral cristã utilizou-se do artifício da confissão, primeiramente, para administrar este dispositivo, pois segundo o autor:

[...] cumpre falar do sexo como de uma coisa que não se deve simplesmente condenar ou tolerar, mas gerir, inserir em sistema de utilidade, regular para o bem de todos, fazer funcionar segundo um padrão ótimo. O sexo não se julga apenas, administra-se. (FOUCAULT, 2015)

Desta maneira, era importante destrinchar ao máximo os comportamentos sexuais, o que era garantido através das confissões.

No decorrer da história, com o avançar do cientificismo impregnado pelo positivismo, a igreja perdeu parte de seu potencial enquanto detentora da legitimidade para utilização do dispositivo da sexualidade, papel que foi transferido então para a medicina, ramo do saber de grande prestígio e que operava a lógica científica positivista.

O que houve então foi a transferência dos rituais da confissão nos esquemas da regularidade científica, aproveitando-se para medicalizar os efeitos da confissão, dominando assim a sexualidade. Trata-se de dispositivo que abarca amplamente a história, pois vincula a velha injunção da confissão aos métodos da escuta clínica. Através deste dispositivo, a sexualidade aparece agora enquanto verdade sob os moldes preconizados pelo discurso médico, sendo então “coisa” passível de patologização – orgânica, funcional, mental – e medicalização, conferindo à medicina a gestão destes aspectos.

Ainda segundo Foucault (2015), o dispositivo da sexualidade assume quatro grandes estratégias que se desdobraram no século XIX dentro da medicina: sexualização da criança,

histerização da mulher, especificação dos perversos, regulação das populações; estratégias que passam todas por uma família que precisa ser encarada não como poder de interdição e sim como fator capital de sexualização.

Desenvolveu-se técnicas diversas e numerosas para obterem a sujeição dos corpos e o controle das populações. Abre-se, assim, a era de um “biopoder”. Esse biopoder, sem a menor dúvida, foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos.

Desta maneira, “o dispositivo da sexualidade se liga à economia através de articulações numerosas e sutis, sendo o corpo a principal – corpo que produz e consome” (FOUCAULT, 2018). Ainda assim o autor ironiza o dispositivo dizendo que “é preciso acreditarmos que nisso (no dispositivo) está a nossa liberação”.

Todo o trabalho de Foucault, sobretudo desenvolvendo a *História da Sexualidade*, serviu tanto para solidificar o elo existente entre a pesquisa qualitativa e o estudo das sexualidades, quanto inaugurou uma nova fase da teorização das identidades sexuais, (GAMSON, 2010), na qual se insere, entre outros, a Teoria Queer.

Esta teoria, cujo texto considerado fundamental é *Epistemology of the Closet* (SEDWICK, 1990) trabalha com um amplo espectro de gêneros e sexualidades, fugindo do binarismo constitucional vigente (homem/mulher, heterossexual/homossexual). Em outras palavras, desconstrói a crítica da “heteronormatividade em suas diversas formas e aparências, da noção de que humanidade e heterossexualidade são sinônimos”, e tem, portanto, a premissa de que

[...] a produção de um corpus de conhecimento que seja aparentemente neutro em termos científicos (sobre as mulheres, as variantes sexuais, os delinquentes e os transgressores) pode se transformar em um recurso para ser utilizado na produção de definições normativas que limitem e demarquem o comportamento. (SEDWICK, 1990)

Por isso, esses estudos têm se mostrado especialmente úteis para direcionar a atenção ao heterossexismo e à homofobia institucionalizados.

Judith Butler (1991) vem ao encontro do supracitado. Para a autora, as categorias de identidade são um incômodo e considera-as como obstáculos invariáveis e disso advém a necessidade de compreendê-las, ou mesmo promovê-las, como terrenos de “transtornos necessários”. A identidade, argumenta Butler, é um “erro necessário”. (1993). Assumindo a definição desta autora, gênero é processual, devir, prática discursiva contínua aberta à intervenção e ressignificações, “[...] insistente e insidiosa, sustentada e regulada por vários meios sociais.” (BUTLER, 2013)

Butler acaba por concordar com a genealogia e arqueologia de Michel Foucault, especialmente na questão dos dispositivos de poder, base sobre a qual constrói o conceito de matriz heteronormativa, ou seja, uma matriz de sentidos que toma a heterossexualidade compulsória como parâmetro (GAMSON, 2010).

Evocando, portanto, a relação entre gênero, sexualidade e prática médica, parece haver um descompasso entre aquilo que a medicina ainda hoje toma por conhecimento válido para suas práticas, o que tem sido produzido na academia, e o que reivindicam os movimentos sociais, pois “[...] a maioria dos médicos ainda mantém ideais heteronormativos e homofóbicos” (CONNELL e PEARSE, 2015).

Em que pesem as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014, cujo artigo 5º nos traz que “Na Atenção à Saúde, o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnicoracial, 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”, há de se observar outros aspectos que se sobressaem ao almejado, promovendo o oposto do que se deseja.

Destaca-se entre tais o status, ou posição social do médico (BULCÃO e SAID, 2003), que acaba por perpetuar condutas da autoimagem característica dessa representação social contemporânea, além do que o processo de socialização entre os próprios médicos “[...] tende a reproduzir de forma conservadora os padrões culturais vigentes” (MORETTI-PIRES, 2017). Entende-se, portanto, que os cursos de Medicina ainda são baseados em um conhecimento dos seres humanos em categorias binárias e heteronormativas (DAVY 2003), ignorando o indivíduo em suas mais diversas dimensões.

3.2 Educação na saúde e a UFSCar

A UFSCar planejou sua formação médica com base nas DCN de 2001 (revisadas em 2014), cujo currículo contemplou: a formação por competência, as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, e a parceria entre a Universidade e a Rede de Saúde Municipal, integrando alunos, docentes e preceptores do SUS, do primeiro ao sexto ano. (ADLER, 2015).

Consoante às Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Medicina, essa proposta aponta para um currículo que viabiliza o desenvolvimento da prática profissional por meio da mobilização de capacidades, em ação e em contexto, orientando a formação para a construção de competência profissional.

No currículo orientado por competência, a prática profissional desejada é a referência para a seleção de conteúdos e experiências educacionais voltadas ao desenvolvimento de excelência profissional. O conceito de competência utilizado diz respeito à combinação de capacidades que colocadas em ação produzem intervenções no campo profissional com reconhecido padrão de excelência.

A abordagem dialógica de competência reconhece e considera a história das pessoas e das sociedades nos seus processos de reprodução ou de transformação dos saberes e valores que legitimam os atributos e os resultados esperados numa determinada área profissional. Esta explicitação permite um processo mais aberto de exploração das distintas concepções, interesses, valores e ideologias, que invariavelmente governam e determinam a intencionalidade dos processos educativos, porém nem sempre são discutidos de um modo mais participativo e democrático pela sociedade. (LIMA, 2015)

Para isso trabalham-se capacidades cognitivas, afetivas e psicomotoras que qualificam as ações profissionais. A organização do currículo, segundo perfil de competência, visa oferecer experiências educacionais potentes para o desenvolvimento das capacidades, de modo articulado para favorecer que elas possam ser mobilizadas, com sucesso, frente a um determinado contexto que requeira a atuação profissional. (UFSCAR, 2007).

A abordagem pedagógica é construtivista, individualizada e orientada ao desenvolvimento destas competências. Utilizam-se metodologias ativas de Ensino-aprendizagem, pois tais

metodologias tem por premissa valorizar a trajetória de cada um e reconhecem que é a partir dos conhecimentos prévios que são construídos novos saberes, o que se aproxima do conceito de aprendizagem significativa (MOREIRA, 2002).

A respeito da aprendizagem significativa, trata-se de teoria postulada por David Ausubel (1963), cujo processo de aprendizado propriamente dito ocorre apenas na presença das seguintes condições: 1 - A disposição, ou interesse do aluno em aprender e, 2 – Que o que se queira ensinar tenha conteúdo significativo para o aprendiz, e que para isso acontecer, é necessário que dialogue com seus conhecimentos prévios.

Já o termo “significativo”, embora tomado por distintas interpretações, neste contexto não está relacionado às ideias importantes ou cientificamente validadas, e sim com o significado que o aprendiz confere a determinado conhecimento e por conta disso lhe atribui importância, a depender de como utilizará em seus desafios cotidianos (LEMOS, 2011).

As metodologias ativas são consideradas tecnologias que proporcionam engajamento dos educandos no processo educacional, tornando-os protagonistas no processo, favorecendo o desenvolvimento de sua capacidade crítica e reflexiva em relação ao que estão fazendo. Visam promover: (i) pró-atividade, por meio do comprometimento dos educandos no processo educacional; (ii) vinculação da aprendizagem aos aspectos significativos da realidade; (iii) desenvolvimento do raciocínio e de capacidades para intervenção na própria realidade; (iv) colaboração e cooperação entre participantes.

Dentre estas metodologias encontra-se a espiral construtivista (EC). A EC tem caráter problematizador, concebida a partir da experiência de Valéria Lima, cuja ideia inicial partiu do princípio da globalização, defendido por Ovide Dècroly (1871-1932). Para este autor, a aprendizagem ocorre com base numa visão do todo para, posteriormente, se organizar em partes.

De fato, a metodologia acontece em forma de espiral, com passos delimitados: a identificação de problemas, formulação de explicações e elaboração de questões de aprendizagem, passos estes nomeados de “síntese provisória”. A busca por novas informações, a construção de novos significados, e a avaliação constituem uma “Nova Síntese” (LIMA, 2016). Entende-se que os alunos revisitarão os conteúdos fazendo outros momentos em espiral (Figura 1).



Espiral Construtivista (LIMA, 2016)

No que diz respeito à função do professor na Espiral Construtivista, este deve agir como facilitador, ou seja, atuar de maneira problematizadora, mediando a aprendizagem. O foco deve ser colocado no desenvolvimento de capacidades críticas e reflexivas pelos alunos. Consegue-se este desenvolvimento a partir do uso de situações contextualizadas como disparadoras da aprendizagem; pela aposta no elemento principal da aprendizagem significativa, que é a suscitação dos conhecimentos prévios, e por seu próprio caráter problematizador, além obviamente, da compreensão da metodologia, criticidade, disponibilidade para o diálogo e respeito à diversidade (LIMA, 2016).

A estrutura curricular, elaborada de forma a proporcionar aos estudantes situações e estratégias para a aquisição do perfil de competência, está organizada durante o curso no que foi chamado de Unidades Educacionais.

