



UDESC

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA EDUCAÇÃO – FAED
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – PPGE**

TESE DE DOUTORADO

**DO PRESCRITO AO VIVIDO: A
COMPREENSÃO DE DOCENTES
SOBRE O PROCESSO DE
EDUCAÇÃO SEXUAL EM UMA
EXPERIÊNCIA DE CURRÍCULO
INTEGRADO DE UM CURSO DE
MEDICINA**

YALIN BRIZOLA YARED

FLORIANÓPOLIS, 2016

YALIN BRIZOLA YARED

**DO PRESCRITO AO VIVIDO: A COMPREENSÃO DE
DOCENTES SOBRE O PROCESSO DE EDUCAÇÃO
SEXUAL EM UMA EXPERIÊNCIA DE CURRÍCULO
INTEGRADO DE UM CURSO DE MEDICINA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Estado de Santa Catarina como Requisito Parcial para Obtenção do Título de Doutora em Educação – Linha de pesquisa: Educação, Comunicação e Tecnologia.

Orientadora: Profa. Dr^a. Sonia Maria Martins de Melo

FLORIANÓPOLIS
2016

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UDESC

Y27d

Yared, Yalin Brizola

Do prescrito ao vivido: a compreensão de docentes sobre o processo de educação sexual em uma experiência de currículo integrado de um curso de Medicina / Yalin Brizola Yared. - 2016.

443 p. il.; 21 cm

Orientadora: Sonia Maria Martins de Melo

Bibliografia: p. 403-420

Tese (Doutorado) - Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de Ciências Humanas e da Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Florianópolis, 2016.

1. Educação sexual – ensino. 2. Professores – participação no planejamento curricular. 3. Currículos – Planejamento. I. Melo, Sonia Maria Martins de. II. Universidade do Estado de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Educação. III. Título.

CDD: 372.372 – 20.ed.

YALIN BRIZOLA YARED

**DO PRESCRITO AO VIVIDO: A COMPREENSÃO DE
DOCENTES SOBRE O PROCESSO DE EDUCAÇÃO
SEXUAL EM UMA EXPERIÊNCIA DE CURRÍCULO
INTEGRADO DE UM CURSO DE MEDICINA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Estado de Santa Catarina como Requisito Parcial para Obtenção do Título de Doutora em Educação – Linha de pesquisa: Educação, Comunicação e Tecnologia.

BANCA EXAMINADORA

Professora Dr^a. Sonia Maria Martins de Melo (Orientadora) – UDESC

Professor Dr. Paulo Rennes Marçal Ribeiro – UNESP

Professor Dr. Geraldo Augusto Locks – UNIPLAC

Professora Dr^a. Marina Patrício Arruda – UNIPLAC

Professora Dr^a. Ademilde Silveira Sartori – UDESC

Professor Dr. Lourival José Martins Filho – UDESC

Florianópolis, julho de 2016.

Dedico esse trabalho à minha **família** amorosa que luta ao meu lado e vibra a cada conquista. Que valorizam minha profissão e meus estudos e possibilitaram minha dedicação integral à carreira que escolhi. Sem seu apoio e incentivo constante, eu nada seria.

À meu pai Salomão, minha mãe Suzana, minhas irmãs Nadine e Larissa, meus cunhados Luciano e Alfredo, respectivamente. À minha avó Cornélia, sobrinha Glória, afilhada Olívia, sobrinho Henrique. Eternamente grata pela paciência e compreensão nas minhas constantes ausências.

Ao meu companheiro **Alisson**,

Com quem aprendo e reaprendo a cada dia a boniteza da simplicidade da vida como valor maior. Sua cumplicidade integral e seu amor incondicional potencializaram a realização desse trabalho com mais prazer, mais sorrisos, aquecendo meu coração e alma diariamente. Eternamente grata pela paciência e pela compreensão nas minhas muitas ausências.

AGRADECIMENTOS

À Professora Dr^a. Sonia Maria Martins de Melo, agradeço primeiramente pela confiança. Por acreditar no meu trabalho, na minha competência e no meu desenvolvimento para além do campo profissional, mas principalmente em potencializar minha *leitura de mundo* e o meu crescimento enquanto ser humano *no mundo* e *com* o mundo. Sou eternamente grata às suas orientações – de tese e de vida – seguras e extremamente profícuas. Orgulho de ter sido sua orientanda nesses quatro anos e grata à vida pela oportunidade da convivência e aprendizagem. Seu exemplo de ética, profissionalismo, humanidade e profunda sabedoria me inspiram e continuarão norteando constantemente a minha trajetória.

Aos professores Dr. Geraldo Augusto Locks, Dr. Paulo Rennes Marçal Ribeiro, Dr^a. Ademilde Silveira Sartori, Dr. Lourival José Martins Filho, por atender ao convite da Banca de Defesa, na certeza de valiosas contribuições.

Aos professores Dr^a. Geovana Mendonça Lunardi Mendes e Dr. Celso João Carminatti, Dr. Geraldo Augusto Locks, Dr. Paulo Rennes Marçal Ribeiro, Dr^a. Ademilde Silveira Sartori, por dignificarem esse trabalho com suas contribuições na Banca de Qualificação.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Educação FAED/UEDESC pela calorosa acolhida, pelos excelentes momentos de convivência e aprendizados, principalmente durante os encontros semanais nas disciplinas obrigatórias e optativas que realizei.

Ao Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro, representado pelo seu Diretor Professor Dr. Antonio Moreira, que me recebeu gentilmente durante o Doutorado Sanduíche.

Ao Professor Dr. Rui Marques Vieira, pelo convite para realizar o Doutorado Sanduíche, sob sua supervisão, da Universidade de Aveiro em Portugal. Foram dez meses de imersão social, cultural e acadêmica, proporcionando um aprendizado riquíssimo e vivências inigualáveis ao meu ser. Grata pelas brilhantes orientações e convivência que contribuíram para esse trabalho. Grata também à sua família que afetuosamente me recebeu e acolheu.

Aos meus colegas de doutoramento, na qual compomos a primeira turma de doutorado do PPGE/FAED/UDESC: Alaim de Souza Neto, Cristiane de Castro Ramos Abud, Fernanda de Sales, Luani de Liz Souza, Luci Schmoeller, Maria Aparecida Clemêncio, Patrícia Justo Moreira, Sandro de Oliveira e Tania Córdova. Pela convivência semanal durante os primeiros semestre do curso, pela companhia ao compartilharmos alegrias, dores e saberes em tantas etapas. Meu respeito, admiração e sincero desejo de saúde e sucesso pessoal e profissional a todos e todas.

