


Gêneros e sexualidades na educação médica: entre o currículo oculto e a integralidade do cuidado


Genders and sexualities in medical education: between the hidden curriculum and the integrality of care

Gustavo Antonio Raimondi^a

 <https://orcid.org/0000-0003-1361-9710>


E-mail: gustavo.raimondi@gmail.com

Claudio Moreira^b

 <https://orcid.org/0000-0003-3048-5726>

E-mail: cmoreira@comm.umass.edu

Nelson Filice de Barros^c

 <https://orcid.org/0000-0002-2389-0056>

E-mail: filice@fcm.unicamp.br

^aUniversidade Federal de Uberlândia. Faculdade de Medicina. Departamento de Saúde Coletiva. Uberlândia, MG, Brasil.

^bUniversity of Massachusetts Amherst. Department of Communications. Amherst, MA, Estados Unidos da América.

^cUniversidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Departamento de Saúde Coletiva. Campinas, SP, Brasil.

Resumo

As diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Medicina reiteram a importância das questões de gênero e sexualidade para o desenvolvimento de competências relacionadas ao cuidado integral em saúde e promoção dos direitos humanos. Diante disso, foi implementado este debate no currículo de uma escola de Medicina no Brasil e discutida a influência na educação e prática em saúde da matriz heteronormativa e seu consequente preconceito social e institucional. Os dados e reflexões desta experiência foram analisados e apresentados a partir do referencial da autoetnografia performática, em diálogo com os estudos *queer* e culturais. Identificou-se que o cuidado integral em saúde se torna um grande desafio entre efeitos essencializadores e naturalizadores do currículo oculto sobre os corpos que deslizam as normas e expectativas de gênero e sexualidade. Concluiu-se que realizar ações de sensibilização e afetação aos(as) outros(as) com a efetivação de uma rede de apoiadores(as) foi fundamental para promover o sentimento de solidariedade, amorosidade e diálogo no enfrentamento de uma luta sem garantias, promovendo assim, o cuidado integral em saúde e os direitos humanos.

Palavras-chave: Educação Médica; Gênero; Sexualidade; Autoetnografia performática; Estudos Culturais.

Correspondência

Gustavo Antonio Raimondi
Av. Pará, 1.720, bloco 2U, sala 8. Uberlândia, MG, Brasil.
CEP 38400-902.

Abstract

The National Curricular Guidelines for Undergraduate Medicine Courses reiterate the importance of gender and sexuality issues for the development of competencies related to integral health care and promotion of human rights. In view of this, this debate was implemented in the curriculum of a medical school in Brazil, discussing the influence on health education and practice of the heteronormative matrix and its consequent social and institutional prejudice. The data and reflections of this experiment were analyzed and presented from the performance autoethnography reference, in dialogue with the queer and cultural studies. It was identified that integral health care becomes a great challenge between the essentializing and naturalizing effects of the hidden curriculum on the bodies that slide the norms and expectations of gender and sexuality. It was concluded that actions to raise awareness and affectation to others, with the realization of a network of supporters were fundamental to promote a sense of solidarity, love and dialogue in the face of a struggle without guarantees, thus promoting integral health care and human rights.

Keywords: Medical Education; Gender; Sexuality; Performance autoethnography; Cultural Studies.

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) compreende a sexualidade dentro de uma dimensão biopsicossocial, integrando aspectos físicos, emocionais, mentais e sociais dos sujeitos e estando associada à promoção e garantia dos direitos sexuais individuais (WHO, 2010). No ano de 2006 foram elaborados os Princípios de Yogyakarta, com a participação de membros do Conselho de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU) e de outros(as) especialistas em direitos humanos. Posteriormente, houve a adição de mais nove princípios em 2017, a fim de reiterar a necessidade do debate em torno das questões de gênero e sexualidade nos vários cenários da sociedade civil, inclusive nos espaços de ensino-aprendizagem (The Yogyakarta..., 2017).

No Brasil, desde a 12^a Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 2003, o tema gênero e sexualidade entra na agenda de debates do Sistema Único de Saúde (SUS) a fim de se propor políticas de equidade para a população, com o objetivo de reduzir as desigualdades sociais e promover a saúde (Brasil, 2004). Em 2007, na 13^a CNS, a orientação afetivo-sexual e a identidade de gênero são incluídas na análise da determinação social da saúde (Brasil, 2008), elucidando a importância desta problemática no efetivo cuidado em saúde, uma vez que se permite ampliar a análise para além das questões puramente anatomofisiológicas, incluindo o componente social e cultural.

Mesmo diante disso, Rufino, Madeiro e Girão (2014) apontam que, na perspectiva discente, 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 (IST) / HIV/aids -, sendo reiterado na perspectiva docente sobre o ensino dessas temáticas, nas quais predominavam uma abordagem biológica, patológica e reprodutiva (Rufino; Madeiro; Girão, 2014). Ou seja, o aprimoramento profissional em relação a essas temáticas só ocorre quando elas estão relacionadas aos aspectos reprodutivos e patológicos, à noção de “desvio” dos códigos normativos e quando atreladas a um “comportamento de risco” relacionado a “grupos de risco”, como a população (LGBT) lésbicas,

gays, bissexuais, travestis e transexuais (Obedin-Maliver et al., 2011).