Trata-se de 3 ciclos educacionais, com duração de 2 anos cada um: Integralidade do Cuidado I: primeiro e segundo anos letivos; Integralidade do Cuidado II: terceiro e quarto anos letivos; Integralidade do Cuidado III: quinto e sexto anos letivos. Cada ciclo está organizado segundo Unidades Educacionais que representam eixos que perpassam o currículo (ver Quadro 1). As Unidades Educacionais são: Simulação da Prática Profissional - Necessidades de Saúde e Planos Terapêuticos; Prática Profissional; Eletiva. A Unidade Educacional de Simulação da Prática Profissional é desenvolvida por meio de duas Atividades Curriculares que utilizam processos de ensino-aprendizagem específicos: Situações-Problema e Estações de Simulação. As unidades longitudinais são organizadas pelos professores para todos os estudantes e a unidade eletiva é organizada a partir de necessidades específicas de cada estudante (UFSCAR, 2007).

Quadro 1 - Carga horária das atividades curriculares - Curso de Medicina UFSCar

Ciclo	Ano letivo	Unidade Educacional	Carga Horária
Integralidade do Cuidado I	1º Ano	Necessidades de Saúde e Planos Terapêuticos I	680h/ano
		Prática Profissional I	680h/ano
	2º Ano	Necessidades de Saúde e Planos Terapêuticos II	660h/ano
		Eletiva I	200h/ano
		Prática Profissional II	680h/ano
SubTotal			2900h
Integralidade do Cuidado II	3º Ano	Necessidades de Saúde e Planos Terapêuticos III	440h/ano
		Prática Profissional III	800h/ano
		Eletiva II	320h/ano
	4º Ano	Necessidades de Saúde e Planos Terapêuticos IV	440h/ano
		Prática Profissional IV	800h/ano
		Eletiva II	320h/ano
SubTotal			3120h
Integralidade do Cuidado III	5º Ano	Prática Profissional V	1400h/ano
		Eletiva IV	400h/ano
	6º Ano	Prática Profissional VI	1400h/ano
		Eletiva V	400h/ano
	SubTotal		
Total Geral			9620h

A unidade educacional chamada de Necessidades de Saúde e Planos terapêuticos, também denominada Simulações da Prática profissional, conforme citado, dividem-se em duas atividades curriculares: as Situações-Problema (SP), onde diferentes disparadores, entre eles casos clínicos, histórias de vida, situações epidemiológicas, entre outros, elaborados pelos docentes na forma de textos, são debatidos pelos estudantes, utilizando as etapas da espiral construtivista; e as Estações de Simulação, onde dramatizações utilizando atores treinados, ou manequins, servem para a prática de habilidades psicomotoras dos estudantes, simulando situações reais da profissão, focalizando na realização de história clínica – anamnese, exame clínico geral e específico e procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Já a unidade educacional Prática Profissional trabalha com disparadores surgidos das vivências dos alunos nos campos de estágio prático - Unidades de Saúde da Família, Hospitais, e outros cenários de prática. Todas as atividades curriculares estão presentes desde o primeiro ciclo do curso, conforme demonstrado no Quadro 1.

4 Objetivo

Compreender como se trabalha o desenvolvimento do perfil de competência relacionado a gênero e sexualidade durante o curso de medicina da UFSCar, sob a perspectiva dos alunos.

5 Metodologia

Tratou-se de pesquisa descritiva, de natureza qualitativa. A abordagem qualitativa deriva do pensamento compreensivista (WEBER, 1964) e hermenêutico (GADAMER, 1999). Preocupa-se com a compreensão interpretativa da ação social, a inteligibilidade destes fenômenos e o significado e a intencionalidade que lhe atribui os atores envolvidos (MINAYO, 1993).

Considera-se que métodos qualitativos, com seu foco sobre a criação de significado e as experiências da vida cotidiana adequam-se às intenções propostas, além das metas de visibilidade, e no desafio cultural de determinados movimentos, como visou este estudo. Com isso, também escapa de um modelo positivista em busca de verdades objetivas, que a moralização em torno da sexualidade havia aparentemente obscurecido (GAMSON, 2006),

Esta abordagem qualitativa teve como desenho o Interacionismo Simbólico. Nele está expressa a ideia de que a interação entre indivíduos pressupõe uma comunicação de significados, partilhados, reconhecidos e interpretados, sendo a matriz dos comportamentos sociais. A interação simbólica entre os indivíduos pressupõe a auto-interação. Em outras palavras, o indivíduo interage consigo próprio, se “vendo, a partir dos olhos dos outros” (MINAYO, 2006).

Para alcançar tais compreensões, o estudo utilizou a técnica de grupos focais como método de coleta de informações. Entendeu-se a pertinência desta técnica por tratar-se de um grupo com características identitárias homogêneas, que compartilham de uma mesma vivência (serem estudantes do curso de medicina da UFSCar).

O que se procura em grupos focais é a cartografia das opiniões, argumentos e pontos de vista, concordantes ou conflituosos, críticos ou resignados. O grupo permite, ainda, o aprofundamento das influências recíprocas entre os falantes, ou seja, a reflexividade das opiniões. Além do conteúdo do que se debate, a dinâmica de grupo focal permite inferir o tipo de relações que existem entre seus participantes (DESLANDES, 2005).

Foram convidados a participar dos grupos focais todos os 40 alunos do 6º ano/2019 do curso de Medicina da UFSCar. Aceitaram e tiveram disponibilidade de participar 15 alunos, os quais foram divididos em 2 grupos focais, de 6 e 9 participantes. A distribuição acabou sendo guiada pela disponibilidade dos alunos conforme compatibilidade de agenda com outras atividades do internato médico.

Foi elaborado um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE - Anexo 1), que tratou de explicar os objetivos do estudo e preocupou-se em prever os potenciais desdobramentos positivos e negativos da participação dos estudantes na pesquisa, assegurando-lhes maiores explicações e opção de desistência, bem como suporte psicológico a qualquer momento do desenvolvimento da mesma.

Ao se trabalhar os grupos focais, utilizou-se um roteiro semi-estruturado (Apêndice 2). Este roteiro foi testado com um grupo piloto composto por 6 estudantes recém-egressos do curso, e a ele (roteiro) foi adicionado uma questão para ser trabalhada com os sextanistas. Os grupos foram então gravados para posterior transcrição. As entrevistas foram codificadas, para garantir o anonimato dos participantes.

Foi utilizada a seguinte codificação para preservar a identidade dos participantes, segundo auto-declaração: a letra H inicial = Homem, M = mulher. A segunda letra H = Heterossexual, enquanto B = Bissexual, G = Gay e L = Lésbica. Após o hífen, há a numeração dos grupos G1 e G2, conforme a sequência em que ocorreram. Entende-se que o conjunto destas características ajudam a entender o tipo de sensibilidade das falas, bem como o “lugar de fala” de cada participante.

Para análise das informações, foi utilizado o Método de Interpretação de Sentidos. Por sua perspectiva socioantropológica, este método tem como foco o fenômeno cultural. Ele é um caminho de análise de significados dentro de pressupostos das correntes compreensivistas das ciências sociais que analisa: (a) palavras, (b) ações, (c) conjunto de inter-relações; (d) grupos; (e) instituições; (f) conjunturas, entre outros campos analíticos. O método pressupõe trabalhar com o material obtido da seguinte maneira (GOMES, 2006):

1. Descrição do material gravado, que foi transcrito na íntegra e literalmente;
2. Análise da descrição, que a decompõe, traçando um caminho sistemático de busca, com localizadores-chave explícitos ou não nos depoimentos e nas relações entre os fatores; busca relações e expande a descrição.
3. Interpretação de dados, que busca sentido nas falas e ações para alcançar compreensão ou explicação para além dos limites do que é descrito e analisado.

Essas três etapas de tratamento de dados qualitativos não são mutuamente excludentes, nem possuem fronteiras claras entre si. O importante é buscar a lógica interna do grupo, frente ao tema que está sendo analisado.

6 Resultados e discussão

A tabela a seguir mostra a composição dos grupos focais:

Tabela 1 - Distribuição dos participantes da pesquisa

Identificação		Mulheres	Homens	Total
Grupo 1	Homossexuais	0	0	0
	Bissexuais	3	0	3
	Heterossexuais	1	2	3
Grupo 2	Homossexuais	0	2	2
	Bissexuais	2	1	3
	Heterossexuais	2	2	4
Total		8	7	15

O Grupo 1 foi composto por alunos de um mesmo grupo de internato médico, ou seja, que realizam todos os estágios práticos juntos. O grupo focal foi realizado no intervalo entre atividades no Hospital Universitário, o que possibilitou reunir quase o grupo todo (6 de 7 alunos). Conforme descrito na tabela, haviam 4 mulheres (3 bissexuais e 1 heterossexual) e 2 homens (heterossexuais), e não necessariamente todos tinham afinidade, ou interesse desperto pelas temáticas. Isso fez com que, em princípio, as discussões fossem norteadas para a temática de gênero, com volume de fala expressivamente maior entre as mulheres do grupo. Aspectos relacionados a sexualidade tiveram de ser estimulados pelo pesquisador no decorrer do tempo. É notório que as falas destacadas deste grupo e analisadas doravante dialogam mais sobre questões de gênero do que sexualidade.

Em contrapartida, o grupo 2, mais heterogêneo tanto em relação a gênero como orientação sexual, (5 homens - 2 gays, 1 bissexual, 2 heterossexuais e 4 mulheres - 2 bissexuais,

2 heterossexuais), além de ter sido um grupo composto por alunos com mais aproximação com os temas, cujos participantes se organizaram individualmente para a realização do grupo numa data e horário sugeridos pelo pesquisador, conseguiu abarcar tanto gênero como sexualidade, sem que houvesse intervenção do pesquisador. Não se nota maior tendência a monopolizar a discussão para um dos dois temas especificamente. Entendeu-se que todos os participantes tiveram oportunidade de contribuir sem a necessidade de serem estimulados.

A partir das informações coletadas, foram construídas duas categorias de análise. A primeira se dedica a intersecções da temática com currículo em suas diversas acepções, enquanto a segunda se debruça sobre a influência de metodologias de ensino sob aquisição de habilidades e perfil de competências relacionadas ao tema.

