

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

**VIOLENCIAS CURRICULARES: LA (IN)VISIBILIDAD DEL CUERPO LGBTQIA+ EM
LA FORMACIÓN MÉDICA**

**CURRICULAR VIOLENCES: THE (IN)VISIBILITY OF THE LGBTQIA+ BODY IN
MEDICAL TRAINING**



Fabiola Jundurian BOLONHA¹
e-mail: fjbolonha@gmail.com



Aldo Gonçalves de OLIVEIRA²
e-mail: aldogeografia@gmail.com

Como referenciar este artigo:

BOLONHA, F. J.; OLIVEIRA, A. G. Violências curriculares: A (in)visibilidade do corpo LGBTQIA+ na formação médica. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 18, n. 00, e023014, 2023. e-ISSN: 1982-5587. DOI: <https://doi.org/10.21723/riace.v18i00.17818>



| **Submetido em:** 12/10/2022
| **Revisões requeridas em:** 18/11/2022
| **Aprovado em:** 20/12/2022
| **Publicado em:** 01/01/2023

Editor: Prof. Dr. José Luís Bizelli
Editor Adjunto Executivo: Prof. Dr. José Anderson Santos Cruz

¹ Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Cajazeiras – PB – Brasil. Professora Adjunta da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida.

² Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Cajazeiras – PB – Brasil. Professor Adjunto da Unidade Acadêmica de Geografia.

RESUMO: O presente estudo se insere nas discussões sobre formação médica, e de modo específico, sobre currículo médico e as dimensões de corpo, gênero e sexualidade. Da conexão entre esses temas, o presente trabalho objetivou analisar como o corpo, gênero e sexualidade são acionados no Projeto Político Pedagógico (PPC) do curso de medicina da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida — UACV/CFP/UFCG (Campus de Cajazeiras). Para dar conta dessa proposta de investigação, fundamentamos o referencial teórico-metodológico nos estudos pós-críticos sobre currículo. Tomamos como objeto de análise documental as DCN de 2001 para o curso de graduação em medicina e o PPC do curso em questão. Argumentamos ser múltiplas as formações discursivas — das normativas e diretrizes oficiais, científicas, biológicas/biomédicas, sociais, pedagógicas — que entram em disputa na composição curricular para a abordagem de saberes sobre gênero e sexualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Currículo. Formação médica. Gênero. Sexualidade. LGBTQIA+.

RESUMEN: *El presente estudio forma parte de las discusiones sobre la formación médica, y específicamente, sobre el currículo médico y las dimensiones de cuerpo, género y sexualidade. A partir de la conexión entre estos temas, el presente trabajo tuvo como objetivo analizar como el cuerpo, el género y la sexualidade se activan en el Proyecto Político Pedagógico (PPC) de la carrera de medicina de la Unidad Académica de Ciencias de la Vida – UACV/CFP/UFCG (Campus de Cajazeiras). Para dar cuenta de esta propuesta de investigación, nos basamos en el marco teórico-metodológico de los estudios poscríticos sobre el currículo. Se tomó como objeto de análisis documental la DCN de 2001 de la carrera de Medicina y el PPC de la carrera en mención. Sostenemos que existen múltiples formaciones discursivas – desde normas y directrices oficiales, científicas, biológicas/biomédicas, sociales, pedagógicas – que entran en disputa en la composición curricular para el abordaje de saberes sobre género y sexualidade.*

PALABRAS CLAVE: Currículo. Formación médica. Género. Sexualidade. LGBTQIA+.

ABSTRACT: *This study is part of discussions about medical education, specifically about medical curriculum and the dimensions of body, gender, and sexuality. From the connection between these themes, the present work aimed to analyze how the body, gender, and sexuality are addressed in the Political Pedagogical Project (PPC) of the medical course of the Academic Unit of Life Sciences - UACV/CFP/UFCG (Cajazeiras Campus). To account for this research proposal, we based the theoretical and methodological framework on post-critical studies on curriculum. As the object of document analysis, we took the DCN of 2001 for the undergraduate medical course and the PPC of the course in question. Finally, we argue that multiple discursive formations - from the official norms and guidelines, scientific, biological/biomedical, social, and pedagogical - enter into a dispute in the curriculum composition for the approach to knowledge about gender and sexuality.*

KEYWORDS: Curriculum. Medical education. Gender. Sexuality. LGBTQIA+.

Introdução

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

O relato transcrito acima é trecho de pesquisa de doutorado e ele expõe LGBTFobia por parte de um grupo de médicos e médicas, momentos antes de iniciarem uma aula de um curso de pós-graduação de educação em saúde em que estavam matriculados. Uma pós-graduação cujas estratégias de ensino-aprendizagem eram metodologias ativas pautadas no construtivismo, ou seja, as atividades educacionais eram desenvolvidas em torno de análises crítico-reflexivas, dialogias, buscas, encontros e ressignificação. A presença da professora na sala não impediu que ocorresse constrangimento durante o relato. Eles compreenderam que, sob sua perspectiva branca (todos ali eram brancos) ela era uma igual – branca, heterossexual e cisgênero.