Às brilhantes pesquisadoras do Grupo de Pesquisa EDUSEX – Formação de Educadores e Educação Sexual CNPQ/UDESC, pelo valioso aprendizado compartilhado durante todos esses anos. Pelos laços fraternos de amizade, generosidade, confiança, cuidado e auxílio que se cultivaram e ainda se cultivam entre nós. Minha trajetória foi muito mais segura e doce por ter a honra de fazer parte desse grupo.

A todos os membros do Grupo de Pesquisa EDUCOM Floripa – Comunicação, Educação e Tecnologia CNPQ/UDESC. Companhias fantásticas que tive a honra de conviver e que também contribuíram ao meu crescimento pessoal e profissional. Grata pelo rico aprendizado e por partilharmos tantos momentos alegres e fraternos.

À Gabriela Vieira, secretária do PPGE; aos técnicos Andréia Paternolli, Eduardo Antônio Angeloni e Ricardo Di Giacomo Donha e a todos os técnicos administrativos por eles representados. Muito obrigada a todos e todas pelo auxílio e

apoio nas mais diversas demandas burocráticas e acadêmica, sempre com competência e gentileza.

À Diego Branco Macedo, técnico universitário da Pró-Reitoria de Planejamento/PROPLAN/UNDESC. Pelo valioso suporte burocrático e pelo constante incentivo e apoio fraterno durante os quatro anos do curso.

À Universidade do Planalto Catarinense/UNIPLAC e Pró-Reitoria de Pesquisa Extensão e Pós-Graduação, pela receptividade e apoio na realização da pesquisa.

À Professora MSc. Maria Cristina Mazzetti Subtil, Coordenadora do Curso de Medicina da UNIPLAC e Professor MSc. Frederico Manoel Marques, ex-Coordenador, pelo total apoio e incentivo à pesquisa.

Aos docentes participantes, em especial, àqueles/as que se voluntariaram para realizar as entrevistas. Meus sinceros e profundos agradecimentos pela generosidade e valiosa contribuição. Sem vocês, essa pesquisa não existiria. À todos/as os/as docentes que já buscam alternativas emancipatórias para educar sexualmente.

À Viviani Coelho, Secretária do Curso de Medicina, pelo suporte gentil, ágil e competente diante de tantos contratempos.

Às minhas colegas de apartamento, Verônica Scarduelli e Cimara Motta, com quem compartilhei moradia nos dois primeiros anos de curso. Grata pela boa companhia, apoio, incentivo, cuidado e por partilharmos alegrias e cansaços do dia-a-dia.

À Elizane de Andrade, Diego Branco Macedo, Cristina Monteggia Varela e aos casais Roberta França e Leandro Maciel, Aline Zilli Ziliotto e Bruno Ziliotto, pela amizade e pelos fraternos acolhimentos em seus lares quando eu não tinha mais pouso definido. Eternamente grata pelo carinho e amável confiança.

À Cristina Monteggia Varela e Família. Pela amizade, companheirismo e apoio fraterno. Pelas amorosas e alegres

acolhidas em família. À Dona Vera, pelo seu doce sorriso e simpatia que transcende mundos.

À Raquel da Veiga Pacheco, Mellany Mattos, Francine Manfroi de Barros e Diogo França, pela amizade, constante apoio e diálogos ricos e fraternos.

À Rafael Brignoli e Andriago Rodrigues pela amizade e pelo precioso apoio e constante incentivo durante o árduo processo seletivo do doutorado.

À Iris Gabrielle Sena Silva, Camila Boaventura, Kaoli Cavalcante, Paulo Roberto, Joana Peixinho, Patrícia João, Ángel Camacho Alcázar e todas as queridas, amáveis e inesquecíveis companhias, brasileiras e estrangeiras, que tive enorme prazer em conhecer e conviver. Em suas iluminadas presenças, pude desfrutar de um extraordinário doutorado sanduíche em Portugal. Hoje, estamos todos distantes, mas as lembranças estarão sempre guardadas em meu coração. Desejo profundamente que vossos caminhos sejam repletos de sucesso e felicidades.

À todos e todas que passaram pela minha vida e que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desse trabalho e para que me tornasse o ser humano que sou hoje.

Especialmente,

Ao povo brasileiro, por conceder-me bolsas de estudos. No Brasil, primeiramente pelo PROMOP/UDESC e depois pelo CAPES/DS. E em Portugal, pelo CAPES/PDSE.

Toda prática educativa libertadora, valorizando o exercício da vontade, da decisão, da resistência, da escolha; o papel das emoções, dos sentimentos, dos desejos, dos limites; a importância da consciência na história, o sentido ético da presença humana no mundo, a compreensão da história como possibilidade jamais como determinação, é substancialmente esperançosa e, por isso mesmo, provocadora da esperança.

Paulo Freire

RESUMO

O presente estudo investigou a compreensão de docentes que atuam num Curso de Graduação em Medicina de uma universidade comunitária sobre a dimensão humana da sexualidade para desvelar processos de educação sexual vividos em uma proposta de currículo integrado que propõe mudanças paradigmáticas na formação médica. As questões problematizadoras da pesquisa enfatizaram a busca de profissionais da Educação por profissionais da Saúde, especialmente da área médica, para desenvolver processos de educação sexual nas escolas; ao mesmo tempo em que problematiza como são formados os novos médicos a partir de um projeto curricular que propõe mudanças paradigmáticas; e como foi formado o educador de médicos, no que se refere à temática da educação sexual. O paradigma filosófico do Materialismo Histórico Dialético foi definido como norteador da pesquisa. De natureza qualitativa, se configura fundamentalmente em um Estudo de Caso que utiliza o método dialético de análise da realidade. Os instrumentos da coleta de dados compreenderam, num primeiro momento, o uso de questionário e, num segundo momento, a entrevista semiestruturada áudio gravada. Dentre a população participante, 34 docentes responderam o questionário e, dentre estes, 15 docentes se voluntariaram para realizar a entrevista. A análise dos dados foi pautada na Análise de Conteúdo, conceituada por Bardin (2014) e Triviños (2012) e com complementos de Moraes (2003). Emergiram da análise a existência de contradições entre o proposto pelo Projeto Pedagógico do Curso (PPC) e o mundo vivido dos docentes participantes. Estas contradições representam indicativos de processos de educação sexual fortemente ancorados por paradigmas repressores de sexualidade somado ao paradigma da Medicina Científica, que se perpetuam por meio de currículos ocultos. A categoria emergente, fruto das contradições identificadas, surge no

desvelar de processos ambíguos presentes nas ações dos sujeitos participantes. O que representa um caminhar norteado ainda por dois paradigmas concomitantemente e sinaliza um processo de transição paradigmática. Portanto, a categoria emergente se desvela quando conseguimos identificar a reprodução ideal do movimento real do fenômeno em estudo. A análise da realidade pelo método dialético nos apresentou a ambiguidade, registrada no mundo vivido dos docentes, como sinais de esperança, pois afirma-se que há possibilidade, a partir do referido PPC, de vivenciar processos de educação sexual emancipatórios no Curso de Graduação em Medicina *locus* deste estudo. A pesquisa aponta também para a necessidade de fortalecimento da formação permanente e continuada no corpo docente, por meio da retomada de ações e decisões coletivas buscando efetivar uma práxis pautada no movimento ação-reflexão-ação.