Devido a este cenário, muitos profissionais da saúde que vivenciam questões relacionadas ao cuidado em saúde em paralelo às questões de gênero e sexualidade acabam adotando um comportamento profissional encabulado, impaciente, que “finge não ter ouvido”, não sabe o que fazer e/ou faz brincadeiras para “aliviar o clima” (Abdo, 2004). Em relação à população LGBT, Paulino (2016) identificou que os discursos da “não-diferença”, “não-saber” e “não-querer” são acionados para reiterar a manutenção da dificuldade de abordar questões de gênero e sexualidade para além do componente biológico e reprodutivo. Moscheta, Fébole e Anzolin (2016), ao conversarem com usuários(as) LGBT, apontam para a violência institucional nos atendimentos em saúde, a partir da visibilidade ou invisibilidade de aspectos que se relacionam à sexualidade LGBT. Quando a sexualidade se torna visível ela pode ser hipervisibilizada, com sobreposição às demais características do(a) usuário(a); pode ser ignorada, desfocadas e desconsideradas; e/ou ainda podem ser deslegitimadas (Moscheta; Fébole; Anzolin, 2016).

Esta “visibilidade seletiva” (Moscheta; Fébole; Anzolin, 2016) no cuidado em saúde relacionado às questões de gênero e sexualidade é um reflexo daquilo que ocorre nos currículos e nos processos pedagógicos (Rufino; Madeiro; Girão, 2014) que buscam reiterar a formação de um “corpo educado” dentro de uma matriz de poder e subjugação (Louro, 2013). Dessa forma, pode-se compreender que essas atitudes no cuidado em saúde são ensinadas e reiteradas pela visibilidade que os currículos formais dão às questões reprodutivas e patológicas (Obedin-Maliver et al., 2011; Rufino; Madeiro; Girão, 2014) e pelas (in)visibilidades presentes no currículo oculto (Fallin-Bennett, 2015). Currículo este que forma o “pano de fundo” dos e nos processos formativos, viabilizando uma “enculturação moral” (Hafferty, 1998) no interior das escolas médicas, que funcionam como “comunidades morais” no processo de socialização (Bandini et al., 2017) para controle da sexualidade, controle dos corpos e das possibilidades existenciais (Butler, 2013; Foucault, 2015).

O Ministério da Educação propôs em 2014 as novas diretrizes curriculares nacionais para os

cursos de graduação em Medicina (Brasil, 2014), considerando a necessidade do aprimoramento dos currículos médicos em relação às questões de gênero e sexualidade. Desta forma, foi recomendado refletir sobre o corpo de mulheres, homens, crianças, jovens, adultos e idosos não apenas como fato natural, em suas funções anatomofisiológicas e sua correlação com as práticas de saúde, mas a partir da premissa dos corpos que (não) importam na e para a prática médica. Preconizou-se, assim, (re) pensar a formação acadêmica e, conseqüentemente, a construção do conhecimento que considera a individualidade do ser e a integralidade do cuidado em saúde. A diretriz nacional para os cursos de graduação em Medicina tem, pela primeira vez, as ciências humanas e sociais em saúde como um elemento transversal da formação (Brasil, 2014). A fim de aprimorar a humanização das relações de cuidado entre profissional e usuário(a), por meio de estratégias didático-pedagógicas, a autorreflexão e a aquisição de valores e comportamentos pessoais inclusivos são estimuladas (Barros, 2016). Para um enriquecimento das reflexões sobre saúde e doença como fenômenos existenciais e societários, individuais e coletivos (Canesqui, 2011), o que potencializa a problematização dos “reducionismos” biologicistas da formação médica (Barros, 2016).

O currículo médico, que tanto negligencia essa discussão, deve aproximar-se da proposta de um currículo voltado para as reais necessidades de saúde da população, como elucida a Comissão Independente Global de Educação dos Profissionais de Saúde para o Século XXI (Frenk et al., 2010). Este artigo tem por objetivo problematizar, de forma autoetnográfica performática, as ações desenvolvidas em um currículo médico sobre a temática de gênero e sexualidade na perspectiva das ciências humanas e sociais em saúde.

Método

A autoetnografia é apresentada na pesquisa em educação médica como um recurso potente para a compreensão das práticas e culturas educacionais nos mais diferentes cenários de ensino-aprendizagem da formação médica (Farrell et al., 2015). Esta metodologia apresenta-se como

um recurso nas investigações de experiências vividas nas intersecções do “self” nos coletivos, do eu nas culturas, do agente nas agências e outras, dando visibilidade à cultura sob estudo (Ellis; Adams; Bochner, 2011). Bossle e Molina Neto (2009) afirmam que a escrita autoetnográfica destaca as vivências do sujeito pesquisador, uma vez que o “sujeito que pesquisa é parte do problema de investigação”, permitindo, com isso, compreender a complexidade do mundo social em que vive, interage e (re)constrói sentido à cultura e à vida, combinando os detalhes de uma narrativa autobiográfica com a análise e interpretação cultural, ao explorar “*what it is and how it fits*” (Farrell et al., 2015, p. 975) e representando, assim, a convergência entre o “impulso autobiográfico” e o “momento etnográfico”, no qual a narrativa performática do “pesquisador” e do “participante” se relacionam de uma forma intimista. Configura-se um fenômeno particular e singular que viabiliza a existência do “pesquisador-e-o-participante” e do “pesquisador-como-participante” (Ellis; Adams; Bochner, 2011).