Como podem pessoas a quem confiamos nossas vidas e expomos a intimidade de nossos corpos, ridicularizar e destilar ódio com tanta intensidade? Reverberou no nosso imaginário como teria transcorrido a consulta, o quão violenta em diversos aspectos teria sido. Os protagonistas do relato acima são médicos que atuam como preceptores de internato e residência médica. Dessa forma, somos instigados a refletir sobre a formação médica e os modelos de professores que acompanham o estudante de medicina do início até o final de sua jornada acadêmica.

A Constituição Brasileira, através do Sistema Único de Saúde (SUS), assegura o direito à saúde, porém, no que se refere às demandas e especificidades em saúde de grupos em vulnerabilidade social — a exemplo da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Transgêneros, Travestis, Queer, Intersexo (LGBTQIA+) —, existem barreiras perante uma sociedade conservadora e heterocisnormativa. Mesmo após a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT (PNSILGBT) em 2011, é descrito na literatura um acesso aos serviços de saúde pela população LGBTQIA+ caracterizado por obstáculos que vão desde atendimento discriminatório dos profissionais de saúde, desinformação quanto às

especificidades e direitos desta população, e até violências físicas durante consulta com o(a) médico(a), o que pode originar uma barreira intransponível no acesso a estes serviços essenciais (SAADEH *et al.*, 2018; GIANNA; MARTINS; SHIMMA, 2018; CALAZANS *et al.*, 2018; LONGHI, 2018).

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

A garantia de profissionais de saúde capacitados, que compreendam as demandas da população LGBTQIA+, que reconhecem o livre exercício da sexualidade como um direito humano a ser respeitado e promovido, que compreendam que o campo da saúde é um espaço de acolhimento e respeito, principalmente quando as pessoas que o procuram estão em situação de vulnerabilidade, deve estar refletida nas diretrizes curriculares, assim como no Projeto Pedagógico de Curso (PPC) e descrito nas ementas das disciplinas teóricas e práticas dos cursos da área da saúde (BOLONHA *et al.*, 2022). Essa reflexão corrobora com Lionço (2008) que ressalta que é necessário que os profissionais da área da saúde tenham maior proximidade com as políticas públicas e com as problemáticas específicas da população LGTQIA+ para a qualificação dos serviços prestados pelas diversas áreas.

Nessa perspectiva, o presente trabalho tomou por objetivo problematizar como a formação médica, expressa principalmente nos documentos curriculares, ambienta violências — trouxemos como, exemplo a LGBTQIA+fobia pelos médicos(as) descrita no início do artigo, e pelos “debates ausentes” no contexto da formação profissional — especialmente no que diz respeito à negação das diversidades, o endosso aos binarismos e o posicionamento da vida no cenário de relações capitalistas desiguais e excludentes. Destarte, tomamos como objeto de investigação o currículo oficial de formação dos estudantes do Curso de Graduação em Medicina da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida — UACV/CFP/UFCG, onde analisaremos como as dimensões de corpo, gênero e sexualidade constituem o Projeto Pedagógico de Curso (PPC); visamos identificar que tipo de sujeito médico é produzido por

este currículo e se este sujeito dialoga com a atuação requerida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no que tange o atendimento da população LGBTQIA+.

Inspirações metodológicas

Para atingir os objetivos propostos que atuam na investigação sobre as relações presentes em currículo, corpo, sexualidade, gênero, as inspirações metodológicas foram nas abordagens teóricas e metodológicas das pesquisas pós-críticas em educação. As teorias pós-críticas em educação questionam, o conhecimento (e seus efeitos de verdade e poder), o sujeito (e os diferentes modos e processos de subjetivação), os textos educacionais (e as diferentes práticas que estes produzem e instituem), e discutido, também, questões de gênero, etnia, raça, sexualidade, idade (PARAÍSO, 2004; SILVA, 2017). Deste modo, estudar o currículo por essa teoria pós-crítica promove o movimento de olhar para qualquer currículo, para qualquer discurso, como uma invenção. E mais, instiga-nos a fazer outras invenções, a enriquecer este território curricular com novos sentidos. Na esteira das relações de saber e poder, a ciência, a universidade, sobretudo, o currículo e os sujeitos da saúde, são constituídos.

Realizamos uma análise documental das Diretrizes Nacionais Curriculares (DCN) para o curso de graduação em medicina e o respectivo PPC. Salientamos que, as DCN que conduziram a elaboração do PPC foram as publicadas em 2001, deste modo estes documentos constituem os objetos centrais da presente análise.