6.1 Vivências curriculares: O formal, o oculto, e o marginal

“O currículo na ação é a última expressão de seu valor, pois, enfim, é na prática que todo projeto, toda ideia, toda intenção, se faz realidade de uma forma ou outra; se manifesta, adquire significado e valor, independentemente de declarações e propósitos de partida. Às vezes, também, à margem das intenções a prática reflete pressupostos e valores muito diversos.” (SACRISTÁN, 1998)

Num currículo baseado em competência, que aposta na teoria da aprendizagem significativa, o que se procura é que os conteúdos trabalhados durante o curso dialoguem com os conhecimentos prévios dos estudantes e com suas vivências, e que se tenha uma proatividade em busca do conhecimento, conforme observam os diversos autores que trabalham com tal teoria, e já foi retratado na sessão anterior.

Fica claro, analisando a fala dos participantes da pesquisa, que habilidades do perfil de competência (ou a falta de) para tratar de gênero e sexualidade são desenvolvidas, e estão muito mais atreladas às experiências fora do curso (ainda que algumas dentro do âmbito universitário, por proporcionar um ambiente com enorme diversidade de pessoas), e do interesse pessoal de cada estudante, do que de conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos durante os 6 anos de graduação.

“Eu acho que uma vantagem que a gente teve na nossa formação e que aí é... eu acho que não tem relação ao curso, vai além do curso: que a gente tá inserido numa universidade que tem uma grande diversidade de pessoas, e de... e assim, tem campo pra você conhecer melhor e se inteirar sobre os temas, vai muito mais de uma motivação pessoal de cada um do que uma coisa que é aprendida na graduação”. (HG-G2)

“E assim como os colegas mesmo falaram, a gente tá dentro de um lugar que eu tenho certeza que 100% da nossa turma, a turma IX, de 40 alunos, todo mundo já discutiu isso em algum momento da graduação. Mas eu não atribuo isso ao curso de medicina da UFSCar.” (HG – G2)

Conforme se verá adiante, esta última fala permite entender certa falta de visão do todo que alguns estudantes podem obter, no que tange à aquisição de habilidades do perfil de competência por seus colegas de turma, uma vez que no outro grupo focal houve estudante que não conseguiu se recordar de um momento sequer em que gênero e sexualidade foram abordados nos grupos de discussão em que estava inserido.

Nota-se que o curso de medicina, e a comunidade universitária como um todo, é atualmente composta por um grupo de pessoas que expressam uma maior diversidade sexual, em comparação com anos atrás, e ainda que de maneira pouco incipiente, comporta também pessoas que se identificam com gêneros trans e não binários. Isso facilita o trânsito dos estudantes pelos temas, uma vez que se naturaliza a discussão dos mesmos em espaços informais, encontros, festas.

“Durante a faculdade a gente acaba percebendo que gênero e sexualidade não são normativos, são muito mais comuns do que eram na nossa bolha social.” (HH-G1)

Este fragmento, proferido durante o grupo focal por um estudante auto-declarado heterossexual, também vindo de um contexto de vida bastante conservador, utilizando expressões como “gênero e sexualidade que não são normativos” nos mostra o quanto estar inserido num ambiente deveras heterogêneo, convivendo justamente com a diversidade que ele mesmo deflagra, é capaz de engajar os estudantes e torná-los sensíveis e críticos aos temas, ainda que pouco trabalhados durante o curso.

O fragmento seguinte nos ajuda neste mesmo sentido:

“Como a gente tem uma formação médica e a gente chega no sexto ano e já tá mais seguro, e a gente tem uma vivência no dia a dia com os colegas...a gente vai em festa, a gente fica o dia inteiro falando de coisa, cada um fala do seu relacionamento, é uma coisa comum, quando você tratar com uma pessoa, é uma coisa mais comum. Então é um negócio de naturalidade.” (MB-G1)

Assumindo o lado positivo destes tipos de vivência, é necessário também pontuar certa tendência em considerar que estas, por si só, garantem as habilidades necessárias para abordar e tratar dos temas, sem que haja aprofundamento teórico ou treinamento, mesmo que de alguma forma esta suposição seja corroborada na discussão promovida por Moretti-Pires (2017), que atesta o fato de que os estudantes “aprendem a serem médicas e médicos também em outros espaços: no Centro Acadêmico, na Atlética, nas festas, nos coletivos, nos jogos universitários, no Facebook®, no Whats App®. Nas possibilidades e impossibilidades desses/nesses espaços”.

Feitos estes primeiros recortes e ponderações, cabe discorrer e desenvolver questões relacionadas a currículo e suas acepções.

Segundo Sacristán (2000), currículo:

...tem o sentido de construir a carreira do estudante e, de maneira mais concreta, os conteúdos deste percurso, sobretudo sua organização, aquilo que o aluno deverá aprender e superar e em que ordem deverá fazê-lo. [...]O currículo a ensinar é uma seleção organizada dos conteúdos a aprender, os quais, por sua vez, regularão a prática didática que se desenvolve durante a escolaridade.

O autor ainda nos coloca que o currículo não é algo “neutro, universal e imóvel, mas um território controverso e mesmo conflituoso a respeito do qual se tomam decisões, são feitas opções e se age de acordo com orientações que não são as únicas possíveis.” Seguindo este raciocínio, Apple (1996) nos coloca que o currículo “é um campo de batalha que reflete outras lutas: corporativas, políticas, econômicas, religiosas, de identidade, culturais, etc”. No caso das escolas médicas, Feuerwerker (2002) nos diz que o currículo também “expressa a concepção que se tem sobre saúde, sobre o papel do médico na sociedade, sobre o médico que se quer formar”.

Partindo-se então deste pressuposto, de que currículo configura-se enquanto estratégia ou instrumento/dispositivo de poder, ganhando contornos, sobretudo políticos, sua estrutura

formal não é capaz de garantir todas as suas finalidades. Para isso, lança-se mão de artifícios a que se convencionou chamar de currículo oculto. Para Silva (2003):

O professor, por meio do seu comportamento e atitudes dissemina no ambiente escolar saberes, valores, práticas e ideologias que não estão prescritos no currículo formal e que são ensinados de forma implícita, subjetiva e até mesmo subliminar. No entanto o currículo oculto se manifesta muito além do comportamento e atitudes do docente. Ele se manifesta por todos aqueles aspectos do ambiente escolar que, sem fazer parte do currículo oficial, explícito, contribuem, de forma implícita, para aprendizagens sociais relevantes.

Ou ainda, conforme Brandalise (2007):

[...] o currículo oculto pode ser compreendido como aqueles elementos não explicitados no fazer pedagógico, mas que tem impacto intenso na formação do indivíduo e no direcionamento do sistema educacional, contribuindo tanto para a manutenção, quanto para mudança da ordem social estabelecida.

Analisando os conteúdos curriculares dos cursos de medicina e de outras profissões da área da saúde, fica evidente que alguns temas são marginalizados; em alguns casos até mesmo inexitem, e quando isso não acontece são intencionalmente abafados ou ridicularizados através do currículo oculto. Não é difícil ser assertivo quanto aos temas que ficam à margem. Entre eles se destacam especificidades e cuidados relacionados a populações classicamente oprimidas: as LGBT, mulheres, população negra, entre outras.

Há que se fazer um movimento para dar vazão a essas demandas, inseri-los na aprendizagem dos estudantes, mesmo que para isso crie-se um contra-dispositivo. Assumindo assim que tais conteúdos ficam na/à margem do currículo, propõe-se a criação do conceito de Currículo de Margens, ou Currículo Marginal.

A palavra marginal, no sentido denotativo mais óbvio significa estar à margem de algo. Por exemplo, à margem de um rio, como as vias expressas de tráfego marginais aos rios Tietê e Pinheiros, na cidade de São Paulo, ou ainda, sua mata ciliar, que também é considerada marginal. Marginal também pode ser considerado o que está no extremo, no limite, na periferia,

ou ainda o que é secundário. Na economia, marginal se reporta ao que é pouco significativo para mudar um sistema. Por fim, chamamos de marginal um indivíduo delinquente, que vive à margem da lei ou da sociedade, não respeitando suas normas estabelecidas.

Criar um currículo de margens significa lançar luz aos conteúdos que intencionalmente sofrem opressão e invisibilidade no currículo formal/oficial e traçar estratégias para trazê-los à tona, num movimento centrípeto no debate sobre saúde. É mostrar quem são os esquecidos pelo sistema e por que adoecem, é colocar suas especificidades em pé de igualdade com aquelas das demais populações que são exaustivamente trabalhadas nos espaços formativos.

Importante comentar, que o currículo médico da forma inserida atualmente não somente não atua contra o preconceito, isentando e sendo indiferente ao aluno na temática, mas sim atua como agente fomentador que acentua o preconceito. Entende-se, então, que o currículo médico da forma que é documentada e praticada no cotidiano dos estudantes e médicos é um fator conivente, perpetuador e promotor do preconceito dentro da graduação em medicina (MORETTI-PIRES, 2017).

Os protagonistas na composição do currículo marginal são todos aqueles que percebem essa disparidade no trato dos conteúdos à margem. O currículo de margens, por conceito, não está contido no currículo formal, muito menos no oculto, caso contrário não estaria à margem, e não precisaria deste movimento. Na perspectiva da aprendizagem significativa, mais uma vez, onde os fatores indispensáveis para a aprendizagem são ancorar conteúdos às vivências dos estudantes, bem como a pré-disposição para aprender, nada mais evidente que em momentos e espaços como coletivos, festas, jogos universitários, no Facebook®, no Whats App®, sejam incorporados e trabalhados muitos dos elementos que serão fundamentais para a composição do currículo de margens. Isso pode ser aplicado a qualquer curso, com implicação mais direta nas ciências sociais e humanas.

Tomando as vivências nestes espaços enquanto currículo, o que de alguma forma também dialoga com o conceito de curriculum vitae, ainda que nada disso conte para o currículo Lattes; tomado enquanto oportunidade de gerar algum tipo de aprendizagem, acabamos por torná-lo, de fato, um dispositivo. Tendo em vista as concepções mais consagradas pelo uso da palavra marginal, entende-se que o currículo de margens estaria, em tese, colocado como dispositivo contra-hegemônico.

Tudo isso, na verdade, em alguma medida já acontece, mas deflagrar os movimentos enquanto currículo ajuda a criar mecanismos para obter ferramentas que flexibilizem a educação na perspectiva de alinhá-la ao tipo de profissional e pessoas que se deseja frente aos desafios do momento histórico em que se vive, além de responsabilizar os estudantes por parte importante de sua própria formação, numa perspectiva independente das metodologias ativas. Fugindo totalmente ao conceito empregado na economia para a palavra marginal, aqui seu objetivo é central para possíveis mudanças no sistema.

