

ADRIANA STEPHANIE NASCIMENTO DOS SANTOS

O mundo está mudando rápido demais? Gênero e sexualidade no currículo médico: a perspectiva de professores de um curso de graduação em medicina no Estado de São Paulo

São Paulo
2022

ADRIANA STEPHANIE NASCIMENTO DOS SANTOS

O mundo está mudando rápido demais? Gênero e sexualidade no currículo médico: a perspectiva de professores de um curso de graduação em medicina no Estado de São Paulo

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em
Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Rosana
Machin Barbosa

São Paulo
2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Santos, Adriana Stephanie Nascimento dos
O mundo está mudando rápido demais? Gênero e
sexualidade no currículo médico : a perspectiva de
professores de um curso de graduação em medicina no
Estado de São Paulo / Adriana Stephanie Nascimento
dos Santos. -- São Paulo, 2022.
Dissertação (mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Saúde Coletiva.
Orientadora: Rosana Machin Barbosa.

Descritores: 1.Formação em medicina 2.Ensino
médico 3.Medicina 4.Gênero 5.Sexualidade 6.Minorias
sexuais e de gênero

USP/FM/DBD-479/22

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Ao José Roberto Brandão, que me presenteou com uma irmã.
À Claudia Predolim, que me presenteou com meu grande amor.
(in memoriam).

AGRADECIMENTOS

Em primeiríssimo lugar, à Profa. Rosana Machin, que confiou e acreditou em mim e na minha capacidade para realizar este trabalho, até quando nem eu mesma acreditei. Mesmo passando por tantos atravessamentos turbulentos, me proporcionou a melhor orientação e inspiração que poderia receber.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq pelo apoio à pesquisa através da bolsa de mestrado.

À Lilian Santos, secretária da pós-graduação do Departamento de Medicina Preventiva, que é a pessoa mais paciente e prestativa que o programa poderia ter. Meus sinceros agradecimentos por todos os e-mails e orientações durante esse processo.

Aos meus amigos que foram essenciais na construção deste trabalho. Amanda que me presenteou com o tema da pesquisa em uma conversa regada de frustrações em um sábado à noite. Gabriel que me motivou e me ajudou em tudo que precisei e mais um pouco. Marli que chegou como um presente no início desse projeto. Joyce que é minha alma gêmea.

À minha irmã e cunhada, Cláudia e Bruna, que me inspiram com sua força e conhecimentos todos os dias.

Ao meu irmão, pela torcida e apoio de sempre.

Aos meus pais que me faltam palavras e sobram lágrimas para descrever tamanha gratidão e privilégio por ser sua filha. Obrigada, vocês são tudo para mim.

Às minhas tias, Rita e Marli, que me apoiam incondicionalmente em tudo que me proponho a fazer.

Aos meus amigos que fiz na FMUSP, Jonathan Vicente Ferreira (meu maior presente do programa), Danielle Rosa e Pamela Michelena.

Aos professores das disciplinas que cursei, em especial a Profa. Márcia Thereza Couto e o Prof. André Mota, pelos quais sou completamente apaixonada.

Às mulheres que me ajudaram nas transcrições das entrevistas de maneira exemplar, Camila e Verônica.

Aos professores entrevistados, que confiaram em mim e dividiram suas experiências.

À Lumus (Reron, Helô, Mari, Giulia e a pequena Maria) por todo suporte e acolhimento em todos os momentos da minha vida.

Ao Renan pelo apoio e companheirismo incondicional desde os meus 17 anos.

À Vera que nos ajuda e nos acolhe toda semana.

À Judite e Madalena que me concederam o status de mãe de pet e me mostraram que uma casa pode ser muito mais gostosa com animais.

Ao Pedro Ambra por ser grande fonte de inspiração e pela ajuda em muitos momentos durante todo o estudo.

À Raphaela e Alexis pelo acolhimento e ajuda para escrever o artigo.

À Andressa Lima pelo trabalho impecável de revisão do texto.

Aos membros da banca de qualificação, Profa. Ana Claudia Germani, Prof. Antônio Modesto e Prof. Gustavo Raimondi, pelas excelentes sugestões e observações, que foram essenciais para a construção da metodologia.

Agradecimento especial a Claudia Predolim, que faleceu em 2020 e poucas semanas depois conheci seu filho. Sua existência reverbera em mim todos os dias. E ao Brandão, vítima da Covid 19 e do descaso do governo em relação às 700 mil mortes. Obrigada por serem pais maravilhosos e presentear o mundo com parte de vocês.

E, por fim, mas nunca menos importante, ao meu amor, Matheus Predolim, que me motiva, me acompanha, me fortalece, me enriquece e me preenche, todos os dias.

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptadas de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Júlia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

RESUMO

Santos ASN. *O mundo está mudando rápido demais? Gênero e sexualidade no currículo médico: a perspectiva de professores de um curso de graduação em medicina no Estado de São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2022.

Há algumas décadas diversas propostas de reforma do ensino em medicina têm sido conduzidas para produzir mudanças na formação profissional, na relação entre médicos e pacientes e proporcionar melhor atendimento à população. Nesse contexto, gênero e sexualidade são duas temáticas percebidas como escassas e que necessitam de maior presença, tendo em vista que essa situação reflete no cuidado com pessoas diversas. O presente estudo, de cunho qualitativo, tem como objetivo investigar se existe e como é feito o ensino dos temas gênero e sexualidade na graduação de um curso de medicina sob a perspectiva dos professores. O estudo foi conduzido em uma faculdade de medicina no Estado de São Paulo. Para sua realização foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada. Entrevistas semiestruturadas foram realizadas com dezesseis (16) professores responsáveis por disciplinas/unidades curriculares de diversas especialidades médicas. As entrevistas foram realizadas em ambiente virtual e com o consentimento dos participantes foram gravadas e, posteriormente, transcritas. As análises das entrevistas foram feitas após sua transcrição e leitura exaustiva, com construção de categorias de análise temáticas para a compreensão do fenômeno. Como resultado, encontrou-se pouco conteúdo na matriz curricular relacionado aos temas de gênero e sexualidade. Foi observada uma crescente demanda discente pela abordagem destas temáticas. Destaca-se a importância da dimensão geracional na perspectiva dos docentes, no que diz respeito à forma de tratar os temas e às dificuldades em abordá-las em sala de aula, na medida em que não tiveram acesso a essas discussões em sua formação. Os participantes mencionam a ocorrência de uma reforma curricular no curso objetivando maior integração entre as disciplinas/unidades curriculares, mas que não teria atendido às expectativas de ampliação da interdisciplinaridade e da maior integração entre departamentos acadêmicos. Observam ainda que a extensa carga horária do curso de medicina seria um obstáculo para inclusão de novas temáticas.

Palavras-chave: Formação em medicina. Ensino médico. Medicina. Gênero. Sexualidade. Minorias sexuais e de gênero.

ABSTRACT

Santos ASN. *Is the world changing too fast? Gender and sexuality in the medical curriculum: the perspective of professors of a medical school in the State of São Paulo* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2022.

For some decades, several proposals to reform teaching in medicine have been carried out to produce changes in professional training and in the relationship between doctors and patients. In this context, gender and sexuality are two themes that are perceived as scarce and that need greater presence, given that this situation reflects on the care of diverse people. The present study, of a qualitative nature, aims to investigate whether there is and how the teaching of gender and sexuality topics is carried out in medical school. The study was conducted at a medical school in the State of São Paulo. For its accomplishment, the technique of semi-structured interview was used. Semi-structured interviews were carried out with sixteen (16) professors responsible for subjects/curricular units of different medical specialties. The interviews were conducted in a virtual environment and, with the consent of the participants, were recorded and later transcribed. The interviews were analyzed after their transcription and exhaustive reading, with the construction of analysis categories for understanding the object. As a result, little content was found in the curriculum related to gender and sexuality issues. A growing student demand for approaching these themes was observed. The importance of the generational dimension from the professors' perspective is highlighted, with regard to the way of dealing with the themes and the difficulties in approaching them in the classroom, insofar as they did not have access to these discussions in their training. Participants mention the occurrence of a curriculum reform in the course aimed at greater integration between disciplines/curricular units, but which would not have met the expectations of expanding interdisciplinarity and greater integration between departments. They also observe that the extensive workload of the medical course would be an obstacle to the inclusion of new themes.

Keywords: Training in medicine. Medical school. Medicine. Gender. Sexuality. Sexual and gender minorities.

LISTAS DE ABREVIATURAS

AIDS/SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CEP	Comissão de Ética em Pesquisa
CNS	Conferência Nacional de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HIV/VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBTQIA+	Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, queer, intersexuais, assexuais e +
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WAS	Associação Mundial para a Saúde Sexual

LISTA DE TABELAS

Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos participantes

46

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1. INTRODUÇÃO	15
1.1 A inserção de gênero e sexualidade como pauta das áreas de saúde	15
1.2 A formação dos profissionais médicos em gênero e sexualidade: perspectiva histórica	18
1.3 Gênero e sexualidade: questões próximas, mas não iguais	24
1.4 Pesquisas que investigam gênero e sexualidade como temas na graduação em Medicina	30
2. OBJETIVO GERAL	33
2.1 Objetivos específicos	33
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO CONCEITUAL	34
4. PERCURSO METODOLÓGICO	43
4.1 Cuidados Éticos	50
4.2 Impressões durante o trabalho de campo	50
4.3 Análise do material	52
4.4 Limitações do Estudo	55
5. GÊNERO E SEXUALIDADE NA FORMAÇÃO	57
5.1 Como e onde as temáticas são abordadas?	57
5.2 Pouca interação entre especialidades	64
5.3 Reforma Curricular	67
5.4 Formação em medicina e o perfil do ingressante	71
6. PERSPECTIVA GERACIONAL	75
6.1 A Formação Docente	75
6.2 A pressão dos alunos para inserção dos temas	86

7. LACUNAS, DIFICULDADES E SUGESTÕES	92
7.1 Dificuldades para abordar o tema	92
7.2 Sugestões dos docentes	99
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
10. ANEXOS	122
Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	122
Anexo B - Roteiro para entrevista	124
Anexo C - Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa	126

APRESENTAÇÃO

Este projeto nasceu de uma experiência vivida por mim em um estágio feito em um hospital-escola do município de São Paulo, no qual participei de algumas aulas de Medicina. Em uma delas, o professor afirmava que o mundo estava “passando por mudanças rápido demais” e falava da sua dificuldade para conseguir acompanhar essas mudanças. Disse que não sabia lidar com o fato de uma mulher entrar em seu consultório e que, ao dirigir-se a ela, esta “tinha uma voz masculina”. Questionou para a sala, incrédulo: “Como eu chamo? Qual o jeito certo de me referir?”. Ainda continuou seu desabafo dizendo: “e quando um casal de mulheres entra no meu consultório e o filho pequeno delas chama uma delas de pai? E agora? O que eu faço?”. Os residentes que estavam assistindo à aula permaneceram em silêncio diante da questão formulada.

A aula a princípio era sobre mitocôndrias. Quando me dei conta, estava ouvindo um desabafo de um professor que se mostrava insatisfeito com determinadas pessoas buscarem serem vistas e consultadas por ele. Doeu tanto ter escutado, mas doeu mais ainda não ter conseguido dizer nada. Eu saí da aula precisando resolver e lidar com toda angústia e me aprofundar sobre quais são os atravessamentos históricos e sociais que permeiam aquela fala. Pareceu-me um excelente tema de estudo. Além disso, presenciei esse momento quando estava lidando com as minhas inquietações em relação ao meu gênero. Era como se o professor tivesse dito que não sabia o que fazer comigo, e que, talvez, eu estivesse indo longe demais.

O professor, através de sua fala, mostrou a dificuldade existente por parte dos profissionais de Medicina ao lidar com diferentes gêneros e sexualidades. Aparentemente, há certa dificuldade em saber lidar com o que eles não têm contato durante a graduação; ou se têm, parece não ser suficiente para responder a estas questões. Afinal de contas, como é feito esse contato? De que maneira profissionais de Medicina estudam sobre gênero e sexualidade? Será que a forma como esses conteúdos são trabalhados é suficiente para prepará-los como profissionais da saúde? Esses questionamentos foram essenciais para despertar o interesse por investigar sobre

como são trabalhados os temas de gênero e sexualidade ao longo da graduação em Medicina¹.

A criação deste trabalho foi a minha forma de resolver algo que me desorientou e me mobilizou ao ponto de decidir aprender a pesquisar estudando sobre isso. Levei longos anos para perceber que a dor que eu sentia dizia respeito a minha inadequação com a classificação "mulher". O meu desconforto com meu útero, meu ciclo, minha vulva e com a feminilidade só foi externado a partir do momento que decidi iniciar essa pesquisa. Acredito que, inicialmente, esse trabalho é minha declaração de liberdade e representa meu encontro com a não-binariedade.

Conheci o Programa de Saúde Coletiva por meio de uma disciplina ministrada pela Profa. Lilia Blima Schraiber sobre violência de gênero. A professora me apresentou à minha orientadora, que me acolheu desde o primeiro dia de conversa. Eu estava muito nervosa em apresentar um trabalho autoral, mas a Profa. Rosana Machin se interessou e me concedeu a oportunidade de ser orientada por ela.

O programa foi uma das melhores experiências que vivi e acredito ter sido a melhor escolha que poderia ter feito para estudar sobre gênero e sexualidade na Medicina. A Saúde Coletiva conta com um corpo docente incrível, disciplinas densas e profundas e muitos profissionais extremamente competentes. É um espaço em que muitas áreas do conhecimento se encontram e, por isso, pude ver na prática a interdisciplinaridade acontecendo. Poder estudar sobre saúde sob esta perspectiva foi um privilégio sem fim. Ainda me sinto no começo desta longa jornada, que é pesquisar.

¹ A temática foi objeto de estudo realizado na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) como exigência parcial no curso de Psicologia da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso, feito em 2019, nomeado: "As questões de sexualidade e gênero na formação superior em Medicina".

1. INTRODUÇÃO

1.1 A inserção de gênero e sexualidade como pauta das áreas de saúde

Faz algumas décadas que diversas propostas de reforma do ensino médico têm procurado introduzir transformações nas relações entre médicos e pacientes por avaliá-las “desumanas” ou “discriminatórias” (Schraiber, 1989). A maioria das propostas enfatiza a importância de aumentar a carga horária dedicada às ciências humanas a fim de integrar à grade curricular dos cursos de Medicina (Canesqui, 2000).

Também existem propostas que questionam o ensino médico a fim de problematizar o currículo tradicional e conteudista, apontando para as poucas discussões entre especialidades. O objetivo é trazer maior integração entre as disciplinas e propor um ensino mais dinâmico através de metodologias ativas. Ou seja, métodos baseados na participação ativa dos alunos, no qual o professor é apenas o mediador do aprendizado. Além disso, propõe-se aumentar a carga prática do curso e diminuir as horas de aula expositiva (Santos et al., 2015).

O enfoque do desenvolvimento técnico da formação médica no Brasil tem sido alvo de debate nas escolas médicas e na América Latina como um todo desde a década de 1950. Há uma crescente preocupação em modificar a formação dos profissionais de saúde, em especial a dos médicos, a fim de proporcionar melhor atendimento à população. Muitas reformulações têm sido propostas com o objetivo de inserir mais temáticas voltadas para a comunidade, ciências sociais e psicologia (Koifman, 1998).

Desde a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 2003, o tópico de gênero e sexualidade já era pauta do Sistema Único de Saúde (SUS) “como forma de elaboração de políticas de equidade para a população, objetivando reduzir as desigualdades e promover a saúde” (Raimondi et al., 2017, p. 1). Em 2007, na 13ª Conferência Nacional de Saúde, a orientação sexual e a identidade de gênero foram incluídas na análise da determinação social da saúde, elucidando a importância dessa

problemática no efetivo cuidado em saúde, uma vez que se permite ampliar a análise do cuidado para além das questões puramente anatomofisiológicas - viés cientificista biológico - incluindo os componentes psicossociais e culturais (Raimondi et al., 2017, p. 2).

Ainda assim, as temáticas de gênero e sexualidade são “comentadas” de forma pontual em disciplinas de Ginecologia, Psiquiatria, Psicologia Médica e Urologia, ao abordarem os temas, por exemplo, de câncer, aborto, Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Ou seja, as questões de gênero e sexualidade só são passíveis de estudo e aprimoramento profissional quando relacionadas à noção de “desvio” dos códigos normativos, e de maneira patológica, pela perspectiva do adoecimento/doença (Canguilhem, 2002).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DNC) do Curso de Graduação em Medicina instituídas pelo MEC (Ministério da Educação), através da Resolução CNE/CES no 3, de 20 de junho de 2014, no capítulo III “Dos Conteúdos Curriculares e do Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina”, discorrem, no Art. 23, tópico III, letra C, que “os conteúdos fundamentais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade e referenciados na realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em saúde”.

Portanto, contemplam: conhecimentos de bases celulares e moleculares; compreensão de determinantes sociais no processo saúde-doença; abordagem do processo saúde-doença do indivíduo; domínio da propedêutica médica; diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças; promoção de saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos; abordagem de temas transversais que envolvam conhecimento acerca dos direitos humanos; compreensão e domínio de novas tecnologias da comunicação. Assim, observa-se que especificamente em relação ao conteúdo curricular, as questões de gênero e sexualidade não são mencionadas.

No entanto, no capítulo II, Seção I “Da Área de Competência Atenção à Saúde”, Subseção I “Da Atenção às Necessidades Individuais de Saúde”, Art. 12,

menciona-se que a realização do exame físico deve ser feita com “postura ética, respeitosa e destreza técnica na inspeção, palpitação, ausculta e percussão, com precisão na aplicação das manobras e procedimentos do exame físico geral e específico, considerando a história clínica, a diversidade étnico-racial, de gênero, de orientação sexual, linguístico-cultural e de pessoas com deficiência” (p. 5).

Bem como o capítulo I, Seção I “Da Atenção à Saúde”, Art 5º discorre que “o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social” (p. 2). Nota-se que orientação sexual e gênero aparecem como marcadores sociais de diferença e que devem ser considerados para um exercício profissional ético.

Debater sobre essas temáticas no currículo dos profissionais médicos é mais do que possuir informações a respeito delas, mas poder refletir sobre outras formas de corpo e de existir. É descolar-se da noção de corpo restrita apenas às funções anatomofisiológicas, entendendo os corpos como parte do estudo da saúde dos pacientes. É reconhecido que o currículo médico negligencia a questão da individualidade do ser e a integralidade do cuidado em saúde. Portanto, se faz necessário um currículo voltado para as reais necessidades de saúde da população (Raimondi et al., 2017).

Raimondi et al. (2017) discorrem sobre as dificuldades de trazer esses debates para os cursos de Medicina devido à resistência de alguns alunos. Os autores descreveram em seu artigo ações educacionais, feitas em 2016, que tinham o objetivo de levar essa discussão para dentro de uma Faculdade de Medicina de uma universidade pública brasileira. Eles relatam que a própria inserção de uma disciplina que trouxesse as questões de gênero e sexualidade foi burocrática e demorada. O debate foi frustrante por não ter grande interesse dos alunos, além dos olhares de desprezo e indignação. Contam que os discentes e docentes não viam necessidade de uma disciplina abordando a transexualidade, travestilidade e demais minorias LGBT's, porque eles viam todos como “iguais” e “tratam todos iguais” (Paulino et al., 2019).

1.2 A formação dos profissionais médicos em gênero e sexualidade: perspectiva histórica

A abordagem cientificista hegemônica na esfera das Ciências Naturais e Biológicas sobre sexualidade reduz a temática às concepções e pluralidades da corporeidade humana (Silva, 1998). Nesse sentido, a sexualidade é abordada, em regra, sob uma perspectiva basicamente fisiológica e anatômica.

Em 1886, Richard von Krafft-Ebing publicou a primeira versão de *Psychopatia Sexualis*, uma obra na qual as diversas formas de sexualidade que desviavam do sexo entendido como reprodutivo (entre um homem cis e uma mulher cis), foram catalogadas e classificadas. É considerado o primeiro manual que sistematiza as perversões sexuais elaborado por psiquiatras do âmbito jurídico. O livro teve repercussões tão impactantes que reflete até os dias de hoje no que diz respeito ao estudo da sexualidade (Simião e Simanke, 2021).

Michel Foucault traz a noção de que a sexualidade não é um dado da natureza, mas é um dispositivo histórico, datado a partir do século XIX: o dispositivo de sexualidade. Trata-se de uma “rede trançada por um conjunto de práticas, discursos e técnicas de estimulação dos corpos, intensificação dos prazeres e formação de conhecimentos” (Foucault, 1980, p. 100).

A sexualidade torna-se referência fundamental no processo de produção da verdade e da subjetividade na modernidade, deslocando o lugar anteriormente definido pelo cristianismo. Ela é compreendida como uma prática discursiva chamada *Scientia sexualis* (histórica, política e institucional-jurídica). Foi essa a noção de sexualidade que compôs a Medicina do século XIX, influenciando diretamente na atuação do profissional dessa área. O mesmo passa a ter o poder de determinar os dispositivos de controle das sexualidades consideradas sadias, bem como a normatização das sexualidades definidas como patológicas, e como consequência, prescreve intervenções terapêuticas para normalizá-las a fim de que se aproximem do que é tido como correto e normal (Foucault, 1980).

Cria-se a noção de que o sexo voltado à reprodução é o sexo correto. Além disso, há a estabilização da diferença sexual como diferença biológica: o sexo passa a ser o significante mestre da identidade na modernidade (Foucault, 1980).

Esta prática discursiva se fortaleceu institucionalmente com a Medicina do século XIX, que, para Foucault, configura uma das formas mais efetivas de dominação e controle social da sexualidade, através de dispositivos de saber e poder. Foucault analisa como o médico ocupa uma função social de normatização e domínio das práticas, através de uma metáfora comparativa que vê a "consulta médica" como análoga às práticas medievais da confissão. Ou seja, o médico ocupa a posição de detentor do saber e do poder, na qual sua função é classificar determinadas sexualidades como sadias ou patológicas e prescrever intervenções vistas como terapêuticas baseadas em um certo conceito de saúde e bem-estar (Silva, 1998).

A Ciência Moderna, assim como a Igreja na sociedade burguesa, contribuiu para estabelecer uma nova ética sexual que é baseada na higienização do sexo e na normatização classificatória do corpo sadio ou doente. Reduz a sexualidade ao universo tipológico das doenças, anatomia e fisiologia dos órgãos genitais, através de uma visão médico-biologista do homem e do corpo somente como "aparelho reprodutor". No entanto, a sexualidade não se esgota nisso (Silva, 1998).

É importante que a sexualidade seja entendida de forma que não se reduza a quais corpos são tidos como saudáveis e também às suas dimensões fisiológicas ou anatômicas. É algo que precisa ser entendido como um “conjunto de atividades, posturas, opções, modos de vida, subjetividade e alteridade, resultantes das relações sociais” (Silva, 1998, p. 120).

Trata-se de incorporar uma compreensão histórico-cultural e sócio-política na formação nos cursos de Medicina, que irá refletir na forma como o cuidado pode ser conduzido de maneira geral e, particularmente, com relação às pessoas LGBTQIA+².

² LGBTQIA+ significa lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, queer, intersexuais, assexuais e +. Anteriormente conhecida como LGB (lésbicas, gays e bissexuais), a sigla foi lançada em países de língua inglesa nos anos 1980; ou sua versão brasileira GLS proposta por André Fischer nos anos 1990.

Os estudos sobre Educação Sexual no Brasil tinham avançado desde 1920 e estavam a caminho de se tornarem um tópico oficial, presente nas escolas e discutido em diversos âmbitos (Werebe, 1978). Temas como aparelhos genitais, masturbação, adolescência, puberdade, menstruação, fecundação, namoro, ato sexual, parto, amor, homossexualidade, controle demográfico e anticoncepcionais, apareciam com fins pedagógicos dentro das escolas por parte dos professores (Werebe, 1978). Porém, com o Golpe de 1964, houve o endurecimento da censura, com as temáticas da moral e dos bons costumes passando a fazer parte da ordem do dia e as liberdades sexuais passaram a ser associadas ao comunismo. A educação sexual entrou num processo de estagnação. Todo o pouco espaço que havia sido paulatinamente conquistado foi interrompido (Ribeiro e Bedin, 2010).

Sofremos os efeitos dessa interrupção até hoje, pois, somente a partir de 1996, a orientação sexual escolar tem lugar na legislação educacional a nível federal com a criação dos Parâmetros Curriculares Nacionais que propõem a discussão da temática de sexualidade e orientação sexual em sala de aula. O país está engatinhando nessa área por ainda não ser um tema que faça parte do currículo oficial das escolas (Ribeiro e Bedin, 2010).

Rufino et al. (2013, p. 179) discorrem sobre os efeitos dessa interrupção, que se mostram presentes ao observarmos a limitação da atuação médica em relação à saúde sexual para o atendimento integral e humanizado em situações de violência sexual, aborto legal e saúde geral para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT). Segundo os autores, inquéritos realizados com médicos mostraram que 50 a 72% dos ginecologistas, urologistas, psiquiatras e clínicos gerais não investigavam de forma regular a saúde sexual dos pacientes. A justificativa usada foi uma deficiência de conhecimentos em saúde sexual (15 a 28%) que, por sua vez, levava à insegurança (49%) para abordar e tratar as disfunções sexuais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Associação Mundial para a Saúde Sexual (WAS) reforçam a importância do olhar integral e multidimensional para a

Posteriormente, foi incorporada com mais identidades sexuais e de gênero até chegar nessa formação atual (Ambra, 2015).

saúde sexual. Essas entidades incentivam e contribuem para a propagação de políticas de ações que contemplem as pluralidades da sexualidade humana. Portanto, essas ações devem garantir aspectos de prevenção e tratamento para doenças sexuais, mas também devem incluir a valorização dos direitos sexuais, ou seja acesso a educação sexual, prazer e igualdade de gênero (Rufino et al., 2013). No entanto, a partir desses dados podemos ver que na prática não funciona assim.

A WAS reforça a necessidade da habilitação de educadores, profissionais de saúde e estudantes para a abrangência da atuação em saúde sexual. Nesse sentido, as escolas médicas mundiais têm demonstrado interesse crescente em reavaliar seus currículos quanto ao ensino de aspectos da sexualidade humana para além dos aspectos reducionistas da sexualidade. A valorização dos aspectos biológicos em detrimento daqueles relacionados à dimensão histórico-cultural e sócio-política da sexualidade humana é ainda uma ocorrência frequente. Os estudantes de Medicina costumam ser treinados apenas na coleta do histórico sexual dos pacientes, mas não desenvolvem habilidades para o atendimento que promova a saúde sexual (Rufino et al., 2013). O conhecimento do que os universitários pensam acerca da sexualidade é fundamental para rever conteúdos curriculares e estratégias pedagógicas para o ensino desse tema (Cerqueira e Lima, 2008).

Tratando-se do contexto brasileiro, há poucos estudos empíricos que discorrem sobre a sexualidade no currículo médico, e, portanto, a assistência integral em saúde sexual é pouco conhecida (Rufino et al., 2013).

Rufino et al. (2013, p. 181) trazem um levantamento de dados a respeito das questões de sexualidade e gênero dos estudantes de Medicina em quatro universidades de Teresina, Piauí. Os aspectos da sexualidade abordados nas aulas ou disciplinas foram informados por 202 (96,6%) alunos e caracterizados como predominantemente clínicos e de doenças associadas ao exercício da sexualidade. Foram pouco destacados os direitos sexuais e reprodutivos (82; 40,6%), papéis de gênero, identidade e cultura (62; 30,7%) e homofobia (50; 24,7%). Com relação aos aspectos associados à orientação sexual, a heterossexualidade recebeu maior ênfase, segundo 69,3% (140) os alunos. A homossexualidade (101; 50,0%) e a bissexualidade (77, 38,1%) foram pouco citadas.

A heterossexualidade se impôs como o aspecto da orientação sexual mais valorizado pelos docentes, ou seja, tida como referência para os estudos dos casos. Esse dado destaca a dominância da heteronormatividade dentro do ensino médico nas escolas pesquisadas. A homossexualidade e a bissexualidade, expressões da diversidade sexual humana, receberam pouca atenção (temas não são trazidos como possibilidade), assim como a homofobia (Rufino et al., 2013).

Em um estudo que buscava identificar as concepções de gênero e sexualidade de estudantes de Medicina de São Paulo, Cerqueira e Lima (2008) relatam que cerca de 29,7% dos homens e 10,9% das mulheres estudantes de Medicina responderam que o “homossexualismo” pode ser considerado doença. Para a afirmação ‘uma lésbica preferiria um homem, se fosse um “homem de verdade” e ‘usasse a técnica correta’, 9,1% dos estudantes homens concordaram, 3,6% das mulheres estudantes concordaram. Porém o que impressiona é que 32,8% das mulheres respondem que “não sabem” (Cerqueira e Lima, 2008).