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

O currículo é resultante de do modo como a educação é vista, com referenciais e contextos socioeconômicos, políticos e culturais hegemônicos num dado momento. Ele exerce

papel como elemento de formação e direcionador de práticas profissionais, envolto em uma teia de relações, conflitos, poder, interesses, normatividades e também possibilidades.

Podemos entender, deste modo, que a educação tem sido instrumento estratégico para atender a (dado) modelo de normatividade, seja no caráter religioso ou laico, liberal ou neoliberal, servindo a ordem sociopolítica vigente.

As DCN para o curso de medicina e o gerenciamento do PPC – quais encontros e desencontros são promovidos?

As DCN para os cursos da saúde foram resultados de um processo que envolveu aspectos políticos, culturais, institucionais e educacionais e, são exemplos desses processos a Constituição Federal de 1988, que tornou público a criação de um sistema de saúde — o SUS, e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) n.º 9394/1996, que permitiu a flexibilização dos currículos educacionais. Entre os anos de 2001 e 2004, o Ministério da Educação (MEC) em parceria com o Ministério da Saúde (MS), através das reuniões do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Conselho Nacional de Educação (CNE) aprovaram as DCN (2001). Elas são documentos oficiais que orientam as Instituições de Ensino Superior (IES) a elaborarem os PPC dos cursos da saúde e, para tanto, foram instituídas com “o objetivo de oferecer uma formação que possibilite a qualificação do cuidado da assistência à saúde, contemplando os princípios do SUS” (COSTA *et al.*, 2018, p. 2).

Os movimentos sociais, organizados em torno da reforma sanitária, contribuíram para a institucionalização do processo de formação em saúde no país, de tal maneira que a Constituição Federal estabelece, em seu artigo 200, que compete ao Sistema Único de Saúde (SUS) “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1988). Raimondi *et al.* (2020), observa ainda que, a formação dos profissionais de saúde deve, portanto, estar em consonância com as reais necessidades em saúde da população, e para tanto, promoveu-se a inclusão da perspectiva da *social accountability*³ como um elemento central para o paradigma de educação na saúde para o novo milênio, e esse referencial está ausente nas DCN de 2001, pois, foi publicado em 2010.

³ Este termo ainda carece de tradução, pois não se restringe apenas à responsabilidade social. Trata-se do compromisso de prestação de contas, de uma relação que se inicia no acolhimento das preocupações socio sanitárias das comunidades, regiões ou nações para o direcionamento das atividades de ensino, pesquisa e serviço. Caracteriza-se, portanto, pela necessidade de as instituições educacionais estarem engajadas para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde, adaptando as competências profissionais essenciais para contextos e cenários específicos (FERREIRA *et al.*, 2019).

As DCN de 2001 para curso de graduação em medicina foram revisadas e ampliadas - um documento originalmente composto por seis páginas e 14 artigos foi revisado e ampliado para 14 páginas e 41 artigos nas novas DCN de 2014. O PPC do curso graduação em medicina da UACV/CFP/UFCG teve sua aprovação em 2017, dez anos após o início do curso; e teve como referencial teórico as DCN de 2001. Para além desse ponto observado, as DCN de 2001 não fazem nenhuma menção sobre a diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero e tampouco sobre orientação sexual. A ausência desses termos nas DCN de 2001 fortalece discursos que abastecem o currículo em medicina que constrói seu PPC baseado nessas diretrizes, e cuja base é formada por masculinidades hegemônicas, que deixam claro o potencial generificado e heteronormativo das condutas apresentadas

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

Para dialogar em consonância com os princípios do SUS, foram criadas em 2001 as primeiras Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Curso de Medicina (Resolução CNE/CES n.º 4, de 7 de novembro de 2001). No entanto, é válido lembrar que toda reformulação curricular se vale de estratégias simbólicas que têm como objetivo criar uma retórica forte para alcançar as mudanças desejadas e direcionar a criação de conhecimentos, sujeitos e realidades. No caso da Medicina, essas estratégias se encontram expressas na instituição do Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), ocorrido em 2002, numa parceria entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação (BRASIL, 2002), e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde I) em 2005⁴. Esses programas visam incentivar as Escolas de Medicina de todo o país a incorporarem mudanças pedagógicas significativas nos currículos dos cursos de Medicina, reafirmando as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001. Fica evidente a iminente articulação entre Instituições de Ensino, Políticas Públicas em Educação e

⁴ Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/sobre_o_pro_saude.html. Acesso em: 10 dez. 2022.

Saúde para adaptarem a formação em saúde conforme as necessidades, demandas e características da população.