Dentro dos cenários de prática, as vivências são muito díspares. Nas especialidades mais comumente procuradas para tratar de questões relacionadas a sexualidade, como ginecologia e urologia, de forma geral os estudantes da UFSCar avaliam como positivas as intervenções realizadas por docentes e preceptores, ainda que também tenham passado por situações constrangedoras.

“...em relação a essa parte de gênero, foi no estágio de saúde da mulher, de obstetrícia, acho que a professora X, eu também fiquei com algumas falas dela de maneira bem positiva em relação a empoderamento feminino, essa coisa da mulher... Da preceptora e da enfermeira obstetra que tava lá, e ela contando da experiência de parto delas, e elas contando ‘ah, uma sensação assim, eu senti que depois do parto eu era capaz de qualquer coisa’, é um empoderamento, né?!” (HH-G2)

Se por um lado a colocação do aluno traz um lado positivo, e que teria de ser valorizado independente da conjuntura social que está sendo analisada, não deixa de reforçar o estigma de que a mulher só costuma receber destaque quando analisada sob o prisma da reprodução, assim como também aparece no estudo de Moretti-Pires (2017), onde as estudantes mulheres apontaram que “se sentem inviabilizadas no currículo, a não ser na ginecologia pela função da reprodução. Fora desse contexto a mulher não existe.”

Outra estudante relata uma situação bastante diversa/adversa:

“Esse paciente (um homem transexual grávido) especificamente eu também atendi no PA (Pronto-atendimento). E, eu atendi no PA no início do estágio esse ano, e eu vivenciei uma situação com a preceptora que eu estava, que eu me senti mal. Ela fez um pronto atendimento, de uma gestante, porque era uma gestante, mas depois que eu saí ela falou uma frase que me deixou constrangida. Ela falou ‘É um homem. Que é que tá fazendo grávido?’ (MH-G2)

Segundo Ansara e Hegarty (2014), ao assumir que todas as pessoas obedecem a determinada classificação binária, entre homens e mulheres, acontece a normalização de papéis e funcionamentos sociais que se traduzirão nas práticas de saúde e, ao se constituírem como profissionais médicos a partir dessas classes de indivíduos, além da desconsideração de outras modalidades de orientação sexual como saudáveis, constroem-se tecnologias para a adequação do desviante ao normal, em um processo de domesticação dos corpos e das subjetividades com vistas à transformação em um homem ou uma mulher heterossexual.

Acompanhar este caso do pré-natal de um homem transexual grávido fez emergir reflexões profundas acerca de gênero em ao menos uma das estudantes:

“Realmente essa situação balançou muito a minha cabeça. Até quando eu falo assim ‘eu sou mulher’, tá, mas assim, por que eu sou mulher? Tipo assim, ‘porque eu tenho vagina?’ Aí tá, mas tem mulheres que não tem vagina. Então ‘tá, porque eu tenho a capacidade de gerar?’ E tem mulher estéril. Entendeu? Aí eu fico totalmente...não consigo definir isso. E aí foi realmente um bug na minha cabeça” (MB-G2).

Esta última fala por si só renderia discussão suficiente para outra dissertação. Começando pelo *Segundo sexo* de Simone de Beauvoir, com a clássica “Não se nasce mulher, torna-se” (até porque este “ser” mulher, em sua fala, não traduz necessariamente “fêmea”), chegando em *Problemas de gênero* de Judith Butler, e passando pela *História da sexualidade* de Foucault, há referências e elementos suficientes para entender a angústia da estudante. Ainda que escape a este trabalho uma análise mais aprofundada, convém evocar Butler (2018) para, de alguma forma, dar inteligibilidade e localizar a fala histórica e socio-culturalmente:

Se alguém ‘é’ mulher, isso certamente não é tudo o que esse alguém é; o termo não logra ser exaustivo, não porque os traços predefinidos de gênero da “pessoa” transcendam a parafernália específica de seu gênero, mas porque o gênero nem sempre se constituiu de maneira coerente e consistente nos diferentes contextos históricos, e porque o gênero estabelece interseções com modalidades raciais, classistas, étnicas, sexuais e regionais de identidades discursivamente constituídas. Resulta que se tornou impossível separar a noção de gênero das interseções políticas e culturais em que invariavelmente ela é produzida e mantida.

A maioria das condutas consideradas inadequadas foram vivenciadas em redutos da medicina classicamente considerados machistas, sobretudo a cirurgia e a ortopedia. Tais condutas foram observadas por parte dos preceptores com pacientes, com alunos, além de situações inadequadas de pacientes com alunos. Algumas dessas situações foram consideradas ofensivas a ponto de serem passíveis de denúncia, que não foram levadas adiante pelo medo de represálias, algo sabidamente comum dentro da formação médica. O relato seguinte diz respeito a uma cirurgia ortopédica:

“...Todo mundo (que passa por cirurgia) eles botam pra dormir. Com ela, colocou aquele que só esquece, como que chama? Quetamina. Quetamina na moça. E a moça logicamente não parava de falar. E ele fez isso porque ele tinha acabado de descobrir que ela era bartender, bonita, mulher e bissexual. E aí ela tava lá fazendo cirurgia de punho... E ele perguntando ‘Mas você gosta de menina também? Você já ficou com menina?’. No meio da cirurgia. Eu gostaria de ter ido fazer a denúncia do que aconteceu. Só que a gente fica inibida. Eu fiquei com medo de falar e depois ‘dar ruim’ pra mim.” (MB-G1)

A situação narrada pela estudante chama muita atenção por inúmeras razões, particularmente, em dois aspectos no que tange aos temas abordados neste trabalho. Primeiramente, conforme supra exposto, estamos frente a um momento onde nitidamente entra em cena o currículo oculto, em que o comportamento dos profissionais sugere o tipo de tratamento destinado a pessoas que não se enquadram na heteronormatividade, além da relação de poder intrínseca ao gênero. Outro aspecto relevante é a incapacidade de reação da estudante frente a uma situação constrangedora e antiética, uma vez que “faz parte do jogo” silenciar, para não sofrer represálias futuras, ou não se indispor com superiores para diminuir suas chances de alcançar a posição almejada dentro da profissão. Assim, acaba por tolerar o que é absolutamente intolerável. Nas palavras de uma estudante do grupo estudado por Moretti-Pires (2017): “Então você aceita o sofrimento em troca do horizonte”.

Tal situação dialoga e concorda diretamente com Feuerwerker (1998), quando a autora nos coloca que no processo de formação médica estabelecem-se relações bastante hierárquicas, onde os discípulos vão conquistando, por ordem de antiguidade, o direito de participar da execução de tarefas de maior complexidade e responsabilidade (e prazer e poder). Diga-se de passagens, de tonalidades por vezes bastante sádicas e absolutamente anti-éticas, conforme se observou.

A hierarquia e os rituais do poder são, portanto, extremamente valorizados na categoria médica e também nas escolas. Assim, mais uma vez, as relações de poder dentro da categoria influenciam fortemente as relações e as concepções no interior da escola médica.

Estes destaques também reafirmam outras contribuições de Moretti-Pires (2017), quando o autor afirma que:

Os educadores médicos, na medida em que são socializados pelo currículo oculto em suas próprias constituições profissionais identitárias, podem não perceberem que existem crenças, valores e códigos de comportamento implícitos que eles ensinam às futuras gerações de médicas e médicos, inclusive por que os estudantes estão sempre em uma situação de margem, de borda, na medida em que é parte da equipe médica, mas ao mesmo tempo sem se constituírem enquanto médicos e médicas ou “pessoal de apoio”.

Ou ainda, conforme Phillips (2009):

Trata-se, por exemplo, das normas institucionalizadas sobre a relação que se estabelece com os pacientes, com seus cuidados, a interação interprofissional e intraprofissional, entre outros aspectos, e que “modelam” o estudante.

Cabe observar, a partir do recorte de Moretti-Pires, que estudantes de medicina e tudo que os envolve, com elementares desdobramentos em sua saúde, também são tratados como conteúdos de margem dentro do próprio curso, cabendo nas proposições há pouco conceituadas neste trabalho.

Persiste, apesar de todos os avanços recentes, como a retirada da homossexualidade do Código Internacional de Doenças (CID), a correlação entre sexualidade e distúrbios mentais, ou com promiscuidade:

“...tem momentos em que chega, por exemplo, paciente trans, que é homo também, e aí imediatamente você vê preceptores ou docentes, mais preceptores, o pessoal da prática mesmo... querendo já atribuir a doença mental, `ah, distúrbio de personalidade`, então já é, já atribui a uma doença mental, e não, assim, que é uma bagagem da pessoa... Aí chega um menino lá que é gay, aí tem que testar DST. O menino tá com, sei lá, nada a ver, quebrou o pé, e fala assim ‘ah, tem que fazer teste rápido né: menino, gay’. Nossa, meu Deus do céu, eu já vi fazendo isso na ortop(edia).” (MB-G1)

Speight (1995) observa a existência do estigma e do preconceito relacionados a pessoas LGBT, sujeitos para os quais, para muito profissionais de saúde, ainda configuram única e exclusivamente como riscos para DST-AIDS, desconsiderando que existem outros problemas de saúde relacionados a esta população.

Frente a isso, a despeito da medicina oficial obviamente não referendar práticas discriminatórias e patologizantes às pessoas homossexuais (e por decorrência as demais LGBT), na prática dos cuidados em saúde os profissionais não sabem como tratar as pessoas homossexuais por desconhecerem qualquer outra abordagem que demande atenção específica além do DST-AIDS.

Speight (1995) ainda analisa como o binômio estigmatização/invisibilização está presente no currículo oculto do curso de Medicina. Diz ele que “ao relacionar as pessoas homossexuais naturalizadamente aos contextos de DST-AIDS e não em outros contextos de produção de saúde/doença, os estudantes de Medicina podem não perceber que as pessoas homossexuais apresentam os mesmos problemas médicos que as heterossexuais.”