Além disso, a autoetnografia pode gerar uma ressonância dita “empática” nos(as) leitores(as), “validando”, assim, essa forma de escrita a partir da sua reflexividade (Farrell et al., 2015), a qual contém um convite constante para o exercício de conviver, sentir, descrever e aprender (Bossle; Molina Neto, 2009). Farrell et al. (2015) argumentam, neste sentido, que a autoetnografia pode levar os(as) leitores(as) a considerarem questões até então negligenciadas em suas próprias práticas sociais e na cultura que estão inseridos(as), potencializando mudanças positivas.

Desta forma, pode-se compreender que a autoetnografia amplia o interesse teórico e crítico ao atribuir à escrita um valor político na visibilidade de certas subjetividades, fazendo com que, na relação interativa entre cultura, sociedade, sujeito e subjetividade, o *self* seja construído (Ellis; Adams; Bochner, 2011). Por conseguinte, há um “potencial de examinar a justiça social, os sistemas de opressão e o neocolonialismo de nossos encontros com experiências vividas entre identidades e mundos” (Diversi; Moreira, 2017, p. 39). Além do mais, há limitadas descrições de como as diferentes culturas presentes na educação médica articulam-se na realidade dos processos de socialização

presentes no ensino-aprendizagem, sendo esses estudos frequentemente limitados a entrevistas e questionários ou análises de interações gravadas em vídeo (Farrell et al., 2015). Por isso, a autoetnografia apresenta-se como um recurso metodológico inovador para a ampliação da análise relacionada aos processos culturais da formação médica.

Dessa forma, realizou-se, inicialmente, observação participante nos mais diferentes cenários de ensino-aprendizagem de uma escola médica brasileira de uma universidade pública, entre os anos de 2016 e 2017. Após a observação do conjunto de regras, atitudes, comportamento, falas formuladas ou implícitas nas atividades dos(as) observados(as) e do próprio observador, as quais foram registradas no caderno de campo, pode-se perscrutar o “arcabouço da constituição” do grupo analisado, bem como do próprio pesquisador inserido nesse grupo.

Posteriormente, realizou-se uma análise autoetnográfica performática descritivo-realística e analítico-interpretativa (Farrell et al., 2015) dos dados, que serão aqui apresentados a partir de um conjunto de cenas etnografadas com reflexões autobiográficas, em diálogo constante com a literatura nacional e internacional a respeito das questões de gênero e sexualidade, como a teoria *queer* e os estudos culturais com uma perspectiva decolonial. Nessa lógica de investigação, a história que será contada, portanto, não é a do “outro” observado, perscrutado e analisado, nem tampouco a do *self* do pesquisador como uma reflexão psicanalítica, mas a história que é dispersada nos sentimentos, pensamentos e ações no corpo do autoetnógrafo a partir do encontro com aquele que se apresenta na relação. Trata-se do desaparecimento do “outro” e do eu como localizações espaço-temporal fixas para o reconhecimento do fluxo performático do “eu-e-o-outro” e do “eu-como-o-outro” (Denzin, 2003).

Em relação às questões éticas, a presente pesquisa seguiu as orientações presentes na Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis à pesquisa em Ciências Humanas e Sociais em Saúde. Tendo aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob o nº de parecer 1.776.686 e CAAE: 57578116.0.0000.5152. Para cumprir as exigências de anonimato e sigilo na

pesquisa, minimizando possíveis identificações dos sujeitos, optou-se pela utilização de termos genéricos como discente, docente e Faculdade de Medicina.

(Des)Conhecimentos iniciais e o outono de minha existência

No ano de 2015 iniciei minhas atividades no ensino de graduação em Medicina. Após longos anos, desde minha conclusão do curso até os processos de especialização, sonhava com a possibilidade de compor o corpo docente de uma instituição acadêmica, a fim de problematizar algumas práticas formativas em saúde. Fui formado e forjado com uma interação simbiótica entre o currículo formal e o oculto, que internalizaram e naturalizaram em meu ser uma série de processos reconhecidamente violentos (Baldassin et al., 2016). Entendia e vivenciava o “armário” (Sedgwick, 2007) como uma possibilidade existencial para a minha sexualidade, que insistia em questionar a heterossexualidade presumida (Miskolci, 2016). Meu corpo não conseguia concordar com os vários “ensinamentos” que obtive sobre a imutabilidade inerente à natureza, presente na lógica positivista e cartesiana desde o século XIX (Foucault, 2015). Entre discursos oficiais presentes em espaços formais de ensino-aprendizagem, como as salas de aula, enfermarias, prontos-socorros, bem como em espaços informais, como os corredores da instituição, aprendia a moral hegemônica da medicina acerca dos corpos não heterossexuais. Ao adentrar aquela instituição na qual passaria a trabalhar como docente, rememorava piadas, injúrias e ironias que permearam meu processo de enculturação moral (Hafferty, 1998). Parecia que, ao fechar meus olhos, meu corpo me transportava para o “terrorismo cultural” de minha formação, caracterizada pela lógica de imposição de normas e convenções culturais que o heterossexismo opera, fazendo do “medo da violência a forma mais eficiente de imposição da heterossexualidade compulsória” (Miskolci, 2016, p. 34).

Após longos anos vivenciando, naturalizando e até reproduzindo a “experiência da injúria” (Miskolci, 2016) como expressão da homofobia (Borrillo, 2015), percebia a “epidermização” de um certo complexo de inferioridade (Fanon, 2008), o qual se materializava pela (re)produção do estereótipo do gay como inferior

ao “hétero” devido, por exemplo, a uma recorrente ideia de impureza da homossexualidade (Seffner; Parker, 2016) e hipervisibilização de sua sexualidade associada às questões das infecções sexualmente transmissíveis (IST), em especial o HIV/aids (Moscheta; Fébole; Anzolin, 2016). A (re)produção desse estereótipo gera a fixação da identidade dos sujeitos em determinados aspectos, reduzindo-os a identidades que, por sua vez, caracterizam um processo de produção de “hipossuficiências do sujeito” devido à redução a “poucas características simplificadas” (Fernandez; Westphal, 2012).