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

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

Ao chamar de essenciais os conteúdos que selecionam, esse currículo acaba incluindo, em sua proposta, formas específicas de saberes e de conhecimentos. Ao definir os conteúdos considerados adequados para a formação médica, esse currículo exclui outros conhecimentos ou os coloca como menos importantes em sua proposta, como, por exemplo, se fixar em conteúdos biologizantes sobre os corpos sem considerar a diversidade humana. Assim, os conteúdos tomam a doença como um processo natural, biológico, e não dando a devida importância para o social, o coletivo, o público e a comunidade como fundamentais para o ensino médico e tampouco os viam como implicados no processo de saúde-doença. Ao excluir esses conhecimentos, ao considerá-los inadequados ou menos importantes para a formação médica, uma quantidade imensurável de população sofre a violência da invisibilidade, de ter seu cuidado em saúde subestimado e ineficiente. Ou seja, é fundamental, por exemplo, o debate da violência contra a mulher, do sexismo, do racismo e da LGBTfobia em articulação com os marcadores sociais da diferença no processo de saúde-adoecimento-cuidado e na organização do cuidado em saúde.

Após a elaboração da PNSI-LGBT em 2011, esse conteúdo é revisto pelas DCN de 2014 e reconhecida sua importância, sendo incorporado nas novas DCN, porém, sem orientação de como o mesmo deva ser abordado e em quais componentes curriculares deve ser trabalhado (BRASIL, 2014). Além de selecionar conteúdos, o currículo aqui em discussão faz questão de especificar com o que tais conteúdos deveriam estar relacionados: com saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade; da criança e do adolescente; saúde da mulher (UFCG, 2017, p. 31). Deste modo, ele impõe que os profissionais médicos devem realizar seus serviços tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas, sim, com a resolução do problema de saúde, tanto ao nível individual como coletivo.

De acordo com Meyer (2003), no campo da educação, o currículo se constitui como um dos elementos centrais dos debates sobre a escola — em sentido amplo, e seu significado social. A teorização educacional crítica, há muito tempo, consolidou a ideia de que o currículo não envolve apenas questões técnicas, relativas a conteúdos de ensino, procedimentos didáticos, métodos e técnicas pedagógicas, tal como ele era concebido pelas pedagogias tecnicistas dos anos 70 ou 80, enfatizando que ele é um artefato social e cultural que precisa ser compreendido e discutido considerando-se as suas determinações históricas, sociais e linguísticas. É enfatizado que, para garantir esse olhar ampliado do(a) médico(a) sobre o cuidado em saúde, as DCN definem estratégias a serem incorporadas nos currículos médicos, objetivando conduzir a aquisição de habilidade e atitudes pelos(as) egressos(as) de medicina. Isso é observado nas determinações previstas no Art. 12 da Resolução de 2001, que determina a inserção precoce dos estudantes em atividades práticas.

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

Por outro lado, ao colocar os estudantes como responsáveis pelo desempenho em temas que lhes são negados na teoria e, na prática, como gênero, diversidade e sexualidade, sem comprometer o aprendizado e a qualidade de atendimento prestado, é indiscutivelmente inviável. Também vale ressaltar que, aos estudantes, supostamente está sendo feito o convite para visitarem a “realidade” do serviço médico e assim, “pôr a mão na massa” e aprendendo, também, a partir do modelo de médicos preceptores e demais profissionais em saúde que, tiveram um currículo de formação médica muito provavelmente deficiente nesses temas e reflexões, gerando um cuidado em saúde deficiente e excludente. É transmitida, então, a responsabilidade de uma prática sem embasamento teórico aos estudantes. É gerada a expectativa da existência de uma medicina sensibilizada para diversidade de corpos biológicos e sociais, diversidade em seus sentidos mais amplos, mas não é efetivada nem na teoria, nem, na prática.

Os estudantes, assim como a maioria da sociedade brasileira, são profundamente marcados pela heterocisnormatividade, com pré-conceitos e leituras de corpos concebidos dentro deste padrão normativo. Com o intuito de se promover um atendimento humanizado,

integral, com equidade e eficiência, é indiscutível a importância de se trabalhar conteúdos curriculares que promovam a desconstrução desta normatividade antes que estes estudantes sejam convocados ao campo de prática. Observamos que são negadas aos estudantes que se formam a partir deste PPC, experiências de vida acadêmica que os aproximem do perfil do médico(a) generalista, humanizado(a), que se coloca na prática e na existência para além das relações assimétricas de saber e poder.

As dimensões corpo, gênero e sexualidade são inseridas no PPC

Analisando o PPC, observamos que essas dimensões se misturam — corpo, gênero e sexualidade são inseridos em discursos difusos, em alguns momentos capturei o corpo na análise e, logo, este atravessa gênero e por consequência, atravessa sexualidade. Ao pensar na história de produção de saberes sobre os corpos, Veiga-Neto e Lopes (2007) destacam que, para Michel Foucault, as forças, as quais ele nomeou de poder, atuam sobre o que os sujeitos tem de mais concreto e material; ou seja, seus corpos. Se foi possível constituir um saber sobre o corpo, foi através de um conjunto de disciplinas militares e escolares. E a partir de um poder sobre o corpo que foi possível um saber fisiológico, orgânico (FOUCAULT, 2014, p. 148-149).