Provavelmente por conta de episódios como este, existe a percepção por parte dos alunos que há cenários de prática em que os profissionais estão menos preparados que eles próprios (os estudantes) para abordar o tema:

“E aí quando chega num PA, chega alguma situação difícil, você tá lá submetido a um preceptor que às vezes não tem traquejo pra lidar, por mais que você tenha naturalidade pra lidar com aquela situação e falar que a sexualidade naquele momento não tem nada a ver com a queixa aguda do paciente ou tem a ver e tem que receber uma atenção, você tá submetida a uma ordem de um superior, e aí você também tem que ter o traquejo de tentar usar sua experiência pra tentar amenizar isso. Ou contribuir de alguma forma.” (MB-G1)

Um campo de estágio cujas experiências foram bastante diversas e causaram surpresa e perplexidade foi a Saúde da Família e Comunidade. Um contexto onde se esperava maior acolhimento e tentativa de compreensão por parte dos profissionais, revelou-se um ambiente deveras preconceituoso, ou com tendência à banalização, na visão de alguns estudantes.

“Quando eu tava na saúde da família, pra mim foi muito frustrante, porque foi onde eu mais tive contato com a questão, principalmente da violência doméstica, dessa questão, né, do desbalanço de poderes entre o homem e a mulher dentro de casa, no que se diz que é uma família, né. E, assim, até pra notificar era complicado porque, nossa, sabe...tudo o que você ia fazer tava amarrado, era muita burocracia, na hora que você ia ver realmente se você tava ajudando ou não, parece que você não tava sendo nada eficaz, restava basicamente o apoio e, era bem frustrante, assim. Era difícil conversar com a equipe sobre perceber os sinais... assim, a equipe até percebia os sinais mas pra perceber a gravidade daquilo e realmente querer, se juntar pra realmente querer fazer alguma coisa era um pouco difícil.” (MB-G2)

“Eu também fiquei extremamente decepcionado com a saúde da família no que diz respeito a abordagem de gênero e de sexualidade. É... na USF que eu fiz estágio tinham várias pessoas LGBT, inclusive uma menina de 13 anos que se identifica com do gênero masculino e o pessoal da unidade não sabia abordar, e a gente sempre escuta que as piores falas são aquelas que são dos cirurgiões, né, que tem aquelas frases cheias de preconceito, e aquelas respostas abruptas, carregadas de preconceito, mas eu acho que na estratégia de saúde da família, onde... assim, onde se prega o olhar mais ampliado, tem um preconceito velado muito grande. Assim, eu ouvi muito a frase de ‘ela apanha porque ela quer’, ‘ela continua com ele porque ela quer’, ‘ah, esse menino aí precisava apanhar’, ‘ela é difícil também’. Ou tipo, o menino gay que fosse na USF, tipo ‘ah, esse aí tem que tomar cuidado porque já já tá passando HIV pra todo mundo’, sabe, esse tipo de fala que vem, e que vinha também carregada de um preconceito muito religioso.” (HG-G2)

Deduziu-se, neste contexto específico, que a proximidade dos profissionais com as pessoas da comunidade, que por um lado pode trazer importantes elementos para o cuidado, como o vínculo e a longitudinalidade, também pode trazer um comportamento pouco profissional, cheio de julgamentos e pouco propositivo no que tange às necessidades de saúde relacionadas, não só, mas mais especificamente, a gênero e sexualidade.

Tais observações e inferências dos alunos encontram ressonância em estudos como os de Lacerda e colaboradores (2013), que apontam para representações sociais dentro de serviços de

saúde que desqualificam a homossexualidade, ao passo em que a visão cis-heteronormativa acerca de papéis de gênero favorecem a manifestação de atitudes homofóbicas e geram importantes prejuízos ao acesso e qualidade da assistência à saúde dessa população. Tais prejuízos também são apontados por Garcia e colaboradores (2016), quando observam que concepções reducionistas, destacando-se a ausência de doença com ênfase nas Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), se configuram como barreiras de acesso geradas tanto por parte da equipe de saúde, como pelo desencorajamento da população LGBT de procurar os serviços por se confrontarem com tais julgamentos e preconceitos.

Com relação aos julgamentos de ordem religiosa, há de se encontrar resquícios do que foi explorado na História da Sexualidade de Foucault, conforme amplamente debatido no início deste trabalho e, considerando também o fato de que parcela importante da população trabalhadora da atenção primária vem de um estrato social cada vez mais capturado por movimentos neopentecostais, haverá, sempre que não se faça qualquer contraponto, um juízo moral em que, conforme observam Martins e colaboradores (2014), tudo o que não se enquadra na cisgeneridade e na heterossexualidade é entendido como “algo incorreto”, em função de um ordenamento divino para a divisão binária de gênero, sendo a qual, o homem e a mulher são feitos um para o outro. A patologização, o anormal, seja biológico ou psicológico, fica por conta não de uma ciência, mas um outro tipo de poder, legitimado por uma moral hegemônica de cunho religioso.

Faz-se importante fazer o exercício de lançar um outro tipo de olhar, mais cuidadoso e reflexivo para as relações supracitadas, buscando entender a frustração relacionada às expectativas dos estudantes em relação ao estágio, na perspectiva de buscar os ajustes possíveis para tornar a experiência mais potente, tanto para eles (os estudantes), como para equipe de saúde, e também para os usuários do serviço de atenção primária.

Embora a fala dos estudantes seja referente às atividades do internato, período no qual se tem uma imersão nas unidades de saúde da família do município por 14 semanas consecutivas, os estudantes, conforme já exposto, estão presentes nestes cenários de prática desde o ingresso no curso, no primeiro ciclo. Ainda que nem sempre seja possível a permanência dos alunos na mesma USF ao longo de toda a graduação, existe ganho em diversos aspectos para todos os sujeitos envolvidos na dinâmica das vivências desta proposta, como encontramos no estudo de Gonçalves e colaboradores (2018):

O estabelecimento de uma atenção continuada do estudante em relação ao paciente permite a construção e o aprendizado do cuidado horizontal, rico em valores como compromisso, afetividade, responsabilidade e, ainda, a construção de conhecimento de forma significativa e reflexiva, à medida que esta ocorre no cenário de atuação, proporcionando a integração teórico-prática. Além de se adequarem às definições de cuidado contemporâneas – que superam o tradicional modelo de atenção, focado na doença e em seus aspectos biológicos, numa relação de imposição de saber do profissional da saúde em relação ao paciente.

Estes achados, que no estudo de Gonçalves foram inferidos através da percepção dos próprios usuários das USF com os quais os estudantes tiveram contato, nos permite concluir que, dentro de um cenário ainda tão carente de investimentos, seja em recursos financeiros ou humanos, bem como a falta de clareza sobre a função da atenção primária à saúde (APS), com todos os seus atributos essenciais e derivados¹, tanto por parte dos profissionais como dos usuários, o papel dos estudantes neste contexto tem características diferentes, com outros tipos de ganhos e desafios, quando comparados aos estágios em outros níveis de atenção. Há uma possibilidade única de construção de saberes e transformação do serviço que ao final do curso, por vezes, não se consegue perceber, a julgar pelas falas dos participantes deste estudo, e que poderia ser reforçado pelos docentes/facilitadores ao longo do curso.

No que diz respeito à escolha das especialidades médicas, persiste a ideia de que existem aquelas mais, ou menos apropriadas às mulheres, o que está relacionado principalmente ao imaginário de que todas as mulheres desejam ser mães, mas também a um pensamento de caráter machista que deduz a incapacidade, ou inabilidade de mulheres para especialidades médicas consideradas ainda redutos masculinos.

“...eu já tinha pensado em fazer vascular, aí eles ‘nossa, não faz vascular porque você vai querer engravidar e aí você tem que ficar trabalhando com colete de chumbo’. A ortop(edia) também: é muita irradiação e não sei o que lá. ‘E a formação da cirurgia é muito longa... se

¹ Atributos essenciais da APS: Acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado. Atributos derivados: Orientação familiar, Orientação comunitária, competência cultural. (Starfield, 2002)

você quiser ter filho vai te atrapalhar. Você teria que ter um filho nova, e você não vai conseguir ficar com ele’.” (MB-G1)

Connell e Pearse (2015), trazem a perspectiva de que, apesar da atual concepção de que mulheres e homens tem direitos iguais e são igualmente considerados enquanto cidadãos e cidadãos, na prática ainda são operados dispositivos que garantem o contrário, sendo notórias as diferenças nas divisões de trabalho, seja na família, no setor laboral e na esfera pública em relação a privilégios e reconhecimentos.

Os apontamentos das alunas nos remetem mais uma vez ao currículo oculto. Sob esta perspectiva, um importante estudo realizado em Taiwan que, através de análise de discurso, buscou estudar a relação de gênero e o currículo oculto em estudantes de medicina, indica 5 características deste tipo de currículo na temática, a saber: (1) estereótipo de gênero no conhecimento fisiológico; (2) tratamento enviesado de mulheres; (3) divisões de trabalho estereotipadas baseadas em gênero; (4) assédio sexual e ambiente hostil e (5) ridicularização da população LGBT. O estudo evidencia que os professores e estudantes auxiliam a reprodução de uma cultura heterossexual masculina e sexismo, implicando na mitigação de oportunidades de aprendizado e autoestima de estudantes mulheres e LGBT (CHENG e col, 2015).

Há achados similares no estudo de Moretti-Pires (2017), além das vivências em diferentes cenários, relatadas tanto neste estudo quanto naquele, em que estudantes homens são sempre entendidos pelos pacientes como médicos, enquanto há uma inferência com relação as estudantes mulheres de que são profissionais não-médicas: enfermeiras, fisioterapeutas, nutricionistas...

Nenhuma estudante desmereceu as demais profissões, mas não deixa de chamar atenção certo processo de inferiorização intrínseca, socialmente imposta, em relação ao homem que ocupa o mesmo espaço.

Louro (2016) aponta para estas demarcações operadas pela linguagem, ao empregar associações e analogias aos sujeitos, revelando diferenças na distribuição de poder e privilégio entre os sujeitos. Com relação a este tópico em particular, reflete Moretti-Pires (2017):

[...] por que, se não, qual a regra que naturaliza que o profissional de Medicina é um homem (o médico, o cirurgião) e o profissional de Enfermagem é uma mulher (a enfermeira, a auxiliar)? Obviamente, existe certa distribuição entre homens e mulheres nessas profissões. No

entanto, a desigualdade dessa distribuição, somada a representação que se tem sobre as profissões em termos de generificação, não revela que a questão de gênero norteia as possibilidades e poderes nesse panorama?

Por fim, emergiu da discussão do grupo o despreparo dos estudantes, mais marcadamente mulheres, de lidar com os eventuais episódios de assédio sexual nas atividades práticas. Segundo as estudantes de um dos grupos, o curso de medicina da UFSCar não prevê espaços para que sejam discutidas situações como esta. Assim sendo, veem-se obrigadas a lidar com a situação a partir de seu próprio amadurecimento e ponto de vista, criando sozinhas suas estratégias para tal.