A pesquisa ressalta que os currículos de graduação em Medicina no Brasil são construídos pelas escolas médicas, mas devem seguir as Diretrizes Curriculares Nacionais, que estabelecem a necessidade da formação de médicos generalistas e humanistas. Portanto, essas diretrizes preveem o estudo da sexualidade de maneira humanizada e integral. Inclusive, elas são baseadas nos campos de trabalho que são provenientes das políticas públicas destinadas à população LGBTQIA+. Conforme afirmam Rufino et al. (2013, p. 181), as políticas públicas de saúde no país demonstram interesse na promoção da saúde sexual e reprodutiva, com inclusão de ações destinadas à população feminina, masculina, adolescente e LGBTQIA+. Conseqüentemente, essas ações abrem um campo de trabalho para médicos capacitados à promoção integral da saúde sexual da população.

A pesquisa “*Sexuality education in Brazilian medical schools*” (Rufino et al., 2013) teve como objetivo investigar como a educação sexual é feita nas Faculdades de Medicina, através de um questionário semiestruturado online sobre as características dos conteúdos relacionados a sexualidade nas aulas. As disciplinas mais relacionadas com a temática são: Ginecologia, Urologia (voltado para sistema reprodutivo) e

Psiquiatria (perspectiva patológica, relacionado a AIDS). Menos de 50% dos professores abordam aspectos sociais da sexualidade e sexualidades não-normativas.

Ainda que a literatura ressalte a importância de considerar aspectos socioculturais e psicológicos sobre a sexualidade, essas questões são pouco abordadas no curso médico. O olhar a partir de um viés organicista e patológico não considera as representações sociais e culturais da sexualidade. Isso se ilustra nos dados apresentados por Pedrosa e Spink (2001), em que os alunos relatam habilidades para lidar apenas com lesões corporais e se mostram despreparados para abordar aspectos socioculturais da violência sexual.

Os dados nos mostram como a formação em gênero é muito incipiente em nossas instituições de ensino, principalmente porque ela é pautada a partir do “sujeito universal”: homem branco, heterossexual, de classe média, cisgênero, casado e com filhos, devido ao nosso histórico de colonização eurocêntrica. Isso se agrava no ensino superior brasileiro, para qualquer formação e área do conhecimento (Jesus, 2016).

No entanto, a construção do SUS, por meio de seus princípios e valores democráticos, levantou questionamentos sobre os profissionais de saúde que estavam se formando e se eles estavam devidamente preparados, incluindo a reflexão sobre novas propostas curriculares. Há muitos currículos que se dedicam somente ao aspecto técnico, com disciplinas isoladas e sem atividades humanísticas, tornando os profissionais cada vez mais especializados em suas áreas e sem conhecimentos interdisciplinares. Por isso, torna-se importante a inserção de conteúdos humanistas, mas que devem ser articulados no curso como um todo. A dimensão humana e cultural deve ser transmitida nas diferentes disciplinas, mas se atentando para não permanecer somente um espaço de transmissão de conhecimento, sem que os alunos possam refletir e se sensibilizar com o conteúdo, para que possa se articular com a prática (Casete e Corrêa, 2012).

Todos esses fatores apresentados demonstram como o desconhecimento dos temas de gênero e sexualidade impacta na qualidade do atendimento, especialmente da população LGBTQIA+.

1.3 Gênero e sexualidade: questões próximas, mas não iguais

A área dos estudos de gênero é recente no Brasil, e só se consolidou a partir dos anos 1970 com o fortalecimento do movimento feminista do país. O conceito de gênero emerge das discussões que o feminismo abarca (Maciel Júnior, 2006). Consolida-se enquanto categoria de análise através de pesquisas sobre mulheres que transformam os paradigmas disciplinares e impõem um reexame crítico das premissas e dos critérios do trabalho científico. Não é só uma nova história das mulheres, mas uma nova história, um alargamento das noções tradicionais que agora devem ser lidas considerando o gênero como um dos três eixos das desigualdades, sendo os outros dois: raça e classe (Scott, 1995).

Os significados feministas de gênero são diversos e variam de acordo com as perspectivas dos diferentes tipos de feminismos. No entanto, os significados partem, de alguma forma, da formulação de Simone de Beauvoir dos anos 1950, de que “não se nasce mulher” (Haraway, 1995). Ademais, se articulam com a ideia da construção de mulheres como um coletivo sujeito-em-processo histórico. Haraway define: “Gênero é um conceito desenvolvido para contestar a naturalização da diferença sexual em múltiplos terrenos de luta” (Haraway, 1995, p. 221). Para a autora, a noção de construção é compreendida como um fator em comum entre as inúmeras posições teóricas.

Essa concepção de gênero enfatiza o caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo. O gênero é considerado como o aspecto relacional das definições normativas (socialmente construídas) da feminilidade e o sexo é baseado no determinismo biológico. Determina-se como relacional, pois não é possível compreender qualquer um dos sexos por meio de estudos separados, sendo termos recíprocos, é necessário compreender tanto a história dos homens como das mulheres (Scott, 1995).

A afirmação de Simone de Beauvoir supõe a construção de um sujeito feminino ou, como se diria mais tarde, do sujeito de gênero. Lidar com o conceito de gênero por meio dessa perspectiva construcionista, significa colocar-se contra a naturalização do feminino e, obviamente, do masculino (Louro, 2007). Sendo assim, o sujeito se

constrói a partir da tradução e inscrição cultural do sexo, ou seja, gênero é a forma como o sexo se inscreve culturalmente (Scott, 1995).

O "sexo" permanece na teoria feminista como aquilo que fica de fora da cultura e da história, como uma estabilidade e uma essência antecedente a qualquer outra coisa. Portanto, a dicotomia entre natureza e cultura é vista a partir da noção de que gênero está para a cultura assim como sexo está para a natureza (Nicholson, 2000). No entanto, a cisão entre natural e cultural não é clara. Tudo que se entende como natural também se produz culturalmente; é uma interpretação que depende de onde é feita (Haraway, 1995).

A noção de natural é uma ficção política, em que se cria uma ilusão na qual há coisas que sempre existiram, que não as construímos, mas que construímos a partir dela; é uma expressão de vontade própria da natureza, além dos limites da cultura. Porém, o sexo biológico foi uma invenção do século XVIII, como descreve Thomas Laqueur (Nicholson, 2000).

Laqueur (2001), em seu estudo da literatura médica sobre o corpo, que perpassa dos gregos ao século XVIII, identifica uma mudança significativa. Até o século XVIII havia uma noção "unissexuada" do corpo. Ou seja, havia somente um sexo, representado pelo pênis e a vagina seria o pênis atrofiado e não desenvolvido — portanto, uma derivação defeituosa e inferior. Dependendo da quantidade de calor atribuída a cada corpo, ele se formaria mais ou menos perfeito, transformando-se em um corpo de “homem” quando o calor foi suficiente para externalizar os órgãos reprodutivos, ou em um corpo de “mulher”, quando o calor foi insuficiente e os órgãos permaneceram internos.

A partir do século XIX, surge a noção "bissexuada", na qual há dois órgãos sexuais. Anteriormente o corpo feminino era concebido como uma versão defeituosa do corpo masculino e, posteriormente, passa a ser uma versão diferente (Laqueur, 2001). Partindo de outra perspectiva sobre gênero, Judith Butler (2003) traz a ideia de que o gênero não deve ser meramente concebido como a inscrição cultural de significado num sexo previamente dado. O sexo entendido como sexo pré-discursivo e politicamente neutro, faz parecer natural como se sempre estivesse ali, mas ele é tão

culturalmente construído quanto o gênero, ele é o gênero, assim: “(...) a distinção entre sexo e gênero revela-se absolutamente nenhuma (Butler, 2003, p. 25).

A autora explica a noção de gênero através do conceito de performance, trazido da linguística a partir de John Austin, no qual atos da fala criam realidades que antes não existiam. Dizer que gênero é performativo e não descritivo, é dizer que é através da ação que o sujeito de gênero passa a existir. Quando o médico olha para o ultrassom e diz “é uma menina” ou “é um menino” ele cria uma realidade que antes não existia: começa a ser esculpido o corpo daquele bebê. Porém, isso não vai fazer o bebê menino ou menina, e sim a constante repetição dessa realidade. É fazendo o gênero que nos tornamos quem somos (Butler, 2003).

Tratando-se da sexualidade (associada a relacionamentos afetivos-eróticos), evidencia-se ainda mais a diversidade de conceptualizações. O ancoramento da sexualidade na biologia, principalmente a partir dos aparelhos reprodutores, costuma ser mais resistente do que ocorre em relação ao gênero. A aceitação da existência de uma matriz biológica, de algum atributo ou impulso comum constituído na origem da sexualidade humana persiste em algumas teorias. O construcionismo social, já mencionado, contrapõe-se a essa ótica e, conseqüentemente, é contraposto à heteronormatividade. As perspectivas construcionistas opõem-se às perspectivas deterministas, visto que há diversas formas de se compreender como se dá a construção social (Louro, 2007).

Linda Nicholson rotula como “fundacionalismo biológico” a noção de algumas questões da natureza são responsáveis por certas questões sociais. Sendo assim, a imposição de condutas e comportamentos baseados em conceitos biológicos afetam o conceito de gênero, tornando-o algo imutável, assim como as mesmas imposições afetam o conceito de sexualidade (Louro, 2007).

Antes do movimento feminista propor uma discussão e reflexão acerca do que se entende por gênero, vigorava uma ideologia previamente estabelecida marcada pela polarização binária entre os gêneros. Tal diferença é concebida como categoria central de análise e é fundamental na definição de estratégias de ação dentro das políticas públicas e de qualquer setor da sociedade. As diferenças entre homens e mulheres são

ênfatizadas, estabelecendo uma polaridade entre masculino e feminino, produção e reprodução, público e privado (Farah, 2004).

Essa polarização e binariedade dos gêneros (homem e mulher) e sexualidade (heterossexual e homossexual), segundo Farah (2004), favorece a homofobia e o sexismo (hierarquização das relações entre homens e mulheres) como componente essencial, tendo em vista que a polarização homo-heterossexualidade origina um sistema de normatividade da sexualidade, no qual determinados comportamentos sexuais são referenciais como modelo social para todas as outras sexualidades.

Segundo Borillo (2000), a homofobia não é somente constatar uma diferença, mas há conclusões e interpretações materiais. Para o autor, “a homofobia é a atitude de hostilidade para com os homossexuais” (Borillo, 2000, p. 15). Não se reduz somente ao ódio em relação a gays e lésbicas, mas também a inferiorização do outro, que é colocado como oposto, diferente, anormal e contrário.

Segundo Rohden (2009), a diferença entre os sexos voltou a ser tematizada e legitimada em nossa cultura ocidental moderna, apesar do compromisso originário desta com a ideologia da igualdade. A autora usa como pilar principal da discussão, a criação da Medicina moderna da mulher e a construção histórica da ginecologia como especialidade médica. O corpo feminino passou a ser estudado e alvo de práticas médicas a partir da condição passiva das mulheres, assujeitada a controles públicos e familiares.

Rohden (2009) parte da inquietação a respeito da obsessão com a definição das diferenças sexuais entre homens e mulheres. A partir do século XXI, nota-se uma proliferação de discursos que reafirmam essas supostas diferenças. Tanto na grande mídia, como em publicações científicas, há uma necessidade de demonstrar e comprovar como teríamos marcos naturais intransponíveis, que assegurariam uma distinção radical entre os gêneros, traduzida em termos de características vinculadas ao sexo biológico. Normalmente, vinculam-se essas diferenças a hormônios, neurônios e genes, que servem como comprovações cada vez mais substanciais da diferença. Esse fenômeno costuma servir de ilustração para apontar os fenômenos da ciência, mas na verdade, reflete os focos centrais de interesses culturais e políticos da nossa sociedade

baseados no dualismo entre natureza e cultura. Além disso, reforça como a sociedade se organiza socialmente e como se dão as estruturas familiares.

A homossexualidade era comumente chamada de “homossexualismo” até 1973, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou a retirada da homossexualidade da lista de doenças mentais. Até então, os movimentos sociais das minorias gays, lésbicas e bissexuais, majoritariamente, discutiam a importância de que o comportamento homossexual e bissexual não fosse lido como doente. Apesar disso, o desejo homossexual ainda era encarado pela maioria das pessoas como uma ameaça à sociedade, principalmente, a partir do final da década de 1980, auge do período mortal da epidemia de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS)³ (Miskolci, 2014).

A epidemia levou ao surgimento das primeiras políticas públicas brasileiras voltadas para os homossexuais nos anos 1990 (Facchini, 2005). Houve uma mobilização nacional que se organizou como “resposta coletiva” à epidemia do HIV/AIDS: a implementação de uma política de prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)/AIDS baseada no compromisso e parceria entre Estado e sociedade civil, além do uso de políticas de identidade como estratégia para combater a vulnerabilidade e marginalização de populações estigmatizadas⁴ e, conseqüentemente, marginalizadas (Facchini, 2009).

Louro (2008) nos conta como, a partir dos anos 1960, o movimento dessas minorias almejava a visibilização de outras formas de viver, diferentes daquilo que é esperado que seja o homem: “heterossexual, branco, de classe média”. Essas ações

³ Doença do sistema imunológico humano resultante pela infecção do vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana - da sigla em inglês). É sexualmente transmissível e pode ser transmitido através do uso de seringas/objetos cortantes infectados, transfusão de sangue contaminado e da mãe para filho durante o parto, amamentação e gravidez (Ministério da Saúde, 2021).

⁴ Segundo Paiva (2017), a “população estigmatizada” é formada por determinados indivíduos que são considerados “em maior risco”, e que, após haver análises epidemiológicas, resulta-se na tipificação dessas pessoas, formando os “grupos de risco” (negros, pobres, homossexuais etc.). No entanto, raramente se dá atenção psicossocial a essa população. Normalmente, atribui-se aos pacientes a necessidade de mudarem seu comportamento, responsabilizando-os pelo contexto e constatando quais são os comportamentos e atitudes adequadas.

tinham em comum lutar pelo direito de falar por si e de si, denotando um forte caráter identitário e necessidade de protagonizar as próprias vidas.

Com isso, foi se afirmando uma nova política cultural - a política de identidades. Grupos sociais tradicionalmente subordinados passaram a protagonizar uma luta que buscava ter a cultura como palco do embate com o propósito de visibilizar outros modos de viver, os seus próprios modos, suas estéticas, suas éticas e suas histórias (Louro, 2008).

Passou-se a exigir que fossem legítimas outras formas de “ser”, uma questão complexa, que se mantém em contínua transformação. Falando especificamente do terreno dos gêneros e da sexualidade, o desafio atual parece não ser apenas aceitar que as posições tenham se multiplicado, mas que seja impossível lidar com elas a partir de modelos binários. Nesse sentido, as fronteiras sexuais e de gênero vem sendo constantemente atravessadas, tanto por pessoas das mais diversas identidades sociais quanto pela arguição da tradição de classificação binária. Torna-se complexo admitir que o lugar social no qual alguns sujeitos vivem é precisamente essa fronteira (Louro, 2008).

No contexto brasileiro, a livre expressão da sexualidade e de gênero como um direito de cidadania é de extrema relevância, pois as marcas da desigualdade social reforçam aquelas da discriminação ligada às pluralidades sexuais e de gênero (Pocahy e Nardi, 2007).

Tanto no Brasil como em outras partes, as pluralidades das formas de viver os gêneros e as sexualidades tornam necessária uma revisão das formas tradicionais de se entender gênero, a fim de que as pessoas passem a se informar e, conseqüentemente, saberem lidar com todas essas mudanças (Louro, 2008). Ou seja, considera-se a importância do uso da categoria gênero romper com visões reducionistas, biológicas e binárias, que não incluem aspectos importantes de relações de poder e de historicidade (Azerêdo, 2010).

Nas últimas décadas têm surgido cada vez mais teorias buscando analisar pessoas que transgridem gênero e sexualidade. Essas formas de se sentir, vivenciar e

experimentar o gênero e a sexualidade são significativas por serem sugestões concretas e simbólicas das “possibilidades de proliferação e multiplicação das formas de gênero e de sexualidade” (Louro, 2004, p. 23).

Não é à toa que observamos, contemporaneamente, que eventos relacionados ao chamado “transexualismo”⁵ têm atraído tanto o interesse científico como o do público em geral. Além disso, observamos também um aumento nos estudos sobre os corpos intersexo, anteriormente chamados de "hermafroditas". No campo político e dos Direitos Humanos, assim como na maior parte da literatura na área das Ciências Humanas e Sociais, tem-se optado pela utilização do termo “intersex/intersexualidade” para fazer referência “a todas aquelas situações em que o corpo sexuado de um indivíduo varia em relação a um standard de corporalidade feminina ou masculina culturalmente vigente” (Cabral e Benzur, 2005, p. 283).

Nos últimos anos tem se tornado cada vez mais presente o uso de procedimentos, terapias farmacológicas e técnicas cirúrgicas nos campos de gênero e sexualidade devido ao desenvolvimento tecnológico (Petry e Meyer, 2011).

1.4 Pesquisas que investigam gênero e sexualidade como temas na graduação em Medicina

A partir de um levantamento bibliográfico realizado em algumas bases de dados, procurou-se identificar como a temática de gênero e sexualidade tem sido tratada na literatura sobre formação médica. Foi realizada uma consulta nas bases de dados PubMed Medline, a partir do uso dos descritores “sexuality”, “gender” e “medical school” relativos ao período de 2010 a 2020. Por meio desse levantamento

⁵ No dia 18 de junho de 2018 a OMS (Organização Mundial da Saúde) retirou a transexualidade da lista de doenças mentais na mais nova versão da Classificação Internacional de Doenças, a CID-11. No entanto, a transexualidade continua na CID, não mais como doença, mas como incongruência de gênero, dentro das categorias relativas à saúde sexual. Segundo a OMS isso irá reduzir o estigma e a discriminação. No entanto, a transexualidade ainda aparece como incongruência, ou seja, ainda há um modelo de gênero, ideológico, que é tido como correto e é o padrão. A OMS afirma que apesar das inúmeras evidências científicas de que não se trata de uma doença mental, os cuidados a essa população podem ser oferecidos da melhor forma se a condição ainda estiver dentro da CID, como atendimento especializado dentro do SUS. A incongruência de gênero é caracterizada pela incompatibilidade marcada e persistente entre o gênero vivido por uma pessoa e o gênero atribuído a ela (Conselho Federal de Psicologia, 2019).

foram identificados artigos que investigam como gênero e sexualidade aparecem e são abordados em curso de graduação em Medicina em diversos países.

Alguns dos estudos realizados na Austrália, na *Western Sydney University*, propõem intervenções em cursos de Medicina através de workshops e atividades, como leituras e palestras. Tais propostas visam trazer conhecimento sobre gênero e sexualidade numa perspectiva mais interativa, a fim de informar sobre a diversidade sexual e capacitar os estudantes a lidar com pacientes LGBT's. Como resultado, os artigos mencionam que os estudantes acharam a abordagem útil e se engajaram nesses temas (Micheal e Majardi, 2018).

Estudos conduzidos nos Estados Unidos, na *University of Minnesota Medical School*, propõem um currículo inovador para treinar estudantes de Medicina em saúde sexual, incluindo temas como diversidade sexual, aborto e coerção sexual (Coleman, 2014). Cabe ressaltar que apenas metade das escolas médicas dos EUA atualmente exige instrução formal em sexualidade (Warner et al., 2018). No geral, os alunos sentem falta de temas como segurança e prevenção.

Em outros estudos, também realizados nos Estados Unidos, os alunos gostaram das atividades e se interessaram em participar, sentindo-se mais preparados e confortáveis para lidar com pacientes LGBT's (Mayfield et al., 2017). As pesquisas ressaltam a importância de trazer informações com bom embasamento.

Em razão desses dados, várias universidades americanas se propuseram a reestruturar a matriz responsável pelo conteúdo de educação sexual (Bayer et al., 2017), tendo em vista que informações a respeito do atendimento às pessoas transgênero são as menos trabalhadas nas grades curriculares (Seaborne et al., 2015).

Segundo estudos desenvolvidos nos Estados Unidos e no Canadá, a maioria dos estudantes americanos e canadenses se sentem, no geral, confortáveis, mas não preparados para lidar com as demandas da população referida devido à falta de educação sobre gênero e sexualidade no currículo médico das universidades (White et al., 2015; Zelin et al., 2018). Menos de 5 horas da grade curricular de cursos médicos na Austrália e na Nova Zelândia são dedicadas à saúde de pessoas LGBTQIA+

(Sanchez et al., 2017). Essas poucas horas não contemplam discussões importantes sobre sexualidade, o que impacta diretamente na preparação desses estudantes e, conseqüentemente, na forma como os pacientes LGBTQIA+ são cuidados e atendidos (Parameshwaran et al., 2017).

As revisões bibliográficas sobre a educação sexual em Faculdades de Medicina dos Estados Unidos demonstram a escassez de questões pertinentes a minorias sexuais, práticas sexuais não normativas, aborto e violência (Shindel et al., 2016), e por isso, há uma série de propostas para mudança da grade curricular obrigatória, vindas por parte dos alunos, com o objetivo de suprir essa falta (Shindel e Parish, 2013).

Algumas pesquisas realizadas na Nova Zelândia, investigaram diretamente com o corpo docente e discente a respeito dos temas de gênero e sexualidade ao longo da graduação. Os resultados apontam que existe pouquíssimo conteúdo relacionado a sexualidade e gênero. Porém, o conteúdo é visto como importante pela maioria dos participantes (Taylor et al., 2018).

Uma pesquisa realizada na *University of Bristol*, no Reino Unido, mostra que os estudantes de Medicina ainda não têm conhecimento sobre aspectos importantes da sexualidade humana, tais como desenvolvimento psicosssexual e segurança relativa de diferentes contraceptivos. Além da falha na eficácia de contraceptivos, taxa de aborto e prevalência de clamídia, por exemplo (Fayers et al., 2003). Portanto, segundo esses autores, deve-se dedicar mais tempo à educação sobre sexualidade humana e seus aspectos culturais, sociais e de saúde em particular. A saúde sexual é compreendida como um componente crítico do bem-estar geral.

Conclui-se que estratégias educacionais foram criadas visando a diminuição das barreiras ao providenciar respeito sexual e reprodutivo para clientes LGBTQIA+ (Walker et al., 2016). O foco dos estudos são voltados para as pessoas LGBTQIA+, no entanto, é importante ressaltar, como foi abordado em tópicos anteriores, que o corpo da mulher, e suas especificidades, também carece de uma percepção adequada no ensino médico.

2. OBJETIVO GERAL

Compreender como gênero e sexualidade é abordado na matriz curricular de um curso de graduação em Medicina no Estado de São Paulo, a partir da perspectiva de professores responsáveis por disciplinas/unidades curriculares.

2.1 Objetivos específicos

- 1) Investigar como gênero e sexualidade estão presentes em um curso de graduação em Medicina do Estado de São Paulo;
- 2) Investigar sobre a forma como as pluralidades de gênero e sexualidade estão sendo exploradas em um curso de graduação em Medicina do Estado de São Paulo;
- 3) Identificar se os docentes se consideram preparados para abordar a temática de gênero e de sexualidade;
- 4) Identificar as principais lacunas e dificuldades para a incorporação das temáticas de gênero e de sexualidade na matriz curricular de um curso de graduação em Medicina no Estado de São Paulo.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO CONCEITUAL

Em "O Nascimento da Clínica", Michel Foucault (1977) se propôs a descrever as condições do surgimento da medicina clínica no século XIX. Foucault se debruça sobre a passagem da medicina clássica, intitulada como "medicina classificatória", para a medicina moderna ("medicina científica" ou "medicina clínica"). O final do século XVIII é considerado o marco dessa passagem e, conseqüentemente, a passagem de um discurso médico para outro (Ferla et al., 2011). Para Foucault, a ideia de uma transição linear, uniforme e retilínea que se dá através das descobertas anatômicas do corpo não é o marco dessa transição, mas sim uma nova relação entre o discurso médico e o corpo vivo. O saber médico passou a ser fundado na anatomia patológica. A medicina classificatória, anterior à clínica, passa a ser concebida como incoerente e falsa, tendo em vista que a episteme da medicina clínica é baseada nas proposições verdadeiras e falsas. Foucault, como citado por Branco (2018, p. 17), descreve a racionalidade prática nas experiências de Bichat e Broussais, como elementos que acabaram por constituir o novo horizonte teórico verdadeiro da Medicina, e, assim, a medicina do antigo pensamento classificador, tornou-se falsa.

Na medicina classificatória, a doença recebe uma organização hierarquizada em famílias, gêneros e espécies, antes de ser tomada na espessura do corpo; ou seja, possui características próprias em um organismo a partir de hierarquias (relações verticais e relações horizontais) (Foucault, 1977). As doenças são reconhecidas pelas suas espécies (se apresentam sempre do mesmo modo) e podem se manifestar de maneira diferente dependendo do indivíduo em questão.

Foucault exemplifica trazendo a apoplexia, a síncope e a paralisia como doenças de uma mesma espécie pelo reconhecimento da semelhança dos sintomas. Todas tratam do desaparecimento dos movimentos voluntários e do entorpecimento (enfraquecimento) da sensibilidade interna ou externa. Porém, há diferenças entre esses parentescos: apoplexia faz perder o uso de todos os sentidos e de toda a motricidade voluntária, mas poupa a respiração e os movimentos cardíacos; a paralisia atinge apenas um setor localmente assinalável da sensibilidade e da motricidade; e a

síncope é geral, como a apoplexia, mas interrompe os movimentos respiratórios. Quando as analogias são bastante densas e definidas passam de parentesco para uma unidade de essência, uma identidade: “entre uma apoplexia que suspende de uma só vez a motricidade e as formas crônicas e evolutivas que, pouco a pouco atacam todo o sistema motor, não há diferença fundamental” (Foucault, 1977, p. 5) porque o parentesco se estreita e se transforma em identidade. Tudo se trata de perda de movimentos voluntários e enfraquecimento de sensibilidade (Foucault, 1977).

Através das semelhanças é possível decifrar o princípio da criação da doença (ordem geral da natureza). O modelo botânico possui extrema importância para o pensamento médico. Ambos são baseados em leis, produção de essências e a sobreposição de uma ordem natural comum entre a doença e a vida. Tanto como plantas e animais, a doença é específica, ou seja, as doenças são espécies (se apresentam sempre do mesmo modo). “A ordem da doença é apenas um decalque do mundo da vida: nos dois casos, reinam as mesmas estruturas, as mesmas formas de repartição, a mesma ordenação” (Foucault, 1977, p. 6). Ou seja, o mundo da vida e as doenças funcionam sob a mesma racionalidade, sob a mesma ordem natural: “reconhece-se a vida na doença, visto que é a lei da vida que, além disso, funda o conhecimento da doença” (Foucault, 1977, p. 6).

A medicina clássica é primordialmente baseada nos saberes de Galeno (séc. II dC), médico e filósofo romano de origem grega, que, por sua vez, baseia-se em Hipócrates (séc. V aC), considerado o "pai da medicina". Segundo a medicina humoral hipocrática, a harmonia entre os quatro elementos: sangue, fleuma, bile amarela e bile negra - correspondem aos quatro elementos água, fogo, terra e ar - resultaria em saúde. Os quatro elementos são símbolos da plenitude e da totalidade e se relacionam com as qualidades (frio, quente, úmido e seco) e com as quatro estações do ano (inverno, verão, primavera e outono). A doença se dá pelo excesso ou escassez de um dos elementos ou desarmonia em sua temperatura ou umidade, relativas aos quatro elementos da terra e às estações do ano. No período da juventude é onde há o maior equilíbrio dos quatro elementos e à medida que se envelhece o desequilíbrio ocorre mais facilmente. Na medicina clássica, o médico não intervinha sobre o chamado "fluxo natural da doença", pois isso seria intervir sobre a natureza, mas sim apenas a

ajudava a manter o equilíbrio através da observação e do prognóstico (Nogueira, 2007).

A prática médica era pautada em uma hierarquia ideológica entre os físicos (médicos internistas), os cirurgiões e os boticários. Os físicos eram os médicos formados em universidades, ou seja, possuíam conhecimento técnico e indicavam drogas para as enfermidades internas do corpo. Eram, antes de tudo, filósofos, pois deveriam compreender a natureza humana e sua correlação com a natureza. Os cirurgiões eram responsáveis por cuidar da superfície do corpo, eram formados nas guildas, junto com os açougueiros/cortadores de pescoço e faziam uso de ferramentas. Os boticários produziam as drogas que os físicos indicavam, e por isso, precisavam de conhecimento do uso de ervas e alquimias. Somente no séc. XVIII que a física passou a se referir aos trabalhos de Newton e Galileu e a uma ciência particular; até então, "físico" referia-se aos médicos responsáveis pelas enfermidades internas (Nogueira, 2007).