Palavras-chave: Processo de educação sexual emancipatório. Curso de Graduação em Medicina em Currículo Integrado. Aprendizagem Baseada em Problemas – ABP. Formação de professores da Educação e da Saúde. Formação médica e educação sexual.

ABSTRACT

The present study investigated the understanding of teachers who work in a graduate course in medicine from a community college about the human dimension of sexuality to unveil sex education processes lived in integrated curriculum proposal that proposes paradigm changes in medical training. The problem-solving research questions emphasized the search for education professionals for health professionals, especially in the medical field, to develop sex education process in schools; while that discusses how new doctors are formed from a curricular project that proposes paradigm changes; and how it was formed the educator of doctors, with regard to the issue of sex education. The philosophical paradigm of Dialectical Materialism History has been defined as a guiding research. Qualitative, is mainly set in a case study that used the dialectical method of analysis of reality. The instruments of data collection included, at first, the use of a questionnaire and, second, the interview recorded audio semistructured. Among the participating population, 34 teachers answered the questionnaire, and of these, 15 teachers have volunteered to be interviewed. The data analysis was based on content analysis, conceptualized by Bardin (2014) and Triviños (2012) and Moraes (2003) complements. Emerged from the analysis the contradictions between what is proposed in the Pedagogical Course Project (PPC) and the lived world of the participating teachers. These contradictions represent indicative of sexual education processes strongly anchored by repressive paradigms of sexuality coupled with the paradigm of scientific medicine, which are perpetuated by hidden curriculum. The emerging category, the result of the contradictions identified, appears in the unveiling of ambiguous processes present in the actions of the participating subjects. What represents a guided walk by two paradigms concurrently and signals a paradigmatic transition. Therefore, the emerging category is revealed when we identify the ideal reproduction of the real movement of the

phenomenon under study. The analysis of reality by the dialectic method shows the ambiguity, registered in the lived world of teachers, as signs of hope, as it is stated, there is a possibility, from what is said in the PPC, experience emancipatory sex education processes in the course of undergraduate medical locus of this study. The research also points to the need to strengthen the permanent and continuing education with teachers, through the resumption of collective actions and decisions, seeking to accomplish a praxis guided by the movement of action-reflection-action.

Key words: Process of emancipatory sex education. Graduate Course in Medicine in Integrated Curriculum. Problem Based Learning – PBL. Teachers formation of Education and Health. Medical education and sex education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 01 – Formação Profissional	223
Gráfico 02 – Representação nos Cenários Reais Integrados em 2015.....	224

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Lista de Categorias e Subcategorias de Yared 2011.....	51
Quadro 02 – Cenários Reais Integrados.....	176
Quadro 03 – Estrutura Curricular do Curso de Medicina.....	182
Quadro 04 – Blocos estruturais do prescrito e do vivido para nortear a montagem dos instrumentos de coleta dos dados.....	209
Quadro 05 – Síntese básica do perfil dos 34 sujeitos participantes da pesquisa no questionário.....	221
Quadro 06 – Blocos estruturais do prescrito ao vivido separado por cores para nortear a busca de indicadores nas transcrições das entrevistas.....	249
Quadro 07 – Lista de Deuses, Deusas e seres da mitologia grega utilizados para pseudônimos.....	251
Quadro 08 – Lista de Pseudônimos dos sujeitos entrevistados.....	253
Quadro 09 – Recorte dos blocos estruturais do prescrito ao vivido separados por cores com foco na categoria principal.....	278
Quadro 10 – Recorte dos blocos estruturais do prescrito e do vivido separados por cores com foco nos blocos nº 2.2 e nº 4.....	299

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ABEM – Associação Brasileira de Ensino Médico
ACT – Admitido em Caráter Temporário
ANPED – Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEE – Conselho Estadual de Educação
CNE – Conselho Nacional de Educação
CONSEPE – Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão
CONSUNI – Conselho Universitário
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
DE – Disfunção Erétil
DST's – Doenças Sexualmente Transmissíveis
EDUPE – Grupo de Educação Permanente
EM – Escolas Médicas
EPAGRI – Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina
FAMEMA – Faculdade de Medicina de Marília
HPB – Hiperplasia Prostática Benigna
IES – Instituição de Ensino Superior
LGBTT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
LMF – Laboratório Morfofuncional
LPP – Laboratório de Prática Profissional
NAP – Núcleo de Apoio Pedagógico
NDE – Núcleo Docente Estruturante
ONG – Organização Não-Governamental
PBL – Aprendizagem Baseada em Problemas (*Problem-Based Learning*)
PPC – Projeto Pedagógico do Curso
PPGE – Programa de Pós-Graduação em Educação
PPP – Projeto Político Pedagógico
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
UBS – Unidade Básica de Saúde

UEL – Universidade Estadual de Londrina

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a
Ciência e a Cultura

UNIPLAC – Universidade do Planalto Catarinense

UPSC – Unidade de Prática de Saúde na Comunidade

SUMÁRIO

1	REFLEXÕES INTRODUTÓRIAS: DO MUNDO VIVIDO COMO PONTO DE PARTIDA AO DESVELAR DAS INQUIETAÇÕES TEMÁTICAS.....	27
1.1	EXPLICAÇÃO DOS PRESSUPOSTOS TEÓRICOS.....	57
2	PROCESSOS DE EDUCAÇÃO SEXUAL E O SABER MÉDICO.....	96
2.1	REFLEXÕES SOBRE A CONSTRUÇÃO E A LEGITIMAÇÃO DO SABER MÉDICO E SUA INFLUÊNCIA SOBRE A SEXUALIDADE DO BRASILEIRO.....	99
2.2	INDICADORES DOS REFLEXOS DO LEGADO HIGIENISTA E EUGENISTA EUROPEU EM PROCESSOS DE EDUCAÇÃO SEXUAL E EM AMBIENTES ESCOLARES BRASILEIROS.....	114
2.3	A TRAJETÓRIA DA FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL: COMPREENDENDO O CONTEXTO HISTÓRICO DA NECESSIDADE DE UMA MUDANÇA PARADIGMÁTICA.....	125
3	APRESENTANDO A PROPOSTA CURRICULAR DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA: BUSCANDO INDICADORES DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO SEXUAL EXISTENTE.....	152
3.1	DESVENDANDO UM PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO.....	152
3.2	O CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA EM FOCO.....	154
3.2.1	Inovações pedagógicas: uma proposta de ensino e aprendizagem aplicada à vida.....	161
3.2.2	Compreendendo a Proposta Curricular.....	173
4	MOVIMENTOS METODOLÓGICOS.....	187