“Pra uma situação específica ele (o curso) não me preparou, que foi quando um paciente me assediou, e eu não sabia o que fazer. Eu não sabia se eu socava ele, se eu saía correndo, se eu chorava, eu não sabia se eu pedia pra enfermeira passar o soro com uma agulha gigante. Eu não sabia o que fazer. Eu fiquei puta, e o pior, no começo daquele estágio onde eu sofri o assédio a orientação foi: ‘Não venha com decote, não venha com roupa curta, pra você não sofrer esse tipo de coisa...’ Ninguém me preparou pra isso. Eu acho que, de novo, em vez de ter uma monte de oficina pra lavar a mão, que que eu tinha que fazer nessa hora? Ninguém me falou, ninguém deu resposta até hoje pra mim”. (MB-G2)

6.2 (A influência d) a metodologia ativa e componentes curriculares

Nota-se que os estudantes percebem uma influência positiva indireta do uso de metodologias ativas na abordagem de gênero e sexualidade durante a graduação. Embora haja consenso entre os participantes de que não há qualquer atividade dirigida especificamente para tais temas, ou seja, não se encontra na ementa das situações-problema ou das estações de simulação, quase todos se sentem, neste momento (último ano do curso), preparados, ou a vontade para abordar pacientes que trazem estes tipos de demandas, ainda que se pesem todas as “falhas” curriculares anteriormente discutidas.

“Realmente nossa grade curricular, formalmente, a gente não tem um contato, uma discussão nesse sentido, é um pouco mais direcionada pra você ter um, é... dirigir uma anamnese de forma adequada, um comportamento e criar um vínculo adequado com o paciente” (MH-G2)

“Acho que a gente ganha maturidade ao longo do curso e agora a gente tem mais segurança pra lidar com esse tema. Assim, se ele aparecesse no meu primeiro ano, na primeira exposição eu ia ficar com mais dedos, e agora no sexto ano eu tenho mais segurança pra lidar com paciente sobre essas questões, mas não que foi treinado especificamente pra isso. É um treinamento de ser médico.” (MB-G1)

O fato de não haver qualquer atividade curricular dirigida a estes temas encontra ressonância nos achados de Moretti-Pires (2017). A dissertação deste autor questionou estudantes de medicina de outra universidade federal acerca de temas afins. Este outro curso é conduzido através de metodologias de ensino tradicionais e, segundo os alunos, também não possuía nada relacionado a gênero e sexualidade nas disciplinas.

Mesmo que confortáveis para lidar com as demandas de pacientes relacionadas ao tema, observa-se que parte dos estudantes não demonstra fluidez ou familiaridade para tratar de determinadas especificidades inerentes a ele:

“Na maternidade a gente atendeu uma mulher grávida, ela na verdade era trans, e ela estava grávida e o companheiro... não me lembro direito como era, mas o companheiro também era um homem, né... era cis e homossexual... ela era uma mulher... era um homem trans, homossexual... e ela tava grávida, né... ele tava grávido...” (MB-G1)

Ainda que isso ocorra, de forma alguma se nota rispidez, desrespeito ou jocosidade nas colocações. Também não se pode inferir que interfira negativamente na aquisição de habilidades, sobretudo na perspectiva das metodologias ativas.

“Acho que a metodologia ativa ensina isso pra gente, que não tá errado não saber, e tá tudo bem eu perguntar, desde que eu pergunte com objetivo real de ajudar o paciente (HG-G2)

Esta compreensão da metodologia ativa demonstrada pelo aluno denota um ponto de contato importante com a noção da abordagem dialógica de competência, segundo Lima (2005) e pormenorizado no referencial teórico deste trabalho.

Há ainda nesta última fala destacada, outro achado bastante significativo, que destoa dos achados de Moretti-Pires (2017) acerca da postura dos estudantes frente ao desafio de aprender. Enquanto aqui há um posicionamento de conforto perante a dúvida, o que segundo o próprio aluno é desdobramento da metodologia ativa, a percepção de estudantes de medicina submetidos a currículos e metodologias tradicionais é de que a dúvida não deve existir, que

apenas por ser um estudante do curso de medicina, já se parte do pressuposto de que deve saber tudo de antemão. Além disso, perguntas geralmente não são bem-vindas, sobretudo se direcionadas aos docentes. Os alunos não são ensinados a problematizar nem seu conhecimento, nem sua prática, o que torna aquele contexto um espaço empobrecido em relação à crítica e reflexão.

O que se encontra neste trabalho pode surgir como uma quebra do paradigma da formação médica indicada por Foucault e reforçada na tese de Moretti-Pires, em que silenciar o estudante em sala de aula é função docente, pois “a segurança médica está embrenhada na rede construída pelo feixe de relações e sentidos, que operam o biopoder” (FOUCAULT, 2012), e por isso, há que se valer da “vigilância hierarquizada”, em uma hierarquia progressiva, presente, porém funcionando em “silêncio”. No silêncio aprendido pelo estudante. No silenciar daqueles hierarquicamente inferiores. Qualquer questionamento poderia dismantelar o mecanismo (MORETTI-PIRES, 2017).

Já a sensação de encontrarem-se, ao final do curso, bem preparados acerca da relação médico-paciente, entra em consonância com a aposta na inserção precoce dos estudantes em cenários de prática. Segundo Gonçalves (2018), a experiência educacional dos estudantes desde o primeiro ciclo permite “construir uma relação singular, ética e mais humanizada para o cuidado em saúde. Assim, poderá ser a base para toda a graduação e vida profissional”. Isto é reconhecido e valorizado por eles (estudantes), sobretudo quando analisado em contraste com o que acontece em outras instituições com currículos mais tradicionais.

“Eu acho que a nossa inserção precoce, na prática, faz com que a gente desenvolva uma relação interpessoal, chega ao sexto ano com uma relação interpessoal muito mais polida do que nas outras faculdades, que tem o grosso disso no internato, em 2 anos. Isso permite com que a gente chegue pra pessoa e faça perguntas muito mais natural, tratando aquilo com naturalidade” (HB-G2)

Segundo os participantes, a utilização de metodologias ativas no curso de medicina da UFSCar cumpre com seu objetivo de induzir a um comportamento pró-ativo em busca do saber, ao passo em que o ganho de autonomia também faz com que os estudantes persigam o conhecimento quando as situações vivenciadas na prática dialogam com suas vivências prévias, mesmo não sendo levantadas questões de aprendizagem nos encontros teóricos, característica fundamental da aposta metodológica que trabalha com o conceito de aprendizagem significativa.

“Eu acho que a metodologia ativa ajuda com que a gente desenvolva um senso crítico e uma disposição pra busca do conhecimento que é grande, né. Pró-atividade mesmo.” (MB-G1)

A fala desta aluna evoca, conforme já foi dito neste trabalho, o elemento que, isoladamente, é considerado o principal dentro da teoria de Aprendizagem Significativa de Ausubel (1964), que é a disposição para aprender, enquanto a outra parte da teoria recai sobre a ancoragem do conteúdo a ser apreendido em elementos do repertório de vivência do aprendiz, onde o que se considera significativo é o que confere importância ao que foi aprendido, conforme sua utilidade para a vida cotidiana por quem aprende (LEMOS, 2011).

Foi necessário o avanço da discussão de um dos grupos para que fosse possível para alguns alunos deduzir, ou elaborar a crença de que gênero e sexualidade estão contemplados no curso, uma vez que parte dos disparadores vem das atividades práticas (Prática Profissional), e que nos diferentes cenários de prática, tais temas, de alguma forma, emergirão. Isso também deixa margem a um entendimento de que qualquer tema em absoluto pode ser considerado potencialmente contemplado pelo curso.

“Vários aspectos da medicina não são dados propriamente como obrigatórios no nosso curso, mas ele prevê, sim, que na nossa prática a gente vai ver isso. Então com uma reflexão melhor, eu acho que sim, o curso proporciona isso pra gente. Porque é muito difícil você passar 6 anos em contato com a prática e não ter uma discussão disso.” (HH-G2)

“É, acho que realmente quando a gente estuda os ciclos de vida, que é uma coisa bem colocada nos primeiros anos, a questão da sexualidade aparece, sem dúvida né. Então, fazendo essa reflexão mais aprofundada acho que aparece de alguma forma, sim, e de uma forma um pouco mais prevista do que a gente tava falando.” (HG-G2)

Apesar disso, fica a critério dos grupos de estudantes se farão das vivências na prática relacionadas a gênero e sexualidade (ou qualquer outro) tema para estudo, e não ter estes tópicos em ementas específicas do curso, com os professores mediando este tipo de discussão, não garante que todos os alunos estudem e se preparem para abordá-los, como observou um deles:

“Se você não for exposto em algum momento do curso também, você não tem uma grade que te prepare pra depois. Eu não me lembro de ter uma atividade que prepare pra isso... No meu caso, que chego aqui um pouco mais velho, dá pra ver que há uma diversidade sexual maior do que eu imaginava antes de ingressar na faculdade. Mas acredito que a faculdade não me preparou, não me deu aulas de como lidar assim com isso.” (HH-G1)

Não à toa, existe a recomendação formal de inclusão de conteúdo curricular relacionado a saúde LGBT de forma obrigatória, assim como temas pedagógicos que incluam: terminologia básica relacionada à população LGBT, questões de entrevista que facilitem a abertura do tema de orientação sexual e identidade de gênero, informações a respeito do impacto do heterossexismo e homofobia e a necessidade de cuidados de saúde específicos de populações minoritárias sobre identidade de gênero e sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). O que se observou até aqui corrobora a reiterada importância de integrar a temática de saúde LGBT de forma obrigatória e construir mecanismos de apoio a estruturação pedagógica do conteúdo que auxiliem as atividades curriculares a cumprirem seu papel.

Como se viu anteriormente, há também um importante componente geracional que faz com que exista uma percepção de que em diversos momentos os próprios alunos saibam lidar melhor que os docentes e os preceptores na emergência desses temas em situações da prática profissional.