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

Esse corpo como estrutura, como objeto é apresentado aos estudantes de medicina no primeiro período do curso, por peças de anatomia, lâminas de histologia, descrições moleculares em bioquímica. Não se trata, evidentemente, do corpo como os que os estudantes vêm na rua, em casa, na televisão, nas redes sociais, em suas relações sociais. Trata-se de um corpo, estrutura, objeto, que apenas existe nas aulas práticas e teóricas dessas disciplinas e livros. Sobre esse corpo, objeto tomado como “único” e “verdadeiro” no início do curso, meu pensamento vai de encontro a corpos que ocupam lugares que não pertencem a espaço algum.

Foucault, 2013, chama de corpo utópico o corpo sem corpo, o corpo incorporeal e, nesse sentido, ele utiliza de exemplo os corpos de múmias, que persistem através do tempo, uma utopia dos mortos. O que são as peças e dispositivos para simulações relacionadas ao exame físico do laboratório de habilidades clínicas (UFCG, 2017, p. 17); as peças anatômicas sintéticas, os cadáveres e suas partes mutiladas utilizados em aulas de anatomia (UFCG, 2017, p. 55), as lâminas histológicas, senão corpos utópicos, defuntos cuja utopia dos corpos é oferecida para estudo acadêmico, dos estudantes de medicina? Este questionamento surge pelo fato de as utopias narrarem um lugar que não existe (o corpo do defunto e seus membros esquartejados; as lâminas histológicas) e desabrocham em um espaço imaginário e, por isso, “situam-se na linha reta do discurso”, pois, a linguagem se entrecruza com o espaço. Deste modo, os estudantes iniciam o curso em utopias e heterotopias, entre discursos e saberes que articulam o visível e o enunciável — a linguagem, o olhar e o espaço. Dessa forma, a saúde não é apenas a ausência de doença, uma vez que o ser humano é um corpo que é uma máquina, e todas as explicações sobre o paciente serão dadas a partir de um "corpo vazio" e dividido em partes cujos mistérios do funcionamento apenas o médico domina. Saudável significa funcionando perfeitamente na maquinaria previsível e acessível ao entendimento médico — mas apenas a ele enquanto profissional, não aos demais profissionais da saúde. E muito menos aos próprios pacientes.

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

Mais adiante no curso, os estudantes fazem a sua entrada na clínica e veem “corpos reais” nas aulas teóricas e práticas, jamais fazendo encontro com esse corpo objetificado com o qual eles aprenderam até o momento. Corpos, entre eles o da mulher. Observa-se no PPC que existe a construção de um estigma diferença “natural” / “normal” entre os corpos, o que implicou a atribuição de um corpo particular às mulheres. E isso chama a atenção para o fato de o corpo medicalizado ter-se tornado um referente privilegiado para a construção de identidades pessoais generificadas. Nos referimos à disciplina Saúde da Mulher que se destina ao ensino de Ginecologia e Obstetrícia (UFCG, 2017, p. 90) ofertada no 8º período do curso, sendo marcada por termos como “diagnóstico de gravidez”; “Modificações fisiológicas da Gravidez”; “Parto”; “Cirurgias obstétricas”; “Semiologia Ginecológica”; “Fisiologia do ciclo

menstrual”; “Infertilidade”; “Doenças da Mama”; “Corrimentos Vaginais”; “Doenças Sexualmente transmissíveis”; “Neoplasias de Colo do Útero, Vulva, Vagina e Ovários” (UFCG, 2017, p. 90).

A partir desta leitura, fica evidente que a mulher é reduzida ao mérito da “Abordagem clínica, diagnóstica e terapêutica das principais enfermidades na área da saúde da mulher”. A própria definição de saúde da mulher me parece distorcida. Os objetivos desta disciplina revelam a visão mecanicista do sistema reprodutor — como as peças são, como se encaixam, como funcionam para reproduzir e destinando o conhecimento para a capacidade de reprodução, sem discutir órgãos sexuais, mas sim, órgãos/sistema reprodutor. É possível também reconhecer que, do 2º para o 8º período do curso, o estudante continua sendo conduzido por uma leitura de corpos destinados a servir como matrizes reprodutoras, objetos do patriarcado instalado no Brasil desde o período colonial, reduzidos às suas genitálias e mamas.