4.1	CÚMPLICES FILOSÓFICOS: O CAMINHO PREFERENCIAL	188
4.2	ETAPAS DA TRAJETÓRIA	198
4.2.1	O Estudo de Caso	199
4.2.2	A Análise de Conteúdo pautada em Bardin, Triviños e Moraes	203
4.2.2.1	O processo da coleta de dados num estudo de caso: o encontro com os sujeitos da pesquisa	207
4.2.2.2	A análise dos questionários	219
4.2.2.3	A análise das entrevistas: conversando com os sujeitos	248
5	PROCESSO DE EDUCAÇÃO SEXUAL DO PRESCRITO AO VIVIDO: A AMBIGUIDADE VIVIDA NA TRANSIÇÃO PARADIGMÁTICA COMO SINAL DE ESPERANÇA.....	332
6	VERDADES PROVISÓRIAS E A TRANSIÇÃO PARADIGMÁTICA COMO SÍNTESE DA CONCLUSÃO DE UMA TRAJETÓRIA.....	396
	REFERÊNCIAS.....	403
	APÊNDICE.....	422

1 REFLEXÕES INTRODUTÓRIAS: DO MUNDO VIVIDO COMO PONTO DE PARTIDA AO DESVELAR DAS INQUIETAÇÕES TEMÁTICAS

Quando recorro minha trajetória profissional de apenas nove anos como professora – desde licenciada em 2007 até o término do curso de doutorado em 2016 – percebo intensas emoções e experiências riquíssimas vividas. Não diferente de muitos colegas recém-formados, no meu caso na graduação em Licenciatura em Ciências Biológicas, inicialmente enfrentei um árduo desemprego. Posteriormente, experienciei muitos momentos instáveis, passei por várias substituições como professora ACT (Admitida em Caráter Temporário) nas séries finais do Ensino Fundamental¹ em escolas públicas do Estado de Santa Catarina; fui profissional voluntária em projeto de extensão sobre o tema da sexualidade por dois anos; trabalhei em escola particular como professora do Ensino Médio e também como educadora na área de Ciências Naturais em projeto social do Governo Federal. E a mais recente experiência foi vivenciar, entre os anos de 2010 e 2012, a docência no Ensino Superior a partir da contratação como professora horista e em cargo de coordenação de curso de graduação numa IES comunitária², em cidade polo do interior do Estado de Santa Catarina.

¹ Nomenclatura utilizada na época, conforme art. 32 da Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Atualmente denomina-se de anos finais do Ensino Fundamental sob a Lei nº 11.274 de 06 de fevereiro de 2006 que altera a redação do art. 32 da Lei nº 9.394/96 e regulamenta o Ensino Fundamental de 9 anos.

² Instituições comunitárias são criadas pela sociedade civil e pelo poder público local e são reconhecidas pelas comunidades regionais como um importante fator de desenvolvimento. Sem fins lucrativos, com gestão democrática e participativa, constituem autênticas instituições públicas não-estatais em favor da inclusão social e do desenvolvimento do País, reinvestindo todos os resultados na própria atividade educacional. O envolvimento direto da comunidade acontece por meio dos conselhos e na própria gestão democrática. Disponível em:

Neste curto – mas intenso – espaço de tempo, busquei sempre refletir sobre as inquietações do cotidiano, ainda que mediada pelo senso comum inicialmente.

Neste papel que ocupei atuando como professora de Ciências e Biologia, existia sempre um sentimento de que algo estava faltando nas possibilidades de se falar sobre a questão do ser humano em sua inteireza, incluída aí a dimensão da sexualidade, o que já apontava para um currículo oculto que se expressava neste não falar, ou então, quando autorizada a aparecer essa temática em conteúdos recortados em livros de ciências, nesse caso esta “educação sexual” era vista na escola como obrigação do profissional de Ciências Biológicas. Por que causava espanto falar em sexualidade numa perspectiva de plenitude do ser humano? Esse meu sentimento de estranhamento a esse tipo exigido do fazer docente foi sempre fortalecido pela sensação de impotência para avançarmos nessas reflexões sobre esse assunto que parecia estar colado obrigatoriamente a esse fazer fragmentado sobre a corporeidade do ser humano exigido de um profissional oriundo das Ciências Biológicas.

Após entrar no mundo da pós-graduação *Stricto sensu* em Educação – Mestrado e, a partir deste instante amparada por uma visão um pouco mais crítica e dialética de mundo, refleti e reflito constantemente sobre a trajetória pessoal, profissional e acadêmica que vivenciei e sobre a que certamente vivenciarei futuramente. Isto porque tornou-se impossível não comparar minhas ações e posturas do passado com as possíveis e positivas mudanças em mim efetivadas, a partir do aprofundamento dos meus estudos e pelas perspectivas futuras, inclusive por meio de uma pesquisa no doutorado.

http://www.comunitarias.org.br/site/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=1

e em <http://www.universidadecomunitaria.com.br/comunitarias>

Acessado em 02/03/2016.

Foi durante um momento de ócio reflexivo – todavia a partir da minha entrada no pós-graduação *Stricto sensu* – que comecei a imaginar minha vida e a idade biológica que teria ao final do curso de doutorado. Tomei consciência de que, nessa etapa terei realizado dez anos de estudos além do curso de graduação – que foi finalizado aos meus vinte e um anos de idade. Serão dez anos de luta constante, de restrições, muito estudo, dedicação e disciplina, na esperança de buscar solidificar o meu caminho como professora pesquisadora numa perspectiva humanista. Ancorada em uma visão de mundo pautada no materialismo-histórico dialético, busco trabalhar no intuito de contribuir para o bem coletivo e, especialmente, no esforço diário de conseguir “pensar melhor”, pensar mais criticamente os fenômenos da vida. Para mim, torna-se cada vez mais evidente que “[...] o pensamento crítico é uma pedra basilar na formação de indivíduos capazes de enfrentarem e lidarem com a alteração contínua dos cada vez mais complexos sistemas que caracterizam o mundo actual.” (TENREIRO-VIEIRA e VIEIRA, 2000, p. 14).