Segundo a percepção de outro aluno, conteúdos mais tecnicistas parecem ganhar prioridade em detrimento do que foi chamado de “temas das ciências humanas”:

“Às vezes eu fico com essa sensação. Em vários temas, principalmente quando toca mais nas ciências humanas, a gente acaba também, ou porque não tem materiais mais prontos, específicos, ou porque também é muito conteúdo que tem que dar conta, e tem que acabar direcionando, então acho que isso acaba acontecendo.” (E5G2)

Esta percepção também encontra algum paralelo no estudo de Moretti-Pires (2017), onde os estudantes caracterizaram a medicina como um curso de conteúdo quase que exclusivamente biologicista, em que todas as explicações válidas aos médicos e médicas baseiam-se nas disciplinas básicas da Saúde (Anatomia, Fisiologia, Histologia, etc...), que são gerais, mas que o aprendizado médico reside na operacionalização dessas disciplinas pelo binômio saúde/doença.

Encontramos importantes contribuições para esta análise em Feuerwerker (2002). A autora inicia a discussão já chamando atenção para o fato de que a definição das cargas horárias das disciplinas dentro do curso de medicina reflete o jogo de poder entre departamentos e professores.

A grande questão, conforme refletem Canesqui (2000) e Almeida Filho (2000), é que as ciências físicas e biológicas que conformam a base do saber médico não dão conta de instrumentalizar complementemente o médico para produzir respostas adequadas em sua prática clínica – já que o ser humano tem outras dimensões que não a biológica, que cumprem papel fundamental em seu processo de viver, adoecer, reagir à doença e ao tratamento, morrer etc.

Canesqui (2000) ainda pontua o fato de que, na graduação, justamente por isso, a estratégia de inserir essas ciências (psicologia, antropologia) como disciplinas tem-se revelado pouco potente, já que tem sido muito limitada a capacidade dessas disciplinas de influir no núcleo duro da formação dos médicos. Assim, enquanto predominar o conceito centralmente biológico de processo saúde-doença, as ferramentas identificadas, pelos médicos, como úteis para dar conta dos problemas, serão biológicas (FEUERWERKER, 2000).

A autora resume os desdobramentos de tais contradições na compreensão de alguns dos problemas crônicos dos cursos de medicina, pois “no afã de afirmar o caráter científico da medicina:

- as disciplinas básicas ganham valor absoluto e perderam sentido aplicado, fragmentando-se em relação à clínica;

- desenvolveu-se o olhar em direção à doença e não ao doente e fragmentou-se o todo que deveria ser indissociável;

- valorizaram-se as ferramentas “científicas” (restritas ao campo da biologia) de aproximação à doença e desvalorizaram-se todas as outras dimensões que favoreceriam o olhar sobre a pessoa como um todo – sociais, psicológicas e até terapêuticas – consideradas não ou pouco científicas.

Importante pontuar que estas observações de Feuerwerker foram feitas antes das novas DCNs. Ainda assim, conforme apontado por Sacristán no início da discussão deste trabalho, a ação última do currículo, a prática, pode não traduzir em absoluto o que se pretendia em teoria. E o que se vê é justamente isso: implantações imperfeitas de novos currículos, ofuscadas pelos velhos paradigmas, e muitas invalidadas pelo currículo oculto.

Por isso, é fundamental destacar também a intencionalidade do não dito, ou não abordado. Britzman (2016) aponta que a restrição dos conteúdos clássicos sobre gênero e sexualidade a especificidades e temáticas, apenas aponta como é através do ocultamento que operam os

currículos. No que tange a especificidade deste trabalho, Butler (2015) diz que este ocultamento não apenas reforça a heterossexualidade compulsória como patologiza outras formas de se viver a sexualidade.

Faz parte da preocupação dos alunos que discussões sobre gênero e sexualidade sejam abordadas de maneira não estigmatizante durante o curso. É possível inferir que os alunos assumem a relevância dos temas, sem entendê-los como patologias. Durante as discussões nos grupos foram debatidas formas de inserir tais assuntos com naturalidade, leia-se, sem preconceito ou juízo de valor, nas atividades curriculares.

“Eu acho que se as nossas situações-problema (SPs), elas querem ser um reflexo da sociedade, eu acho que seria muito fácil colocar casais homossexuais nas SPs, porque enquanto não tratar com normalidade, sempre vai ser um tabu, sempre a gente vai achar difícil comentar sobre isso. Porque é uma coisa que a gente vai vivenciar na prática, então acredito que essa seria uma maneira de inserir o assunto dentro da graduação. Da mesma forma que hoje em dia estão aparecendo casais gays nas novelas e daí por diante...” (HB-G2)

“Eu acho que, assim, o que fica de medo pra mim da inserção desses assuntos é justamente o estigma. Por exemplo, quando surgiu uma paciente lésbica, ela tinha SOP (Síndrome dos ovários policísticos), ela tinha características mais masculinas, entre aspas. E eu acho que eu tenho medo disso, por exemplo, de surgir um casal homossexual na SP (situação-problema) de AIDS” (MB-G2)

Com relação à aprendizagem a partir de situações-problema (SP), que tem como função primordial, nos movimentos da espiral construtivista, fornecer elementos para criação de hipóteses e questões de aprendizagem, os alunos demonstram possuir bom conhecimento acerca da forma como devem ser trabalhadas. Para que isso aconteça, segundo Lima (2008), as SP devem conter:

..uma visão ampliada, integrada e integradora dos temas imprescindíveis a serem estudados, contemplando diferentes aspectos do processo saúde-doença [...] e identificando as dimensões biopsicossociais. Para isso, devem seguir alguns princípios como: realizar uma descrição dos fenômenos abordados no problema da forma mais

neutra possível, formular o problema de forma concreta, minimizar os distratores do texto, guiar o aprendiz a um número limitado de itens, e conter itens que utilizem as informações prévias dos discentes.

Este trabalho não se dedica a discutir a capacidade dos docentes do curso em preparar e conduzir as atividades curriculares através das estratégias previstas nas metodologias ativas, como as SP, ainda que para alguns autores, como Tomaz (2001), a expertise no processo de facilitação seja mais importante do que a expertise no tema a ser estudado. É também relevante observar que quase todos os estudiosos do tema concordam ser desejável algum grau de aproximação com a temática, suficiente para permitir um redirecionamento do grupo em casos nos quais as discussões se desviem do eixo proposto pelo problema (PARK e colaboradores, 2007). Isto em si revela-se um problema no presente estudo, como já foi discutido, uma vez que na percepção dos alunos, os docentes de maneira geral não possuem um conhecimento desejável sobre gênero e sexualidade.

Faz-se pertinente comentar ainda, que é amplamente reconhecido a quase inexistência, nas escolas médicas, de preparo específico para os professores no terreno pedagógico. A competência na área técnica de atuação médica tem sido o critério fundamental para a seleção ou eleição dos profissionais que vão passar de médicos a pesquisadores e professores. Isso implica a existência de profundo desconhecimento de técnicas e metodologias de ensino, de trabalho com grupos e de produção de materiais didáticos apropriados (FEUEWERKER, 2000).

7 Considerações finais

Parece-me importante, agora ao final, comentar sobre alguns caminhos pelos quais o trabalho foi capturado. A ideia inicial era dar ênfase à influência da metodologia ativa da aquisição de habilidades do perfil de competência relacionadas a gênero e sexualidade no curso de medicina da USFCar. O roteiro semi-estruturado foi pensado e organizado visando este objetivo. Entretanto, os caminhos trilhados durante os debates nos grupos focais e sua posterior análise fizeram emergir pontos que exigiam uma discussão mais aprofundada sobre currículo, que por sua vez levou a uma procura maior por referenciais teóricos neste campo, e que culminaram na proposição conceitual do Currículo de Margens, ou Currículo Marginal.

Sobre a temática específica deste trabalho, deve-se ressaltar que, embora ainda em volume relativamente inexpressivo em âmbito nacional, publicações envolvendo gênero e sexualidade tem ganhado espaço dentro de revistas e periódicos. Este trabalho traz contribuições importantes acerca de caminhos potentes a serem seguidos, no que diz respeito a metodologias de ensino-aprendizagem na abordagem de tais temas.

Ao analisar de maneira mais aprofundada a percepção dos alunos sobre sua trajetória em uma formação de graduação imersa em metodologias ativas, a dissertação não deixa muitas dúvidas sobre sua superioridade em relação a metodologias e currículos tradicionais, quando comparados sobretudo aos achados de Pires-Moretti.

Publicação recente de Oliveira e colaboradores (2019), que analisaram falhas curriculares nos cursos de medicina, no que diz respeito à saúde de populações marginalizadas (o que dialoga diretamente com a temática abordada neste trabalho), concluem que apesar dos cursos estarem tentando reestruturar seus projetos pedagógicos, ainda não apresentam respostas sobre as melhores metodologias a serem utilizadas para alcançar os objetivos propostos, somados ainda aos aspectos subjetivos da identidade do profissional médico. Conforme supracitado, este trabalho avança neste ponto.

Além de ampliar os horizontes acerca das metodologias de ensino-aprendizagem, este trabalho proporcionou percepções que abrem novas possibilidades formativas, ao sugerir o novo conceito de Currículo de Margens, ou Marginal. Trabalhar com esta perspectiva, construindo estratégias e vivências com o propósito de reconhecer e trazer temas marginalizados para o centro do debate, constrói um novo dispositivo de caráter eminentemente contra-hegemônico, que favorece a construção do perfil de competência, não só nas habilidades relacionadas a gênero e sexualidade, mas todo conteúdo que vem sendo trabalhado de maneira inadequada através dos currículos formal e oculto, além do despreparo deflagrado por parte de docentes e preceptores. Há ainda particularidades relacionadas a gênero e sexualidade que nem sequer foram previstas em nível curricular, como foi tensionado pela estudante em trecho relatado ao final da análise e discussão da primeira categoria analítica, quando versado sobre assédio.

Feuwerker, em 2002 já discutia isso em sua obra vastamente citada neste trabalho. Diz a autora que *“para produzir impacto no processo de formação profissional, seu compromisso e sua relevância social, essas atividades devem estar inseridas no coração da prática de docentes e estudantes (e não nos espaços marginais)”*.

Imediatamente após o resultado das eleições presidenciais de 2018 no Brasil, surgiu o manifesto poético-político *Ninguém solta a mão de Ninguém*, no sentido de resistir aos ataques a minorias e grupos marginalizados, e outros retrocessos sociais, o que de fato vem acontecendo desde o início do governo, em 2019. Reforçando esse caráter amoroso e colaborativo do ser humano, de alguma forma há o sentimento de que também contribuímos para este manifesto. Incentivando o uso das metodologias ativas, e trabalhando através do currículo marginal, há de se criar um ambiente favorável a melhorar a aceitação das diferenças, de empatia, de compaixão, de interesse e de alegria em proporcionar ao outro capacidade e autonomia para ser quem desejar ser.