A medicina da mulher não encontra correspondente para o sexo masculino. O homem encontra-se pulverizado ao longo dos componentes curriculares, desmembrado em próstata e desempenho sexual: “Androgenia básica: impotência, infertilidade masculina e ejaculação precoce” (UFCG, 2017, p. 80) — trecho da ementa de Clínica Cirúrgica I na unidade de Urologia. Portador de um falo, o homem é resumido a este e próstata, ou seja, ele é visto como um corpo que deve gozar (potência) e fertilizar. Já a mulher, deve gestar e amamentar, desprezando quaisquer outros aspectos que remetam sua sexualidade. Os estudantes do curso não são provocados a refletir e expandir a leitura sobre os corpos femininos quando são excluídos, por exemplo, orgasmo feminino, orientação sexual, métodos contraceptivos, planejamento familiar, histerectomia facultativa e eletiva, mulheres transexuais, transgêneras, travestis, homens transexuais.

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

Pode-se observar, também, uma pulverização da dimensão etária do corpo nos componentes curriculares, não atentando para as especificidades do corpo idoso na relação com

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

Analisando discursos nos objetivos da disciplina Saúde da Criança e do Adolescente, ofertada no 8º período do curso, com 120 horas de carga horária, destacam-se “fatores de risco”; “etiopatogenia das enfermidades”; “fisiologia e fisiopatologia”; “conjunto de exames complementares” e “terapia adequada, farmacológica ou cirúrgica” (UFCG, 2017, p. 89).

Os discursos observados são biologizantes e lidam com esses corpos como reservatórios de doenças e comorbidades, corpos com urgência de tratamento e normalização. Temas como transgenitalidade, intersexualidade, homossexualidade e travestilidade, bissexualidade de um modo para além de faixa etária, surgem em uma taxonomia que hierarquiza, subalterniza, patologiza, medicaliza e mutila sujeitos, automaticamente considerados anormais, destoantes, estranhos, abjetos e, por conseguinte, tratáveis/corrigíveis pela Medicina. Um curso que visa geral proporcionar uma formação baseada “[...] também na sensibilidade humanística e na responsabilidade social [...]” (UFCG, 2017, p. 258) não atinge esse objetivo quando silencia esses corpos ao longo de todo o PPC analisado. É negar violentamente a existência dessas pessoas e negar aos médicos em formação e egressos o conhecimento acerca dessas existências e fragilizar a formação desses profissionais. Assim, sujeitos LGBTQIA+ seguem invisibilizados nos temas e ações de saúde na nossa sociedade.

É no currículo que “confrontam-se diferentes culturas e linguagens, e professores, estudantes e administradores frequentemente divergem em relação às aprendizagens e práticas que devem ser escolhidas e valorizadas” (MEYER; KRUSE, 2003, p. 337). Minha busca por corpos intersexos, através do uso de descritores como hermafroditas e ambiguidade de sexo, não trouxe resultado algum. Talvez uma justificativa para ausência do conteúdo sobre seres hermafroditas, pode estar associada as teorias biológicas, que defendem não haver espaço para alguém com os dois sexos/gêneros, apenas pessoas com um sexo e seu pressuposto gênero correspondente. Deste modo, é no corpo das pessoas com algum tipo de ambiguidade sexual ou que deixam margens para este tipo de dúvida que a medicina focará sua atenção, promover intervenção e criar uma maneira de interpretar os sexos.

Do 9º ao 12º período do curso, os estudantes circulam pelo estágio curricular supervisionado, que corresponde ao Internato. Os internatos são em Clínica Médica I e II — este ocorre em Serviços de Pronto Socorro, UTI e Enfermarias; Clínica Cirúrgica; Pediatria I e II e neste conteúdo há uma repetição de ementa e objetivos do internato em Clínica Cirúrgica e acredito que seja um erro documental, pois, os objetivos deste internato (Pediatria) estão definidos como “aplicar conhecimentos teórico-práticos em condutas médicas em cirurgia geral e anestesia” (UFCEG, 2017, p. 95) porém, a bibliografia básica e complementar é específica de pediatria e neonatologia; Ginecologia e Obstetrícia cujos objetivos é a aplicação dos conhecimentos teórico-práticos adquiridos em Saúde da Mulher e por fim, Saúde Coletiva I e II cujos objetivos são:

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

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

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

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

Reconhecemos que não se faz um currículo de formação médica sem os componentes curriculares acerca das dimensões biológicas (como exemplos, as disciplinas de anatomia,

histologia, embriologia), fisiopatológicas, propedêuticas, terapêuticas, enfim, isso é indiscutível. Porém, o discutível é, precisamos apenas destas dimensões de ensino-aprendizagem para formar nossos(as) médicos(as)? Este conteúdo exclui vidas, exclui corpos dissidentes e essa exclusão impede que tenhamos egressos eficazes, humanizados, generalistas, capazes de atuar no SUS exercendo os princípios da equidade e integralidade. Desta forma, a qualidade do sistema de saúde supostamente é sinérgica à formação de seus profissionais, pois, a formação dos profissionais em saúde deve refletir a realidade em transformação constante. Assim, seria uma garantia de universalidade, onde as especificidades de uma nação estivessem, em contrapartida, contribuindo para a efetividade do sistema que a acolhe e serve. Foi no biológico que os currículos se mantiveram por muito tempo e para o modelo biopicosocial que se deseja deslocar. Porém, é evidente que ainda são carregados de discursos biologizantes e masculinos, onde as relações de poder operam e se mantêm fortalecidamente, abraçando um sistema que se mantém influenciando e influenciado.