Essa tomada de consciência surgiu com a convivência com colegas e amigos de outras profissões, onde algumas vezes sou questionada sobre o motivo de “estudar tanto”. Ao mesmo tempo, tornou-se nítido para mim parecer ser esse estudar tanto um desvalor implícito muitas vezes relacionado à classe docente: tanta dedicação, tanto esforço, pouquíssimo reconhecimento e “carteira vazia”. Senti isso na “pele” em algumas situações sociais que poderiam resultar em constrangimento, se não estivesse firme e confiante de que as minhas escolhas são realmente importantes, primeiramente na transformação do meu ser, depois da minha atuação no mundo, pois – sem desmerecimento a uma questão financeira digna e necessária a todo ser – acredito que meu Ser aprendente pode ajudar se fizer parte no combate às injustiças e na busca de uma transformação social do que aí está posto, na busca de um viver emancipatório, considerado por muitos tão urgente nos dias

atuais, na perspectiva de construção de uma sociedade humana, igualitária, justa e solidária. Afinal, somente o financeiro é importante? E o capital cultural e simbólico, independente de cada profissão?

Infelizmente na sociedade capitalista, que tem como expressão hegemônica um sistema liberal, individualista, excludente e desumanizador, incentiva-se e valoriza-se mais o “ter” do que o “ser” e a comparação com outras profissões torna-se inevitável quando algumas áreas do conhecimento são muito mais valorizadas em detrimento de outras – no meu caso, as Ciências Humanas. Percebi que esta questão vem de pilares da ideologia da educação capitalista, como bem coloca Mészáros (2008, p. 82, grifos do autor):

Tudo isso é parte integrante de uma educação capitalista pela qual os indivíduos particulares são diariamente e por toda parte embebidos nos valores da sociedade de mercadorias, como algo lógico e cultural. Assim, a sociedade capitalista resguarda com vigor não apenas seu sistema de educação contínua, mas simultaneamente também de doutrinação permanente, mesmo quando a doutrinação que impregna tudo não parece ser o que é, por ser tratada pela ideologia vigente consensualmente internalizada com o sistema de crença positivo compartilhado de maneira legítima pela sociedade livre estabelecida e totalmente não-objetivável.

E essa doutrinação permanente naturalizada contribuiu e contribui também na forma como os seres humanos, seres esses sempre sexuados, estabelecem relações sociais e a produção do seu modo de vida ao longo da história, visto que a sexualidade “não se encontra desvinculada de todo este processo educacional sócio-político.” (NUNES, 1996, p. 237). Isso influenciou, inclusive, no entendimento dicotômico entre corpo e mente numa expropriação do ser humano de sua dimensão da

sexualidade, entendimento que é majoritário até hoje nas entranhas do modo de produção vigente:

Ao longo da nossa existência, em todas as nossas relações sociais, fomos construindo e sendo construídos, elaborando histórica e culturalmente discursos, regras, modelos, posturas, exigências, cerimoniais, permissões e interdições, códigos em torno do sexo, tornando a sexualidade muitas vezes permeada de tabus, mitos e preconceitos que se perpetuam até nossos dias e que dizem respeito a determinados interesses das diferentes épocas, muitas vezes considerando as relações sexuais como sendo também relações sociais. (MELO et al, 2011, p. 24)

Contudo, a dimensão da sexualidade é “[...] parte indissociável de todos nós, em qualquer época de nossa vida, em qualquer ambiente, inclusive no escolar.” (MELO et al, 2011, p. 24). Assim, sigo confiante de minhas decisões e ações, lutando na busca de mais suportes teórico-metodológicos no enfrentamento desse paradigma social-econômico vigente, na busca de um constante caminhar por indicadores de um pensamento crítico em reflexão dialógica sobre a vida, visando a diminuição e a superação dos reflexos desumanizadores desse modo de produção capitalista, tão humilhante e explorador.

Evidente que esse diálogo nunca se esgotará, mas não reforça somente minha atuação como professora, mas como mulher, filha, madrinha, irmã, namorada, nessa perspectiva de possibilidades de ajudar na construção de um mundo pleno de dignidade e respeito para todos os seres humanos, em sua rica diversidade, possibilitando a cada um agir como ser humano integral, atuante no mundo que somos, na certeza de que o lucro não pode valer mais que as pessoas e nem pode ser o principal objetivo do nosso caminhar. E é com essa convicção que continuo atuando.

A partir das reflexões sobre minha formação inicial e sobre os desafiantes lugares por quais passei, os mais fortes exemplos de contradição que pude perceber e constatar surgem ao ingressar e produzir a dissertação no curso de Mestrado em Educação, denominada “A Educação Sexual Na Escola: tensões e prazeres na prática pedagógica de professores de Ciências e Biologia”, defendida no ano de 2011. Para mim foi uma catarse profunda que se instaurou em minha vida a partir daquele momento, emoção essa que percebo permanecer em mim. Sinto como se fosse um caminho sem volta e realmente o é. De um lado, sinto-me primeiramente, agradecida pelo doloroso processo de esclarecimento sobre o paradigma da sociedade capitalista desumanizadora onde vivemos, esclarecimento esse que brotou dos estudos pautados no materialismo histórico dialético, entendido como uma corrente de pensamento marxista que entende o ser humano – assim como o conhecimento científico e o mundo onde estamos inseridos – como seres inconclusos, em movimento, com possibilidades de mudança, portanto, em constante processo de transformação. Por outro lado, também estou apoiada na compreensão da Sexualidade Humana como dimensão inseparável da vida, tendo, a partir desses estudos, a consciência que todos somos seres sexuados, erotizados e sensualizados, em relações educativas que são sempre sexuadas.

Esses *insights* foram um rompimento de uma “cegueira”, passividade e alienação em mim instaurada como ser humano durante quase toda minha vida até então, inclusive na vida escolar. Novos medos e sensação de impotência se fizeram então presentes frente ao aumento do meu compromisso social com esse novo mundo que se desvelou para mim. Hoje caminho com novos desafios a enfrentar devido às grandes oscilações sentimentais e emocionais emergentes presentes agora no meu ser a partir dessa vivência hoje também embasada pelo pensamento crítico entendido “[...] como uma prática reflexiva, consciente e que também promove o autoconhecimento, ou seja,

o conhecimento dos sujeitos sobre si, sobre os outros e sobre sua visão de mundo.” (YARED, MELO e VIEIRA, 2015, p. 236).

São esses momentos de aflição, mas agora também de esperança, confiança e coragem, que me fazem constantemente refletir e – sempre – reconstruir o meu ‘que fazer’ profissional, sobre o real significado social de ser professora, nas escolas de vários níveis de ensino e também, portanto, nas universidades – particularmente na formação de novos professores e professoras e, mais especificamente, recentemente, de profissionais da área da saúde. Todos e todas sempre sexuados.