O hospital como lugar de cura, só vai ser pensado a partir do século XIX. Até então, é visto como um lugar artificial onde a doença corre o risco de perder seu aspecto essencial. O contato com outros doentes faz com que as diferentes espécies das doenças se entrecruzem e se tornam mais dificilmente legíveis para os médicos. Além disso, o afastamento da família (solidão) e as impressões/sentimentos (desespero) no hospital ao ver os outros doentes pode atrapalhar o percurso da doença (Foucault, 1977). O melhor lugar e o mais natural para que a doença não sofra intervenções é em casa, ao lado da família, onde há afetos e cuidados espontâneos. Portanto, o médico que atende a domicílio tem acesso a verdadeira experiência, onde ajuda a natureza a prosseguir seu caminho natural (médico expectante) (Foucault, 1977).

Foucault estabelece como marco principal no final do século XVIII, a passagem de uma medicina clássica para uma medicina moderna e científica. No entanto, a partir do século XVI, já são notáveis as mudanças no pensamento filosófico através das discussões de grandes nomes da ciência como Galileu, Kepler, Copérnico e Isaac Newton. Além disso, os estudos anatômicos de Andreas Vesalius contribuíram para mudanças significativas na forma de entender o corpo e, conseqüentemente, a

prática médica. Vesalius publica, em 1543, sua obra-prima *De humani corporis fabrica*, desafiando as lições de Galeno sobre diversos assuntos e exaltando a observação do próprio médico; ou seja, propõe que os médicos deveriam ser responsáveis por tocar no corpo e dissecá-lo (Porter e Vigarello, 2008).

Apesar de Vesalius ter apresentado inúmeras descrições e ilustrações exatas a partir dos seus estudos anatômicos, ainda assim, é importante enfatizar como há permanências nas crenças e no pensamento filosófico, tendo em vista que Vesalius acreditava - e comprova através de suas observações - que havia apenas um sexo. Descrevia a vagina como um pênis atrofiado, baseado na crença clássica. A ideia de dois sexos distintos surgiu apenas no século XVIII. Pode-se julgar os estudos de Vesalius por parecer extremamente óbvio que existam dois sexos, mas Laqueur propõe que é a ideologia e não a exatidão da observação, que determina como o corpo é visto e quais são as diferenças importantes (Laqueur, 2001).

O momento de ruptura, segundo Foucault, no final do século XVIII, diz respeito à forte influência do positivismo e do conhecimento matemático introduzido pelas teorias de Laplace: "a penetração do conhecimento matemático é que trará esse conceito positivo para o saber médico" (Branco, 2018, p. 58). Os casos passaram a ser comparados entre si, buscando convergências e divergências, e, a partir disso, evoluíram-se os procedimentos dos registros de casos, da formação de séries e dos cálculos mensurativos. O foco não era mais o indivíduo doente e a manifestação singular da doença, mas sim, o fato patológico. Para Branco (2018, p. 58), o conhecimento virá da análise da convergência progressiva das séries de fatos, teoricamente indefinidos de início, em que o curso do tempo será uma dimensão integrada aos elementos para análise dos graus de certeza. Parte-se de um dado simples, o fato básico inicial, e a partir disso, serão realizados cálculos combinatórios, originando as inúmeras doenças. Na medicina classificatória, partia-se das diversas formas de ser (diversas formas da doença se apresentar) para chegar a unidade simples/essencial (doença) e na medicina moderna é ao contrário. Parte-se dos sintomas simples à complexidade das combinações possíveis (Branco, 2018).

A frequência dos casos será de extrema importância para a análise probabilística das doenças. A forma individual como a doença se manifesta em cada

pessoa passa a ser irrelevante; é considerada uma variável que "esconde" o fato patológico: "O conhecimento médico só terá certeza na proporção do número de casos em que seu exame tenha sido feito: esta certeza será total, se extrairmos de uma massa de probabilidade suficiente. (...) A certeza médica se constitui não a partir da individualidade completamente observada, mas de uma multiplicidade inteiramente percorrida de fatos individuais. (...) As variações individuais se apagam espontaneamente por integração" (Foucault, 1977, p. 115). O cálculo probabilístico era usado para indicar o grau de certeza de um diagnóstico, frente à complexidade dos sintomas. Assim, a partir do século XVIII, o espaço da clínica se torna essencial para o exercício da prática médica e formação, é o lugar onde aprendo e pratico ao mesmo tempo.

A institucionalização da Medicina no Brasil ocorreu no século XIX, com a chegada da família real em 1808. As transformações promovidas pela chegada da medicina experimental e influência dos trabalhos médicos da América do Norte ocorreram na segunda metade do século XIX. Principalmente, com a ampla reforma do ensino médico em 1879. Até então, a Medicina brasileira era fortemente pautada nas escolas médicas da França. Grande parte das práticas médicas da primeira metade do século XIX eram provenientes dos povos indígenas e africanos através dos saberes populares da arte de curar, que, inclusive, são estudados na farmacêutica europeia. Porém, passam a ser consideradas charlatanismo na segunda metade do século XIX, e crime, no século XX (Ribeiro, 1997).

Segundo Foucault, a medicina moderna e, conseqüentemente, o nascimento da clínica, foi uma das primeiras aplicações da lógica da análise na vida concreta, através dos modelos gramaticais e probabilísticos (Foucault, 1977). O olhar médico passa por uma enorme transformação, em que sai de um lugar expectante e se insere em um lugar analítico, pois devia restituir como verdade o que foi produzido segundo uma gênese, reproduzindo o que lhe foi dado como elemento visível de composição (o sintoma). Foucault define olhar clínico como "um ato perceptivo e analítico, que pretendia ser neutro e isento" (Foucault, 1977, p. 62), isso porque o médico deveria afastar qualquer julgamento, imaginação, valores e intromissões que pudessem atrapalhar a sua análise. É a partir dessa preocupação com o olhar neutro, que o hospital passa a ser um lugar

importante para o aparecimento do fato patológico em sua singularidade. Segundo a medicina classificatória, a família formava o lugar natural, em que a verdade aflorava sem alteração, por isso era importante manter o enfermo dentro de casa. Já a partir do nascimento da clínica, a família possui poder de ilusão, tanto por correr o risco de ser mascarada por cuidados, quanto por estar tomada na singularidade das condições físicas que as tornam incomparáveis às outras e, conseqüentemente, impossibilitadas de verificar a frequência (Foucault, 1977).

O conhecimento médico passa a ser definido por frequência. Precisa-se de um domínio neutro, homogêneo, possível fazer comparação, aberto a toda forma de acontecimento patológico. As modificações e interferências que podem causar (que antes eram vistas como problemas e motivos para ficar em casa na medicina classificatória) agora são anuladas, de maneira que atingem uniformemente os enfermos, e então, podem ser separadas e analisadas. A clínica hospitalar permite isolar o extrínseco, as variações se anulam, para que se possa focar no essencial ao conhecimento (Foucault, 1977).

O hospital passa ser um local de extrema importância para o aprendizado, tendo em vista o cruzamento das observações dos médicos para os pacientes. Na experiência médica, o ato de reconhecer e o esforço de conhecer passa a ser da equipe formada pelo médico e os seus alunos, que deveriam observar e descrever rigorosamente (Foucault, 1977).

A Medicina do século XIX é pautada a partir de um método científico. A doença passa a ser relacionada a um lugar no corpo a partir dos estudos anatômicos de Vesalius e seus sucessores. A anatomia traz o que Foucault chama de "soberania do olhar", que significa que o olhar "precisa apenas exercer sobre a verdade, que ele descobre no lugar onde ela se encontra, um poder que, de pleno direito, ele detém" (Foucault, 1977, p. II). Ou seja, o olhar tem o poder da verdade e pode exercer sobre a verdade a partir do que encontra.

Pode-se notar que, segundo Foucault, o marco da passagem da medicina clássica para a moderna não é a continuidade linear e progressiva da descoberta anatômica do corpo. Mas sim, uma ruptura e o estabelecimento de uma nova relação

entre o discurso médico e o corpo vivo a partir do método anátomo-clínico, no qual a doença se desprende da metafísica e aloja-se no corpo vivo dos indivíduos (Ferla et al., 2011).

Nesse sentido, a medicina socializada é um dos dispositivos do Estado para exercício de seu controle. A medicina militar promove inúmeras mudanças por conta das demandas de guerra. Os cirurgiões passam a ser tão importantes quanto os físicos e passam a ter colégios especializados para formação. Os hospitais passaram a ser locais de instrumento e cura na modernidade, físicos e cirurgiões-barbeiros agora se tornam clínicos: médicos de uma mesma e única Medicina. As universidades foram agregadas aos hospitais de ensino e criaram, tanto para a cirurgia quanto para a medicina interna, uma prévia formação chamada de "ciências básicas": anatomia, fisiologia, patologia e etc. A medicina interna e cirurgia passam a ser especialidades, pois o saber que é pano de fundo, tornou-se institucionalizado. Essas categorias passam a ser ramos igualmente importantes da prática médica que tem a mesma raiz científica e de formação (Nogueira, 2007).

Conclui-se que o nascimento da clínica e o funcionamento da Medicina esteve atrelado com o pensamento iluminista do século XVIII, movido pelo otimismo científico e pautado por uma racionalidade idealizada, objetiva e neutra. Anteriormente, no século XVII, a verdade se baseava na idealidade, na essência das coisas; já no século XVIII, torna-se vigente a verdade presente nos limites materiais, com a objetividade científica baseada na relação entre o visível e o invisível.

Segundo Branco (2018, p. 70), o olhar passa a ser o instrumento principal para iluminar diretamente as lesões das doenças nas superfícies do corpo, e a linguagem era conformada para descrever rigorosamente as características encontradas. A racionalidade médica se esforçava para ser livre das falsas interpretações, mantendo-se na estrita materialidade dos achados físicos, baseando-se na observação, e na lógica de uma linguagem descritiva formal. O método clínico possibilitou verificar hipóteses sobre as doenças através dos registros de casos e das séries (frequência), das comparações e do conhecimento indutivo. No entanto, surge uma visão empobrecida, desumana, unilateral pautada no saber positivista. O foco passa a ser produzir objetividade sobre o corpo, um corpo que se torna mudo e despido de outras

experiências. As escolas médicas passam a ser pautadas cada vez mais na fisiologia, cientificizada, em estudos anatômicos cada vez mais profundos e especializados, o que resulta em um corpo dividido cada vez mais em mais partes.

Os aspectos contextuais e históricos são essenciais para se compreender a transformação da medicina clássica na medicina moderna. Foucault ressalta como a Medicina é uma prática social e que somente em um dos seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente. Os contextos europeus dos séculos XVIII e XIX — a Medicina de Estado alemã, a Medicina urbana francesa e a Medicina da força de trabalho inglesa — são o plano de fundo para o nascimento da clínica, e foram através deles, que se sintetizou a lógica vigente. Segundo Ferla et al. (2011, p. 493), na contemporaneidade há um processo classificatório e anátomo-patológico, um controle do Estado sobre processos de adoecimento que podem atingir as classes dominantes, bem como doenças negligenciadas, sem investimento suficiente para que sejam neutralizadas — visto que, em sua maioria, tornaram-se parte da reprodução epidemiológica dos países "pobres" ou em "desenvolvimento".

O pensamento comum entre os médicos sobre as transformações da Medicina a partir dos recursos tecnológicos e desenvolvimento científico é a-histórico, e parte do princípio de uma dinâmica evolutiva de progresso, linear, sem considerar os contextos e as permanências. A ideia de Medicina como salvação, hegemônica na modernidade, parte de uma visão universalista, que não explica, por exemplo, o porquê algumas doenças são pesquisadas e outras não (Schraiber, 1989). A organização social da prática médica pressupõe que não é só de técnica e prática que se faz o movimento da Medicina. Esse marco conceitual foi proposto por Donnangelo (2011), extremamente importante para entender o porquê alguns projetos sociais são escolhidos e outros não. Os interesses são socialmente organizados quanto à produção, distribuição e controle público dos modos de aprender, conhecer e fazer Medicina (Schraiber, 1989).

Em 1910, foi publicado o estudo *Medical Education in the United States and Canada - A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, que ficou conhecido como o Relatório Flexner (*Flexner Report*). O relatório é responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados

Unidos da América (EUA), com enormes implicações para a formação médica e a medicina mundial⁶ (Pagliosa e Ros, 2008). Como consequência do impacto do Relatório Flexner, a medicina científica se voltou, cada vez mais, para a biologia e para a técnica, tornando-se mais especializada e concentrada nos hospitais. A educação médica é direcionada para as especializações, não dedicam atenção aos problemas comunitários, desprezam os fatores psicológicos e sociais, que também são determinantes para o adoecer (Koifman, 1998).

Em geral, até a década de 1980, os resultados obtidos com as reformas vinham sendo limitados, e por isso as escolas latino-americanas de Medicina têm buscado suas próprias soluções por intermédio de um processo crítico e criativo, baseado em sua realidade e nas exigências de seus contextos sociais. Os atuais currículos médicos têm se mostrado insuficientes para formação de profissionais (Koifman, 2001). Muitas reformas curriculares enfrentam inúmeros desafios para a sua implementação como, por exemplo a falta de contextualização com as outras disciplinas, muitas vezes, sendo matérias opcionais ou pontuais. Os alunos sentem dificuldade e até desinteresse em relacionar com a formação médica como um todo. Por conta disso, reformas curriculares têm surgido em perspectivas mais sistêmicas e integrativas como estratégia de ensino das humanidades. A integração é um processo dinâmico e que parte das técnicas de diagnóstico de situação, planejamento e desenvolvimento de ações estratégicas, se relacionando com as várias etapas, pessoas, trabalho e compromisso de grupo (Rios, 2010).

A partir da trajetória empreendida é importante questionar se os cursos universitários contemplam conteúdos e reflexões sobre gênero e as mais plurais formas de viver a sexualidade. Tratando-se especialmente da área da saúde, que irá lidar diretamente com as pessoas, pretende-se investigar sobre a importância e o impacto que a discussão desses conceitos (gênero e sexualidade) tem para esses profissionais e para a preparação deles.

⁶ Como grandes implicações no currículo médico, pode-se citar: um rigoroso controle de admissão; o currículo de quatro anos; divisão do currículo em um ciclo básico de dois anos, realizado no laboratório, seguido de um ciclo clínico de mais dois anos, realizado no hospital; exigência de laboratórios e instalações adequadas (Pagliosa e Ros, 2008).

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, tendo em vista que a pesquisa trata da intensidade dos fenômenos, ou seja, sua dimensão sociocultural que se expressa por meio de crenças, valores, opiniões, representações, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas. Além disso, busca as singularidades e os significados presentes neles (Minayo, 2017).

A pesquisa tem como objetivo investigar os temas de gênero e sexualidade na formação em Medicina, buscando entender os sentidos que essas temáticas têm no ensino médico e suas particularidades. Pretende identificar as abordagens realizadas pelos docentes e como estes percebem a discussão dos temas e interesse dos alunos. Ao focar nas questões de gênero e sexualidade na formação em Medicina e a forma como os docentes lidam com essas temáticas, trabalhamos com noções bastante particulares, como valores, crenças e motivações, características fortemente consideradas pelo método qualitativo. A riqueza de detalhes de um dado achado, os múltiplos significados contidos na subjetividade produzida no encontro são os ganhos de se trabalhar com esta abordagem.

Os recursos metodológicos adotados para construção dos dados foram entrevistas semiestruturadas e o diário de campo. Como Flick (2004) pontua, o entrevistado se expressa através de duas maneiras que se conversam: por meio de suposições explícitas e imediatas, que são expressas espontaneamente ao responder uma pergunta; e por suposições implícitas, as quais podemos subentender. Podemos ir além do que foi dito e explorar as entrelinhas para que a análise do conteúdo trazido seja eficiente e completa.

A escolha da entrevista semiestruturada tem o objetivo de poder facilitar a livre expressão do participante sem se prender de maneira rígida às perguntas, mas se atentando para não fugir dos objetivos da pesquisa e dos temas relevantes, como orienta Queiroz (1987). Através da interlocução entre pesquisador e entrevistado, o último fala de suas vivências explorando seu ponto de vista, mas sem deixar de perpassar pelo contexto no qual está inserido. Assim, as características que

individualizam uma pessoa são o resultado de seus aspectos e a coletividade que o atravessa o tempo todo (Queiroz, 1987).

Na entrevista semiestruturada, o entrevistador parte de um roteiro prévio. Porém, tem ampla liberdade para perguntas ou para suas intervenções, permitindo toda a flexibilidade necessária em cada caso particular. A liberdade do entrevistador reside numa flexibilidade suficiente para permitir, na medida do possível, que o entrevistado configure o campo da entrevista segundo sua personalidade e singularidades (Bleger, 1980).

O diário de campo foi utilizado como ferramenta na pesquisa, a fim de auxiliar na análise e interpretação dos dados empíricos. Nele, foram registradas as observações da pesquisadora, suas impressões dos relatos obtidos, a relação com os entrevistados e a construção das entrevistas – e o que aconteceu nesse caminho entre contatar e conduzir a conversa. O diário de campo da pesquisa é importante, pois permite objetivar a posição de observador no trabalho de campo e também registrar os caminhos e descaminhos na construção da pesquisa (Weber, 2009).

As observações do diário de campo foram utilizadas na caracterização do trabalho de campo e análise dos resultados a fim de trazer impressões e sentimentos, que emergiram durante todo o processo de pesquisa.

O passo inicial do percurso metodológico se deu com o levantamento de dados secundários para dimensionar o objeto em questão. O levantamento bibliográfico abordou o panorama da temática por publicações encontradas pelo uso dos descritores “gender”, “sexuality”, “medical” e “school” nas bases de dados Medline PubMed e Scielo e foi realizado durante parte significativa do período do estudo.

O desenho inicial da pesquisa previa a realização de entrevistas em duas universidades em cursos de graduação em Medicina no estado de São Paulo, em funcionamento há mais de 50 anos. Objetivando, com isso, analisar a experiência de docentes em cursos que teriam verificado algumas reformulações curriculares ao longo do tempo. Ademais, buscava-se obter uma amostra mais diversificada em termos de instituição e de grade curricular.

Nesse desenho, prevíamos entrevistar professores de diferentes especialidades, visando evitar a busca por participantes em áreas e disciplinas compreendidas como tradicionalmente vinculadas à temática de gênero e sexualidade, como a ginecologia ou a psiquiatria. A apresentação do projeto na disciplina Seminários de Projetos em Saúde Coletiva trouxe uma rica discussão a respeito das especialidades e disciplinas do currículo médico que deveriam ser envolvidas no estudo — uma vez que diversas disciplinas podem abordar, mesmo que implicitamente, questões de gênero e sexualidade. Posteriormente, no exame de qualificação, surgiu a sugestão de entrevistar os integrantes das coordenações de cursos ou Núcleos Docentes Estruturantes (NDE) dos cursos.

Buscamos aproximação com dois cursos de graduação em Medicina para entrevistar integrantes da coordenação do curso/NDE. Porém, com as dificuldades oriundas da pandemia não conseguimos a adesão de duas instituições. O processo interno de aprovação para termos acesso aos professores e realizarmos as entrevistas arrastou-se por muitos meses em ambas as instituições consultadas. Em uma delas não chegamos a receber de fato uma resposta negativa, mas não tivemos retorno das consultas feitas. No momento em que foi iniciado o trabalho de campo, as atividades online começaram a ser presenciais, e isso certamente dificultou o processo de aceite.

O diálogo com uma coordenação de curso/NDE trouxe a possibilidade de entrevistar os coordenadores de disciplinas ou unidades curriculares por serem os professores que estão mais diretamente ligados ao cotidiano das salas de aula. Avaliamos que essa era uma possibilidade importante para enriquecer o estudo. A pesquisa foi autorizada por esta instituição e recebeu apoio da Comissão Coordenadora do Curso, possibilitando o contato com diversos docentes.

Para poder estabelecer um bom diálogo com os participantes, o currículo da instituição, e as unidades disciplinares/disciplinas existentes, foram consultadas por meio dos documentos disponíveis no site da instituição.

O critério para participação nas entrevistas era ser professor(a) coordenador(a) de uma unidade curricular/disciplina no curso de graduação em Medicina. Assim,

foram feitas entrevistas semiestruturadas com professores(as) coordenadores(as) de unidades curriculares/disciplinas de um curso de Medicina do estado de São Paulo.

Os coordenadores foram contatados via e-mail através de uma carta-convite, na qual foi oferecida a possibilidade da entrevista ser realizada de forma online ou presencial. Todos os docentes que aceitaram participar do estudo preferiram que a entrevista ocorresse de maneira remota através dos recursos de webconferência. Os encontros com os professores coordenadores, que voluntariamente concordaram em participar, ocorreram na plataforma Google Meet nos horários previamente acordados. As conversas foram gravadas com o consentimento dos participantes, sendo que o tempo médio das entrevistas foi de 40 minutos — variando entre 28 a 67 minutos de duração.

Ao receberem a carta-convite, foram feitas conversas para combinar os encontros com os participantes. No dia da entrevista, foi enviado um e-mail com um link individual para participação. Só era possível entrar na chamada através desse link, para evitar possíveis invasões. Além disso, a pesquisadora ficou responsável por aceitar as solicitações dos entrevistados. Assim que o professor entrasse na chamada, a pesquisadora pedia permissão para gravar e, quando concedida, iniciava a gravação. Após o término da entrevista e passagem por todos os blocos do roteiro, a pesquisadora avisava que iria parar de gravar. Depois ambos saíam da chamada e o link era descartado.

É importante ressaltar que a pesquisadora se atentou a tornar o ambiente da entrevista, ainda que virtual, o mais receptivo e seguro possível, a fim de que os participantes se sentissem mais confortáveis para a troca. Com objetivo de melhorar a qualidade das entrevistas, a pesquisadora ouviu as gravações de cada uma delas assim que finalizadas, para avaliar criticamente o desempenho e corrigi-lo gradativamente.

Os arquivos com as gravações das entrevistas foram salvos de maneira anônima no próprio computador da entrevistadora e não na nuvem da plataforma, para garantir mais segurança e preservar as identidades. É preciso destacar os riscos presentes em ambientes virtuais em função das limitações das tecnologias utilizadas, como, por exemplo, problemas de conexão ou problemas nos programas utilizados

para realizar a entrevista. Além disso, destaca-se a limitação da pesquisadora para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação. Para evitar possíveis invasões, foram utilizadas salas de videoconferência com senhas para acesso.

Os benefícios de se utilizar ferramentas online são, principalmente, a facilidade na troca de informações mais sensíveis, uma vez que os participantes se sentem mais confortáveis por ser menos invasivo do que uma conversa presencial; e, do ponto de vista da pesquisadora, a praticidade de não precisar se locomover para realizar as entrevistas, o que é um grande facilitador levando em conta o contexto pandêmico (Dodd e Hess, 2021).

A listagem de potenciais participantes do estudo era composta por 46 professores coordenadores de disciplinas/unidades curriculares, sendo alguns destes responsáveis por mais de uma disciplina. Destes professores, 27 deles não responderam a carta convite e 6 se recusaram a participar. As justificativas foram a falta de disponibilidade ou a crença de que não era possível colaborar com essa discussão por acreditarem que não abordam esses temas em suas disciplinas — ainda que a pesquisadora tenha explicado que não era necessário abordar de maneira direta as temáticas de gênero e sexualidade. Outros 4 professores, após a concordância em participar, deixaram de retornar as mensagens para agendar uma data para a entrevista. Foram realizadas no total 16 entrevistas, das quais, 3 delas foram feitas com professores indicados pelos coordenadores, por considerarem suas indicações mais "aptas" para atender a entrevista.

O roteiro de entrevista abordou a formação dos professores e seu contato com os temas de sexualidade e gênero, fatores relativos à dinâmica das aulas e do funcionamento das unidades curriculares/disciplinas. As entrevistas abarcaram os seguintes tópicos:

- Perfil e trajetória profissional dos entrevistados tais como: idade, gênero, coraça, escolha da profissão e residência médica;

- Nível de conhecimento e contato com os determinantes sociais: gênero e sexualidade dos diferentes grupos populacionais durante a formação acadêmica;

- De que maneira a(s) disciplina(s) que leciona se relaciona(m) com essas temáticas;

- Qual a importância dessas temáticas estarem no ensino médico e de que forma elas impactam a formação profissional dos estudantes.

A partir do número de professores coordenadores, considerou-se que seriam feitas ao menos 15 entrevistas. Para alcançar esse número, foram enviados e-mails semanais para os professores, a fim de conseguir o maior número de participantes. Assim, primeiramente foi enviada uma carta-convite, e nas semanas consecutivas, foram enviados lembretes. Os envios foram organizados por grupos de docentes, ou seja: as primeiras cartas-convites foram enviadas para os professores coordenadores do primeiro período, na semana seguinte, para os coordenadores do segundo período, bem como um lembrete para os do primeiro período, e assim, sucessivamente.

Quando se trata de pesquisa qualitativa, determinar o número de participantes a priori é difícil, pois depende da qualidade das informações obtidas em cada entrevista. O procedimento mais adequado é realizar entrevistas até que o material coletado permita uma análise mais ou menos densa do fenômeno a ser investigado.

O contato com as instituições foi iniciado no final do ano de 2021; porém, foi somente no mês de junho de 2022, que a pesquisadora conseguiu dar início às entrevistas de fato.

A caracterização dos participantes está no quadro a seguir:

Quadro 1 - Caracterização dos sujeitos participantes

Códigos	Idade	Identidade de gênero	Raça (autorreferida)	Especialidade
P1	59	Feminino	Branca	Patologia
P2	57	Feminino	Amarela	Obstetrícia
P3	53	Masculino	Branco	Endocrinologia
P4	72	Feminino	Branca	Infectologia
P5	67	Masculino	Branco	Infectologia
P6	59	Feminino	Branca	Farmacologia
P7	55	Cisgênero/het	Branco	Ginecologia
P8	57	Masculino	Branco	Ginecologia e Obstetrícia
P9	72	Masculino	Branco	Cardiologia
P10	68	Feminino	Branco	Clínica geral
P11	55	Feminino	Branca	Pediatria/Neonatologia
P12	65	Feminino	Branca	Pediatria
P13	62	Masculino/het	Branco	Cardiologia
P14	65	Masculino	Branca	Otorrinolaringologia/Medicina Legal
P15	61	Masculino	Branco	Medicina Preventiva
P16	45	Feminino	Branca	Medicina Preventiva

Optou-se por utilizar um código para cada indivíduo, a fim de preservar a identidade. Os códigos foram escolhidos aleatoriamente, não havendo correlação alguma com nome ou momento de realização da entrevista.

4.1 Cuidados Éticos

Este projeto obedeceu à ética que rege a pesquisa com seres humanos de acordo com a Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Os procedimentos para armazenamento de dados, bem como a garantia de sigilo e confidencialidade das informações serão de responsabilidade da pesquisadora. Estas orientações estão em acordo com a Carta Circular No 1/2021 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), publicada em 03 de março de 2021, que trata dos procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual.

O projeto obedeceu à recomendação da Conep sobre os procedimentos em pesquisa com ambiente virtual, de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS - Nº 510 de 2016. Tais medidas são em relação a procedimentos que envolvam o contato com participantes e/ou coleta de dados em qualquer etapa da pesquisa, em ambiente virtual. A pesquisadora se compromete a preservar a proteção, segurança e os direitos dos participantes da pesquisa.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP-CAPPesq) com o CAEE 505929219.0000.0068.

4.2 Impressões durante o trabalho de campo

Houve bastante dificuldade para acessar o campo, apesar de ter sido decidido no início da construção do projeto de pesquisa que se trabalharia com o corpo docente.

Foi muito importante a pesquisadora ter disponibilizado diversos horários e dias para que as entrevistas fossem feitas, visando poder alcançar o maior número de participantes. Além disso, houve cuidado em responder os e-mails logo quando recebidos. Foi interessante perceber que as recusas à participação na pesquisa chegaram bem mais rápido que os convites aceitos. Alguns professores foram bem solícitos e disponibilizaram seus contatos pessoais para facilitar a comunicação.

No geral, o desconforto em abordar sobre as temáticas foi praticamente unânime. Era evidente essa sensação, principalmente quando a pesquisadora perguntava "o que entende por gênero?" e "o que entende por sexualidade?". Alguns professores respondiam esperando ser corrigidos, outros admitiam a própria ignorância e pediam desculpas. Foi interessante perceber como parecia que eles se sentiam sendo submetidos a algum tipo de teste. Em grande parte, as respostas partiam do ponto de vista biomédico e, com frequência, a sexualidade foi tratada como sinônimo de gênero. Parte das respostas davam a entender que "sexualidade é o aspecto mais amplo de gênero, que, por sua vez, é apenas o masculino ou o feminino".