Diante desse regime de representações caracterizado pela estereotipagem dos sujeitos com efeitos essencializadores, reducionistas e naturalizadores, perguntava-me como reduzir as desigualdades de poder que caracterizavam esse jogo de saber/poder da luta pela hegemonia. Como problematizar essa estratégia de “cisão” que divide o normal e aceitável do anormal e inaceitável e, posteriormente, exclui ou expelle o que não cabe, o que é diferente? Em meio a tantos questionamentos e *flashbacks*, começava a traçar reflexões sobre um cuidado integral e equânime em saúde que superasse as lógicas de dominação e exclusão sistemática do “outro”, a fim de promover os direitos humanos e a empatia, em que uma pedagogia da esperança (Freire, 2014) fosse experienciada e promulgada.

(Re)Pensando a formação acadêmica: seria possível o fim de um inverno rigoroso?

Após alguns meses na instituição, fui convidado a assumir um módulo curricular em um período acadêmico em que o foco das discussões seria a respeito da saúde do homem e da mulher. Parecia que vivenciava o fim de um inverno rigoroso que castigou tantos corpos que não possuíam uma couraça adequada para o seu enfrentamento. Entretanto, ao analisar a ementa desses módulos, buscando compreender a problemática em torno das questões de gênero e sexualidade, percebi a reiteração de uma abordagem biológica, patológica e reprodutiva, como já era evidenciado pela literatura nacional e internacional sobre tais questões no ensino da área da

saúde (Fallin-Bennett, 2015; Obedin-Maliver et al., 2011; Rufino; Madeiro; Girão, 2014).

A necessidade de problematizar esse funcionamento educacional que reiterava em seu discurso oficial, por meio do currículo formal e extraoficial pelo currículo oculto, o local de inteligibilidade das questões de gênero e sexualidade para o cuidado em saúde, se mostrava urgente para verdadeiramente pôr um fim ao inverno rigoroso. Era preciso pensar em estratégias que questionassem essa ordem social e política presente na cultura hegemônica da medicina, que reproduzia sistemáticas abjeções de corpos tanto no ensino quanto no cuidado. Mas como realizar isso sem reproduzir as opressões e promover a autonomia do outro? Seria a diferença uma realidade possível ou uma utopia a ser sempre imaginada? Seria possível profanar práticas estabelecidas para promover um aprendizado a partir das diferenças?

Era preciso, então, pensar sem garantias, como proposto por Hall (2013), assumindo uma postura antiessencialista, aberta a novas possibilidades. Estranhando, como proposto pela teoria *queer* (Butler, 2013), as nossas formulações habituais sobre as questões de gênero e sexualidade e problematizando, assim, as relações de dominação presentes na colonialidade do saber/poder que permeia as nossas práticas de ensino-aprendizagem (Hall, 2013).

Ampliando as práticas educacionais entre florescimentos primaveris

Já era primavera e, logo após essas reflexões e um intenso planejamento educacional, floresceram estratégias para promover a afetação (Favret-Saada, 2012) pelo diferente a fim de questionar o poder disciplinar sobre os corpos (Foucault, 2015). Em um misto de emoções que permeavam uma história de conquistas e aprendizados, fui caminhando até a sala de aula onde iniciariam essas construções. Entre longos corredores permeados pelo frio das paredes de cores cinzas, fui caminhando. Sentia cada passo de minha caminhada. Sentia cada batida do meu coração. Sentia minha respiração ofegante. Mesmo diante de receios sobre as (não) possibilidades desse diálogo, insistia pela busca de novos caminhos.

Importante ressaltar que toda essa construção tinha uma fragilidade que, posteriormente, quase colocou tudo a perder. Vivíamos um momento de reforma curricular, um semestre após intensas manifestações estudantis que questionavam a inserção nos cenários da atenção primária à saúde (APS) frente à possibilidade de práticas no hospital terciário da instituição. Nós, dos módulos de Saúde Coletiva e que tentamos sistematizar os estágios nesse cenário da APS, em cumprimento ao exigido pelas DCN (Brasil, 2014), nos víamos em um processo de culpabilização externa e tentávamos nos refazer diante de uma tentativa frustrada de, simplesmente, fazer da formação médica o mais integral e real possível. Todo esse contexto, com certeza, não deixou de influenciar os acontecimentos que se seguiram nesse semestre.

Para além disso, quando do início da reforma curricular, havíamos, a pedido da coordenação do curso, atualizado as fichas dos componentes curriculares da Saúde Coletiva, na tentativa de articulá-los com os demais componentes curriculares do curso para a produção de um saber integrado e que fizesse sentido aos(às) estudantes e, também, para superar a repetição de conteúdos em dois componentes e a falta de alguns deles em outros, como a discussão de gênero e sexualidade.

Vários componentes curriculares, inclusive fora da Saúde Coletiva, sofreram essa atualização e, até onde havíamos sido informados, as atualizações deveriam seguir ocorrendo na prática. Apenas mais tarde, quando essa fragilidade foi acionada como argumento para pedir a suspensão desse componente curricular sobre gênero, é que soubemos que tal atualização não havia sido oficializada, o que só ocorreu posteriormente graças à disposição ao diálogo e à construção colaborativa e integrativa que conseguimos fazer com discentes e docentes, vendo na crise uma oportunidade.