Relembrando novamente a minha formação inicial, ainda como estudante de curso de graduação em Licenciatura em Ciências Biológicas, percebo que questionei-me muitas vezes sobre as disciplinas cursadas, desenvolvidas durante anos, com o suposto objetivo de “preparar bem” a mim e meus colegas em professoras e professores atuantes nesse mundo. Mas como isso ocorreu? Quem eram as pessoas que desenvolviam esse papel? Quem fez parte dessa história e qual a importância de suas influências? Em que paradigmas viviam e trabalhavam?

Após tantos anos de estudos, impossível não lembrar de Paulo Freire nesse momento e ter clareza de que não cheguei “vazia”³ na Universidade. Faço parte de um processo histórico-social e me constituí, e continuo me constituindo, nessa mulher ao longo de toda vida. Assim, recordo-me do meu passado, da minha infância e, por conseguinte, da minha família, partes indissociáveis dessa constituição.

Nasci na cidade de Lages, o maior município em extensão territorial do Estado de Santa Catarina/SC. A família brasileira em que nasci, paternalmente tem origens no Líbano e maternalmente são descendentes de imigrantes italianos que moravam no Estado do Rio Grande do Sul/RS. Nesta convivência de tantos anos com avós, tios, parentes de modo em geral, ocorreram momentos marcantes, que influenciaram minha vida. Dentre esses momentos, lembro da figura masculina ser

³ Conforme obra *Pedagogia do Oprimido* (FREIRE, 2005).

incentivada para a educação e o trabalho, enquanto a figura feminina era orientada para o casamento, a maternidade e o serviço doméstico. Hoje, a partir do entendimento da dimensão da sexualidade ser inseparável do existir humano para homens e mulheres, evidencia-se claramente para mim essa separação de papéis de gênero na sociedade, ser reforçada por paradigmas repressores de sexualidade, o que ainda acontece nos dias atuais.

Tantas ocasiões ouvindo e observando a história e a vida de meus familiares foram importantes, não somente no meu processo educacional, mas no meu desenvolvimento integral como ser humano, o que conseqüentemente, influenciou e influencia a minha vida também como profissional. Meus pais foram e continuam sendo importantíssimos na minha educação, pois me apoiam até hoje, visto que, ao contrário de dogmas familiares e imposições sociais ancorados fortemente num paradigma repressor de sexualidade e, geralmente, impondo às mulheres o matrimônio e a maternidade, sou solteira ainda, sem descendentes e me dedico no momento intensamente à minha formação profissional. Sou grata a eles por sempre respeitarem a minha liberdade de escolha sobre minha vida e me apoiarem.

No prosseguimento de minha inserção no mundo e constituição como ser humano, também fui educada pelas escolas que passei. Esse processo teve início em uma escola lageana que adota o método montessoriano. Recordo dos mais diversos detalhes: das salas de aulas, das interações com as professoras, dos artefatos pedagógicos, da disposição das carteiras em pequenos grupos, do ambiente claro, agradável e acolhedor, das muitas risadas e brincadeiras. Em cada sala também havia, além do banheiro, tanquinhos para lavarmos nossos pratos e deixarmos tudo organizado após os lanches. Sentia na pele a convicção daquelas docentes, em contribuir “[...] positivamente para que o educando vá sendo o artífice de sua formação.” (FREIRE, 1996, p. 70). Práticas essas, dialógicas e libertadoras, que aparentemente buscavam romper com uma

postura passiva dos sujeitos, visando desenvolver a sua autonomia e a emancipação.

Aos seis anos de idade minha mãe me retirou dessa escola para me matricular em uma mais próxima de minha casa, dessa vez, numa escola franciscana, particular confessional, onde estudei até aos dez anos. Um novo método de ensino se instaurou em minha vida, juntamente com as sinetas, as filas, as orações nas datas comemorativas religiosas. Recordo-me mais claramente dos momentos vividos na escola montessoriana do que na escola franciscana confessional, pois comparando essas duas experiências frutos de abordagens curriculares diferentes, as sensações mais agradáveis e libertadoras foram na escola montessoriana. Quando lembro da rotina de minhas aulas na escola franciscana, as imagens que veem à mente são: as carteiras de madeira bem escuras dispostas enfileiradas – sendo que a minha mesa era o encosto do colega da frente, por isso elas precisavam estar sempre bem justapostas; a parede fria às minhas costas, pois eu sempre fui alta e conseqüentemente, era a última da fila na sala; o preenchimento constante dos livros didáticos; os constantes ditados; as provas; a disciplina; os corredores longos e assustadores; e, principalmente, o constante silêncio e um corpo disciplinado.

Claro, momentos bons e importantes existiram também nessa escola, todavia, particularmente, lembro que a insatisfação predominou, pois não foi apenas o método tradicional que me marcou profundamente. Lembro do medo terrível desenvolvido por mim por determinada professora devido a sua postura áspera, grosseira e completamente antidialógica e do preconceito que sofri por ser mais gordinha que as outras colegas da minha turma. Palavras como “baleia” e “gorda” estiveram presentes em quase todo o meu cotidiano. Porém, em nenhum momento recordo de ter recebido apoio da equipe pedagógica. A preocupação com provas, disciplinas e conteúdos era uma constante. Hoje percebo o processo de dicotomização do ser humano, separado em corpo e alma, num processo rígido de

controle e repressão de meu corpo, das normas, das palavras ofensivas que recebi e que eram vistas por mim como punições no meu viver social, num processo de desumanização, sentindo-me como corpo negado, pois “[...] ter o corpo negado é ser negado como Ser no mundo, é ver negado o próprio mundo.” (MELO, 2001, p. 165). E, conseqüentemente, significativamente distante de vivenciar naquele momento histórico esse mesmo mundo mais sensibilizado, solidário e justo.

Finalmente, fui cursar os anos finais do Ensino Fundamental, antigo ginásio, em uma das escolas públicas estaduais mais concorridas da cidade. Nessa escola era oferecido o ensino a partir da 5ª série (atual 6º ano) até o 3º ano do Ensino Médio, além de cursos técnicos. Embora público, pagava-se uma cooperativa e a apostila que a escola adotava. Um fator determinante foi o fato de que não havia vagas para todos os inscritos e a ordem de entrada era mediante a média das notas apresentadas, ou seja, só entravam os estudantes com as médias mais altas.