Uma das entrevistas mais tocantes, foi a de um participante que, ao longo da conversa, repetia "nunca havia parado para pensar nisso". Foi interessante perceber que, à medida que as perguntas eram feitas, os professores se sensibilizavam com as temáticas e pareciam compartilhar da importância de se abordar gênero e sexualidade no ensino médico. Houve entrevistas que, ao final, a pesquisadora recebia agradecimentos por levantar essas questões e se interessar pelo tema, quase como uma gratificação por ter tocado em assuntos que são complexos de serem trabalhados.

A questão do anonimato e do sigilo das informações foi levantada por parte dos entrevistados. Alguns se mostraram bastante preocupados e perguntaram como seria feita a análise dos dados. Parecia haver um certo medo de fazer críticas ao currículo ou até mesmo receio de que as respostas que "não estão corretas" fossem expostas. A pesquisadora precisou reforçar a importância do anonimato e garantir que não seria possível a identificação dos participantes. Em uma entrevista, a professora trouxe seu receio de abordar essas questões e cometer erros, porque, segundo ela, os estudantes costumam ser agressivos quando se trata dessas temáticas, especialmente àqueles que fazem parte de algum coletivo ou da militância. Segundo a participante, essa geração é mais violenta e combativa, porque não compreende as gerações dos professores e costumam problematizar termos médicos antigos. A questão da agressividade se mostrou presente em mais de uma entrevista, porém, curiosamente, esses pontos foram mencionados após o fim da gravação, evidenciando certa apreensão por parte de alguns entrevistados.

Imaginávamos que abordar estas temáticas poderia despertar receio e, até mesmo, desconforto. Professores poderiam se recusar a discutir o assunto ou a mensagem se perder entre outras recebidas. Em algumas especialidades, infelizmente, não tivemos participantes como a área de cirurgia e psiquiatria.

Outra questão interessante foi a "indicação" de participantes. Alguns professores indicaram outros por "serem mais aptos" para esse tipo de pesquisa. Houve um participante que foi indicado por dois professores por ser ginecologista e ser conhecido por "ter mais manejo" com esse tipo de questão. Inclusive, durante a entrevista, ele expressou sua frustração por normalmente ser procurado para responder e desenvolver questões de diversidade de gênero, quando, na verdade, trabalha com sexualidade. Isso pode indicar uma certa confusão entre as temáticas. O "indicar" parece mostrar um certo "não tenho que lidar com isso, mas alguém tem", ou seja, uma certa desresponsabilização no trato com essas questões.

De modo geral, a experiência foi muito gratificante e interessante. Pesquisar sobre os currículos e ouvir os professores nos permitiu um olhar tridimensional para o curso de Medicina. Foi possível enxergar diversos atravessamentos e aprofundar a complexidade de um curso tradicional, além do desafio de se implementar mudanças em um currículo tão enraizado e sólido. No geral, os professores foram bastante receptivos e generosos, ainda que houvesse desconforto com algumas perguntas.

4.3 Análise do material

A análise esteve em diálogo constante com o referencial conceitual previamente definido, os objetivos traçados e as anotações das observações do diário de campo. Segundo Bertaux (1999), a representação do objeto sociológico que se pretende conhecer acontece progressivamente através desse diálogo.

A análise foi dividida em etapas: primeiramente, partimos das anotações das observações do diário de campo e, posteriormente, passamos à leitura exaustiva do material transcrito. Segundo Minayo (2012), esta fase é pré-analítica e tem como objetivo determinar a unidade de registro (palavras-chaves), o contexto das unidades

de registro, os recortes, a forma de categorização e os conceitos teóricos que pautaram o processo de análise.

As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos participantes, posteriormente transcritas na íntegra, e lidas exaustivamente, com o objetivo de se compreender um sentido geral. O texto obtido subsequente à transcrição das entrevistas gravadas foi gradativamente reduzido, condensado em sentido e generalização, e foi dividido em três colunas: a primeira, com a transcrição; a segunda, contendo a primeira redução e, na terceira coluna, apenas as palavras-chave, conforme instruem Muylaert et al. (2014). O objetivo é condensar o material e analisá-lo buscando as categorias de análise, que reúnem as temáticas relevantes de acordo com os objetivos da pesquisa.

Para esquematizar esse processo, foram criados quadros individuais relativos ao texto resultante da transcrição de cada entrevista, com as principais falas relativas ao tema em estudo. Após a elaboração desses quadros foi feita uma análise em conjunto de todas as entrevistas. Por meio de um processo de leitura aprofundada de todos os quadros resultantes do trabalho empírico, as categorias de análise foram sendo construídas em diálogo com o problema de pesquisa, o referencial conceitual e os objetivos.

Assim, as categorias foram sendo criadas de maneira criativa e intuitiva, para depois serem interpretadas à luz das teorias explicativas (Mercado, 2012). Segundo Martins (2004), "a variedade de material obtido qualitativamente exige do pesquisador uma capacidade integrativa e analítica que, por sua vez, depende do desenvolvimento de uma capacidade criadora e intuitiva" (p. 292). Sendo assim, o exercício intuitivo não diz respeito a um dom, mas sim a um exercício prático e teórico de análise de atribuir significados ao analisar os dados.

Para sistematizar os dados dos participantes, a pesquisadora fez um resumo de cada entrevistado com dados sobre idade, gênero e especialidade. Além disso, reuniu informações contidas nas entrevistas sobre a formação do participante e anotações sobre as impressões sentidas pela pesquisadora durante as entrevistas. Neste momento, o diário de campo foi fundamental, pois foram registrados comentários feitos após o

encerramento das gravações, bem como a recepção dos participantes e os sentimentos surgidos durante os encontros.

O diário de campo foi um instrumento utilizado no processo de construção das categorias, tendo em vista que ele abarca aquilo que não é alcançado somente pelas transcrições das entrevistas. É nele que se traz aquilo que a pesquisadora observa no comportamento das entrevistas, nas dificuldades surgidas durante, antes e depois das conversas, antes e depois do início da gravação e as impressões pessoais. As observações contidas nele auxiliaram não só na construção das categorias, mas também, na compreensão do campo, no manejo com os participantes e no diálogo com o referencial teórico. Segundo Minayo (2014), o caderno de campo é um instrumento que funciona como um acervo e ajuda a tornar mais verdadeira a pesquisa de campo. É nele que se relata o que se observa e não é alcançado pelo que é dito na entrevista, como as conversas informais, as contradições entre o comportamento e a fala do sujeito, os sentimentos surgidos durante as entrevistas e as impressões pessoais da pesquisadora.

A partir dessa trajetória foram construídas três categorias de análise: gênero e sexualidade na formação médica, perspectiva geracional e lacunas, dificuldades e sugestões.

As três categorias são apresentadas em três capítulos e cada capítulo é dividido em subtítulos que exploram os temas presentes dentro de cada categoria. À medida que a categoria é desenvolvida, articula-se com a literatura de referência. Os trechos destacados foram retirados das transcrições e identificados a partir do código de cada entrevistado e sua especialidade.

O primeiro capítulo discorre sobre a questão da matriz curricular, a fim de responder ao primeiro e segundo objetivos específicos da pesquisa — que dizem respeito a presença das temáticas de gênero e sexualidade e a forma como as suas pluralidades estão sendo trabalhadas em um curso de graduação em Medicina do Estado de São Paulo.

O segundo capítulo discorre sobre a perspectiva geracional a fim de responder o terceiro objetivo específico, que é identificar se os docentes se sentem preparados para abordar essas temáticas. Através de sua própria perspectiva, os entrevistados desvelam um pouco do mundo no qual vivem, como bem apontou Bertaux (1999). Neste capítulo, pode-se notar a interpretação docente sobre as reformas curriculares e sobre as demandas do corpo discente.

Por fim, o terceiro capítulo discorre sobre as lacunas e dificuldades para incorporação das temáticas na matriz curricular de um curso de graduação do estado de São Paulo. Além disso, destacam-se sugestões dos participantes para a implementação dessas temáticas.

4.4 Limitações do Estudo

Com a pandemia da Covid-19, o trabalho de campo foi executado em ambiente virtual; sendo assim, foi preciso levar em consideração as limitações desse tipo de ambiente e adaptar aquilo que seria possível executar de maneira presencial (Watson et al., 2021). Um dos cuidados foi utilizar o recurso de webconferência na plataforma Google Meet, por ter sido uma ferramenta utilizada recorrentemente pelos professores para ministrar aulas durante a pandemia. Sendo assim, eles já estavam familiarizados com a plataforma e não foi preciso ensinar sobre uma nova ferramenta. Levou-se em consideração que todos os professores têm acesso a internet e computadores ou smartphones onde as entrevistas poderiam ser feitas.

O caráter virtual das entrevistas permitiu contornar algumas dificuldades de disponibilidade dos entrevistados. As vantagens ao utilizar o método das entrevistas virtuais, também acarreta em limitações com relação aos desafios de criar um contato mais próximo e empático com os entrevistados. Algumas nuances muito importantes, como linguagem corporal, gestos seguidos das falas, expressões faciais, emoções ou demais ações valorizadas nos encontros, são mais difíceis de estabelecer no contexto virtual. Há uma limitação importante no que diz respeito a forma de perceber o participante como um todo, como poderia acontecer em uma troca presencial.

É importante ressaltar que erros técnicos podem acontecer em ambientes virtuais, por isso, a pesquisadora se atentou a testar a ferramenta utilizada todas as vezes antes de iniciar uma nova entrevista, além de verificar as gravações logo após o encerramento delas.

Por fim, não poderia deixar de citar uma limitação do estudo de impacto coletivo, correspondente à pandemia da Covid-19. O ingresso na pós-graduação foi no momento da pandemia. A etapa de realização das entrevistas ocorreu em momento em que a vacinação estava adiantada. No entanto, em razão da pandemia, não foi possível contar com a participação de mais de uma faculdade de Medicina no estudo, em decorrência da adaptação das instituições para as aulas presenciais.

5. GÊNERO E SEXUALIDADE NA FORMAÇÃO

Neste primeiro capítulo, objetiva-se analisar a maneira como as temáticas de gênero e sexualidade são abordadas a partir da perspectiva dos entrevistados. Nesse sentido, são tratadas as disciplinas nas quais as temáticas são lecionadas, bem como a menção a possíveis dificuldades e/ou facilidades enfrentadas na abordagem em sala de aula.

Busca-se responder ao objetivo geral, que é compreender como gênero e sexualidade são abordados na matriz curricular de um curso de graduação em Medicina no estado de São Paulo. Procura-se responder, também, ao segundo objetivo específico, que é investigar sobre a forma como as pluralidades de gênero e sexualidade estão sendo exploradas no curso.

5.1 Como e onde as temáticas são abordadas?

No campo pesquisado, as temáticas de gênero e sexualidade aparecem em boa parte das entrevistas referidas de um ponto de vista biomédico e/ou patológico. Isto se expressa na fala de P3 quando foi perguntado se essas questões são abordadas nas aulas que leciona para a graduação:

Não estão presentes nas aulas que eu leciono, mas no curso do 2º ano, a gente tem especificamente a aula da (...). Que é uma aula que a gente coloca, que vai falar sobre as diferenças da diferenciação sexual. É lógico que é uma questão que é ligada a disfunções endócrinas, principalmente defeitos enzimáticos que fazem ou um feto XX ser exposto a andrógenos e virilizar, ou o feto XY não ser exposto adequadamente a andrógenos e sub virilizar. E aí as questões da genitália, e as questões depois das consequências dessa alteração da genitália, do reconhecimento do sexo ao nascimento, a discussão sobre as correções cirúrgicas, a identidade (P3, Endocrinologia).

O participante P3 observa que a única aula em que são abordados os temas de gênero e sexualidade é dedicada à diferenciação sexual, cujo foco está nas disfunções endócrinas e suas respectivas consequências para as genitálias.

O uso de termos como "disfunções endócrinas", "correções cirúrgicas", "defeitos enzimáticos" e "alteração da genitália" denota o viés patológico a partir do ponto de vista biomédico. Desde o século XIX, a intersexualidade tem aparecido na prática médica como lugar de experimentos, intervenções e teorizações sobre a diferença sexual, e se apresenta como desestabilizadora da diferença sexual como norma e verdade (Machado, 2014). Assim, logo que o risco se apresenta, acionam-se práticas de intervenções normatizadoras que "corrigem" esses corpos, a fim de torná-los reconhecíveis do ponto de vista binário (homem ou mulher).

Desse modo, a partir do século XIX, os corpos intersexo são incessantemente investigados através de estudos dentro da biomedicina sobre hormônios sexuais e diferenciação sexual. A Medicina definiu esses corpos como parte de seu domínio de saber e prática, inviabilizando outras formas de existência que perpassam o erotismo, a estética e a ética. Sendo assim, não havia outra forma da intersexualidade ser concebida senão sob o ponto de vista do saber médico (Machado, 2014).

O participante P15 aborda sobre como gênero e sexualidade tem um espaço limitado no currículo médico, e quando abordado, muitas vezes, é a partir de um viés medicalizante:

Mas ainda é muito pequeno e ainda entra no currículo muitas vezes de um jeito medicalizante, a questão da variabilidade, então tem a tal da disforia de gênero, que são ensinadas como disciplina (P15, Medicina Preventiva).

A partir do relato dos docentes e do estudo sobre o currículo da instituição, constata-se que não há uma disciplina específica sobre gênero e sexualidade na grade curricular formal deste curso médico. No entanto, os conteúdos relativos ao tema podem ser abordados dentro de algumas unidades curriculares/disciplinas. Ademais, foi incluída há alguns anos uma disciplina de caráter optativo na qual as temáticas são exploradas do ponto de vista sociocultural e abordagem das políticas de gestão da

diversidade de gênero e sexual. As disciplinas optativas podem ser escolhidas pelos estudantes desde o primeiro ano. Esta, em específico, é ministrada pelo Departamento de Medicina Preventiva. O participante relata em sua entrevista que os alunos chegam a se surpreender com a profundidade e a complexidade das temáticas. Ademais, revelam uma expectativa de esperar por um viés de caráter técnico e biomédico, conforme ocorreria na disciplina optativa de psiquiatria:

E aí foi engraçado que na primeira vez que a gente ministrou essa disciplina optativa, algumas pessoas vieram fazer e tinham ficado na dúvida se faziam a nossa ou se faziam a da professora (...), da Psiquiatria, que é um enfoque completamente diferente. E aí eles ficaram espantados, assim, porque eles esperavam encontrar, não todos, claro, mas alguns esperavam encontrar aquela discussão médica sobre a questão de gênero, e não encontraram, era uma discussão que tinha a ver com saúde, mas que vinha pela perspectiva sociocultural e política da questão. Eles ficaram até meio tontos no começo, assim: “Nossa, não sabia que era uma coisa assim tão profunda, tão complexa e tal (P15, Medicina Preventiva).

Na cultura ocidental moderna, a Medicina se constituiu e se desenvolveu a partir de um modelo científico, positivista e mecanicista, que enfatiza o saber biológico sobre os psicossociais. É isto que convencionalmente chamamos de modelo biomédico e que se torna insuficiente quando levamos em consideração a complexidade de temáticas que abordam a existência humana e os contextos sociais que nos atravessam (Leite e Oliveira, 2015).

Quando perguntados sobre quais especialidades mais se aproximariam das temáticas, a maior parte dos docentes fez o paralelo com disciplinas que abordam os temas por um viés biomédico e/ou patológico. Como nos diz P4:

Então, na infectologia isso é discutido. Na Ginecologia Obstetrícia isso também é discutido, que a gente saiba. Na Psiquiatria, isso é discutido. Na Dermatologia isso é discutido, porque existem pessoas que querem fazer procedimentos estéticos por esses motivos e tal. Então assim, pelo menos que eu me lembre, que eu já ouvi falar e tal, é nessas especialidades. Na Psiquiatria, que até tem grupos que também trabalham com esse tipo de coisa. Então, Psiquiatria, “Derma” (SIC), Ginecologia e Obstetrícia, Infectologia, Clínica Médica

também, porque Clínica Médica é geral. Pelo menos que eu tenha sabido que isso transita e tal, que tenha ouvido falar, é nessas especialidades (P4, Infectologia).

Assim como a docente P4, a maior parte dos participantes acreditam que gênero e sexualidade são normalmente abordados em disciplinas como psiquiatria, ginecologia e obstetrícia, endocrinologia, infectologia e dermatologia⁷. A participante P4 trouxe que apesar de atuar na infectologia, não lida com essas temáticas, porque se especializou em outras questões. Quanto à obstetrícia, a participante P2 considera que a sexualidade só é trabalhada do ponto de vista da atividade sexual durante a gravidez, e questões de gênero não são abordadas, porque a disciplina foca somente em mulheres que engravidam, uma vez que homens trans que engravidam são “exceção”:

Gênero não, porque a gente trabalha com mulheres, né, grávidas. Só as mulheres que engravidam, as XX, então a gente não trabalha. Ainda é uma coisa da exceção, então a gente trabalha com a regra geral que são as mulheres que engravidam. Mas a gente tem sim a discussão da gravidez no homem trans (P2, Obstetrícia).

A participante P2 observa que "gênero" nem é colocado em questão por se tratar de mulheres cisgêneras. Segundo a entrevistada, por se referir somente a um mesmo tipo de corpo, "as XX", não seria necessário debater essa temática. Em contrapartida, a socióloga Berenice Bento (2006) faz uma crítica importante ao discurso biomédico que inventa o "transexualismo". A autora discorre como o saber médico entende o corpo transexual como exceção, marginal e uma cópia adoecida e defeituosa de seres heterossexuais e cisgêneros saudáveis. Sendo assim, apesar de haver um debate emergente sobre corpos trans que engravidam, este ainda é colocado como uma exceção, algo que foge do padrão normativo.

O participante P7 fala da abordagem na ginecologia:

⁷ Infelizmente entre os entrevistados não houve participação de professores das especialidades de psiquiatria e dermatologia.

A gente faz aqui, as aulas que eu dou são sobre sexualidade. Então eu trabalho muitas aulas para graduação, elas envolvem principalmente anamnese sexual, como abordar sexualidade dentro do contexto de uma consulta ginecológica e também, desde 2015 a gente dá aula sobre atendimento a população LGBTQIA+, como fazer o atendimento ginecológico para essa população. É uma rotina que a gente já tem dentro aqui do departamento (P7, Ginecologia).

Portanto, segundo o participante P7, questões sobre diversidade sexual e saúde da população LGBTQIA+ são trabalhadas em uma aula dentro da disciplina de ginecologia desde 2015. Segundo Gomes (2022), a discussão sobre a saúde LGBTQIA+ é recente. Somente após a década de 1980, o Ministério da Saúde do Brasil atuou juntamente a essa população no combate à epidemia do vírus HIV. Pensar nessa população era sinônimo de programas antiaids, até que, em 2013, consolidou-se a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política LGBT), que valoriza a participação dos movimentos sociais na atenção à saúde das minorias sexuais e ampliou os debates para além das discussões sobre HIV.

A participante P10 menciona que houve demanda dos alunos para trazer essas temáticas na disciplina de clínica médica e, por isso, recorreu a docentes na psiquiatria, porque até então estava "preocupada com a técnica" e percebeu que atender essa demanda discente era tão relevante quanto a técnica. Esse contexto revela a percepção de novas necessidades pelos docentes e a busca de articular algumas respostas para a questão. Assim, inseriu uma mesa ministrada pela psiquiatria em uma das suas aulas para debater sobre essas questões:

Quando eu fui procurar a Psiquiatria, eu não fui porque bateu o santo em mim e eu percebi isso. Isso é mentira minha. Teve, tiveram uns dois ou três alunos do 1º ano quando eu terminei o 1º ano em 2015 a primeira vez, que me procuraram e falaram assim: “Professora, a senhora falou tanto de técnica e não falou da pessoa? A senhora não falou de gênero, de diversidade de gênero. Como é que nós vamos trabalhar nisso se ninguém nunca vai falar?”. A partir do momento que esses meninos me procuraram, aí eu fui bater na porta da (...), e aí eu fui bater na

porta da psiquiatria, falar com o (...) e com o (...), que são meus amigos. E aí a coisa passou a funcionar! Mas eu vou ser sincera, eu estava tão preocupada com a técnica, que não me passou pela cabeça isso que é tão fundamental quanto a técnica. Então foi ótimo os meninos terem levantado essa lebre e assim, essa pergunta, e eu na mesma hora fui atrás porque eles tinham toda razão, né? (P10, Clínica Geral).

Essa situação revela como as demandas e iniciativas produzidas pelos estudantes podem gerar movimentos no corpo docente. Se estes movimentos podem concorrer para a incorporação formal da temática no currículo formal é um outro ponto a ser considerado.

Canguilhem (2002) aborda o modo como essas questões costumam ser comentadas de maneira pontual ao se trazer assuntos sobre câncer, aborto, Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), Vírus da Imunodeficiência Humana (VHI), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Logo, o aprimoramento profissional e o contato com as temáticas de gênero e sexualidade é voltado para a perspectiva de doença/adoecimento. O participante P13 ilustra essa questão quando responde sobre como essas temáticas são abordadas na cardiologia:

As doenças cardiovasculares incidem mais precocemente nos homens do que nas mulheres, e tem toda uma questão hormonal, tem toda uma questão que explica o desenvolvimento da aterosclerose de acordo... porque que as mulheres enfartam mais tardiamente, como é que funcionaria isso para quem fez uma opção diferente, toma hormônio por exemplo. Dos efeitos deletérios da reposição hormonal sobre o sistema cardiovascular, que é um fato (P13, Cardiologia).

A diferença marcada entre homem e mulher, pautando-se no sistema reprodutor, a fim de explicar ou ser o ponto de partida para se debater o adoecimento é característica da ciência (Leite e Oliveira, 2015). Sendo assim, a divisão binária serve como parâmetro para debater questões de incidência de doenças cardiovasculares e sobre os efeitos da hormonização no sistema cardiovascular.

Em contrapartida aos participantes que discorrem sobre a abordagem da temática de gênero e sexualidade em aulas e disciplinas específicas, outros docentes observam que essas discussões podem emergir em qualquer aula. Ou seja, não estão necessariamente relacionadas à alguma especialidade. A participante P12 nos diz:

Eu acho que tem que ser abordado na graduação, eu acho que quando ele surge, esses assuntos, eles surgem em qualquer aula que você dá. Eles aparecem. Você tem que discutir. Mas, ele não é o foco, né? (P12, Pediatria).

O participante P14 faz observações semelhantes:

Eu acho que cabe em todas as disciplinas. Não precisa mudar de novo, mas a temática seria inserida, tá? Talvez essa temática já esteja inserida, por isso que eu estou dizendo, eu não conheço. Mas talvez já seja inserida na ginecologia e obstetrícia, talvez já inserida na endocrinologia. Não sei, não tenho como afirmar, mas que cabe em todas, cabe (P14, Medicina Legal).

Outra fala interessante que converge com esse contexto, é expressa pela participante P2 que, inclusive, utiliza o termo "distúrbios de sexualidade" para se referir à diversidade sexual:

Todas as especialidades podem uma hora lidar com um paciente que tem distúrbio de sexualidade ou um gênero, uma questão de gênero mais sensível, então a princípio todos os especialistas precisam de um mínimo de entendimento sobre as questões de gênero e sexualidade, porque ao longo da sua atividade clínica, mesmo cirúrgica, eles podem se deparar com esse segmento da sociedade (P2, Obstetrícia).

Como Casete e Corrêa (2012) sinalizaram, é de suma importância que sejam feitas discussões transversais e interdisciplinares ao tratar de questões pertencentes à dimensão humana e cultural. Além disso, a fim de sensibilizar os estudantes a não

permanecerem em um lugar passivo de absorver conhecimento, é imprescindível que os conteúdos estejam articulados com a prática.

5.2 Pouca interação entre especialidades

Uma das discussões que surgiu de forma unânime entre os participantes foi a questão da pouca interação existente entre departamentos acadêmicos, culminando na dificuldade de comunicação entre especialidades médicas na formação. No geral, os professores costumam ficar envolvidos no seu departamento e na sua especialidade. A participante P3, por exemplo, expressa sua aproximação somente com as ciências sociais:

Eu não tenho, assim, com quem eu tenho relação dentro do departamento é, principalmente, com a parte de ciências sociais. Mas, fora do departamento, eu não tenho muito contato com outros professores das áreas médicas propriamente dita (P3, Pediatria).

Quando perguntada sobre o modo como as temáticas de gênero são abordadas ou quais especialidades têm mais aproximação com o assunto, a participante P1 ressalta o isolamento dos cursos (disciplinas) e como isso contribui para a falta de conhecimento a respeito de como são tratadas essas questões:

Então, eu não sei responder isso porque a gente não sabe exatamente o que acontece. Sabe que tem uma característica aqui, Adriana, no nosso curso, os cursos, eles são muito separados. Então eu sou patologista pulmonar, que me relaciono diretamente, dentro do curso, com o pneumologista, com o cirurgião torácico, com radiologista, e a gente faz a integração dentro do nosso tema. Por outro lado, não sei nada do que acontece na Nefrologia, na Obstetrícia, então assim, os cursos são muito isolados entre si e a gente não tem esse tipo de discussão (P1, Patologia).

Segundo Koifman (1998), o Relatório Flexner⁸, em 1910, impactou profundamente o ensino médico, pois a partir dele, a medicina científica se voltou ainda mais para a biologia, tornou-se especializada e voltada para hospitais. O enfoque voltado à especialização, ao manejo de técnicas, procedimentos e instrumentos negligencia questões socioculturais, humanitárias e psicológicas.

O modelo biomédico é fruto do paradigma cartesiano e foi fundado a partir da medicina científica moderna. Segundo este modelo, o corpo humano é compreendido como uma máquina complexa. Este maquinário é a junção de partes que se inter-relacionam e obedecem a leis naturais de funcionamento, por conta disso, precisa constantemente de inspeção por parte de um especialista (o médico). Sendo assim, a máquina terá defeitos que apenas especialistas podem constatar (Koifman, 2001).

As leis naturais que explicam a relação entre as partes dos corpos são baseadas na química, na física e na matemática. Consequentemente, não há espaço para as dimensões sociais, psicológicas e comportamentais do adoecimento. Essa concepção mecanicista é baseada em abordagens em que a manipulação técnica é privilegiada e em muitos casos foi bem-sucedida, visto que a tecnologia médica desenvolveu métodos sofisticados para lidar com diversas enfermidades. No entanto, a incorporação tecnológica trouxe, também, efeitos colaterais, como na relação médico-paciente e nos níveis exagerados de especialização (Koifman, 2001).

Guedes et al. (2006) aborda o surgimento da racionalidade médica moderna e como, a partir de então, o saber e a prática médica foram baseados no modelo das ciências naturais. Assim, o objeto da Medicina é naturalizado pelo processo de objetivação, excluindo as subjetividades e expandindo as generalidades.

⁸ Em 1910, Abraham Flexner realizou a primeira avaliação sobre o ensino médico nos Estados Unidos. Reformulou e modernizou a formação em Medicina, enfatizando características mecanicistas, biologicistas, individualizantes e de especialização. Essa avaliação foi feita sobre a educação médica dos EUA e do Canadá, no começo do século XX. O resultado foi a publicação do Relatório Flexner, lançado pela Fundação Carnegie, que, articulado pela American Medical Association, teve como impacto o fechamento de 124 das 155 escolas médicas nos Estados Unidos. Esse relatório serviu de base para o ensino médico nos Estados Unidos, que fixou rigorosas diretrizes e refletiu em várias partes do mundo, inclusive no ensino médico do Brasil. Entre a década de 1950 e 1970 surgiram 59 universidades brasileiras baseadas no modelo "flexneriano". Após a década de 1970, os movimentos que foram contrários a esse modelo foram intitulados Movimento Sanitário que gerou uma disputa nas práticas de saúde. Em 1988 foi aprovada pela nova Constituição a lei do Sistema Único de Saúde (SUS) que era baseada nos seguintes princípios: "integralidade das ações, equilíbrio do conhecimento geral/especializado, determinação social do processo saúde-doença, trabalho interdisciplinar, uso de tecnologia adequada e inclusão de práticas de medicina ditas alternativas" (Koifman, 2001, p. 57).

A racionalidade médica moderna pode ser denominada como um sistema médico complexo estruturado segundo seis dimensões, sistematizadas em maior ou menor grau. As seis dimensões são:

1) Morfologia humana (na biomedicina, anatomia), que define a estrutura e a forma de organização do corpo; 2) Dinâmica vital humana (na biomedicina, fisiologia), que define o movimento da vitalidade, seu equilíbrio ou desequilíbrio no corpo, suas origens ou causas; 3) Doutrina médica que define, em cada sistema, o que é o processo saúde-doença, o que é a doença ou adoecimento, em suas origens ou causas, o que é passível de tratar ou curar (na biomedicina, o que pertence ou não à clínica); 4) Sistema de diagnose, pelo qual se determina se há ou não um processo mórbido, sua natureza, fase e evolução provável, origem ou causa, 5) Sistema terapêutico, pelo qual se determinam as formas de intervenção adequadas a cada processo mórbido (ou doença) identificado pela diagnose; 6) Cosmologia, a visão cosmológica da biomedicina está sustentada na física clássica newtoniana e na metáfora cartesiana do corpo como máquina direcionada pela mente (Nascimento et al., 2013).