O curso analisado segue as normativas comprometidas em uma lógica, onde há valorização da vida biológica reprodutiva que promove a base dos cuidados em saúde — as DCN de 2001. E esses sujeitos produzidos nessa norma masculina, heterocisnormativa, constituem-se como profissionais do cuidado fragmentado, pois, seguem um modelo de formação em saúde fortemente influenciada pelo modelo biomédico de ensino. Não é só com essa visão de mundo biológico que facilmente normatiza e dita as regras em currículo, mas pela forma de suas relações com outros aspectos formativos, criando-se uma imagem que está posto para as relações sociais. O que observamos é uma base biológica que se coloca muitas vezes isolada e ditando os caminhos. Um currículo de formação médica que seleciona os corpos que acolherão no seu cuidado, é exemplo de violências curriculares que reforça e perpetua o sistema de relações assimétricas de poder.

Considerações finais

A medicina domina um saber — legitimado pelo poder científico — sobre o corpo humano, impondo um estado ideal e saudável — norma — de como deveríamos ser e estar no mundo. Se, porventura, nos desviamos do idealizado estado “natural” do qual deveríamos nos apresentar e portar, logo somos rendidos e conduzidos ao olhar clínico da medicalização, o único “olhar” capaz de nos (re)conduzir, ao imperativo maior da normalização. Estamos sempre sendo vigiados, nossos corpos estão sempre sendo vigiados e rotulados, normalizados,

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

Atentemos que, a escolha dos conteúdos a serem trabalhados em sala de aula não se constitui no campo da neutralidade. Ela se conecta, entre outras coisas, com os pontos de vistas pessoais, com os valores morais, com as escolhas políticas e religiosas dos(as) profissionais envolvidos(as) nesse processo.

Compreendemos serem múltiplas as formações discursivas — das normativas e diretrizes oficiais, científicas, biológicas/biomédicas, sociais, pedagógicas — que entram em disputa na composição curricular para a abordagem de saberes sobre gênero e sexualidade que acabam silenciando corpos LGBTQIA+ na formação médica, silenciando a diversidade ou diferença. Percorrendo esse argumento, identificamos que a produção de médicos(as) pelo currículo da UACV/UFCG aciona estratégias e técnicas de poder articuladas, ainda centradas no modelo biomédico, garantindo, como uma instituição de poder, a manutenção das relações de dominação e efeitos de hegemonia.

REFERÊNCIAS

BOLONHA, F. J. *et al.* Barreiras de acesso aos serviços de saúde enfrentadas pela população trans no Brasil: uma revisão narrativa. In: NASCIMENTO, A. R. S. *et al.* (org.). **Nem tudo é arco-íris: interfaces de saúde da população LGBTQIA+**. João Pessoa: Ative, 2022. *E-book*. p. 93-104. DOI 10.29327/562998. Disponível em: <https://editoraative.wixsite.com/editoraative>. Acesso em: 9 set. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 24 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde; **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: MS, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 24 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução n. 04 do CNE/CES, de 7 de novembro de 2001**. Dispõe sobre as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em medicina. Brasília, DF: MEC, 2001 Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 24 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n. 610, de 26 de março de 2002**. Institui o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED). Brasília, DF: MEC, MS, 2002. Disponível em: http://www.pp.ufu.br/Port_Inter.htm. Acesso em: 10 jul. 2021.

CALAZANS, G. J. *et al.* A experiência de Implantação da Política de Saúde Integral para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) no município de São Paulo. **BIS Boletim do Instituto de Saúde**, v, 19, n. 2, 2018.

COSTA, D. A. S. *et al.* Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. **Interface**, v. 22, n. 67, Oct./Dec. 2018. DOI: 10.1590/1807-57622017.0376. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/GZsw79s7SZGBXZ3QNBhNppn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2022.

FERREIRA, M. J. M. *et al.* Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. **Interface**, Botucatu, v. 23, n. Supl. 1, e170920, 2019. DOI: 10.1590/Interface.170920. Disponível em: http://old.scielo.br/pdf/icse/v23s1/pt_1807-5762-icse-23-s1-e170920.pdf. Acesso em: 15 set. 2022.