Nesse modo, embora também dentro de um currículo com metodologia tradicional, frequentei uma nova rotina: aulas regulares no período matutino e no vespertino aulas de Ed. Física e de Educação para o Lar, sendo que os rapazes frequentavam cursos técnicos, como por exemplo, Eletrônica e Mecânica. Sempre tive interesse em participar dessas aulas também e, embora tenha descoberto há poucos anos que “era de livre” opção, nunca foram ofertadas essas opções para as meninas, o que me fez vivenciar, mesmo sem perceber às vezes, durante vários anos escolares, a imposição da divisão de trabalho entre os gêneros e, subjetivamente, a valorização distinta destas ações. Pois, por ser menina, nas aulas de Educação Para o Lar, aprendi a varrer “corretamente”, a costurar, a bordar, a confeccionar artefatos para a cozinha, de Natal, de Páscoa, etc; sendo então reforçado curricularmente e explicitamente um determinado papel da mulher em sociedade que não a dignificava. Ressalto que o problema está quando somente mulheres aprendem essas

ações, ao mesmo tempo que não lhes são oferecido outras opções. Questionar? Não, isso nunca me passou pela cabeça. Assim como nunca percebi, nem questionei, na época, o currículo oculto existente sobre educação sexual existente nas escolas onde passei, esse currículo, que hoje vejo que, em maior ou menor intensidade reforçava uma falsa dicotomia entre o ser humano e sua inseparável dimensão da sexualidade, manifestada nessa repressão pela estereotipia de papéis binários de gênero, justificados por sermos corpos masculinos ou femininos.

Mas também, foi simplesmente nessa escola pública estadual que entendo me transformei com mais profundidade, pois contribuiu enormemente para o ser humano que sou hoje. Isso porque, durante essa passagem, vários professores, professoras e orientadores pedagógicos, mesmo isoladamente, foram importantes, marcando positivamente as nossas vidas como profissionais realmente mais humanos na perspectiva emancipadora. Foram exemplos de superação, confiança, dedicação, humildade e generosidade. Especialmente por nos estimularem e acreditarem em no nosso potencial de crescimento, levando-nos a acreditar que poderíamos “Ser Mais”⁴ ao invés de nos preocuparmos somente com o conteúdo da apostila a ser transmitido ou com cadernos a serem preenchidos.

Também vivi nesta escola momentos memoráveis relacionados intencionalmente à área da sexualidade. Lembro que durante as aulas, trocávamos escondidos entre os colegas gibis eróticos em preto e branco. Levávamo-los para casa escondidos nas mochilas ou tentávamos lê-los escondidos na própria escola, e depois, revezávamos na sua leitura. Não compreendia porque o afloramento dessas manifestações que sentia ser uma maravilhosa dimensão humana, não era bem aceito. Percebia, mas não compreendia inteiramente, que vivenciávamos novamente um currículo oculto de educação sexual, pois tratavam-se de “[...] mensagens ideológicas

⁴ Conforme obra *Pedagogia do Oprimido* (FREIRE, 2005).

embutidas tanto no conteúdo do currículo formal quanto nas relações sociais do encontro em sala de aula.” (GIROUX, 1997, p 56).

Portanto, percebo que o tema da sexualidade já despertava constante interesse em minha vida, mas até aquele momento só o havia estudado intencionalmente via “assuntos do âmbito biológico”, mesmo que vivesse intensamente, como todas as demais pessoas, esse currículo oculto sobre essa dimensão humana. Esses estudos ditos de âmbito biológico até eram apresentados no currículo formal intencionalmente tratando dos sistemas reprodutivo masculino e feminino e da fecundação, nas aulas de Ciências do 8º ano (antiga 7ª série). Percebo que foi explicitamente um processo de negação da sexualidade como dimensão humana inerente a todos os seres humanos. Assim, compreendi, por meio de um paradigma repressivo, que a sexualidade era reduzida ao sexo, à genitalidade e à algumas faixas etárias, mas não era explicado que tudo é sexuado (pois inclusive a educação sexual é uma temática presente em documentos curriculares brasileiros) e que o processo de educação sexual está sempre existente entre as pessoas. Assim, como esclarece Carvalho et al (2012, p. 48):

[...] a sexualidade é uma dimensão inseparável do existir humano. Portanto, os seres humanos, sempre sexuados, estão em permanente processo de educação com os outros seres no mundo, processo este também sempre de educação sexual. Somos, portanto, queiramos ou não, saibamos ou não, educadores sexuais uns dos outros.

Recordo de um momento único de abordagem intencional da sexualidade nesta escola pública, porém não numa perspectiva emancipatória. Durante um determinado momento do ano todas as turmas foram levadas ao auditório da escola para que fosse apresentado um teatro de fantoches. Alguns poucos momentos foram gravados na minha memória,

tendo como mais marcante a cena de “sexo” entre um fantoche que representava uma menina e outro fantoche que representava um menino. Ao final da “transa”, apresenta-se o menino indo embora e a menina lamentando que havia ficado sozinha e “perdido” a virgindade pela décima quinta vez. Quando encerrou-se a peça teatral, não houve diálogo e os responsáveis distribuíram camisinhas para todos/as os/as estudantes presentes.

Percebo hoje, nessa caminhada, que o processo de educação sexual que vivi, tanto em família como em momentos escolares, é expresso realmente por intensas lembranças da vivência de um poderoso currículo oculto, com poucas ações intencionais ancoradas numa perspectiva emancipatória sobre o tema, pois davam ênfase especialmente à abordagens repressoras da sexualidade, mesmo que com muita “boa vontade”. Em minha casa, o não falar intencional ou mesmo as atitudes mais repressivas frente a pequenos momentos sobre este tema, representavam claramente a transmissão de mensagens ideológicas e de determinadas normas, valores, tabus e crenças familiares.

Ao final do Ensino Médio, por meio do incentivo dos meus pais, prestaria vestibular e ir para um curso de graduação na Universidade, mas ainda não sabia qual curso escolher. Resolvi, portanto, realizar um exame vocacional aplicado por psicóloga e os resultados, dos quais lembro vagamente, foram os seguintes: aptidão para cursos das áreas de Ciências Humanas e/ou Ciências Biológicas. Neste sentido, as memoráveis aulas de Biologia do Ensino Médio e a admiração pelo respectivo professor foram mais fortes e escolhi o curso de Licenciatura em Ciências Biológicas – mesmo sem saber o significado da palavra “licenciatura”.

E essa revisão da trajetória, quando chego à Biologia levou-se à reflexão de que, dentre os pontos relevantes para a minha constituição enquanto mulher, sempre sexuada, numa busca permanente de contribuir para uma educação intencional

numa perspectiva emancipatória – como hoje me afirmo, pois na época só intuía essa dimensão – foi a consciência crítica sobre essa dimensão. E que essa construção gradual de um pensamento crítico e reflexivo, muito contribuíram os trabalhos e os estágios, voluntários e não-voluntários, vivenciados, pois esses espaços foram muito importantes no processo de relações sociais sempre educativas nas interações e convivência com outros sujeitos nas mais diferentes situações.