Sem saber, naquele momento dessa fragilidade e empurrado por um sentimento imenso de esperança pela (in)visibilidade de minha existência, pautada em meu próprio interesse, bem como no interesse de outras instituições como a Organização Mundial de Saúde, decidi não recuar.

Iniciei a aula. Entre apresentações desconfiadas, olhares curiosos, silêncios reflexivos e posturas que

mesclavam o interesse e a desatenção, fui me fazendo existir e evidenciando que minha existência não era única e, por isso, precisava ser abordada na formação médica. Diante de inúmeras justificativas para isso, presentes em *slides* e em minha fala, que buscavam, de alguma forma, convidar à reflexão da “visibilidade seletiva” (Moscheta; Fébole; Anzolin, 2016) presente na formação em saúde, o silêncio preponderou. Não sabia decodificar (Hall, 2013) esse silêncio, que se mantia mesmo após solicitar sugestões de aprimoramento do módulo. Para superá-lo, fizemos uma roda de conversa cuja pergunta disparadora foi: “**Como a prática e a formação médica lidam com o corpo no cuidado em saúde?**”. Problematicando o corpo-objeto e o corpo-pessoa, ampliamos nossas percepções para além dos aspectos biomédicos (Russo, 2006). A discussão superou as expectativas. Os(as) estudantes falaram sobre o corpo e seu cuidado na Medicina de forma madura e bem embasada, demonstraram ter muito conhecimento e já algumas críticas à forma como os diferentes corpos são abordados na formação e prática médica, o que me deixou motivado para os próximos dias de atividades.

Entendi que poderia aprofundar a discussão, pois os(as) senti capazes e preparados(as) para o tema. Fui embora tranquilo, motivado e pensando que poderia compartilhar com eles(as) mais do que o previsto inicialmente. Talvez tenha sonhado demais. A beleza das flores que permeavam aquela vivência ficou de tal forma marcada em minha mente que não fui capaz de perceber o momento em que a primavera acabou.

Entre olhares e falas chega o apogeu da primavera

Após alguns dias, em um segundo momento com os(as) estudantes, assistimos ao filme *A garota dinamarquesa* (2015), que seria debatido em seguida a partir de um texto previamente lido de Judith Butler (2013), o qual discute as questões de gênero e sexualidade na perspectiva discursiva heteronormativa, e de Fabíola Rohden (2003), que aborda essas questões na formação médica ao longo da história dos cursos de Medicina no Brasil.

De forma respeitosa, os(as) estudantes queixaram-se do nível de dificuldade dos textos. Comprometi-me,

então, que antes da realização da atividade avaliativa correspondente faria uma explicação dialogada pormenorizada dos conceitos necessários para compreensão do texto e, se necessário, os substituiríamos por outros que pudessem ser mais bem compreendido naquele momento da formação. Expliquei que a escolha deles correspondia ao nível de debate vivenciado anteriormente pela turma.

Voltando ao filme, ele representava um romance baseado em uma história concreta, que romaneava muitos aspectos da vida de Lili Elbe. Ainda assim, o filme nos permitiria problematizar vários aspectos da prática médica em relação ao ser homem e ser mulher dentro de uma matriz sociocultural heteronormativa.

Iniciamos o filme. No escuro da sala de aula, permeada por uma leve luz que insistia em adentrar o recinto por uma cortina, observava os olhares. Alguns de desinteresse, outros de curiosidade e, ainda, outros de inquietação. Algumas lágrimas, risadas e reflexões mudas ao longo do filme, sendo permeadas por alguns outros olhares bastante atentos. Pensava que eles(as) estariam minimamente curiosos e interessados pelo debate. Pensava que eles(as) estariam minimamente gostando e conseguindo problematizar a formação e prática médica. Pensava. Pensava. Pensava. Pensava... e acho que não me equivoquei, pois o filme disparou toda a mobilização e discussão de um tema que, até então, não chegava ao currículo oficial do curso. Porém, me vi em uma espécie de disputa na qual o tema em questão deveria provar sua relevância para continuar existindo ou não no currículo. Busquei aproveitar esse espaço desafiador para o desenvolvimento de algumas competências como a escuta, a argumentação, a reflexão crítica, a empatia, entre outros.

Conversamos, problematizamos, ouvimos, debatemos, criticamos e, assim, fizemos uma série de intervenções para que pudéssemos sair do dito “senso comum” sobre a temática e compreender o alcance desse debate. Parecia-me, naquele momento, que o aprendizado pelas diferenças (Miskolci, 2016) seria possível. Será que estaria vivenciando o apogeu da primavera? Após longas horas, em um momento em que o desgaste estava estampado em cada uma das faces dos(as) participantes dessa atividade pedagógica, optamos por encerrar o debate, compreendendo que não

esgotaríamos a discussão naquele momento, pois a reflexão e os desdobramentos ocorreriam em momentos vindouros.

Entre estratégias e diálogos embaixo de um sol escaldante

Em um terceiro encontro, percebi que precisaria correr o risco de um essencialismo estratégico (Spivak, 1989 apud Miskolci, 2016) para problematizar os conceitos relacionados às questões de gênero e sexualidade, bem como das identidades LGBT e, em um outro momento, abordar as estratégias da *différance* (Derrida, 1972 apud Hall, 2013) para compreender os vários significados dentro de um jogo sistemático das diferenças.