FOUCAULT, M. **O corpo utópico: As Heterotopias**. São Paulo. N-1 Edições, 2013.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: Nascimento da prisão**. Tradução: Raquel Ramallete. Petrópolis, Vozes, 2014. 302 p.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e revisão de Roberto Machado. 5. ed. Rio de Janeiro; São Paulo: Paz e Terra, 2017.

GIANNA, M. C.; MARTINS, R. B.; SHIMMA, E. Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais: desafios e realizações. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 98-104, 2018. DOI: 10.52753/bis.2018.v19.34595. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/34595>. Acesso em: 9 set. 2022.

LIONÇO, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saude soc.**, São Paulo, n. 2 p. 11-21, jun. 2008. DOI: 10.1590/S0104-12902008000200003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/NdCpsvRwnJVYHZhSwRNhfs/?lang=pt>. Acesso em: 9 set. 2022.

LONGHI, M. P. Ampliando o olhar para a população LGBT em um grupo de discussão com trabalhadores de saúde: potencialidade e desafios. **BIS Boletim do Instituto de Saúde**, v. 19, n. 2, p. 116-124, 2018.

MEYER, D. E.; KRUSE, M. H. L. Acerca de diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: um início de reflexão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 4, p. 335-339, 2003. DOI: 10.1590/S0034-71672003000400002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/69S9Mz8Fyw5S8NRwrCLDPbs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 9 set. 2022.

NEGREIROS, F. R.N. *et al.* Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da Formação Médica à Atuação Profissional. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 43, n. 1, p. 23-31, mar. 2019. DOI: 10.1590/1981-52712015v43n1RB20180075. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/tfbkrZY79FzFFHCnHpcffCw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 9 set. 2022.

PARAÍSO, M. A. Pesquisas pós-críticas em educação no Brasil: esboço de um mapa. **Cadernos de Pesquisa**, v. 34, n. 122, p. 283-303, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742004000200002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/JrF5H8r96wRTvTDLShzYpcM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 9 set. 2022.

RAIMONDI, G. A. *et al.* Análise Crítica das DCN à Luz das Diversidades: Educação Médica e Pandemia da Covid-19. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. Supl. 1, e135, 2020. DOI: 10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200361. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/ptG7YLFjwNjmbgsj7KYBwjH/?lang=pt>. Acesso em: 9 set. 2022.

RUFINO, A. C.; MADEIRO, A. P. 6 Práticas Educativas em Saúde: Integrando Sexualidade e Gênero na Graduação em Medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 170-178, jan. 2017.

SAADEH, A. *et al.* AMTIGOS - Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual, do IPq-HCFM/USP: proposta de trabalho com crianças, adolescentes e

adultos. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 86-97, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1016648>. Acesso em: 9 set. 2022.

SENA, A. G. N.; SOUTO, K. M. B. Avanços e desafios na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. **Tempus actas de saúde coletiva**, v. 11, n. 1, p. 9-29, 2017. DOI: 10.18569/tempus.v11i1.1923. Disponível em: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1923>. Acesso em: 9 set. 2022.

SILVA, T.T. **Documentos de identidade**: Uma introdução às teorias de currículo. 3. ed. 10. reimp. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE (UFCG). Projeto Pedagógico do Curso de Medicina UFCG. Campina Grande, PB: UFCG, 2017.

VEIGA-NETO, A. geometrias, currículo e diferenças. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 23, n. 79, p. 163-186, 2002. DOI: 10.1590/S0101-73302002000300009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/t4HbTMmJ4tHrJMV8xNQXMvm/?lang=pt>. Acesso em: 9 set. 2022.

VEIGA-NETO, A.; LOPES, M. Inclusão e governamentalidade. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 28, n. 100, p. 947-963, 2007. DOI: 10.1590/S0101-73302007000300015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/CdwxsTyRncJRf8nmrhmYjsg/?lang=pt>. Acesso em: 9 set. 2022.

CRedit Author Statement

Reconhecimentos: Ao programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Sergipe (PPGED/UFS).

Financiamento: Não há.

Conflitos de interesse: Não há.

Aprovação ética: O trabalho respeitou a ética em pesquisa. Não passou em nenhum comitê de ética em pesquisa, por se tratar de análise documental que não envolve seres humanos.

Disponibilidade de dados e material: Os dados e materiais que compõem a presente pesquisa estão em trâmite para serem disponibilizados no Repositório Institucional da Universidade Federal de Sergipe – RI/UFS.

Contribuições dos autores: **Fabíola Jundurian Bolonha:** Desenvolvimento da pesquisa e escrita do artigo. **Aldo Gonçalves de Oliveira:** Orientação na fundamentação teórica e metodológica da pesquisa; orientação da escrita do texto.

Processamento e editoração: Editora Ibero-Americana de Educação.
Revisão, formatação, normalização e tradução.