Referências

- ADLER, MS; GALLIAN DMC. **Escola Médica e o Sistema Único de Saúde (SUS): Criação do curso de medicina da Universidade Federal de São Carlos, SP, Brasil (UFSCar) sob a perspectiva de docentes e estudantes.** Botucatu: Revista Interface, vol.22, n.64, pp.237-249, 2016
- ANSARA, G; HEGARTY, P. **Methodologies of misgendering: recommendations for reducing cisgenderism in psychological research.** *Feminism & Psychology*, 2014, v.24, n.2, p.259-279.
- AUSUBEL, D. **Aquisição e retenção de conhecimentos: Uma perspectiva cognitiva.** Lisboa (PT): Plátano Edições Técnicas; 2000
- BRANDALISE, MAT. **Currículo e práticas pedagógicas.** Ponta Grossa: UEPG, 2007.
- BULÇÃO, LG; SAYD, JD. **As razões da escola médica: sobre professores e seus valores. Os valores dos médicos e os 163 impasses da escola médica.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v.13, n.1, p.11-38, 2003.
- CANESQUI, AM. **Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico.** São Paulo: Hucitec – FAPESP 2000.
- CHENG LF, YANG HC. **Learning about gender on campus: an analysis of the hidden curriculum for medical students.** *Med Educ* 2015, 49(3)321-31.
- CONNELL, R; PEARSE, R. **Gênero: uma perspectiva global.** São Paulo: Versos, 2015.
- BUTLER, J. **Imitation and gender insubordination.** In: *Inside/out: Lesbian Theories, gay theories.* Nova York. Ed D Fuss, p.13-31, 1991
- BUTLER, J. **Critically Queer.** *GLQ*, 1, p17-32, 1993
- BUTLER, J. **Problemas de Gênero.** Rio de Janeiro. Ed. Civilização Brasileira p21. 2018.
- DAVY, Z. **Recognizing transsexuals: personal, political and medicolegal embodiments.** Londres: Ashgate Publishing Limited, 2011

- DESLANDES, SF. **Trabalho de campo: Construção de dados qualitativos em quantitativos.** In Minayo, MCS (Org.) Avaliação por triangulação de Métodos: Abordagem de Programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. Cap5 p.157-184
- FEUERWERKER, L. **Além do discurso de Mudanças na Educação Médica.** São Paulo: Hucitec. 2000 cap.2, p.10-44
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1: a vontade de saber.** Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2015.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.
- GADAMER, H. **Verdade e Método.** Petrópolis: Vozes, 1999
- GAMSON, J. **As sexualidades, a teoria queer e a pesquisa qualitativa.** In Denzin, NK; Lincoln, YS. (org) O Planejamento da Pesquisa Qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2010 cap.12, p.145-160
- GARCIA, CL. et al. **Saúde de Minorias Sexuais do Nordeste Brasileiro: Representações, Comportamentos e Obstáculos.** Journal of Human Growth and Development, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 94-100, 2016
- GONÇALVES, JV. GONÇALVES RC, SILVA, RF. **Cuidado à saúde e a formação do profissional médico.** Revista Brasileira de Educação Médica. 42 (3) : 9-15; 2018
- GOMES, R et al. **Organização, processamento, análise e interpretação de dados: O desafio da triangulação.** In Minayo, MCS (Org.) Avaliação por triangulação de Métodos: Abordagem de Programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. Cap.6 p.185-222.
- LACERDA, M; PEREIRA, C; CAMINO, L . **Um estudo sobre as formas de preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais.** Psicologia: Reflexão e Crítica, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 165-178, 2002.
- LEMONS, ES. **The meaningful learning theory and its relationship with teaching and research on teaching.** Aprendizagem Significativa Revista, 2011.
- LIMA GZ, LINHARES REC. **Escrever bons problemas.** Revista Brasileira de Educação médica, 2008; 32(2): 197-201

LIMA, VV; KOMATSU, RS; PADILHA RQ. **Desafios ao desenvolvimento de um currículo inovador: a experiência da Faculdade de Medicina de Marília.** Botucatu, Revista Interface, 7(12):175-84, 2003

LIMA, VV. **Espiral Construtivista: Uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem.** Botucatu, Revista Interface, vol.21, n.61, pp.421-434, 2016

LIMA, VV. **Competence: different approaches and implications in the training of healthcare professionals.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.17, p.369-79, mar/ago 2005.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista.** Petropolis: Editora Vozes, 2016

MINAYO, MCS. **Métodos, técnicas e relações em triangulação.** In Avaliação por triangulação de Métodos: Abordagem de Programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. Cap.2 p.71-104

MINAYO, MCS. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Ed. Vozes, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). 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: Ministério da Saúde, 2011.

MORETTI-PIRES, RO. **Domesticando corpos, construindo médicos: das relações de gênero a uma sociologia da profissão.** 2017. 214p. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2017.

MOREIRA, MA; MASINI, EFS. **Aprendizagem significativa - a teoria de David Ausubel.** São Paulo: Centauro; 2002.

OLIVEIRA MFR, Castanho JLC, Oliveira RSC. **Saúde e marginalização social: Suprimindo falhas curriculares.** Rev Bras Med Fam Comunidade. 2019;14(41):1793. [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1793](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1793)

PHILLIPS, C. **Student portfolios and the hidden curriculum on gender: mapping exclusion.** Medical Education, v.49, n.4, p.847-53, 2009.

RESOLUÇÃO CNE/ CES n° 3, de 20 de Junho de 2014. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília: Ministério da Educação, 2014

SACRISTÁN, JG. **Plano do currículo, plano do ensino: o papel dos professores/as**. In: SACRISTÁN, JG e GÓMEZ, AIP. **Compreender e Transformar o Ensino**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 1998, p. 197-232

SACRISTÁN, J. G. **O currículo: uma reflexão sobre a prática**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000

SILVA, TT. **Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo**. 3 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO - Ministério da Saúde, 2002

THOMAZ, JB. **O papel e as características do professor**. In MAMEDE, S, PENAFORTE, J (org) **Aprendizagem Baseada em Problemas: Anatomia de Uma nova Abordagem Educacional**. Fortaleza: HUCITEC, 2001 cap.6 p.157-182.

UFSCAR. **Curso de Medicina - Projeto Político Pedagógico** [Internet]. 2007 [citado 22 Maio 2014]. Disponível em: http://www.prograd.ufscar.br/projetoped/projeto_medicina.pdf.

WEBER, M. **Basic Concepts in Sociology**. Nova York: The Citadel Press, 1964

Apêndices

Apêndice 1

Termo de consentimento livre esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Resolução 466/2012 do CNS)**

**GÊNERO E SEXUALIDADE NA FORMAÇÃO MÉDICA: A PERSPECTIVA DOS
ESTUDANTES DA UFSCAR**

Eu, Pedro Mendonça de Oliveira, estudante do Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar o(a) convido a participar da pesquisa “Gênero e sexualidade na formação médica: A perspectiva dos estudantes da UFSCar” orientada pela Prof.^a Dr.^a Aline Guerra Aquilante.

O objetivo deste estudo é compreender como se trabalha o desenvolvimento de competências relacionadas a gênero e sexualidade durante o curso de medicina da UFSCar, sob a perspectiva dos estudantes..Você foi convidado (a) por ser aluno desta instituição. Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. A qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo acadêmico, seja em sua relação ao pesquisador ou à Instituição.

Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer contribuições para a abordagem do tema no âmbito acadêmico e no exercício da profissão médica.

A coleta de dados será feita através de grupo focal. Solicito sua autorização para gravação em áudio durante o grupo. As gravações realizadas serão transcritas pelo pesquisador, garantindo que se mantenha o mais fidedigna possível. Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja menção a nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada e seu nome será substituído. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

Este estudo pode oferece riscos imediatos ou mediatos, pois algumas perguntas podem remeter a algum desconforto e alguma questão poderá ser julgada impertinente, ou levar a um leve cansaço após a entrevista. Vale ressaltar que as perguntas não serão invasivas à intimidade dos participantes, entretanto, esclareço que a participação na pesquisa pode gerar estresse e desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais em responder perguntas que envolvem a própria prática. Diante dessas situações, os participantes terão a liberdade de não responder as perguntas quando a considerarem constrangedoras, podendo interromper o grupo a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que

esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer. Em caso de encerramento do grupo por qualquer fator descrito acima, a pesquisador irá orientá-lo(a) e encaminhá-lo(a) para profissionais especialistas e serviços disponíveis, se necessário, visando o bem-estar de todos os participantes. O participante não será submetido a procedimentos invasivos, uso e ou privação de fármacos ou outro tipo de terapêutica.

Caso ocorra algum dano por sua participação, este lhe dará o direito a acompanhamento e assistência durante e posterior ao encerramento da pesquisa. É garantida indenização em casos de danos, comprovadamente, decorrentes da sua participação na pesquisa, por meio de decisão judicial ou extrajudicial.

O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal.

Se você tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá comunicar-se pelo telefone (016) 3351-8974 ou procurar a Dra. Aline Guerra Aquilante no Departamento de Medicina da UFSCar.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351- 8028. Endereço eletrônico:

Endereço para contato:

Pesquisador Responsável: Pedro Mendonça de Oliveira

Endereço: Rua Jacinto Favoreto, 573. Apto 91 – Jd. Lutfalla – São Carlos/SP

Contato telefônico: (11) 95491-5787

e-mail: pedrocsnc@gmail.com

São Carlos, _____

Nome do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Apêndice 2

Roteiro semi-estruturado para o grupo focal

1. Gostaria que vocês relatassem como a questão de gênero e diversidade sexual é aprendida durante o curso de medicina da UFSCar.
2. Em que momentos questões relacionadas a gênero e sexualidade apareceram durante as atividades teóricas e práticas? Como vocês descreveriam a abordagem dos docentes e preceptores sobre elas?
3. Na percepção de vocês, como a condução das atividades curriculares através de metodologias ativas influenciou a abordagem destes conteúdos?
4. Vocês vivenciaram ou presenciaram situações durante o curso (encontros teóricos ou práticos), em que, ao falar sobre esses temas, houve constrangimento por parte de qualquer pessoa envolvida (estudantes, pacientes, docentes etc)? Se sim, poderiam descrevê-los?