Na semana seguinte, reestruturei a atividade. A fim de deixar o debate mais acessível e interessante, repensei todo o caminho que iríamos percorrer para iniciarmos o aprendizado daquele componente curricular. Confesso que sentia em meu corpo que algo não estava bem. Entretanto, confiante na construção inicial desse componente curricular, busquei silenciar aquelas supostas intuições e inquietações e iniciei a oficina, ainda com a voz meio trêmula, com uma respiração ofegante e com um certo comportamento que evidenciava traços de desconforto. Talvez, pensei, seria pelo risco do essencialismo estratégico. Após algumas respirações profundas e me sentindo um pouco mais tranquilo, facilitei a dinâmica “O que sabemos sobre?”, na qual cada pequeno grupo discute o que sabe sobre um determinado assunto e, posteriormente, aprimorada a construção no grande grupo, o qual acrescenta informações ou dúvidas sobre aquilo feito pelo pequeno grupo. Em seguida, foi feita uma breve exposição dialogada sobre os assuntos, seguida de uma retomada das possíveis dúvidas anteriormente elaboradas para finalizar a última etapa do Arco de Maguerz (Berbel, 1998), que orientou essa dinâmica.

Aos poucos as pessoas começaram a participar e a construir coletivamente o que sabiam sobre “orientação afetivo-sexual”, “identidade de gênero”, “categoria social ‘sexo’”, “papel ou expressão social de gênero”, “determinantes sociais”, “promoção da saúde”, “(i)materialidade dos corpos” e “cultura”.

Mesmo diante das resistências iniciais, aparentemente a oficina fluía de forma confortável. Após um primeiro momento de levantamento de dúvidas de aprendizado e conceituação, fomos para a teorização do Arco de Maguerz (Berbel, 1998). Como foi bom este momento! Parecia que estava apresentando aos(as) estudantes e, ao mesmo tempo, conversando com uma série de autores(as) que eu tinha lido e que, juntos, num fim de tarde tomando um café, dialogávamos sobre essas questões e problematizávamos a formação acadêmica. Sentia o meu corpo se expressando, dando vida a cada célula que sistematicamente tinha sido silenciada e negada. Rompendo os grilhões que definiam que meu espaço de existência seria dentro dessa matriz heterossexual (Louro, 2013), estava desconstruindo um mundo de “verdades” ilusórias junto com os(as) estudantes. Observei que eles(as) estavam atentos, acompanhando a discussão, escrevendo perguntas em papéis e querendo saber. E, assim, continuamos a conversar. Uma conversa desafiadora, com vários momentos oportunos para a superação do determinismo biológico aos corpos (Foucault, 2015).

Parecia que a todo o momento eu era convidado por algumas falas a voltar ao silêncio do armário (Sedgwick, 2007). Mas, buscando aprender com as diferenças, percebi que algumas falas auxiliavam a problematizar as questões de gênero e sexualidade em uma perspectiva da integralidade do cuidado em saúde (Paulino, 2016).

“Ufa, consegui”. Com esse pensamento, ao final da oficina me parecia que tínhamos, de forma coletiva e colaborativa, compreendido que os sujeitos são seres sociais e que a existência desses indivíduos é por eles identificadas, não podendo ser reduzidos por nossas pré-suposições do cuidado. Estava feliz, pois parecia que tinha conseguido questionar algumas verdades cristalizadas, permitindo que meu corpo e o de tantos outros pudessem existir para além de sua posição de abjetos. Foi um bom momento de esperança que desapareceu com a rapidez com que um estudante se levantou e se dirigiu até mim. Após alguns minutos de sua fala, que articulava os vários discursos do não (Paulino, 2016), sou comunicado que a turma não estava de acordo com as propostas de discussão pedagógica e que exigiam a mudança imediata do plano de ensino com a retirada desse debate.

O argumento era que, diferentemente de outros vários componentes curriculares que foram atualizados, esse deveria seguir o que propunha o projeto pedagógico inicial. Alguns segundos seguiram-se entre o que ouvia e o que tentava articular para falar. Segundos eternos que me permitiram compreender um vazio existencial e um buraco de profundidades até então desconhecidos. Caía, caía, caía... naquele buraco que se formou abaixo de meus pés. Perdi, literalmente, o chão e não conseguia pensar no que falar. Estava paralisado com aquela situação. Pensei ser essa a materialização de um processo educativo heterossexista anterior que, por meio do currículo oculto, se comprometia com a imposição da heterossexualidade compulsória, efetivando um terrorismo cultural para manutenção da “ordem” (Miskolci, 2016).

Em um impulso imediato de sobrevivência, buscando, ainda que vacilante, não reproduzir uma pedagogia da opressão (Freire, 2014), digo que daquela forma não conversaria, pois não estava sendo convidado ao diálogo. Comecei a organizar meu material de trabalho e a me preparar para ir embora. Quando estava prestes a me retirar, algumas pessoas começaram a falar. Vozes mais calmas, argumentos menos ríspidos, olhares menos agressivos e uma disposição mais próxima ao debate. Assim, recomeçamos uma proposta de conversa, em um momento que me lembrava o verão com seu sol escaldante.