A subjetividade do adoecimento, a complexidade e a singularidade do sofrimento humano nunca chegou a ser o objeto das ciências biomédicas, visto que o modelo da medicina ocidental é herdeiro da racionalidade científica moderna (Guedes et al., 2006).

A Medicina se apoia primariamente nas disciplinas das ciências biológicas. O foco está em identificar doenças, lesões e suas causas. O comportamento dos profissionais médicos é guiado, então, pelos padrões científicos, mais do que pelas particularidades. Ou seja, a competência técnica recebe destaque, sem necessariamente, haver envolvimento emocional (Guedes et al., 2006).

O foco nas ciências e tecnologias biomédicas influenciou profundamente a formação médica a partir dos anos 1990. Por um lado, houve benefícios importantes no que diz respeito a procedimentos tecnocientíficos, por outro, prejudicou o atendimento integral e tornou os serviços e procedimentos cada vez mais especializados. Além disso, o mercado de trabalho influencia na formação do

profissional de Medicina, que exige que sejam superespecializados e com enfoque biologicista (Wickbold e Siqueira, 2018).

Uma questão interessante para ilustrar a problemática da superespecialização é que muitos participantes quando perguntados sobre o que entendiam por gênero e sexualidade, diziam ser “leigos” ou não saber responder por serem especialistas em outra área. Um exemplo disso é a fala do participante P5:

Então, aí Adriana, eu posso cometer equívocos, né? Porque, evidentemente, minha área é específica em infectologia. Eu trabalho mais na área de assistência com animais peçonhentos. [...] Então, eu me super especializei na identificação, diagnóstico, tratamento de pessoas que foram picadas por animais peçonhentos. Essa é a minha linha de pesquisa principal! Então assim, evidentemente eu vou falar o pouco que eu sei disso (P5, Infectologia).

5.3 Reforma Curricular

Uma das questões abordadas durante a entrevista foi se houve alguma reforma curricular no curso médico e que caminhos ela teria seguido, principalmente no que diz respeito à abordagem das temáticas de gênero e sexualidade. A maioria dos entrevistados respondeu que apesar de terem conhecimento sobre a reforma curricular ocorrida no curso, desconhecem de que maneira essas questões foram inseridas. Isso pode ser observado na fala de P3:

Agora, você vai me perguntar onde ou em que momento da graduação essas questões (gênero e sexualidade) estão sendo discutidas no curso, nessa reforma curricular, eu vou falar que eu não sei (P3, Endocrinologia).

A princípio, um dos objetivos da reforma, segundo os docentes, era promover entrosamento entre áreas. Porém, houve dificuldade de implementar essa proposta e, conseqüentemente, esta não atingiu as expectativas tanto da coordenação do curso quanto dos professores:

As disciplinas e os departamentos são muito feudais, muito independentes. Prestam vassalagem ao diretor mas é uma coisa, são feudos bastante independentes em termos de conteúdo. Eu sinto que a coordenação, por causa da pandemia, ela não conseguiu fazer o que o (...) queria, que era começar a fazer reuniões temáticas discutindo o conteúdo de cada ano. Eu estava super empolgado para isso, porque eu iria saber melhor as intersecções da Endocrinologia, mas também provavelmente eu conseguiria ver onde que essas temáticas estão inseridas (P3, Endocrinologia).

A fala de P10 expressa observações em consonância com P3:

Então, neste aspecto a reforma foi uma coisa boa. No ponto de vista de que aproximou disciplinas que deveriam sempre conversar, mas que na prática nem sempre se integravam, e resultou num aprendizado que eu acho mais completo. Agora, não sei te falar do ponto geral. Havia muita expectativa de que houvesse maior entrosamento entre as disciplinas. Concretamente, mas aí é mais uma impressão minha, eu acho que isso não se realizou tão plenamente como se gostaria. Mas, de qualquer maneira, é um avanço ao que se tinha anteriormente. Especificamente em relação a essa temática, eu não sei responder porque eu nunca participei diretamente de nenhuma atividade no novo currículo que envolvesse essa temática. O que não quer dizer que não exista. Eu é que não estou sabendo, tá? (P10, Clínica Geral).

Sendo assim, apesar de identificarem avanços na integração de disciplinas, esta ainda não teria atingido as expectativas do que foi proposto inicialmente. Alguns participantes apontam como a formação em Medicina ainda é muito tradicional e, por isso, ainda resiste a mudanças, como ilustra P12:

A gente que tem uma estrutura muito rígida, de muitos anos, é difícil você mudar, mesmo com as reformas curriculares, né? (...) Teoricamente, a reforma curricular, ela ampliaria mais o olhar da saúde, e a saúde nas suas várias perspectivas. Mas, muitas vezes as pessoas são... a gente volta de novo naquela questão, as pessoas são muito tradicionais, né? Então, mesmo tendo a reforma curricular, a forma das pessoas darem a aula continua a mesma. E essas pessoas continuam com as mesmas

crenças, elas não foram capacitadas e sensibilizadas em novas áreas de conhecimento, em novas áreas de saúde, né? E então, mesmo com a reforma curricular, você vê que as pessoas não mudaram, entendeu? Elas acabam dando aula, de alguma forma, semelhante ao que era antes, no outro currículo. É muito difícil (P12, Pediatria).

As pesquisadoras Garcia e Silva (2011) argumentam como reestruturar e implementar um novo projeto pedagógico é complexo e implica no estudo do perfil profissional que a instituição está formando, as concepções educacionais sobre o processo saúde-doença, o papel específico de cada departamento, as relações sociais e a gestão. As escolas médicas apresentam certa resistência a mudanças curriculares por se tratarem de organizações tradicionais, formadas por grupos de poder hierarquizados, departamentos isolados e aprendizados sendo transmitidos de mestre para alunos.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) estabelecem que os cursos de Medicina estejam vinculados com os valores do Sistema Único de Saúde (SUS) para efetivação do mesmo e formação de profissionais, que sejam capacitados para atuar em todos os níveis do sistema e em serviços e organizações da comunidade. Além disso, a DCN orienta que essa formação e capacitação não deve estar fracionada ou concentrada em algumas especialidades ou disciplinas, mas na atuação de equipes multiprofissionais, na integração dos departamentos da saúde, na reorientação para atenção básica e na diversificação de cenários de aprendizagem. Sendo assim, é preciso que as instituições se atentem para essas exigências na formação médica, visto que é baseado nos princípios de integralidade, resolutividade e melhor relação custo/benefício (Garcia e Silva, 2011).

As autoras discorrem que inúmeras análises sobre as escolas médicas trouxeram críticas à formação propostas pelas instituições no que diz respeito a um currículo "fechado e estanque", conteudístico, técnico, formado por disciplinas desintegradas, com metodologia passiva e focada na transmissão. Sendo assim, ficam claros os inúmeros desafios de se propor uma reforma diante do tradicionalismo presente no ensino médico. Segundo Garcia e Silva (2011), os próprios docentes se mostram resistentes a modificações, por entenderem que o ensino técnico é o suficiente

para a formação médica, e assim, contribuem para que as estruturas tradicionais do ensino se perpetuem.

Segundo Machin et al. (2022), as DCN de 2014 sinalizam a necessidade de uma formação profissional reflexiva e que esteja comprometida com o SUS. Em relação à estrutura do ensino, as DCN apontam para um aumento da parte prática, na qual a atenção primária em saúde recebe mais destaque. No entanto, é importante refletir sobre a questão do acesso da população em diferentes localidades. Além das dificuldades relacionadas ao horário de funcionamento e à falta de profissionais em determinados locais, há também as inúmeras discriminações contra a população indígena, negra, jovens quilombolas e de áreas rurais e migrantes. A população LGBTQIA+ possui ambulatórios específicos voltados especialmente a população trans, porém, por serem poucos, não dão conta da demanda e, conseqüentemente, essa população fica à mercê da disponibilidade desses ambulatórios; além dos alunos terem raras chances de visitá-los.

Os autores ressaltam que um dos desafios para o ensino na Medicina é a quebra do pensamento centrado na doença e na negligência da questão social, histórica e múltipla do ser humano. As DCN apontam, inclusive, a inserção curricular dessas questões no plano pedagógico. No entanto, cada curso tem a autonomia para decidir como serão feitas as abordagens desses conteúdos (Machin et al., 2022).

A fala do participante P5 ilustra a questão do enfoque técnico do curso e como isso é algo hegemônico na faculdade de Medicina:

Acho que nós temos uma formação que é muito forte na área técnica, né? Eu estou falando da área técnica dura. No sentido que é importante que você identifique a causa de uma doença, você saiba solicitar os exames necessários para você fazer o diagnóstico, e na nossa área, infectologia, a maior parte das nossas doenças são tratáveis, né? Então, qual antibiótico realizar, qual o antifúngico. Mas é uma formação do ponto de vista, eu vou dizer da área médica muito específica, né? Então, por exemplo, a questão da área das humanas, a questão da relação do indivíduo, ele é resultado do processo histórico, econômico, político, cultural, mas a gente tinha uma formação basicamente técnica, no sentido estrito da palavra médica, né? E fazer diagnóstico, e fazer tratamento. Isso é algo muito

intenso, isso é algo hegemônico na faculdade de medicina (p4, Infectologia).

Segundo Wickbold e Siqueira (2018), o currículo do ensino superior é um mecanismo de reprodução das relações de poder que existem na sociedade, visto que as disciplinas não são definidas aleatoriamente, mas sim de acordo com determinados interesses de grupos sociais. Sendo assim, é de extrema importância políticas de inclusão, como as cotas, virem acompanhadas de mudanças no currículo, uma vez que uma "estrutura curricular tradicional é um mecanismo de exclusão social" (Wickbold e Siqueira, 2018, p. 88).

As autoras acrescentam que pensar no currículo de Medicina é, necessariamente, pensar na necessidade da saúde da população. Mesmo as DCN ressaltando a importância dos profissionais serem formados de acordo com os princípios de integralidade, universalidade e equidade da atenção em saúde no SUS, isso ainda é algo distante da maioria e, portanto, há incompatibilidade de valores e objetivos de parte dos profissionais do setor da saúde.

Quanto às temáticas interdisciplinares e que trabalham inúmeros aspectos sociais e psicológicos, como gênero e sexualidade, os desafios se mostram primordialmente na troca entre departamentos e especialidades. As sugestões dadas para inserção dessas temáticas pelos participantes serão tratadas no último capítulo.

5.4 Formação em Medicina e o perfil do ingressante

Falar sobre o ensino médico, inevitavelmente, é falar sobre quem são as pessoas que cursam as faculdades de Medicina; ou seja, qual é o perfil do ingressante. Entender o corpo discente de um curso é entender parte de como esse curso é estruturado. Como mencionado anteriormente, o curso de Medicina foi caracterizado pelos participantes como tradicional e, por isso, resistente às mudanças curriculares. Uma das questões abordadas na entrevista foram os possíveis impactos da existência de um currículo que aborde as temáticas de gênero e sexualidade na formação profissional dos estudantes. Segundo o participante P14, o principal impacto estaria

relacionado a desafiar os vários preconceitos de classe que estão presentes nos alunos ingressantes, visto que a maioria pertence às classes privilegiadas. Nas palavras de P14:

Lembre-se: medicina é uma profissão elitista, é uma faculdade, a nossa está tentando por meio de política de cotas e tudo mais, retirar esse caráter elitista. Mas, nas faculdades particulares, veja que os alunos pagam mensalidade de R\$9.000, R\$10.000,00. Quem é que tem esse dinheiro hoje? Então, é uma classe privilegiada que traz vários preconceitos de classe embutidos. Então é uma coisa que assim, isso acaba refletindo na atuação enquanto médico depois, tá? Que tem impacto, tem! Isso é uma coisa importante e deve se lutar para que isso seja feito dentro da graduação (P14, Medicina Legal).

A participante P14 descreve o perfil do estudante de Medicina como "estudante de elite":

Então, o nosso estudante, ele é um estudante de elite com toda essa característica assim de, não todo mundo, lógico, mas uma maioria, né? De ter se formado em uma escola particular, paga, branco, com um certo poder aquisitivo, estudantes vem de carro e tal, e que vai atender um paciente parecido, né? São os nossos alunos que fazem o corpo clínico do Einstein, do Sírio Libanês, etc, etc. Então a gente foi aos poucos se distanciando, não totalmente, mas procurando se distanciar um pouco desse tipo de estereótipo, né? (P14, Medicina Legal).

Segundo Silva (2022), discutir sobre o vestibular das universidades do Brasil é uma questão sensível, porque expõe a desigualdade em diversos níveis: a entrada na faculdade, a locomoção e o tempo para estudo-trabalho-estudo. O curso de Medicina escancara essas diferenças por ser acessível a um grupo seletivo de estudantes devido à enorme concorrência de ingresso e às condições de permanência (como o custo elevado do material didático, turno integral e etc.). Além disso, as cargas horárias integrais impedem a possibilidade de conseguir remanejar uma rotina de trabalho e de estudos. Assim, é descrito pelo participante P14 como um "curso de elite".

Quem são as pessoas que conseguem se dedicar integralmente aos estudos e garantir uma vaga nos cursos de Medicina? O perfil dos alunos do curso de Medicina costuma ser tradicionalmente composto por estudantes de classe média alta e brancos.

Excluem-se minorias étnicas e de classe. Um estudo feito por Ristoff (2016) mostra que apenas 9% dos estudantes de Medicina no Brasil possuem renda familiar de até três salários-mínimos (Wickbold e Siqueira, 2018). A política de cotas pode auxiliar na diversificação do perfil de ingressantes por ampliar a diversidade dos alunos (Machin et al., 2022).

Em relação ao corpo discente, os participantes chamam atenção para outra questão: o ingresso e permanência de estudantes LGBTQIA+. Segundo Capucce et al. (2021), grupos minoritários podem ter que lidar com discriminação ao cursar o ensino superior. No caso de indivíduos da comunidade LGBTQIA+, é comum que tentem se adaptar e se encaixar no padrão (tanto na corporalidade, vestimenta e narrativas), de acordo com o que se espera pelo seu gênero reafirmado socialmente. Segundo a participante P1:

A gente tem todo um histórico aqui na faculdade de mudanças de comportamento em relação ao tratamento das pessoas aqui dentro de preconceitos e de formas diferentes que os alunos podem ser tratados por diferentes professores e não só professores e tal. E eu acho que isso acaba se refletindo na formação desse indivíduo como médico e como ele vai lidar com isso com os pacientes depois, né? (P1, Patologia).

A participante P4 relata ter sido procurada por uma aluna trans que buscava acolhimento diante da discriminação que sofria no curso:

Recentemente, uma aluna que não se sentia acolhida porque ela tinha passado de homem para mulher, e ela achava que tinha rejeição. A gente acolheu-a, conversou com ela, enfim. Era uma menina que tinha problemas, além desses, tinha uma depressão importante e tal (P4, Infectologia).

Segundo Miskolci et al. (2022), uma queixa recorrente dos usuários do sistemas de saúde LGBTQIA+ é a falta de informação e adaptação dos sistemas em relação às pessoas trans, travestis e não-binárias, ainda que a demanda não seja recente. Um dos exemplos trazidos pelos autores é a dificuldade de realização de exames

ginecológicos como o Papanicolau em homens trans e o exame de próstata em mulheres trans, visto que o sistema não permite.

Desse modo, o ensino médico, por reiterar e reafirmar o "sujeito universal": homem branco, heterossexual, de classe médica, cisgênero, casado e com filhos (Jesus, 2016) não só é violento com os estudantes LGBTQIA+, como também contribui para que os profissionais médicos se formem sem estarem suficientemente capacitados para oferecer um atendimento integral aos usuários. Os dados mostram que a discriminação ainda é um obstáculo ao acesso aos serviços e ao cuidado no que diz respeito à melhoria da qualidade de vida da população de travestis e transexuais (Miskolci et al., 2022).

A fala de P2 ressalta como tem enfrentado desafios na ginecologia:

E na área da Ginecologia está bem difícil, viu? Não sei se você viu um artigo que saiu agora numa última das nossas revistas, que tá orientando o especialista a como tratar, o ginecologista, a como tratar a mulher trans, porque é um homem, né? Então tem que ter toda a particularidade pra isso. Até depois eu te passo, achei bem interessante, porque a gente tá precisando ensinar os especialistas a como fazer. Então acho que desde a graduação os alunos precisam sim ter esse conteúdo inserido nas disciplinas (P2, Obstetrícia).

Ao ser perguntada sobre a importância das temáticas estarem presentes no currículo médico, a participante P2 traz a questão das mulheres trans em consultas com ginecologistas e as dificuldades que os profissionais têm enfrentado para atendê-las. Assim, exemplifica a necessidade do ensino médico abarcar corpos e vivências diversas, para que se possa oferecer um atendimento integral a todas as pessoas.

6. PERSPECTIVA GERACIONAL

Neste capítulo será abordada a formação dos docentes e o contato que tiveram com as temáticas de gênero e sexualidade. Foi abordado diretamente se os participantes tiveram algum tipo de contato com as respectivas discussões no curso médico e, em caso afirmativo, como estas ocorreram.

Como os participantes se formaram em momentos próximos, a questão da epidemia do vírus do HIV foi levantada em mais de um momento como um marco importante na relação com a temática, quando a questão das minorias sexuais recebeu bastante destaque. A epidemia teve grande impacto na Medicina por surgirem as primeiras políticas públicas voltadas para os homossexuais nos anos de 1990 (Facchini, 2005). Nesse momento, houve uma mobilização nacional e a criação de políticas de prevenção baseadas na ideia de igualdade com o objetivo da redução da vulnerabilidade principalmente dos homossexuais (Facchini, 2009).

6.1 A Formação Docente

Uma das questões recorrentes nas entrevistas foi a não formação dos docentes em relação às temáticas de gênero e sexualidade durante a própria graduação. De maneira unânime ressaltaram a questão geracional e como vem percebendo que a demanda pelo conhecimento acerca desses temas é crescente. É interessante observar que os participantes se situam na faixa etária de 53 e 72 anos, sendo que a maioria está na faixa dos 60 anos, o que, conseqüentemente, pode significar terem se formado em período próximo.

A fala do participante P14 ilustra essa questão:

Quando me formei, para resumir, não tinha essa preocupação em relação a gênero e sexualidade, mesmo porque não tinha formação nenhuma nessa área (P14, Medicina Legal).

O participante P13 igualmente comenta não ter sido capacitado durante a graduação nas temáticas de gênero e sexualidade. No entanto, procurou conhecimento através da literatura para suprir essa curiosidade:

Não, capacitado isso não aconteceu na faculdade, eu não fui treinado para isso. Eu fui me informando culturalmente através da literatura, da leitura, da curiosidade, e praticando a aceitação, né? (P13, Cardiologia).

Nota-se que é uma questão histórica, visto que a área dos estudos de gênero é recente no Brasil e se consolida somente a partir de 1970, com o fortalecimento do movimento feminista no país (Maciel Júnior, 2006).

O artigo "O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória" da pesquisadora Sarti (2004) aborda a agenda e articulação do movimento feminista no país. A resistência das mulheres à ditadura civil militar foi sendo marcada por toda a história do autoritarismo dos governos militares. Nos últimos anos de ditadura civil militar ocorreu a fase mais amena, e assim, maior abertura política às demandas feministas. O país passou por um processo de modernização, e, conseqüentemente, expansão do mercado de trabalho e do sistema educacional, o que favoreceu, ainda que de forma excludente, novas oportunidades para as mulheres.

O acesso a métodos anticoncepcionais, terapias psicológicas e a psicanálise influenciou decisivamente o mundo privado, que entrou em conflito com o padrão tradicional de valores nas relações familiares. Sarti (2004) destaca o Ano Internacional da Mulher, 1975, oficialmente declarado pela ONU, como um marco de imenso destaque em termos de visibilidade do movimento feminista. Os movimentos sociais que funcionavam clandestinamente puderam se articular e se organizar em grandes espaços políticos, conhecidos no Brasil como o "movimento das mulheres". É importante mencionar que temas como aborto, sexualidade, planejamento familiar e outras questões permaneceram nas discussões privadas dos grupos por conta da aliança feita com a Igreja Católica e outros grupos de esquerda contra o regime autoritário.

Apesar da forte influência europeia, principalmente vinda das mulheres que foram exiladas durante o período do regime militar, havia características particulares dos movimentos feministas brasileiros. Os movimentos sociais urbanos organizaram-se em bases locais, partindo das experiências cotidianas das mulheres periféricas pobres e reivindicando infraestrutura social básica. Os grupos feministas originários das camadas médias e intelectualizadas atuaram de maneira articulada às organizações de bairro e periféricas. Os marcadores sociais da diversidade só passaram a estar presentes de fato nas mobilizações políticas brasileiras após os anos 1990, pois a luta da oposição ao regime dos anos 1980 era um elemento aglutinador (Sarti, 2004).

Apesar da natureza híbrida do movimento feminista brasileiro, fundado em uma identidade, Sarti (2004) destaca as inúmeras clivagens sociais que se recortam em experiências muito distintas. Passou a se questionar a categoria "mulher" como universal e trazer à tona os contextos sociais e culturais específicos, como de mulheres lésbicas, negras, indígenas, periféricas e etc.

A participante P4 expressa como o termo "gênero" ainda não existia na época que estava na graduação:

São outros tempos, inclusive essa denominação de gênero é bem mais recente. A gente não tinha essa denominação (P4, Infectologia).

Retomando a questão do termo "sexo" para se referir às diferenças entre corpos com vagina e corpos com pênis, Laqueur (2001) ressalta que até o século XVIII havia uma noção "unissexuada" do corpo. Ou seja, havia somente um sexo, representado pelo pênis, e a vagina seria o pênis atrofiado e não desenvolvido, portanto, uma derivação defeituosa e inferior.

A partir do século XIX, surge a noção "bissexuada", na qual há dois órgãos sexuais. Anteriormente, o corpo feminino era concebido como uma versão defeituosa do corpo masculino, e posteriormente, passa a ser uma versão diferente (Laqueur, 2001). Com as problematizações levantadas pelos movimentos feministas, "gênero"

passou a ser utilizado para se referir ao aspecto relacional, cultural e social das noções normativas da feminilidade e masculinidade (Scott, 1995).

Os movimentos feministas trouxeram à tona discussões a respeito de gênero, porém, naquele momento, o termo designava a parte sociocultural do sexo. Butler, a partir dos anos de 1990, questiona a noção de que o sexo está para a natureza, assim como gênero está para a cultura (Nicholson, 2000). O sexo entendido como sexo pré-discursivo e politicamente neutro, faz parecer natural como se sempre estivesse ali. Porém, segundo Butler, ele é tão culturalmente construído quanto o gênero. Sendo assim, faz sentido os professores trazerem que a questão de gênero era nula na formação, pois era um campo de estudos muito recente na época em que estavam cursando a graduação.

No que diz respeito à sexualidade, alguns docentes trouxeram discussões presentes na formação. A fala de P15 ilustra o contato que teve com essa questão:

Olha, na minha formação teve zero sobre gênero. Eu tive um pouco de discussão sobre sexualidade quando eu passei pelo centro de serviço de adolescentes no internato (P15, Medicina Preventiva).

O participante P15 traz a experiência que teve no internato atendendo adolescentes e, com isso, as discussões sobre sexualidade. No entanto, as questões levantadas sobre essa temática eram distintas de como ocorrem hoje. O entrevistado chega a usar a expressão “sofisticada” para se referir ao momento atual:

Inclusive, no programa a gente montou um grupo sobre sexualidade, para discutir sexualidade na adolescência e tal. A discussão de gênero não estava tão sofisticada como eu acho que tá hoje, porque a gente só discutia muito mais a questão das relações de poder entre homens e mulheres, e não a discussão da não polaridade, da diversidade de orientações, e do significado inclusive sociopolítico disso, não se colocava ainda. Mas na época a gente discutia mais, quando discutia, especialmente no grupo sobre sexualidade, a gente discutia essa questão dos papéis femininos, papéis masculinos, e como

que isso, uma rigidez desses papéis, era prejudicial e produzia inclusive vulnerabilidades (P15, Medicina Preventiva).

Assim, as discussões se restringiam à questão dos papéis femininos e masculinos⁹, e como a rigidez nesses papéis pode produzir vulnerabilidades. Questões mais aprofundadas do significado social de gênero, a problematização da binariedade e diversidade de orientações ainda não haviam sido colocadas em pauta. Rohden (2009) discorre sobre como a Medicina, a partir do século XXI, ficou obcecada em reafirmar as diferenças sexuais entre homens e mulheres e toda a estrutura de como a prática médica se baseia em ratificar essas diferenças. Neste contexto, não havia espaço para comportamentos e questões que destoassem da normatividade imposta socialmente.

Referindo-se à educação sexual, os primeiros estudos no Brasil surgiram entre 1920 à 1930, a partir do incentivo de educadores médicos que defendiam a educação sexual nas escolas. No entanto, o discurso na época era marcado por uma perspectiva biologizante e higienista, baseado nos moldes europeus modernos. Segundo Figueiró (2020), os médicos pretendiam discutir a saúde da mulher e conhecer mais sobre ela sem, no entanto, ter o objetivo de modificar seu lugar social. Este permanecia voltado para garantir a reprodução da espécie.

Houve influência do movimento feminista da época para trazer educação sexual nas escolas, mas a Igreja Católica exercia um forte controle da expressão sexual. A situação só começou a mudar após o Concílio Vaticano II, quando a sexualidade passou a ser vista de outra forma. O amor carnal passou a ser considerado como parte das relações monogâmicas heterossexuais reprodutivas. Com essa abertura, após a década de 1960, houve a implementação de educação sexual em muitas escolas. No entanto, o Golpe de Estado de 1964, imposto pelo regime militar trouxe, novamente, a redução das liberdades individuais e manifestações da sexualidade, além do incentivo da política de planejamento familiar pró-natalista (Bueno e Ribeiro, 2018).

⁹ Segundo Grossi (1998) papéis de gênero é "tudo aquilo que é associado ao sexo biológico, fêmea ou macho, em determinada cultura é considerado papel de gênero. Estes papéis mudam de uma cultura para outra" (p.6).

As consequências do contexto político após o Golpe foram inúmeras no que diz respeito às produções acadêmicas e experimentais no campo da sexualidade, influenciando, inclusive, o ensino médico. Foi apenas a partir de 1978, com o afrouxamento da censura, o surgimento da pílula anticoncepcional e o fortalecimento dos movimentos feministas brasileiros que os estudos sobre educação sexual ressurgiram. A partir de 1990, são muitas as publicações e estudos sobre sexualidade, inclusive dentro do campo médico. Surgiram inúmeros projetos incentivados por ONGs (Organizações Não Governamentais), que objetivaram a capacitação de profissionais da educação e da área da saúde¹⁰.

No entanto, é importante ressaltar que os estudos sobre sexualidade ancoram-se, primordialmente, na biologia a partir dos aparelhos reprodutores (Louro, 2007). Consequentemente, aquilo que se desvia do funcionamento voltado a reprodução é lido como patológico. O participante P8 expressa como na sua formação a perspectiva da sexualidade salientou apenas aspectos ligados a disfunções:

Sexualidade sim, um pouco com a (...), mas em outro ponto de vista até, né? Do que de hoje. Mais a questão de papel na sociedade, mais um pouco diria na questão das disfunções sexuais, mas ficou só em cima disso mesmo (P8, Ginecologia).