Após um longo tempo, grande parte da turma parecia não compreender como aquela proposta de ensino poderia ter tamanha importância diante das várias demandas pelo “conhecimento médico”. Diante das falas que reforçavam essa incompreensão, sentia em meu próprio corpo os poderes do currículo oculto que realiza a enculturação moral (Bandini et al., 2017; Hafferty, 1998) do discurso da não diferença (Paulino, 2016) para reiterar o “corpo educado” (Louro, 2013) e a homofobia (Borrillo, 2015). “Não tratamos ninguém diferente”, “todos são iguais”, “se tratarmos diferentemente aí que faremos uma ação preconceituosa”... Falas que se vestiam do politicamente correto para, assim, extirpar os juízos de valores e “corrigir” todas as acepções politicamente discriminatórias. Mesmo diante de minha argumentação técnica, embasada na literatura nacional e internacional, nenhuma mudança se seguiu, somente um informe de que a turma realizou um

abaixo-assinado para suspender a discussão desse módulo.

Saí daquela atividade pedagógica arrasado. Percebi o meu corpo gritando um grito mudo. Berrando o silêncio de uma existência (quase) impossível. Calando-me. Fui calado. Me calei. Nesse silêncio eloquente, não conseguia compreender ou, na verdade, não conseguia acreditar naquilo que estava acontecendo. Tentava achar justificativas e compreender o que tinha vivenciado, mas não conseguia. E, em meio a essa incompreensão e choque, após alguns dias fui comunicado que a diretoria acadêmica acatou à solicitação daquele abaixo-assinado, me fazendo questionar se “pode o subalterno falar” (Spivak, 2014). Mas, diante de tudo isso, questionava-me, ainda, como poderia problematizar, desafiar, contestar e/ou modificar esse regime dominante de representação que, de forma não refletida, naturalizava e (re)produzia uma prática heterossexista na Medicina.

Nesse ínterim, um abaixo-assinado apresentado por outros(as) estudantes do curso em favor do debate proposto pela unidade curricular ganhou dimensão nacional. Pesquisadores(as) de outras instituições, professores(as), discentes, técnicos(as) administrativos(as), usuários(as), entre outros(as), assinaram esse documento, que foi entregue à gestão acadêmica do curso juntamente com uma carta de apoio da Pró-Reitoria de nossa instituição. Em meio a um “novo fôlego”, percebia que a construção de uma rede de apoiadores(as) a essa proposta foi fundamental para os enfrentamentos vividos para a mobilização da gestão acadêmica repensar sua postura. Rede essa que fortalecia os laços de solidariedade entre aqueles(as) que lutam pela justiça social, com promoção dos direitos humanos, permitindo vivenciar e reiterar a necessidade da amorosidade (Brasil, 2013) nas lutas do nosso cotidiano.

Considerações finais

Diante de todo o cenário vivenciado, compreendi que esse debate necessita ser aprofundado de forma transversal e longitudinal na formação acadêmica, dialogando constantemente com vários campos do saber e várias áreas de formação profissional a fim de reduzir os “ensurdecimentos” da Medicina às pessoas (Canesqui, 2011).

Parti inicialmente da estratégia de quebrar o silêncio, ou seja, de “*primum non tacere*” (“primeiro não silenciar”), como proposto por Sally Mahood (2011) para elucidar as práticas e os efeitos do currículo oculto. (Re)Pensar, também, o clima institucional e seu papel nas práticas pedagógicas e de atuação profissional, envolvendo vários atores e atrizes, como estudantes, técnicos(as) administrativos(as), docentes, entre outros, era fundamental para sensibilizar as pessoas sobre os temas em questão. Promover, assim, a afetação pelos(as) outros(as).

Além do mais, ficou evidente que, em cenários de luta sem garantias nos quais questiona-se o currículo oculto e seus efeitos essencializadores e naturalizadores, como nas questões de gênero e sexualidade a fim de problematizar o saber/poder colonial da matriz heteronormativa, há a necessidade de fortalecimento de uma rede de apoiadores para criar ressonância do sentimento de solidariedade, ou seja, viabilizar uma luta pautada na pedagogia da esperança, em que a amorosidade e o diálogo estejam sempre presentes.

Este trabalho também exemplifica as dificuldades de pensar o conhecimento fronteiriço e híbrido das ciências humanas e sociais em saúde em um curso de Medicina, que ainda as posiciona como subalternas do domínio da Medicina individual e biologicista (Canesqui, 2011). Retrata-se, assim, o predomínio hegemônico - mas não homogêneo - da perspectiva natural sobre a social na educação médica, sendo necessário superar a noção “nós-eles” para promover um saber dialógico entre as ciências biológicas, exatas e humanas (Barros, 2016).

Após um longo desdobramento desse debate, com a suspensão do componente curricular por quase um semestre, o que permitiu reconstruções que nos garantiram uma premiação e reconhecimento em nível nacional (a partir de uma ação de ensino-aprendizagem voltada para o debate de gênero e sexualidade para adolescentes e jovens e utilizando a aprendizagem baseada em projetos e o *role-play*), a discussão foi oficializada no projeto pedagógico do curso, precisando essa história de outras narrativas para ser contada.

Referências

A GAROTA dinamarquesa. Direção de Tom Hopper. Los Angeles: Universal, 2015. 1 DVD (119 min).

ABDO, C. H. N. *Estudo da vida sexual do brasileiro (ESVB)*. São Paulo: Bregantini, 2004.

BALDASSIN, S. P. et al. I Forum of Paulista Medical Student Support Services - Forsa Paulista - “The Letter of Marília”. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 40, n. 4, p. 537-539, 2016.

BANDINI, J. et al. Student and faculty reflections of the hidden curriculum: how does the hidden curriculum shape students’ medical training and professionalization? *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, Thousand Oaks, v. 34, n. 1, p. 57-63, 2017.