Segundo Loyola (2003), a sexualidade no século XX foi marcada pela interferência do campo médico através do desenvolvimento de tecnologias reprodutivas (contraceptivas e conceptivas) e pelo estudo de diversas disciplinas sobre ela (psicanálise, ciências sociais, pedagogia e etc). Russo (2013) traz como marco a terceira versão do DSM (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*), conhecido como DSM III, publicado pela *American Psychiatric Association* em 1980. É um manual baseado em uma concepção biológica bem clara. Dentro das inúmeras categorias classificatórias surgidas com a nova versão do manual, aumentam,

¹⁰ Como exemplo, pode-se citar o "Seminário Nacional Políticas e Direitos Reprodutivos das Mulheres Negras", organizado por Geledés - Instituto da Mulher Negra (SP), em Itaparica; "Encontros Regionais sobre População e Direitos Reprodutivos", organizado pela rede DAWN, no Rio de Janeiro, 1994; "Conferência sobre Saúde Reprodutiva e Justiça", organizado pela "Aliança Vozes das Mulheres para 1994", em 1994, no Rio de Janeiro (Marinho, 2020).

consideravelmente, o número de transtornos ligados à sexualidade. No DSM I e DSM II os transtornos ligados à sexualidade chamavam-se "desvios sexuais", que eram baseados nas perversões listadas por Krafft Ebbing¹¹, no século XIX. Segundo Russo:

Em primeiro lugar, os transtornos ligados à sexualidade deixam de ser considerados apenas como “desvios sexuais” e passam a se denominar “Transtornos Psicosexuais”, ou seja, passam a incluir as antigas “perversões”, mas constituem um universo mais amplo que elas. Em segundo lugar, esses transtornos deixam de ser um subgrupo dos “Transtornos de Personalidade”, passando a constituir um novo agrupamento autônomo que não está incluído em nenhum outro grupo maior de transtornos. Dentro desse agrupamento, dois novos conjuntos de transtornos surgem ao lado dos antigos desvios sexuais (agora chamados “parafilias”): os “transtornos da identidade de gênero” e as “disfunções sexuais” (além de uma categoria residual chamada “Outros transtornos psicosexuais”) (Russo, 2013, p. 181).

Sendo assim, até o DSM II há um predomínio de um entendimento mais psicológico das perturbações mentais relacionadas à sexualidade, ligado ao viés psicanalítico. Após o DSM III, forma-se um conjunto específico de transtornos denominados "transtornos sexuais", ou seja, passam a ser isolados das demais nomenclaturas e recebem um tratamento específico. Portanto, o DSM III é marcado pela visão sexológica dos desvios da sexualidade "normal" com forte influência da indústria farmacêutica e psiquiatria. As disfunções passam a ser um problema médico relevante.

Assim como a fala de P8 destaca o ensino das "disfunções sexuais" na formação do participante, a fala de P15 ilustra essa questão da visão patologizante e medicalizante dos modos de existir não normatizados:

Mas ainda é muito pequeno e ainda entra no currículo muitas vezes de um jeito medicalizante, a questão da variabilidade, então tem a tal da disforia de gênero, que são ensinadas como disciplina (P15, Medicina Preventiva).

¹¹ Richard Krafft-Ebbing publicou em 1886 a obra *Psychopatia Sexualis*, que foi o "primeiro levantamento sistemático e completo das diferentes formas de perturbação da vida sexual humana, encaradas a partir de então como transtornos médico-psiquiátricos" (Pereira, 2009, p. 380).

Segundo o participante P15, ainda que "disforia de gênero" não esteja na lista de doenças mentais desde 2018 (Conselho Federal de Psicologia, 2019), ainda recai sobre essa questão um viés patologizante.

Uma questão interessante mencionada pelos participantes foram os impactos da epidemia da infecção pelo HIV e da AIDS/SIDA na percepção sobre o tema sexualidade. Isto pode ser observado na fala de P3:

Na época, estava bem no auge da pandemia (...) do HIV e da AIDS. Então, existia muito a questão da discussão. Isso eu lembro! Ligado muito à questão da Psicologia Médica e da Psiquiatria, da aceitação do que era normal, o que não era, e mostrar que a gente não pode impor os nossos valores frente aos pacientes (P3, Endocrinologia).

Fica claro que a epidemia do vírus HIV trouxe consideráveis impactos no que diz respeito ao campo médico. Segundo Brito et al. (2000, p. 207), a epidemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)¹² e da AIDS "representa um fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo".

Os primeiros casos registrados ocorreram em 1981, nos Estados Unidos, em homossexuais do sexo masculino. Acredita-se que a doença tenha sido originada na África e se disseminou para os Estados Unidos e a Europa, principalmente com a imigração de haitianos que moravam em Zaire e imigraram para esses continentes. O primeiro caso no Brasil ocorreu em 1982, gerando grande mobilização nos centros urbanos da região sudeste. Por ser uma nova doença, gerou muitas polêmicas e inseguranças (Cezar e Draganov, 2014).

O participante P3 ressalta como a epidemia levantou questionamentos importantes aos profissionais da saúde em relação a aceitação e preconceitos. Isso

¹² Segundo Cezar e Draganov (2014, p. 151): "O HIV provoca grande disfunção no organismo do indivíduo infectado, destruindo linfócitos de defesa, ocasionando grave destruição imunológica e assim evoluindo para AIDS". A AIDS, por sua vez, faz com que inúmeras doenças oportunistas se desenvolvam, tais como: tuberculose, toxoplasmose, tumores (principalmente Sarcoma de Kaposi, Linfoma Não Hodgkin e câncer de colo de útero). Nos estágios mais avançados com aumento da carga viral leva-se a alterações no tecido nervoso central e periférico causando problemas neurológicos graves (atrofia cerebral, neuropatias e demência progressiva).

porque quando ainda não se tinha clareza sobre a origem do vírus e o que o causava, a sociedade passou a discriminar grupos específicos, os chamados "grupos de risco", como homossexuais, usuários de drogas e prostitutas. Consequentemente, culpabilizasse o sujeito e seu comportamento, estigmatizando-o, fazendo com que fosse visto como o responsável por sua condição, vista como moralmente inadequada (Cezar e Draganov, 2014).

A fala do participante P10 ilustra também as mudanças ocorridas na área da saúde por conta da epidemia:

Eu acho que a doença HIV fez uma transformação brutal na gente. Coisas tristes e coisas muito boas! Uma dessas coisas muito boas, foi respeito. Respeito por diversidade de pessoas. Eu acho que essa é uma grande coisa. Na clínica geral também, eu acho que isso é muito claro, né? Todos os anos na clínica geral existe a preocupação de comunicação, de respeito do outro na diversidade, seja o que for, o que for! Isso está muito claro na clínica geral (P10, Clínica Geral).

Sendo assim, pode-se notar que a epidemia foi um marco muito importante no que diz respeito aos diálogos sobre vulnerabilidade de determinados indivíduos e com relação ao papel da saúde pública do Brasil diante dessa questão. Houve uma mobilização muito grande de grupos sociais que já eram discriminados, uma vez que a epidemia intensificou o descaso com essas populações.

As primeiras mobilizações de grupos sociais, bem como as primeiras iniciativas e articulações oficiais para enfrentar a AIDS, aconteceram em São Paulo. O grupo de estudos de HIV/AIDS do Hospital Emílio Ribas¹³ surgiu a partir da reivindicação de grupos militantes dos direitos gays na cidade de São Paulo, que lutavam pela resposta do governo. A partir disso surgiu, em 1984, o primeiro programa de controle da AIDS no Brasil: o Programa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (Cezar e Draganov, 2014).

Segundo Marques (2002, p. 52), destacam-se alguns marcos relevantes no estado de São Paulo, que denotam seu lugar de pioneirismo na história política da

¹³ Primeiro hospital brasileiro voltado para o atendimento de pessoas com AIDS. Segue como referência na área de infectologia até os dias de hoje (Mendonça et al., 2010).

AIDS no Brasil, tais quais: o aparecimento dos primeiros casos no país e seu significativo crescimento; a articulação da Secretaria da Saúde com profissionais identificados com os princípios da Reforma Sanitária a partir de 1982; e as pressões sociais exercidas pelos grupos marginalizados e estigmatizados, nesse momento classificados como os mais vulneráveis à contaminação.

Até os dias de hoje, apesar de não ser mais adequado, o termo "grupo de risco" ainda é utilizado por alguns profissionais da saúde e pela sociedade. Os homossexuais, prostitutas e usuários de drogas ainda são estigmatizados e considerados mais "propensos" a se contaminar. O aumento nos casos de HIV em heterossexuais e mulheres contribuiu para desestabilizar essas questões (Brito; Castilho; Szwarcwald, 2000).

O termo "grupo de risco" entrou em desuso por culpabilizar determinados grupos marginalizados, tornando a AIDS e o HIV como algo distante e associado a homossexualidade, promiscuidade e drogas. Como consequência, isolam-se determinados indivíduos, favorecendo o estigma e o preconceito. Por conta disso, os termos "comportamentos de risco" ou "práticas de risco" passaram a ser difundidos para se contrapor a ideia de que somente determinados grupos estariam suscetíveis à contaminação, mas sim todas as pessoas que adotam práticas como: manter relações sexuais sem o uso do preservativo, compartilhar seringas e/ou receber transfusão de sangue não testado. No entanto, o termo foi questionado e problematizado por ainda apontar culpabilização individual, sem levantar as questões sociais associadas ao risco de contaminação. Passou-se a debater as razões de certos grupos e pessoas estarem em maior situação de vulnerabilidade à infecção pelo HIV (Sousa et al., 2011).

Além das experiências trazidas pelos docentes com relação ao impacto da epidemia do HIV/AIDS no contato com os temas de gênero e sexualidade, foi mencionada também a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) durante a graduação, como expresso na fala de P3:

A Santa Casa, pela região que a Santa Casa tem, principalmente durante o internato, você tem uma vivência principalmente com a população de travestis que são da região (P3, Endocrinologia).

A APS tem sido protagonista de diversas reformas de serviços de saúde ao redor do mundo como uma proposta crítica a modelos hospitalocêntricos e centrados na doença (Sumar e Fausto, 2014). Uma das questões mais abordadas em estudos relativos à educação médica é sobre quais cenários devem ser utilizados para a inserção dos estudantes de Medicina nas atividades práticas. Tornou-se necessário rever o ensino médico para que eles estivessem capacitados para atuar no nível primário de atenção, visto que o ensino tradicional das escolas médicas não tinha esse foco (Massote et al., 2011).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina recomendam a inserção dos alunos em atividades práticas logo no começo da graduação, principalmente em cenários variados de ensino-aprendizagem visando a vinculação da formação médico-acadêmica às necessidades sociais de saúde. Além disso, as DCN ressaltam a importância das atividades curriculares estarem de acordo com os princípios do SUS e que sejam focadas nos níveis primários e secundários (Massote et al., 2011).

Starfield (2002) ressalta como a atenção primária é uma experiência de grande importância para lidar com os problemas reais da comunidade, pois envolve o manejo de pacientes que possuem inúmeros diagnósticos e queixas confusas, que não podem ser encaixadas em diagnósticos conhecidos. Portanto, se contrapõe a subespecialização de profissionais na área da saúde, que acabam não sabendo lidar com diagnósticos super específicos. Nas palavras da autora:

A prevenção da enfermidade e a promoção de um ótimo funcionamento transcendem as enfermidades específicas e requerendo uma perspectiva mais ampla do que a que pode ser alcançada pelo especialista na enfermidade. A atenção médica eficaz não está limitada ao tratamento da enfermidade em si; deve considerar o contexto no qual a doença ocorre e no qual o paciente vive. Além disso, raramente as enfermidades raramente existem de forma isolada, especialmente quando apresentadas ao longo do tempo. Assim, os especialistas em enfermidades podem oferecer a atenção mais apropriada para as enfermidades específicas dentro de sua área de competência especial, mas um profissional de atenção primária deve integrar a atenção para a variedade de problemas de saúde que os indivíduos apresentam com o tempo (Starfield, 2002, p. 21)

Segundo Massote et al. (2011), a inserção dos estudantes em cenários de APS propicia a formação de profissionais preparados para compreender as necessidades reais de saúde da população e atuar sobre elas. As autoras conduziram um estudo na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) para avaliar a percepção dos estudantes nas APS. Como resultado, os estudantes avaliam positivamente a inserção na APS, principalmente por propiciar:

Um novo olhar sobre o processo de saúde-doença, uma relação mais próxima com os pacientes, o estabelecimento de vínculos e um cuidado integral à saúde da população, como a oportunidade de conhecer realmente o SUS (Massote et al., 2011, p. 451).

Tanto o serviço de adolescente no internato citado pelo participante P15 como a experiência com travestis trazida pelo participante P3, ressaltam a importância do contato com a comunidade para a formação profissional, inclusive no que diz respeito ao lidar com as temáticas de gênero e sexualidade, como ilustra a fala do participante P13:

Eu preciso entender este mundo com o qual eu convivo para poder transmitir a informação. Se eu não entender o que você é, o que o seu colega que está sentado na cadeira do outro lado com o que você se identifica, eu vou me prejudicar, a minha transmissão de informação vai ser prejudicada (P13, Cardiologia).

Atender e escutar diretamente pessoas na APS é um exercício prático essencial para que os estudantes conheçam a comunidade, estabeleçam vínculos e se formem capacitados para lidar de maneira geral com a população.

6.2 A pressão dos alunos para inserção dos temas

Foi discutido com os participantes a questão da demanda dos alunos em relação às temáticas de gênero e sexualidade. A maior parte deles identifica demandas e que esta tem sido crescente nos últimos anos, como ilustra a participante P16:

Sim, porque vários já vieram aqui pedir isso. Já comecei a falar de iniciação científica sobre o assunto, e acho que a cada turma mais essa discussão, né? Até pela presença de estudantes também que estão nessa discussão. Acho que é muito legal. Tem bastante demanda (P16, Medicina Preventiva).

Nota-se que a questão do aumento da visibilidade das pluralidades de gênero e sexualidade, explorado no capítulo anterior, teve como consequência um crescente interesse dos alunos sobre essas temáticas. Diversos estudos têm sido produzidos com objetivo de investigar o interesse discente nessas questões, identificando a importância na abordagem sobre diversidade sexual e questões de gênero (Shidel e Parish, 2013).

A participante P12 ressalta que o aumento da demanda se deve a necessidade de esclarecimento sobre as questões que podem ser confusas não só para os professores, mas também para os alunos:

Tem uma demanda e porque eu acho que para eles também é confuso, como é para gente, né? Então assim, porque às vezes eles confundem, né? Uma coisa é a diferenciação sexual diferente, o desenvolvimento sexual diferente. A outra coisa, são as opções de gênero, então essa identidade de gênero social. Então, menina brinca de boneca, menino sobe em árvore. Então, eles acabam confundindo isso com o desenvolvimento sexual anatômico, entendeu? (P12, Pediatria).

Segundo a professora, a questão da confusão entre anatomia e identidade de gênero pode fazer com que os alunos se interessem mais por essas questões buscando saber diferenciar as questões fisiológicas dos aspectos psicossociais. Sendo assim, tratar e debater essas questões em sala de aula pode sanar dúvidas e diferenciar questões importantes a respeito das temáticas de gênero e sexualidade.

Segundo Couto et al. (2021), a ausência da temática de gênero na graduação em Medicina é sistemática tanto no Brasil como em outros países. As discussões sobre essa temática se concentram nas disciplinas de ginecologia ou em disciplinas que não estão presentes no currículo formal. A relação retórica entre a educação médica

brasileira e os modelos norte-americanos mostra que os dados presentes nas pesquisas dos Estados Unidos envolvendo os modelos de ensino nas universidades americanas são equivalentes aos dados da pesquisa citada. Os autores ressaltam que o conhecimento sobre gênero se mostra insuficiente, o que pode afetar a prática clínica e a relação médico-paciente. Além disso, dentro da ginecologia, a abordagem de gênero é mais biologicista, em comparação com aquela realizada em Medicina de Família e Comunidade.

Partindo da perspectiva docente em relação a esse crescente interesse dos alunos a respeito dessas temáticas, alguns professores avaliam a postura dos discentes como "agressiva" e "excessiva", como descreve o participante P12:

Os alunos, hoje, cobram muito mais as questões de gênero. Às vezes em excesso, vou te dar um exemplo. Em excesso! Eu tenho essa preocupação. Lá na (...), acho que há uns dois anos atrás, dois anos e meio atrás, quando depois de ter terminado a disciplina, e ter dado a aula sobre direitos humanos e de violência de gênero, e tal. Uma aluna fez uma reclamação à direção da (...), dizendo que aquele não era lugar de fala, a expressão foi essa, lugar de fala de um homem. E ali deveria ser um lugar de fala de uma mulher. Acontece que todos os professores da disciplina lá são homens, esse é um ponto. E nesses dois tópicos, tanto de violência de gênero quanto na aula sexologia forense, o que se aborda de maneira profunda a questão do estupro feminino, e tal. “ah, esse não é lugar de fala de homem”. Então, eu vejo aí com um certo exagero, entendeu? Mas, por outro lado, mostra a preocupação e a consciência das alunas em relação a isto (P14, Medicina Legal).

Outros professores trouxeram, assim como o participante P12, a questão da agressividade dos alunos ao lidar com esses temas. Levantou-se isso como um obstáculo para abordar os temas em sala de aula e mostraram desconforto com a postura dos alunos.

Essa situação pode ser observada durante o trabalho de campo. Após a realização de uma das entrevistas, quando a gravação havia sido encerrada, P10 desabafou sobre como se sente incomodada com os alunos quando manifestam uma

postura agressiva. Segunda ela, chegam a ser agressivos ao corrigi-la sobre termos inadequados ou quando levantam problematizações em sala de aula — especialmente, por parte de alunos que integram algum tipo de coletivo (como feministas, LGBTQIA+, população negra). Há dois pontos que chamam atenção, o primeiro é o fato de a professora ter feito a fala num tom de desabafo após o encerramento da entrevista e da gravação, e o segundo é como ela enfatiza a agressividade dos membros de coletivos da faculdade.

O participante P12 conta que uma aluna foi reclamar à direção sobre uma aula relativa à violência de gênero ter sido ministrada por um homem. Para ele, esta foi uma postura excessiva, visto que todos os professores das disciplinas de sexologia forense são homens e normalmente a temática abordada é o estupro feminino. Segundo o professor, a aluna levanta a questão do "lugar de fala"¹⁴. O professor chama atenção para o corpo docente do departamento ser majoritariamente masculino, e que, por isso, quem trabalha essa temática são homens.

O participante P12 ressalta que, apesar de avaliar ser uma postura excessiva, expressa o cuidado e interesse dos estudantes em relação a essas questões. Segundo Garcia e Silva (2011), a feminilização do curso de Medicina é um processo em curso. O corpo docente ser em grande maioria masculino é uma característica presente nos cursos de Medicina e é uma realidade que tem se alterado recentemente. Essa questão mostra a importância da inserção de mulheres no corpo docente das universidades, principalmente no que diz respeito à inserção de temáticas relacionadas à violência contra mulher e ao estupro.

Segundo a pesquisa sobre Demografia Médica no Brasil de Scheffer et al. (2020), os homens ainda são maioria entre os médicos em atividade no Brasil, No entanto, essa realidade vem diminuindo ano a ano:

¹⁴ Conceito utilizado por ativistas de movimentos feministas, negros ou LGBTQIA+, frequentemente utilizado em debates acadêmicos e na sociedade, além de discussões em redes sociais. Segundo Ribeiro (2019), não há uma epistemologia específica sobre o conceito. Lugar de fala não se refere a pessoas dizendo algo, mas a importância de entender a partir de qual visão de mundo esse indivíduo fala e considerar que estas se apresentam desigualmente posicionadas. É uma análise que leva em conta as relações de poder e os marcadores sociais como raça, gênero, classe, geração e sexualidade.

Em 2020, os homens representavam 53,4% da população de médicos, e as mulheres, 46,6%. Há cinco anos, na pesquisa de 2015, médicos homens somavam 57,5% do total, e as médicas, 42,5%. Trinta anos atrás, em 1990, as mulheres eram 30,8% (Scheffer, 2020, p. 41).

Além disso, a pesquisa ressalta que, em 2020, no grupo dos mais jovens, as mulheres já são maioria. Em contrapartida, a presença masculina médica aumenta com as faixas etárias. O estudo ressalta que a maior presença de mulheres na profissão se dá a partir de 2009:

Na última década, a cada ano, as mulheres se mantêm como maioria entre os novos médicos registrados nos Conselhos Regionais de Medicina, consolidando a tendência de feminização da Medicina no Brasil. O fenômeno deve ser acompanhado também na perspectiva de superação da desigualdade de gênero, pois há evidências de que as mulheres médicas recebem remuneração inferior à dos médicos. Além disso, os homens ainda são maioria em 36 das 55 especialidades médicas (Scheffer, 2020, p. 164).

Apesar do estudo mostrar evidências sobre o processo de feminização da Medicina, traz também a questão da disparidade salarial entre homens e mulheres na profissão e o desequilíbrio de gênero entre especialidades. As mulheres concentram-se mais em especialidades como clínica geral, pediatria, medicina de família, ginecologia e obstetrícia bem como dermatologia, que pagam menos se comparadas com especialidades cirúrgicas, ocupadas em sua maioria por homens. O estudo aponta ainda que eles ocupam posições de liderança com mais regularidade do que as mulheres na área médica.

Os dados mostram que a especialidade com maior número de mulheres é a dermatologia e a com maior número de homens é a urologia. Na dermatologia, elas correspondem a 77,9% dos especialistas. Outras especialidades com grande proporção de mulheres são: pediatria (74,4%), endocrinologia e metabologia (70,6%) e alergia e imunologia (67,4%).

Pereira e Moreira (2022) abordam como a presença e manifestação de mulheres no interior da prática e rotina médica é desencorajada por ser um espaço típico e historicamente masculino. Especialidades cirúrgicas e trauma recebem intenso desencorajamento à participação feminina por desconfiança na capacidade e expertise das mulheres. Isso ocorre tanto de maneira explícita, através de manifestação verbal de aversão e desconfiança, como de maneira implícita, pela ausência de mentores, modelos ou, até mesmo, de representantes do gênero atuando em tais especialidades.

O estudo aponta que apesar do meio médico possuir aspectos nocivos e adoecedores para ambos os gêneros, as maiores adversidades são impostas às mulheres, tanto pela disparidade salarial como pelos eventos de assédio e violência sexual que compõe a realidade prática na Medicina (Pereira e Moreira, 2022).

7. LACUNAS, DIFICULDADES E SUGESTÕES

Este capítulo tem por finalidade abordar as lacunas e dificuldades mencionadas e as sugestões dos docentes para melhorar o quadro atual da matriz curricular no que diz respeito às temáticas de gênero e sexualidade. Além do objetivo geral, procurou-se responder ao quarto objetivo específico que se refere às principais lacunas e dificuldades para incorporação dos temas na formação.

7.1 Dificuldades para abordar o tema

De maneira unânime, os participantes trouxeram a questão geracional como um possível obstáculo para abordar essas temáticas, visto que na época que cursaram Medicina, o termo “gênero” ainda não era utilizado nas discussões. Grande parte dos entrevistados reconhecem a importância das discussões, mas se vêem incapacitados para realizá-las nas aulas.

A fala do participante P7 ilustra como as questões da diversidade sexual e de gênero sempre foram tratadas como assunto tabu e não-médico, mas cada vez mais tem aparecido demanda social para se trabalhar esses temas:

A importância é crescente, tá? Porque a temática do gênero e a temática da diversidade sexual, a temática da sexualidade enquanto a expressão dela, seja para quem for, ela sempre foi tratada como um assunto tabu, um assunto não médico. Então, a gente vive um processo onde gradativamente esse assunto tem que obrigatoriamente entrar porque existe uma demanda social para isso, e de uma visibilidade cada vez maior do ponto de vista das demandas não binárias da sociedade que solicitam que a gente tenha uma atenção, que elas passam não só existir, né? Como serem validadas e normalizadas (P7, Ginecologia).

A luta pela visibilidade das pessoas que questionam as normas sociais de gênero e sexualidade, ou seja, que fogem do padrão universal do homem, branco, heterossexual, cisgênero e de classe média, tem aumentado gradativamente, principalmente a partir dos anos 1970. O movimento das minorias sexuais e de gênero

se organizou pelo direito de falar por si e para que as suas existências fossem validadas (Louro, 2008).

A legitimação de outras formas de existir ainda é uma questão que está em contínua transformação. Isto porque não é só a aceitação da diversidade, mas também a demanda de que essas pessoas não sejam compreendidas a partir de modelos binários (Louro, 2008).

O participante P15 ressalta a dificuldade dos professores de gerações mais velhas em assimilar a diversidade:

Então há um conflito nítido sim, e que tem muito a ver com a questão geracional. Eu acho que os professores de gerações mais velhas estão tendo muito mais dificuldade de assimilar essa diversidade, e mais, e a cobrança de que haja um certo compromisso político com o respeito a essa diversidade (P15, Medicina Preventiva).

As fronteiras de gênero e sexualidade têm sido constantemente atravessadas e de maneira cada vez mais visível. Para a compreensão das pluralidades das formas de viver os gêneros e sexualidades, é importante que haja informação para lidar com essas questões e assimilar existências que se encontram na fronteira (Louro, 2008).

A participante P12 expressa como os conceitos de gênero e sexualidade podem ser complicados quando se lida com aquilo que não se encaixa no modelo binário:

E ainda mais numa carreira tão tradicional quanto medicina, é muito complicado esses dois conceitos porque as pessoas se apresentam de uma forma, no geral, gênero binário, digamos assim né? E aí você saindo disso, você tendo uma sexualidade, vamos dizer assim, diferente, é muito polêmico (p12, Pediatria).

Uma fala que ilustra a questão da dificuldade de assimilar aquilo que não se enquadra no modelo binário é a fala da participante P12 ao descrever o caso de um homem trans:

Aí tem um rapaz, que na realidade é uma moça, né? Como é que é? É um rapaz que na realidade é uma moça, então é um homem trans. E esse homem trans, então ele é uma moça, que vira um rapaz e que é um homem trans. Esse rapaz, que é um homem trans, ele transa com homens. Então, no final, ele é hetero. Você entendeu? Então, para mim é meio confuso as denominações, entendeu? Mas eu acho muito curioso que o próprio personagem, ele na discussão fala: “Na realidade, eu sou hetero”, sabe, assim? Porque ele é um homem trans, que transa com homem, entendeu? E ele brinca que ele é hetero. Então, para mim é meio complicado todas essas denominações (P12, Pediatria).

A participante P12 relata uma situação lida em um artigo, em que um homem trans homossexual brinca sobre ser heterossexual. Ao descrever o caso, assume que sente dificuldade em diferenciar as questões e usar as denominações de maneira adequada. Segundo Grossi (1998), o conceito de gênero, no Ocidente, está colado no conceito de sexualidade, o que pode levar a uma confusão muito grande, especialmente na perspectiva do senso comum. Categorias como sexo e gênero, identidade de gênero e sexualidade são, em geral, tomadas como sinônimos no Brasil. Segundo a autora:

Na cultura ocidental, como já vimos, costumamos associar a sexualidade ao gênero, como se fossem duas coisas coladas uma à outra. Por isso, costuma-se classificar indivíduos que mantêm relações sexuais e/ou afetivas com outros do mesmo sexo como homossexuais, uma categoria que remete imediatamente, no imaginário ocidental, à ideia de doença, perversão ou anormalidade (Grossi, 1998, p. 9).

Posteriormente, a autora faz a diferenciação dos termos que costumam ser colocados como sinônimos:

De uma forma simplificada, diria que sexo é uma categoria que ilustra a diferença biológica entre homens e mulheres; que gênero é um conceito que remete à construção cultural coletiva dos atributos de masculinidade e feminilidade (que nomeamos de papéis sexuais); que identidade de gênero é uma categoria

pertinente para pensar o lugar do indivíduo no interior de uma cultura determinada e que sexualidade é um conceito contemporâneo para se referir ao campo das práticas e sentimentos ligados à atividade sexual dos indivíduos (Grossi, 1998, p. 12).

A confusão entre os termos é atribuída pelos participantes, de maneira geral, a questão geracional, como expressa o participante P13:

Eu ainda tenho muita dificuldade em entender a diferença entre a orientação sexual e gênero, ou determinadas posturas por uma questão pura e simplesmente cultural, e por uma questão de que existe um *gap* geracional em cima disso (P13, Cardiologia).

Uma das perguntas feitas aos participantes era sobre sua compreensão dos termos “gênero” e “sexualidade”, justamente para identificar se para eles havia algum tipo de equivalência. Grande parte dos participantes atribuiu um significado biológico ao gênero, dizendo que era “homem ou mulher” e que a sexualidade seria o campo no qual haveria influência do social e está relacionado à identidade. A fala do participante P9 ilustra essa questão:

Gênero é o nosso DNA e sexualidade é aquilo que a pessoa escolhe. Embora tenha toda genética por trás disso, eu creio que gênero a gente define, a princípio, como homem ou mulher. Agora, obviamente tem os que mudam de gênero. Então, você tem que considerar os transgêneros. Mas, gênero pra mim, a princípio é homem ou mulher. Sexualidade é uma maneira de você querer ser e viver assim, né? Mudando ou não o seu físico (P9, Cardiologia).

A participante P10 traz uma percepção semelhante:

Gênero é a parte biológica: feminino ou masculino, e sexualidade é o que a pessoa pratica (P10, Clínica Geral).

Sendo assim, a sexualidade é descrita como uma equivalente de identidade de gênero, e o gênero é sinônimo de sexo. O participante P15 conta que seu departamento foi procurado pela coordenação para inserir as temáticas de gênero e sexualidade no currículo, porém, por conta do restrito número de docentes o departamento fica sobrecarregado:

Ele chegou a conversar isso comigo, se a gente não conseguiria inserir esses conteúdos em outras disciplinas. E eu falei para ele que eu achava que isso seria perfeito, o problema é que a gente não tem perna para fazer isso, a gente tem pouquíssimos docentes, diferente de outros departamentos, porque os departamentos das áreas clínicas, cirúrgicas e tal, eles têm todo o staff da enfermagem e tal que funciona como professores também, que dão aula, então os professores não têm uma carga docente tão grande quanto nós da Preventiva temos, que a gente não tem esses quadros auxiliares. Somos nós, os pós-graduandos às vezes ajudam um pouco, mas os professores somos nós (P15, Medicina Preventiva).

Segundo Campos et al. (1997), a estrutura segmentada das faculdades de Medicina é constituída por professores com formação especializada e que possuem dificuldade de transmitir saberes e práticas interdisciplinares — o que pode fazer com que algumas áreas fiquem sobrecarregadas. Temáticas transversais e interdisciplinares, como gênero e sexualidade, podem ser prejudicadas nessa segmentação, porque as discussões sobre elas ficam concentradas em determinadas áreas e as demais salientam as dimensões biomédicas e patologizantes, como mencionado no capítulo 1.

A participante P16 ilustra essa questão:

Apesar de o currículo médico ser muito grande em carga horária, a gente também sabe que também são muitos assuntos. Então, é muito importante que isso seja meio transversal em outras disciplinas. Então, quando isso fica muito só localizado em uma disciplina, isso vira um conceito a ser abordado e avaliado em uma disciplina só, eu acho que compromete o aprendizado. E pensando que as diretrizes curriculares nacionais que são os documentos norteadores, explicitam a importância disso. Mas então, eu acho que é muito relevante, mas é muito desafiador. Como que a gente traduz isso dentro do currículo de uma forma mais transversal e sensibilizando professores que têm diferentes formações? (P16, Medicina Preventiva).

A participante P11 traz uma outra perspectiva:

Mas eu acho que o problema não está na especialidade. O problema está na disposição e no conhecimento dos professores, tá? Claro que a disciplina pode ser mais difícil, por exemplo, essa disciplina que eu faço de estatística eu não vejo muito, com muito índice esses assuntos (P11, Pediatria).

Segundo a participante, não é uma questão de especialidades, mas se relaciona com a disposição dos professores em buscar conhecimento a respeito de questões que estão presentes na sociedade. Sendo assim, é importante cruzar as barreiras da própria área para dar conta de poder conhecer a realidade e os contextos sociais.

Santos et al. (2015, p. 379) discorrem que, muitas vezes, os profissionais da área da saúde, em especial os médicos, tiveram como cenários de prática em seus cursos de graduação ambientes hospitalares e clínicas, em que predominava um modelo de atenção individualizado, especializado, que fragmenta o indivíduo em sistemas. Sendo assim, faz sentido que no exercício da prática médica os profissionais propaguem esse tipo de perspectiva em que não há espaço para a integralidade.

Os autores ressaltam que para garantir a integralidade são necessárias ações interdisciplinares, que é a troca de saberes entre duas ou mais disciplinas. Assim, permite-se uma visão mais abrangente do ser humano através da ação recíproca e mútua de diversos campos (Santos et al., 2015).

Em relação a dificuldade de denominações, será que esta se limita aos professores? Segundo a participante P12, essa confusão não estaria somente no corpo docente, mas também no corpo discente:

Então, por isso que eu falo, os nossos alunos, eles também são assim muitos, muito estereotipados, e eu acho que a gente tem que quebrar esses modelos deles. Inclusive para eles serem mais felizes, na opção que eles quiserem, né? E para eles estarem bem, para poder cuidar dos outros bem, que o nosso foco é a saúde, nosso foco é o bem-estar, nosso foco é dar conforto, nosso foco é dar empatia, e então eles tem que aprender isso para poder exercer a própria profissão que eles escolheram, né? Então, a gente tem que quebrar esses modelos, mas eu acho difícil. Eu acho que ainda é difícil, não é uma coisa que é fácil. Eu acho que é difícil para minha geração, mas eu sinto que para os novos também é difícil (P12, Pediatria).

O participante P15 observa que muitos estudantes carregam em si uma forte questão relativa à construção do “ser médico”, que está ligada à uma grande valorização da dimensão técnica:

Nas atividades curriculares de gênero você consegue despertar o interesse de um grupo um pouquinho maior do que aquele só da militância, de ativismo político, que são pessoas que por alguma razão, seja por formação familiar ou por até o colégio que tiveram no ensino médio e fundamental, vêm com uma abertura humanística maior, assim, se interessam pelos temas humanistas, então você expande um pouquinho mais isso. Mas a maior parte deles vem muito centrada na questão do ser médico, e para ser médico eu tenho que saber anatomia, fisiologia, bioquímica... E aí essas questões parecem para eles questões que podem até ser relevantes, mas que não é para eles (P15, Medicina Preventiva).

O participante P15 destaca como pode ser desafiador abordar questões ligadas a gênero e sexualidade e suscitar interesse dos alunos, visto que, a seu juízo, não são todos que teriam uma abertura para a dimensão humanística da prática médica. O professor menciona que, no geral, os alunos que se interessam por essas temáticas vêm de algum coletivo ou atuam em algum tipo de ativismo político. No próximo item será abordada a questão da demanda discente sobre essas temáticas.

Raimondi, Paulino e Zaidhaft (2017) discorrem sobre os desafios de trazer esses debates para os cursos de graduação em Medicina. A partir de ações educacionais realizadas num curso de graduação em Medicina em 2016, os autores relatam a dificuldade de inserção de uma disciplina que abordasse gênero e sexualidade. Observam ter havido falta de interesse dos alunos. Uma questão que dificulta a percepção dos professores em relação à demanda dos alunos mencionada pelos participantes é o número de alunos em sala. As turmas possuem cerca de 90 alunos e, portanto, se torna difícil lidar com as demandas de todos, ou mesmo ter um contato mais próximo, como relata o participante P3:

Quando você está numa classe de 90 alunos, a gente não lida, a gente não sente tanto essa individualidade, infelizmente (P3, Endocrinologia).

No próximo item serão abordadas sugestões dos participantes em relação à abordagem dessas temáticas em sala de aula, além de alternativas para lidar com questões interdisciplinares mencionadas nas entrevistas.

7.2 Sugestões dos docentes

Alguns dos participantes mencionaram que gênero e sexualidade deveriam aparecer de maneira mais explícita. Ou seja, não como um pano de fundo das discussões ou “nas entrelinhas da ementa”, como cita o participante P11:

Eu acho que há necessidade sim de tratar essas temáticas de forma mais aberta. Não sei como. Mas teria que, não sei, fazer cursos específicos sobre isso. Deixar claro, não deixar entrelinhas na ementa da disciplina. Deixar entrelinhas que se vai falar sobre isso, e ninguém saber se vai falar ou se não vai falar, e como se vai falar. Eu acho que tem que ser explicitado mais como vai ser dado aos estudantes, e os professores também precisam de uma ajuda nisso (P11, Pediatria).

No entanto, segundo os participantes, um dos desafios para incorporação das temáticas de maneira mais explícita na matriz curricular parece tocar na questão da carga horária. Há estudos que abordam a sobrecarga dos alunos de Medicina e como é um dos principais fatores para o cansaço durante as aulas. O curso possui uma carga horária extensa e, por isso, muitos alunos consideram que não conseguem se dedicar de maneira satisfatória a todas as disciplinas (Monteiro et al., 2019). Essa questão pode ser observada na fala de P14:

Há um problema mesmo de carga horária, né? É importante que o médico tenha essa formação, é importante. Isso tem que ser abordado em algum momento e talvez, talvez não, eu acredito que sim, cada disciplina tem a sua especificidade, certo? Dentro dessa especificidade essa questão que olhar de gênero deveria ser abordado dentro de cada especificidade de cada disciplina (P14, Medicina Legal).

Segundo P14, gênero e sexualidade deveriam ser temáticas abordadas sob o ponto de vista de todas as especialidades, porém, lidam com a questão da extensa carga horária do curso. Ademais, para que ocorra um diálogo entre as especialidades, é necessário que haja mais articulação entre os departamentos, responsáveis no curso por áreas do conhecimento específicas.

O participante P8 observa que o avanço na articulação de disciplinas interdepartamentais era uma das mudanças esperadas na reforma curricular. Além disso, o participante ressalta que atividades entre departamentos não são contabilizadas como créditos para os professores, o que desmotiva a realização desse tipo de projeto:

Eu acho que a reforma curricular precisa avançar um pouco nessas disciplinas interdepartamentais. Por exemplo, eu não ganho nem reconhecimento, nem crédito, participando de uma disciplina que não é do meu departamento. Eu só ganho dor de cabeça. Então, eu vou, insisto, mas grande parte dos professores fala: “Vou ficar na minha zona de conforto”. Por isso a coisa não aparece, né? (P8, Ginecologia)

Entre as atribuições docentes, algumas atividades são mais valorizadas que outras. Como comenta o entrevistado, trabalhar para ampliar e aprofundar atividades na graduação interdepartamentais recebe pouco crédito. Ele também destaca a falta de valorização das atividades de graduação entre aquelas desempenhadas pelos docentes, na medida em que projetos, discussões e atividades em sala de aula não são contabilizados. O peso da produção científica na avaliação docente desestimula a dedicação na formação, como expresso por P8:

Você não tem muitos parâmetros para valorizar a carreira dos docentes hoje em dia na universidade porque a métrica se um docente é adequado, ou não pra (...), são as publicações, e não é o que ele faz em sala de aula (P8, Ginecologia).

Outra dificuldade apontada pelos participantes é relativa à percepção das demandas discentes por conta do grande número de alunos em sala de aula. Com muitos alunos, ficaria difícil promover dinâmicas e abordagens mais problematizadoras dos temas tratados entre os estudantes:

Tanto que eu acho que o melhor momento para lidar com isso, é quando você discute casos clínicos, e pacientes em pequenos grupos. Em dinâmica de grupo pequeno (P3, Endocrinologia).

O professor ressalta que o melhor momento para trabalhar temáticas como gênero e sexualidade, seria através da discussão de casos clínicos com pequenos grupos. Isso facilitaria a troca entre aluno e professor e contribuiria para uma metodologia de caráter mais horizontal.

Apesar dos obstáculos e desafios destacados pelos participantes, há também uma sugestão quanto a implementação das temáticas de gênero e sexualidade no

currículo através do uso de metodologias ativas. O participante ressalta que são temas que surgem não necessariamente em aulas expositivas, mas quando há discussões horizontais. Nas palavras do participante:

Então, o novo currículo está trazendo novas metodologias de ensino, de uma forma não tão clara, mas sim, está acontecendo. E nessas modalidades de ensino, sai essas questões de sexualidade, de gênero, mas é pontualmente. Estou trazendo que não tem uma aula sobre isso, nos meus cursos. Isso não tenho. Mas o tema vem, o tema aparece porque na hora que você deixa a coisa mais horizontal, e que com metodologia ativa, a coisa aparece, né? Nos exemplos que eu dei, acho que fica muito claro. Então, não tem de uma forma formal, mas acaba acontecendo. E aí eu estou falando contigo e fico pensando: por que não tem? Porque é multidisciplinar. Não dá para alguém falar sobre isso do seu ponto de vista sozinho. Estaria muito falho. E aí vem a dificuldade de fazer um trabalho multidisciplinar. Profissionalmente falando, é difícil em termos de disciplina. De ensino também é difícil porque aí são vários pontos de vistas, várias agendas, e a coisa fica mais complicada, né? (P8, Ginecologia).

Segundo Carabetta Júnior (2016), o estudo da ciência, incluindo as ciências da saúde, é especializado, o que inviabiliza uma visão integrada dos fenômenos. O modelo científico, simplificador e racionalista é formado pelo estudo das partes a fim de entender o todo. No que diz respeito ao campo médico, o estudo das partes do corpo humano levou a uma especialização dos profissionais da área médica. O que dificulta o diálogo entre especialidades buscando uma visão integral do ser humano, como destaca o participante P8, ao ressaltar os obstáculos de fazer trabalhos disciplinares pelos diversos pontos de vista.

A maioria das escolas médicas possui uma estrutura curricular atrelada ao "modelo flexneriano caracterizado pela divisão em disciplinas básicas e clínicas, destacando-se a importância das especializações e dos departamentos e enfatizando-se os aspectos puramente biológicos" (Carabetta Júnior, 2016, p. 114). Surgem, então, discussões que visam questionar o ensino médico a fim de problematizar o currículo tradicional, fechado, conteudista e com poucas discussões entre especialidades.

É importante destacar que as Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em Medicina fazem menção ao papel do professor como mediador do processo de aprendizagem do aluno. Para isso, é importante que haja participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração dos conteúdos com o objetivo de promover a interdisciplinaridade:

De acordo com a resolução nº 03 de 20/06/2014 do Ministério da Educação que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em Medicina, no capítulo III: Dos Conteúdos Curriculares e do Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina, o artigo 26 estabelece que o curso deverá ser centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo, com vistas à formação integral e adequada do estudante. Para isso, no art. 29, item II e IV, orienta que o curso deve utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão, bem como promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular (Brasil como citado por Carabeta Júnior, 2016).

A integralidade e a interdisciplinaridade¹⁵ caminham juntas. A primeira nega a fragmentação frente aos problemas de saúde, em que cada profissional se responsabiliza por uma parte do indivíduo. Porém, para que a integralidade seja efetiva é preciso que hajam ações interdisciplinares, que se definem pela troca de saberes entre uma ou mais disciplinas (Santos et al., 2015).

A interdisciplinaridade é necessária não somente para a formação em saúde, mas para a prática profissional, considerando que contribui para que os profissionais respeitem as demais disciplinas e atuações e para que se coloquem no lugar um do outro. Além disso, contribui para

Aceitar sugestões; respeitar as limitações dos demais profissionais; respeitar as competências do outro; comprometer-se com o SUS; ouvir a opinião do outro; pensar

¹⁵ A interdisciplinaridade diz respeito a troca de conhecimento entre duas ou mais disciplinas (Santos et al., 2015).

criticamente; ser humilde; estar pronto para aprender e mudar, se necessário; respeitar as diferenças; trabalhar com ética e atuar com liderança pactuada e democrática (Santos et al., 2015, p. 379).

É importante que a interdisciplinaridade seja construída na rotina do estudante e que seja trabalhada de modo constante no seu cotidiano e não apenas em atividades esporádicas. Isso porque é importante que os alunos sejam capazes de diferenciar uma atuação multiprofissional — na qual vários profissionais olham o paciente de modo fragmentado, de acordo com sua especialidade — de ações interdisciplinares, que são marcadas pela troca de saberes entre especialidades, buscando uma visão integral do indivíduo (Santos et al., 2015).

Em relação à questão da participação ativa do aluno, destacada pela DCN, o papel do professor é salientado como mediador do processo de construção do conhecimento dos alunos e não apenas transmissor de informações. As metodologias ativas são alternativas que se contrapõem à reprodução de conhecimentos já elaborados e da inércia no exercício da crítica epistemológica. A criatividade e a crítica são posturas essenciais na produção de conhecimento da universidade e precisam ser tão trabalhadas quanto a técnica e o rigor científico (Carabetta Júnior, 2016).

As metodologias ativas trazem um enfoque problematizador como estratégia didática para a integração de saberes teóricos e práticos a fim de proporcionar a construção de uma atitude crítica e reflexiva. Estratégias de ensino como essa não são novidade, pois, desde o final do século XIX, já haviam teorias de pesquisadores nas quais o foco da aprendizagem deveria ser no estudante e não no professor. Segundo os autores:

Essa ideia reporta ao estudante o seu comprometimento com a aprendizagem tornando-o o centro do processo de ensino e aprendizagem. São estratégias de ensino centradas na participação efetiva dos estudantes na construção do processo de aprendizagem, de forma flexível e interligada, cuja responsabilidade sobre a aprendizagem é do estudante, em uma situação e postura mais participativa e crítica. Assim, a figura do professor passa a ter a função mediadora, na qual, ele orienta as ações e faz a “ponte” entre ação e conhecimento, que permitem que os estudantes assumam posturas ativas em relação ao seu processo de ensino e aprendizagem, revelando

suas experiências e vivências prévias, para que se tornem mais habilitados a lidar com diversos problemas e contextos sociais (Cunha, 2022).

Como exemplo de metodologias ativas há a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) ou também chamada em inglês Problem Based Learning (PBL), que surge na área de educação médica. Foi proposta pela primeira vez como abordagem curricular para os cursos de Medicina da Universidade McMaster, em 1969, no Canadá. Nesse método, são propostos problemas reais ou simulados a pequenos grupos colaborativos, que devem articular soluções para o problema de maneira conjunta. Atualmente, o método ABP é utilizado em diversos países, inclusive no Brasil, e tem o objetivo de desenvolver habilidades voltando o foco para o ensino prático. O PBL possui larga fundamentação teórica e surge, inclusive, antes do termo "metodologia ativa" (Cunha, 2022).

Outro exemplo, também bastante utilizado em cursos de Medicina, é o Estudo de Caso, que foi desenvolvido em 1880, por Christopher Langdell, professor da Escola de Direito na Universidade de Harvard. Nesse método, os professores apresentam casos de pacientes hospitalizados, por exemplo, de modo a propiciar a reflexão dos estudantes e a análise de situações reais. O Ensino Híbrido também tem sido recorrentemente utilizado em universidades, inclusive em cursos médicos. Trata-se de uma abordagem pedagógica que combina atividades presenciais e atividades online que são realizadas através do uso de tecnologias digitais de informação e comunicação, e que podem ocorrer fora do contexto presencial. A sala de aula costuma ser voltada para atividades práticas e discussões de casos (Cunha, 2022).

Segundo Ribeiro et al. (2020), as metodologias ativas de ensino são inovadoras e contribuem para a formação de profissionais com habilidades crítico-reflexivas, pois colocam o aluno no papel de construtor do próprio conhecimento. Nas palavras das autoras:

Por ser um método que prioriza que o estudante esteja inserido na realidade desde o início da sua formação acadêmica, espera-se que haja maior facilidade dos alunos em iniciar a vida profissional, devido à autonomia desenvolvida durante o curso. As metodologias ativas de ensino contribuem também para o desenvolvimento de habilidades de pesquisa, devido às exigências do método

ao colocar o aluno como sujeito ativo na busca pela informação. A associação da teoria com a prática no decorrer da graduação contribui para o desenvolvimento tanto de raciocínio clínico quanto da relação médico-paciente (Ribeiro et al., 2020, p. 15).

O participante P8 chama a atenção, também, para a questão da formação dos professores:

Então, eu acho que isso deveria existir dentro do currículo. Não só do currículo do aluno, mas do currículo do professor. O professor deveria ser treinado para isso também (P8, Ginecologia).

Carabetta Júnior (2016) levanta a discussão sobre a formação do professor e do ensino docente no ensino superior dos cursos de graduação não ser voltado para o processo de ensino-aprendizagem, mas somente para área de atuação específica. Conseqüentemente, impacta na competência pedagógica dos professores e na inserção de temáticas transversais e interdisciplinares. Sendo assim, é preciso que os professores estejam em constante formação no que diz respeito a recursos didáticos, metodologias ativas e as necessidades da comunidade.

Ademais, como mencionado no capítulo anterior, a maioria dos participantes relata não ter tido formação sobre as temáticas de gênero e sexualidade na sua graduação. No entanto, com a demanda discente, alguns participantes afirmam ter se mobilizado por ir em busca de conhecimento sobre as temáticas através de literatura, pesquisas e cursos. Ou seja, há desafios para abordar essas temáticas em sala de aula, tanto na questão da formação dos professores em relação aos temas gênero e sexualidade quanto na abertura para o uso da interdisciplinaridade e de metodologias ativas de ensino.

O participante P15 ressalta que a reforma curricular teria que ter expandido as questões sociais e políticas para as outras áreas do campo médico, trabalhadas de maneira transversal ao longo do currículo:

Ela teria que ter primeiro isso, quer dizer, primeiro que a gente tivesse esses aspectos humanísticos que envolve as questões sociais, as questões políticas, as questões estruturais no campo

da saúde, que elas fossem mais transversais ao longo do currículo, e que elas efetivamente fossem mais, aderissem mais a essa proposta que tá na letra da reforma, mas que não aconteceu de verdade em todas as áreas, na nossa a gente fez isso, mas não foi em todas, que é de diminuir a quantidade de tempo em aula expositiva e aumentar mais as situações de prática e discussão e de tempo livre para aprendizagem ativa, para busca ativa de conhecimento (P15, Medicina Preventiva).

A inserção do método de aprendizagem ativa é um aspecto considerado positivo da reforma curricular, pelo fato dos alunos terem mais tempo para atividades práticas e discussões. Também se destaca a importância dos aspectos sociais serem trabalhados no curso como um todo de maneira transversal.

Segundo Gallian (2000), a supervalorização das ciências biológicas, a superespecialização e os meios tecnológicos, que acompanharam o desenvolvimento da Medicina nestas últimas décadas, trouxe como consequência mais visível, a “desumanização” do médico. No entanto, o autor ressalta que a desumanização deve ser vista não somente do ponto de vista ético (relação entre médico-paciente), mas também, do ponto de vista epistemológico.

Nesse sentido, a ausência de um currículo articulado com as ciências humanas (história, filosofia, literatura e psicologia) traz limitações no que diz respeito à compreensão dos processos de saúde-doença. Ainda que hajam técnicas de diagnóstico e prognóstico clínico desenvolvidas, os médicos enfrentarão problemas que não serão respondidos pelo conhecimento científico-tecnológico (Gallian, 2000). O participante P8 ressalta a importância desse aspecto a partir da presença da Psicologia no currículo médico:

Deveria entrar Psicologia no currículo médico. Agora como que é complicado na (...), que o Instituto é totalmente longe do outro, você não conhece as pessoas, né? E é muito difícil você juntar departamentos para você fazer um curso, é complicado. Você juntar institutos é mais difícil ainda, né? (P8, Ginecologia).

O participante menciona as dificuldades de inserir atividades interdepartamentais pela distância entre departamentos, e se refere, especificamente,

ao campo da Psicologia. A inserção de saberes que extrapolam o campo técnico podem trazer maior profundidade do campo biológico-médico contando com contribuições do campo das Ciências Humanas, como a Psicologia, por exemplo.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme mencionado, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina instituídas pelo MEC (Ministério da Educação), em 2014, consideram que gênero e orientação sexual são dimensões que compõem o espectro da diversidade humana, e que é necessário serem levadas em consideração para um exercício profissional ético. Portanto, são questões relevantes para a prática no efetivo cuidado em saúde.

Não obstante, de que maneira estas são trazidas no decorrer do curso? Alguns participantes abordaram, de maneira geral, as questões como de domínio estritamente anatomofisiológico, dando pouca relevância à sua dimensão psicossocial e cultural. Outros reconhecem a importância dos aspectos sociais, mas observam que nas disciplinas lecionadas isso não está presente. Mencionam que gênero e sexualidade são abordados em unidades curriculares em que as discussões tratam essas temáticas do ponto de vista patológico, como psiquiatria e moléstias infecciosas.

A partir dos relatos, pode-se observar que não há uma disciplina formal dentro da grade curricular que aborde gênero e sexualidade. No entanto, alguns professores mencionam iniciativas, tais quais, trazer essas discussões em alguns debates em sala ou através de mesas temáticas dentro das unidades curriculares. Há disciplinas optativas que abordam essas questões tanto do ponto de vista sociocultural como do biomédico.

É importante destacar que a presença de pessoas trans no corpo discente levanta questões sobre a forma como a Medicina enxerga os corpos trans e aborda a diversidade. Parte dos participantes se mostraram confusos e com dificuldade de diferenciar identidade de gênero e orientação sexual. Isso se expressa através da pergunta feita "o que é gênero?" e "o que é sexualidade?". As respostas traziam consigo um tom de confusão ou constrangimento por não saberem exatamente qual a diferença.

Destaca-se, também, a pouca interação entre departamentos e especialidades. Consequentemente, os docentes mencionam desconhecer sobre o modo como as temáticas aparecem em disciplinas que não são de responsabilidade de seus departamentos. Ainda que considerem que a sua especialidade não se relaciona com essas questões, também não sabem dizer onde são trabalhadas ou mencionadas. A superespecialização dos profissionais de Medicina tem como consequência a pouca integração entre áreas, o que pode dificultar a visão do ser humano como um todo (Wickbold e Silveira, 2018).

A reforma curricular foi um dos temas questionados na entrevista e o impacto desta em relação às questões de gênero e sexualidade. A maioria dos entrevistados respondeu que apesar de terem conhecimento sobre a reforma curricular ocorrida no curso, desconhecem de que maneira essas questões foram inseridas. Um dos objetivos mais comentados foi a proposta de maior integração entre unidades curriculares e especialidades. Os participantes afirmam que não foram atingidas as expectativas quanto à troca entre departamentos; ou seja, ainda há pouca interação entre as disciplinas.

Ainda que as DCN orientem sobre a capacitação profissional dos estudantes de Medicina não ser fracionada ou concentrada em algumas especialidades, os participantes descrevem o curso como "estanque" e "tradicional". Ou seja, possui uma estrutura que se mantém ao longo dos anos e é muito resistente à mudanças. É importante destacar que as DCN estão de acordo com os valores do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, os alunos devem se formar capacitados para atuar em todos os níveis do sistema e serviços da comunidade, que saibam atuar em equipe multiprofissional e que se atentem às reais demandas da comunidade (Garcia e Silva, 2011).

Surgiu, também, uma discussão sobre o perfil do ingressante em Medicina e qual sua relação com o curso, além da questão da diversidade dos estudantes. Os ingressantes costumam vir de classes sociais privilegiadas e são descritos pelos participantes como "estudante de elite". Sendo assim, podem expressar preconceitos de classe embutidos. A política de cotas é compreendida como uma alternativa para ampliar esse perfil de ingressantes buscando a diversidade de alunos (Machin et al., 2022).

Uma dos pontos de maior destaque entre os participantes foi a questão geracional. Quando perguntados se haviam tido algum tipo de formação em gênero e sexualidade, os participantes disseram que não. Todos ressaltaram como o contexto social no qual se formaram era muito diferente da formação atual em Medicina. Um exemplo é como o termo "gênero" ou "identidade de gênero" ainda não era utilizado. A questão da sexualidade foi marcada pela epidemia de HIV/AIDS, que levantou discussões importantes sobre preconceito e populações estigmatizadas e o papel da saúde pública do Brasil diante dessas questões.

Ainda sobre a questão geracional, os professores destacam um aumento de demanda discente em relação às temáticas de gênero e sexualidade, e como o perfil dos alunos tem passado por mudanças graduais, como a questão da feminização do curso de Medicina.

A questão da pouca interação entre departamentos aparece como obstáculo para se abordar as temáticas em sala de aula, visto que os participantes as descrevem como "transversais" e reconhecem os diferentes pontos de vista que existem sobre essas questões. Outros obstáculos e dificuldades foram mencionadas, como: carga horária extensa do curso, valorização da perspectiva técnica e biológica dos discentes e docentes, classes com muitos alunos e pouco espaço para discussões mais aprofundadas.

Algumas sugestões foram trazidas de maneira a contornar esses obstáculos e promover mais protagonismo para as temáticas de gênero e sexualidade. A metodologia ativa foi trazida pelos participantes P15 e P18, que destacam a importância dos alunos terem um papel ativo no conhecimento e os professores serem mediadores no processo de aprendizagem. Nesse sentido, as aulas práticas possuem grande destaque e são essenciais para que os alunos aprendam sobre os processos de saúde-doença diretamente com a comunidade.

O presente estudo foi realizado dentro do contexto pandêmico, assim, por consequência, levou-se em conta o distanciamento social e a readaptação das instituições de ensino para esse cenário. A pesquisadora reconhece a importância de levar em consideração como essas temáticas emergem em contextos não formais da grade curricular, como discussões em sala, "conversas de corredor" ou comentários feitos pelos docentes.

Os debates sobre ensino médico e temáticas como gênero e sexualidade estão cada vez mais presentes dentro das discussões no campo da saúde, inclusive dentro da saúde coletiva. A pesquisa não tem a pretensão de esgotar as discussões, mas de apontar perguntas e inquietações no que diz respeito ao estudo do currículo médico e seus atravessamentos. A pesquisadora sempre considerou que não seria fácil escolher uma metodologia que envolvesse lidar diretamente com o corpo docente, porém, sabia que poderiam surgir debates de extrema relevância. Isso se mostrou, principalmente, na receptividade dos entrevistados e na reafirmação da importância de se levantar essas discussões pelos docentes.