BARROS, N. F. *As ciências sociais na educação médica*. São Paulo: Hucitec, 2016.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 2, n. 2, p. 139-154, 1998.

BORRILLO, D. *Homofobia: história e crítica de um preconceito*. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

BOSSLE, F.; MOLINA NETO, V. No “olho do furacão”: uma autoetnografia em uma escola da rede municipal de ensino de Porto Alegre. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 131-146, |2009.

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

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

BRASIL. *Portaria no 2.761, de 19 de novembro de 2013*. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. *Diário Oficial*

- da União, Brasília, DF, 23 jun. 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2k7LtEn>>. Acesso em: 6 abr. 2019.
- BUTLER, J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. In: LOURO, G. L. (Ed.). *O corpo educado*. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2013. p. 151-172.
- CANESQUI, A. M. Sobre a presença das ciências sociais e humanas na saúde pública. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 16-21, 2011.
- DENZIN, N. K. *Performance ethnography: critical pedagogy and the politics of culture*. Thousand Oaks: Sage, 2003.
- DIVERSI, M.; MOREIRA, C. Autoethnography manifesto. *International Review of Qualitative Research*, Berkeley, v. 10, n. 1, p. 39-43, 2017.
- ELLIS, C.; ADAMS, T. E.; BOCHNER, A. P. Autoethnography: an overview. *Historical Social Research*, Köln, v. 36, n. 4, p. 273-290, 2011.
- FALLIN-BENNETT, K. Implicit bias against sexual minorities in medicine: cycles of professional influence and the role of the hidden curriculum. *Academic Medicine*, Washington, DC, v. 90, n. 5, p. 549-552, 2015.
- FANON, F. *Pele negra, máscaras brancas*. Salvador: Edufba, 2008.
- FARRELL, L. et al. Autoethnography: introducing ‘I’ into medical education research. *Medical Education*, Tehran, v. 49, n. 10, p. 974-982, 2015.
- FAVRET-SAADA, J. Being affected. *Journal of Ethnographic Theory*, London, v. 2, n. 1, p. 435-445, 2012.
- FERNANDEZ, J. C. A.; WESTPHAL, M. F. O lugar dos sujeitos e a questão da hipossuficiência na promoção da saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 595-608, 2012.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade: a vontade de saber*. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015.
- FREIRE, P. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. 21. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014.
- FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, London, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.
- HAFFERTY, F. W. Beyond curriculum reform: confronting medicine’s hidden curriculum. *Academic Medicine*, Washington, DC, v. 73, n. 4, p. 403-407, 1998.
- HALL, S. *Da diáspora: identidades e mediações culturais*. 2. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2013.
- LOURO, G. L. *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.
- MAHOOD, S. C. Medical education: beware the hidden curriculum. *Canadian Family Physician*, Mississauga, v. 57, n. 9, p. 983-985, 2011.
- MISKOLCI, R. *Teoria queer: um aprendizado pelas diferenças*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2016.
- MOSCHETA, M. S.; FÉBOLE, D. S.; ANZOLIN, B. Visibilidade seletiva: a influência da heterossexualidade compulsória nos cuidados em saúde de homens gays e mulheres lésbicas e bissexuais. *Saúde & Transformação Social*, Florianópolis, v. 7, n. 3, p. 71-83, 2016.
- OBEDIN-MALIVER, J. et al. Lesbian, gay, bisexual, and transgender-related content in undergraduate medical education. *Jama*, Chicago, v. 306, n. 9, p. 971-977, 2011.
- PAULINO, D. B. *Discursos sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT entre médicos(as) da estratégia saúde da família*. 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2016.
- ROHDEN, F. A construção da diferença sexual na medicina. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, p. S201-S212, 2003. Suplemento 2.
- RUFINO, A. C.; MADEIRO, A.; GIRÃO, M. J. B. C. Sexuality education in Brazilian medical schools. *The Journal of Sexual Medicine*, Amsterdam, v. 11, n. 5, p. 1110-1117, 2014.
- RUSSO, J. Do corpo-objeto ao corpo-pessoa: desnaturalização de um pressuposto médico. In: SOUZA, N.; PITANGUY, J. (Ed.). *Saúde, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. p. 183-194.

SEDGWICK, E. K. A epistemologia do armário. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 28, p. 19-54, 2007.

SEFFNER, F.; PARKER, R. Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 293-304, 2016.

SPIVAK, G. C. *Pode o subalterno falar?* Belo Horizonte: UFMG, 2014.

THE YOGYAKARTA Principles plus 10: additional principles and state obligations on the application of International Human Rights Law in relation to sexual orientation, gender identity, gender expression and sex characteristics to complement the Yogyakarta Principles. Geneva: 2017.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Measuring sexual health: conceptual and practical considerations and related indicators*. Geneva, 2010.

Agradecimentos

Agradecemos às generosas reflexões e debates do professor Danilo Borges Paulino para aprimoramento do texto. Também agradecemos à parceria do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) com o Department of Communication da University of Massachusetts (Umass), que potencializou esta pesquisa. Agradecemos, ainda, ao apoio enquanto bolsista do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE), edital número 47/2017, processo n 88881.188456/2018-01, visto que este trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) – Código de Financiamento 001.

Contribuição dos autores

Raimondi realizou as observações. Barros orientou o trabalho de campo. Todos os autores desenvolveram o texto.

Recebido: 27/07/2018

Aprovado: 02/04/2019