De fato, "o mundo está mudando", porém, a perspectiva de ser "rápido" ou não, diz muito sobre quem enuncia e o seu lugar social. Ouvir a perspectiva docente trouxe de maneira aprofundada a importância de se entender a dimensão histórica a respeito de como as questões de gênero e sexualidade foram se modificando ao longo do tempo, inclusive dentro do campo médico. Enquanto alguns professores destacaram que não existia "gênero" durante a sua formação, outros trazem a urgência de se questionar a binariedade dentro do currículo médico. Fica visível como essas mudanças conflitam com o fato do ensino médico ser marcado pelo tradicionalismo e enfoque técnico, e levantam questões como: que tipo de profissionais médicos estamos formando? Esses profissionais estão capacitados para lidar com a diversidade de corpos e formas de existir? Como elaborar estratégias pedagógicas para trazer as temáticas de gênero e sexualidade no currículo médico?

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ambra PES. *Gênero, sexualidade e política: para uma crítica psicanalítica da identidade*. Leitura Flutuante. 2015;1(7):10-29.

Azerêdo S. *Encenação de gênero nas teorizações em psicologia*. Revista Estudos Feministas. 2010;8(1):175-88.

Bayer CR, Eckstrand KL, Knudson G, Koehler J, Leibowitz S, Tsai P, Feldman JL. *Sexual Health Competencies for Undergraduate Medical Education in North America*. J Sex Med. 2017;14(4):535-40.

Bento B. *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond Ltda. 2006; 254p.

Bertaux D. *El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades*. Propositiones. 1999;29:1-22.

Bleger J. *Temas da Psicologia: entrevistas e grupos*/José Bleger: tradução de Rita Maria Moraes: revisão de Luis Lorenzo Rivera. São Paulo: Martins Fontes; 1980.

Borillo D. *L'homophobie*. Paris: Presses Universitaires de France; 2000.

Branco RM. *Michel Foucault e a medicina: sobre o nascimento da clínica moderna*. São Paulo: Pontificia Universidade Católica de São Paulo; 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. *O que é HIV*. 2021. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>.

Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. *AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada*. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2000; 34(2):207-17.

Bueno RCP, Ribeiro PRM. *História da educação sexual no Brasil*. Revista Brasileira de Sexualidade Humana. 2018; 29(1):49-56.

Butler, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003. 288p.

Cabral M, Benzur G. *Cuando digo intersex: un diálogo introductorio a la intersexualidad*. Cadernos Pagu. 2005;(24)283-304.

Campos GWS, Chakour M, Santos RC. *Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS)*. Caderno de Saúde Pública. 1997;13(1):141-4.

Canesqui AM. *Ciências sociais e saúde no ensino médico*. São Paulo: Hucitec; 2000. 283p.

Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2002. 308p.

Capucce VS, Medeiros JGC, Silva ACR, Silva ÍDG, Andrade RAO, Santos MB, Júnior AGB. *Desafios da permanência de estudantes LGBTQ+ na universidade: percepção de discentes de centro universitário amazônico*. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2021; 13(4):e7109.

Carabetta Júnior V. *Metodologia ativa na educação médica*. Revista Médica. 2016;95(3):113-121.

Casete J, Corrêa A. *A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação*. Revista escolar de enfermagem da USP. 2012;46(1): 219-26.

Cerqueira A, Lima M. *Crenças sobre sexualidade entre estudantes de Medicina: uma comparação entre gêneros*. Revista Brasileira de Educação Médica. 2008;32(1):49-55.

Cezar VM, Draganov PB. *A História e as Políticas Públicas do HIV no Brasil sob uma Visão Bioética*. Ensaios Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde. 2014;18(3):151-6.

Coleman E. *Sexual Health Education in Medical School: A Comprehensive Curriculum*. *Ama Journal Of Ethics*. 2014; 16(11):903-8.

Conselho Federal de Psicologia. *Transexualidade não é transtorno mental, oficializa OMS*. [citado 27 ago 2021]. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/transexualidade-nao-e-transtorno-mental-oficializa-oms/>.

Couto MT, Machin R, Costa MRM, Rocha ALS, Modesto AA, Germani ACC. *A (in)visibilidade gênero no currículo e na prática de duas especialidades médicas*. Revista Brasileira de Educação Médica. 2021;45(1):e040.

Dodds S, Hess AC. *Adapting research methodology during COVID-19: lessons for transformative service research*. *Journal Of Service Management*. 2020;32(2):203-17.

Donnangelo MCF. *Medicina & Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Hucitec; 2011.

Facchini R. *Entre compassos e descompassos: um olhar para o “campo” e para a “arena” do movimento LGBTQ brasileiro*. Bagoas; 2009.

Facchini R. *Sopa de letrinhas? Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90*. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.

Farah MFS. *Gênero e políticas públicas Gênero e políticas públicas*. Estudos Feministas. 2004;12(1):360.

Fayers T, Crowley T, Jenkins JM, Cahill DJ. *Medical student awareness of sexual health is poor*. International Journal Of Std & Aids. 2003;14(6):386-9.

Ferla AA, Oliveira PTR, Lemos FCS. *Medicina e hospital*. Fractal: Revista de Psicologia. 2011;23(3): 487-500.

Figueiró MND. *Educação Sexual: retomando uma proposta, um desafio*. Londrina: Eduel; 2020.

Flick U. *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Bookman; 2004.

Foucault M. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal; 1980.

Foucault M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1977.

Gallian DMC. *A Re(humanização da Medicina*. *Psychiatry online Brasil*. 2000;5(5).

Garcia MAA, Silva ALB. *Um perfil do docente de medicina e sua participação na reestruturação curricular*. Revista Brasileira de Educação Médica. 2011;35(1):58-68.

Gomes R. *Agendas de saúde voltadas para gays e lésbicas*. Ciência & Saúde Coletiva. 2022;27(10):3807-14.

Grossi M. *Identidade de gênero e sexualidade*. Revista Antropologia em Primeira Mão. 1998;1-14.

Guedes CR, Nogueira MI, Camargo JKR. *A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico*. Ciência & Saúde Coletiva. 2006; 4(11):1093-103.

Haraway D. *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinvencción de la naturaleza*. Manuel Talens. Valencia: Madrid: Ediciones Catedra, 1995.

Jesus J. *Operadores do direito no atendimento às pessoas trans*. Revista Direito & Práxis. 2016; 7(15):537-56.

Koifman L. *A teoria de currículo e a discussão do currículo médico*. Revista Brasileira de Educação Médica. 1998; 22(2-3):37-47.

Koifman L. *O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico na Universidade Federal Fluminense*. Histórias, Ciências, Saúde. 2001;III(1):49-70.

Laqueur T. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2001. 316p.

Leite AFS, Oliveira TRM. *Sobre educar médicas e médicos: marcas de gênero em um currículo de medicina*. Revista Estudos Feministas. 2015;23(3):779-801.

Louro GL. *Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas*. Pro-Posições. 2008; 19(2).

Louro GL. *Gênero, sexualidade e educação: das afinidades políticas às tensões teórico- metodológicas*. Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2007;(46):201-18.

Louro GL. *Um corpo estranho: ensaios sobre a sexualidade e a teoria Queer*. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2004.

Loyola MA. *Sexualidade e medicina: a revolução do século XX*. Cad. Saúde Pública. 2003;19(4):875-99.

Machado PS. *(Des)fazer corpo, (re)fazer teoria: um balanço da produção acadêmica nas ciências humanas e sociais sobre intersexualidade e sua articulação com a produção latino-americana*. Cadernos Pagu. 2014;(42):141-58.

Machin R, Paulino DB, Pontes JC, Rodrigues, RRN. *Diversidade e diferença: desafios para a formação dos profissionais de saúde*. Ciência & Saúde Coletiva. 2022;27(10): 3797-806.

Maciel Júnior PA. *Tornar-se homem: O projeto masculino na perspectiva de gênero*. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2006.

Marinho PAS. *Vivências no público e no privado: atuação e reivindicação de mulheres militantes no campo dos direitos sexuais, direitos reprodutivos e saúde no Brasil a partir de histórias de vida*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2020.

Marques MCC. *Saúde e poder: a emergência política da aids/hiv no Brasil*. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. 2002;(9):41-65.

Martins HHTS. *Metodologia qualitativa de pesquisa*. Educação e Pesquisa. 2004; 30(2):289-300.

Massote AW, Belisário SA, Gontijo ED. *Atenção Primária como cenário de prática na percepção de estudantes de medicina*. Revista Brasileira de Educação Médica. 2011;4(35):445-53.

Mayfield J, et al. *Beyond Men, Women, or Both: A Comprehensive, LGBTQ- Inclusive, Implicit-Bias-Aware, Standardized-Patient-Based Sexual History Taking Curriculum*. MedEdPortal Publications. 2017;13.

Mendonça PME, Alves MA, Campos LC. *Empreendedorismo institucional na emergência do campo de políticas públicas em HIV/aids no Brasil*. RAE Eletrônica. 2010;9(1).

Mercado LP. *Pesquisa qualitativa online utilizando a etnografia virtual*. Revista Teias. 2012;13(30):15.

Micheal S, Marjadi B. *Blended learning to teach gender in medical school*. *The Clinical Teacher*. 2018;15(3):208-13.

Minayo MCS. *Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias*. Revista Pesquisa Qualitativa. 2017;5(7): 01-12.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ed. São Paulo: Hucitec;2014.

Miskolci R. *Estranhando as ciências sociais: notas introdutórias sobre Teoria Queer*. Revista Florestan. 2014;1:8-25.

Miskolci R, Signorelli MC, Canavese D, Teixeira FB, Polidoro M, Moretti-pires RO, Souza MHT, Pereira PPG. *Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos*. Ciência & Saúde Coletiva. 2022;27(10):3815-24.

Monteiro PC, Oliveira CLB, Marques NA, Rego RM, Lins NAA, Caldas, CAM. *A sobrecarga do curso de Medicina e como os alunos lidam com ela*. Brazilian Journal Of Health Review. 2019;2(4):2998-3010.

Muylaert CJ, et al. *Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa*. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2014;48(2):184-189.

Nascimento MC, Barros NF, Nogueira MI, Luz MT. *A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde*. Ciência & Saúde Coletiva. 2013;18(12): 3595-604.

Nicholson, L. *Interpretando o gênero*. Cornell University Press, 2000:53-76.

Nogueira RP. *Do físico ao médico moderno*. São Paulo: Unesp; 2007.

Pagliosa FL, Ros MA. *O relatório Flexner: para o bem e para o mal*. Revista Brasileira de Educação Médica. 2008;32(4):492-9.

Paiva V. *Psicologia na saúde: sociopsicológica ou psicossocial?* In: Silva Junior N, Zangari W. (Organizadores). *A Psicologia Social e a questão do hífen*. São Paulo: Edgard Blücher Ltda, 2017.

Parameshwaran V, et al. *Is the Lack of Specific Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Queer/Questioning (LGBTQ) Health Care Education in Medical School a Cause*

for Concern? Evidence From a Survey of Knowledge and Practice Among UK Medical Students. *Journal Of Homosexuality*. 2016; 64(3):367-81.

Paulino D, Rasera E, Teixeira F. *Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família*. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2019;23:1-15.

Pedrosa C, Spink M. *A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica*. *Saúde Soc*. 2001; 20(1):124-135.

Pereira LHM, Moreira SNT. *Adoecimento psíquico, assimetrias de gênero na Medicina e necessidade de intervenção: uma revisão de literatura*. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2022;26:1-15.

Pereira MEC. *Krafft-Ebing, a Psychopathia Sexualis e a criação da noção médica de sadismo*. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2009;12(2):379-86.

Petry A, Meyer D. *Transexualidade e heteronormatividade: algumas questões para a pesquisa*. *Textos & Contextos*. 2011;10(1):193-8.

Pocahy F, Nardi H. *Saindo do armário e entrando em cena: juventudes, sexualidades e cena: juventudes, sexualidades e vulnerabilidade social*. *Revista Estudos Feministas*. 2007;15(1): 45-66.

Porter R, Vigarello G. *Corpo, Saúde e Doenças*. In: Vigarello G. *História do corpo*. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2008.

Queiroz MIP. *Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”*. *Ciência e Cultura*. 1987;39(3):272-286.

Raimondi G, Paulino D, Zaidhaft S. *Corpos que (não) importam na prática médica - gênero e sexualidade no currículo médico*. In: *Seminário Internacional Fazendo Gênero. 11 & 13th Women’s Worlds Congress [Anais Eletrônicos]*. Florianópolis, SC; 2017. ISSN 2179-510X.

Ribeiro D. *Lugar de Fala*. São Paulo: Pólen; 2019.

Ribeiro JT, Albuquerque NMDS, Resende TIM. *Potencialidades e desafios da metodologia ativa na perspectiva dos graduandos de Medicina*. *Revista Docência do Ensino Superior*. 2020;10:1-19.

Ribeiro M. *A ciência nos trópicos: a arte de curar no Brasil no século XVIII*. São Paulo: HUCITEC; 1997.

Ribeiro P, Bedin R. *Algumas reflexões sobre a formação do pensamento sexual brasileiro a partir da historiografia da educação sexual*. In: Teixeira, F. et al. (Orgs.).

Potencialidades e desafios da metodologia ativa na perspectiva dos graduandos de Medicina. *Revista Docência do Ensino Superior*. 2020;10:1-19.

Rios I. *Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica*. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2010;15(1):1725-32.

Ristoff D. *Democratização do Campus: impacto dos programas de inclusão sobre o perfil da graduação*. *Cadernos do GEA*. 2016.

Rohden F. *Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

Rufino A, Madeiro A, Girão M. *O Ensino da Sexualidade nos Cursos Médicos: a Percepção de Estudantes do Piauí*. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2013; 37(2):178-85.

Russo JA. *A terceira onda sexológica: medicina sexual e farmacologização da sexualidade*. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. 2013; (14):172-94.

Sanchez AA, et al. *Inclusion of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Intersex Health in Australian and New Zealand Medical Education*. *Lgbt Health*. 2017;4(4):295-303.

Santos RNLC, Ribeiro KSQS, Anjos UU, Farias DN, Lucena EMF. *Integralidade e Interdisciplinaridade na Formação de Estudantes de Medicina*. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2015;39(3):378-87.

Sarti CA. *O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória*. *Revista Estudos Feministas*. 2004;12(2):35-50.

Scheffer M, et al. *Demografia Médica no Brasil 2020*. São Paulo: FMUSP. CFM; 2020. 312p.

Schraiber LB. *Educação médica e capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista*. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO; 1989. 229p.

Scott J. *Gênero: uma categoria útil de análise histórica*. *Educação & Realidade*. 1995; 20(2):71-99.

Seaborne LA, Prince RJ, Kushner DM. *Sexual Health Education in U.S. Physician Assistant Programs*. *J Sex Med*. 2015;12(5):1158-64.

Shindel AW, et al. *Sexual Health in Undergraduate Medical Education: Existing and Future Needs and Platforms*. *J Sex Med*. 2016;13(7):1013-26.

Shindel AW, Parish SJ. *CME Information: Sexuality Education in North American Medical Schools*. *J Sex Med*. 2013;10(1):3-18.

Silva E. *A escola, a clínica e a sexualidade humana*. Perspectiva. 1998;16(30):115-42.

Silva JTS. *O Enem e o vestibular*. São Paulo: Jornal da USP; 2022. Disponível em: <https://jornal.usp.br/artigos/o-enem-e-o-vestibular/>.

Simião ARM, Simanke RT. *Extrato de estudo em História da Psiquiatria: o fetichismo na psychopathia sexualis de richard von krafft-ebing*. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. 2021;24(1):164-87.

Sousa PKR, Miranda KCL, Franco AC. *Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de hiv/aids*. Revista Brasileira de Enfermagem. 2011; 64(2):381-4.

Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco; 2022.

Sumar N, Fausto MCR. *Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado*. J Manag Prim Health Care. 2014;2(5):202-12.

Taylor O, Rapsey CM, Treharne GJ. *Sexuality and gender identity teaching within preclinical medical training in New Zealand: content, attitudes and barriers*. N Z Med J. 2018;1477(131):35-44.

Walker K, Arbour M, Waryold J. *Educational Strategies to Help Students Provide Respectful Sexual and Reproductive Health Care for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Persons*. Journal Of Midwifery & Women's Health. 2016;61(6):737-43.

Warner C, Carlson S, Crichlow R, Ross MW. *Sexual Health Knowledge of U.S. Medical Students: A National Survey*. J Sex Med. 2018;15(8):1093-102.

Watson A, Clark M, Southerton C, Lupton D. *Fieldwork at your fingertips: creative methods for social research under lockdown*. Nature. 2021:1-7.

Weber F. *A entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou por que censurar seu diário de campo?* Horizontes antropológicos. 2009;15(32):157-170.

Werebe MJG. *A implantação da educação sexual no Brasil*. Caderno de Pesquisa. Fundação Carlos Chagas. 1978;(26):21-27.

Wickbold CC, Siqueira V. *Política de cotas, currículo e a construção identitária de alunos de Medicina de uma universidade pública*. Pro-Posições. 2018;29(1):83-105.

White W, et al. *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patient Care: Medical Students' Preparedness and Comfort*. Teaching And Learning In Medicine. 2015; 27(3):254-63.

Zelin NS, et al. *Sexual and gender minority health in medical curricula in new England: a pilot study of medical student comfort, competence and perception of curricula*. Medical Education Online. 2018; 23(1).

10. ANEXOS

Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Para entrevistas com professores do curso de graduação em Medicina

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: "O mundo está mudando rápido demais!": sexualidade e gênero na formação em Medicina

PESQUISADORES :

1) Adriana Stephanie Nascimento dos Santos. Psicóloga (CRP 06/157768). Pós-graduanda (mestrado) em Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). e-mail: adriananascimento@usp.br (pesquisador executante)

2) ~~Profa. Dra.~~ Rosana Machin. Professora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). e-mail: rmachin@usp.br (pesquisadora responsável)

UNIDADE DO HCFMUSP: Faculdade de Medicina / Departamento de Medicina Preventiva

Convidamos você a participar desta pesquisa, intitulada "O mundo está mudando rápido demais!": sexualidade e gênero na formação superior em Medicina. A pesquisa objetiva investigar se gênero e sexualidade são temas presentes na grade curricular do curso e de que maneiras são abordados, identificando nesse contexto as principais lacunas e dificuldades para incorporação dessas temáticas. Solicito autorização para realizar uma entrevista em ambiente virtual com gravação em áudio de sua realização, para que esse material seja utilizado neste estudo. A duração estimada da entrevista é de 30-60 minutos e ela será utilizada para responder às perguntas da pesquisa que visam identificar: como essas temáticas são abordadas nas disciplinas; em quais disciplinas elas estão presentes; de que maneira profissionais de Medicina estudam sobre gênero e sexualidade.

Sua participação neste estudo é voluntária e mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para solicitar, a qualquer momento, a interrupção da entrevista ou retirar seu consentimento.

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como a qualquer momento durante a nossa conversa.

Seu nome será mantido em sigilo e as informações que você fornecer não serão identificadas como suas. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outras entrevistas, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para uso da pesquisa e para a produção de artigos científicos.

Você será mantido atualizado sobre os resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. O estudo apresenta riscos mínimos aos participantes, decorrentes de possíveis desconfortos em abordar algum tema. Não há benefício direto para o participante, mas o estudo possibilitará saber como gênero e sexualidade são tratados na formação de profissionais de saúde e pode contribuir para fomentar mudanças nesse campo.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A pesquisadora Adriana Stephanie Nascimento dos Santos pode ser contatada através do email: adriananascimento@usp.br ou pelo celular (11) 9 9609-2251; ; a pesquisadora Rosana Machin Barbosa pode ser encontrada na Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina –

Nome resumido do projeto: Sexualidade e gênero na formação em Medicina	Confidencial
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido versão 1.0 de 02 de agosto de 2021	
Nome do pesquisador: Rosana Machin Barbosa e Adriana Stephanie Nascimento dos Santos Hospital Das Clínicas Da Faculdade De Medicina Da USP	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>_____ Rubrica do Participante da Pesquisa / Representante legal</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>_____ Rubrica do Investigador Responsável</p> </div> </div>

Departamento de Medicina Preventiva – Avenida Doutor Arnaldo 455, 2º. Andar, sala 2221, tel.11.3061.7089, São Paulo/SP, Cep.01246-903, email:rmachin@usp.br.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5o andar – tel: (11) 2661-7585, (11) 2661-1548, (11) 2661-1549, das 7 às 16h de segunda a sexta feira ou por e-mail: cappelq.adm@hc.fm.usp.br

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "O mundo está mudando rápido demais!": sexualidade e gênero na formação superior em Medicina.

Eu discuti com os pesquisadores Adriana Stephanie Nascimento dos Santos e/ou Rosana Machin sobre minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo.

Nome do entrevistado

Assinatura

Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado para a participação neste estudo.

Nome do(a) pesquisador(a)
responsável pelo estudo

Assinatura

Data

Nome resumido do projeto: Sexualidade e gênero na formação em Medicina	Confidencial	
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido versão 1.0 de 02 de agosto de 2021		
Nome do pesquisador: Rosana Machin Barbosa e Adriana Stephanie Nascimento dos Santos Hospital Das Clínicas Da Faculdade De Medicina Da USP	Rubrica do Participante da Pesquisa/Representante legal	Rubrica do Investigador Responsável

Anexo B - Roteiro para entrevista

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Professores coordenadores de um curso de graduação em medicina no Estado de São Paulo

- Perfil e trajetória profissional dos entrevistados tais como: idade, gênero, cor-raça, escolha da profissão e residência médica;
- Conhecimento e contato com os determinantes sociais: gênero e sexualidade dos diferentes grupos populacionais durante a formação acadêmica;
- De que maneira a(s) disciplina(s) que leciona se relacionam com essas temáticas;
- Qual a importância dessas temáticas estarem no ensino médico e de que forma elas impactam a formação profissional dos estudantes.

Bloco 1: Caracterização da formação

1. Quando você se formou na faculdade de Medicina?
2. Quais atividades extracurriculares você realizou durante sua graduação (CA/DA, atlética, coletivos, outros)?
3. Houve formação em sexualidade e gênero na sua graduação? Se sim, como você considera que gênero foi abordado pelo currículo formal da sua unidade de ensino? Como você considera que sexualidade foi abordada pelo currículo formal da sua unidade de ensino?
4. Quando você concluiu a graduação, você se sentiu confortável e capacitado para abordar gênero em sua prática clínica? Quando você concluiu a graduação, você se sentiu confortável e capacitado para abordar sexualidade em sua prática clínica?

Bloco 2: Percepções sobre gênero e sexualidade como conteúdo na formação

1. O que você considera gênero? O que você considera sexualidade? (explorar a diferença entre gênero, identidade de gênero e orientação sexual)

2. Na sua opinião, qual a importância da perspectiva de gênero na formação médica? Na sua opinião, qual a importância da perspectiva de sexualidade na formação médica?

Bloco 3: Relação entre disciplinas que leciona e as temáticas de gênero e sexualidade

1. Esses temas estão presentes nas aulas que você leciona? De que forma?
 2. Gênero e sexualidade aparecem como demanda dos estudantes?
 3. Como os estudantes lidam com essas temáticas quando abordadas durante as aulas?
 4. Como você percebe, na organização do trabalho cotidiano, a relação entre colegas de diferentes especialidades no que diz respeito à abordagem dessas temáticas?
 5. Quais especialidades avalia que conseguem abordar essas temáticas?

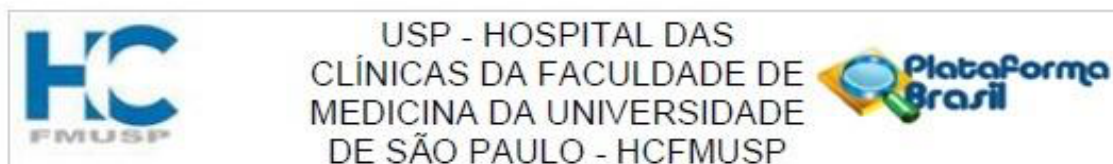
Bloco 4: Importância dessas temáticas estarem no ensino médico

1. Você acredita que essas temáticas impactam na formação dos estudantes? Como? E na futura prática clínica?

Bloco 5: Organização do curso médico em relação a gênero e sexualidade

1. Houve reforma curricular recente? Se sim, ela aborda essas temáticas? O que mudou?
2. Percebe a necessidade de ajustes na forma do curso tratar essas temáticas?

Anexo C - Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: "O mundo está mudando rápido demais!": sexualidade e gênero na formação superior em medicina

Pesquisador: Rosana Machin Barbosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50592921.9.0000.0068

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.916.516

Apresentação do Projeto:

Trata-se da apresentação do projeto original (V1) sobre "O mundo está mudando rápido demais!": sexualidade e gênero na formação superior em medicina". Segundo o pesquisador, "Faz décadas que diversas propostas de reforma do ensino em medicina foram feitas a fim de introduzir mudanças na relação entre médicos e pacientes. Muitas propostas têm em comum a avaliação da necessidade de incluir mais conteúdos de ciências humanas, pela formação ser entendida como "desumana" e "discriminatória". Nesse contexto, gênero e sexualidade são duas temáticas tidas como escassas e que necessitam ter maior presença. O presente trabalho tem como objetivo investigar se existe e como é feito o ensino dos temas de gênero e sexualidade em escolas de Medicina. Pretende-se investigar se, de fato, gênero e sexualidade são temas presentes na grade curricular do curso, e de que maneiras são abordados, identificando nesse contexto as principais lacunas e dificuldades para incorporação dessas temáticas. A metodologia é qualitativa e será conduzida por meio da utilização de entrevistas semiestruturadas com os(as) professores(as) de cursos de graduação tradicionais em medicina de universidades no Estado de São Paulo".

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo do estudo é, segundo o pesquisador, "Investigar como gênero e sexualidade são abordados na grade curricular de quatro cursos de graduação em Medicina, sendo duas

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br



USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - HCFMUSP



Continuação do Parecer: 4.916.516

instituições públicas e duas privadas no Estado de São Paulo". Especificamente, o pesquisador vai: "1) Investigar como os conceitos de gênero e sexualidade estão presentes nos cursos de graduação em Medicina; 2) Investigar sobre a forma como as pluralidades de gênero e sexualidade estão sendo exploradas nos cursos de graduação em Medicina; 3) Identificar se os docentes se consideram preparados para abordar a temática de gênero e sexualidade; 4) Identificar as principais lacunas e dificuldades para incorporação das temáticas de gênero e sexualidade na grade curricular dos cursos de graduação em medicina."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos foram qualificados como "mínimos" pelo pesquisador, em se tratando de uma entrevista on-line sobre questões sensíveis como gênero e sexualidade. O pesquisador destaca os cuidados sobre a confidencialidade, assegurando anonimato e uso de senhas eletrônicas para uma maior proteção dos entrevistados.

O pesquisador declara que "Não há benefícios diretos da participação". Contudo, "Os entrevistados colaborarão com a construção de conhecimento sobre avanços e dificuldades relativas à incorporação das temáticas gênero e sexualidade na formação médica."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é um estudo qualitativo sobre sexualidade e gênero nas escolas de medicina no Estado de São Paulo, sendo 2 públicas e 2 privadas. Os entrevistados (n = 20) são docentes de disciplinas onde são imprescindíveis ter discussão e abordagem didática sobre os temas pesquisados. O recrutamento será por método não-probabilístico de bola de neve. A metodologia de pesquisa qualitativa está consolidada, com descrição de análise e obtenção de resultados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE foi apresentado na forma de carta convite, escrito em 3ª pessoa do singular ao participante. A linguagem está clara e acessível aos participantes que são docentes de instituição de ensino superior.

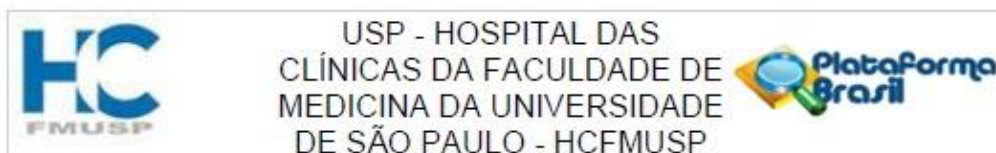
Recomendações:

Vide abaixo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado, sem pendências ou inadequações.

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-010
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)2681-7585 Fax: (11)2681-7585 E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br



Continuação do Parecer: 4.916.516

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1622012.pdf	09/08/2021 13:03:02		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEatualizadofinalpdf.pdf	09/08/2021 13:02:51	Rosana Machin Barbosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ppquatro.pdf	04/08/2021 16:33:32	Rosana Machin Barbosa	Aceito
Folha de Rosto	fdr.pdf	04/08/2021 16:27:05	Rosana Machin Barbosa	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	18/04/2021 17:32:47	Rosana Machin Barbosa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 19 de Agosto de 2021

Assinado por:
ALFREDO JOSE MANSUR
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-010
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 Fax: (11)2661-7585 E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br