Dentro tantos estágios realizados, gostaria de destacar um em especial, o estágio voluntário realizado no Laboratório de Microbiologia da Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina – EPAGRI, *campus* Lages, com duração de seis meses. Além de realizar toda a rotina de laboratório, ganhei experiência e tive contato com ótimos pesquisadores. Dentre eles, um professor pesquisador, próximo de sua aposentadoria na época, Dr. Edemar Brose, que deixou em mim uma marca significativa. A paciência com que ele explicava todos os fenômenos era incrível. Com toda humildade, respeito e grandeza, ele passava aquela sensação de que realmente queria que nós, os estagiários – que sabemos o peso que essa palavra carrega – aprendêssemos. Possuía o prazer imenso de ensinar o que sabia e manifestava o desejo que o outro aprendesse e crescesse. Essa postura me cativou profundamente e, com certeza, ficou marcada no meu ser até hoje, esse exemplo de atuação pedagógica. Exemplo que me leva a procurar realizar o meu quefazer nesse mesmo caminho.

Todavia, a pesquisa para mim ainda apresentava-se particularmente como um campo obscuro, não era um assunto evidente durante minha formação, ou quando era, apresentava-se como algo extraordinariamente difícil. Hoje penso que essa situação pode ter ocorrido devido ao fato de que a universidade onde estudei e depois atuei como docente, foi reconhecida como tal apenas no ano de 1999, e o “espírito científico” ainda nela encontrava resistência, bem como as dificuldades para a questão

da pesquisa motivar a comunidade acadêmica, tanto de docentes como discentes.

Hoje, afinal, percebo a importância da pesquisa, tanto na educação como um todo, como nas questões específicas da dimensão da sexualidade e os processos de educação sexual vividos tanto em família como em escola e universidade. Hoje entendo que somos educados nas relações, que toda educação é relação e que sempre educa, que somos seres sexuados, portanto, toda educação é sempre um processo de educação sexual, pois queiramos ou não, saibamos ou não, somos educadores sexuais uns dos outros visto que todo e qualquer processo educativo não exclui a dimensão da sexualidade (MELO et al, 2011; FREIRE, 1996). Assim, percebo que nessa trajetória toda fui me construindo nessas relações diversas como ser humano sempre em processo de educação sexual.

Mas durante os quatro anos do curso de graduação em Ciências Biológicas uma educação sexual intencional numa perspectiva emancipatória esteve ausente na minha formação profissional. Diversas disciplinas específicas, disciplinas pedagógicas, semanas acadêmicas, tantos eventos na universidade de maneira em geral – visto a presença em vários cursos de licenciatura e da saúde, na época de um estágio obrigatório, todos esses momentos ressaltaram o desenvolvimento de um currículo oculto sobre o tema com pouquíssimas expressões intencionais na perspectiva emancipatória. Atualmente tenho a consciência da (de)formação da qual passamos, profissionais expropriados de uma formação plena, da consciência de sua corporeidade e da dimensão importantíssima da sexualidade, inseparável do existir humano. Hoje vejo que essa perspectiva corrobora com o que estabelece Silva (2005, p. 79), pois

[...] aprendem-se, através do currículo oculto, atitudes e valores próprios de outras esferas sociais, como, por exemplo, aqueles ligados à nacionalidade. Mais recentemente, nas análises

que consideram também as dimensões do gênero, da sexualidade ou da raça, aprende-se no currículo oculto, como ser homem ou mulher, como ser heterossexual ou homossexual, bem como a identificação com uma determinada raça ou etnia. (...) O currículo oculto ensina, ainda, através de rituais, regras, regulamentos, normas.

Apenas nos semestres finais da licenciatura foi que minha aproximação mais intencional com o tema aconteceu, quando cursei a disciplina de “Psicologia da Educação”, na 6ª fase. A professora da disciplina solicitou o fichamento de um livro e o tema poderia ser escolhido livremente. Lembro que busquei um pequeno livro na biblioteca que discorria sobre família e sexualidade. Para mim, este foi um momento ímpar e frutífero.

Esta ocasião coincidia com a mesma época em que o desenvolvimento dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) estava se tornando mais presentes nos assuntos da turma. Todos os estudantes começavam a organizar os temas de interesse e a formação dos possíveis grupos – eram obrigatórios duplas ou grupos de no máximo quatro estudantes – para desenvolver as futuras pesquisas. Minha vontade era desenvolver um TCC na área da sexualidade, pois havia me despertado um interesse extraordinário e estava disposta a enfrentar esse desafio.

Surpreendentemente, me espantei quando não obtive parceria de nenhum dos colegas de sala! Nem mesmo sendo uma licenciatura em Ciências Biológicas, área que depois percebi como uma das “autorizadas” a falar de recortes humanos sobre o tema da sexualidade humana. Burocraticamente, teria que abandonar essa ideia e me adaptar em outro grupo. Foi quando me espantei positivamente desta vez, pela segunda vez. Duas professoras apoiaram-me garantindo a realização da pesquisa: professora Dr^a. Lucia Ceccato de Lima – supervisora de estágio na época – e a professora MSc. Ana Rita de Souza – que encarou o desafio de ser minha orientadora, mesmo diante do aparente estranhamento dos demais frente ao tema e de ganhar, por me

aceitar e ao meu tema, apenas ¼ da porcentagem do valor referente às orientações – as quais sou eternamente grata. Minha inserção intencional como pesquisadora na temática neste momento começou a sair do senso comum e eu precisava aproveitar essa oportunidade. Assim, foi produzido o meu TCC intitulado “Liberdade sexual: mito ou verdade?” de 2006, um trabalho que queria “abraçar o mundo”, mas que foi um momento importantíssimo para delinear meu destino profissional e pessoal.

O primeiro passo estava dado. Primeiro passo de um caminho sem volta. Foi despertada uma paixão, fui contaminada totalmente pela temática e queria continuar meus estudos na área e, desta forma, procurei uma especialização em Educação Sexual. Queria aprender mais e necessitava de pessoas que me ajudassem nessa busca.

Iniciei em 2007, no município de Santo André/São Paulo, o referido curso de Pós-Graduação *Lato sensu* que durou dois anos. Período esse repleto de dedicação, esforço, aprendizado e, claro, descoberta de muitos autores. Consequentemente, tive uma ascensão constante em meus estudos e nas reflexões levadas à esfera particular, especialmente em análises de meus valores, tabus, mitos, pré-conceitos, ou seja, fui revendo de que forma a sexualidade foi se construindo, e se constrói, como parte inseparável do meu existir.

A curiosidade, a reflexão constante e a vontade de compartilhar estas descobertas, frente às necessidades de discussões sobre sexualidade na área da educação, fizeram com que me envolvesse em novos projetos, cursos de extensão, capacitações, eventos da área. Também promovia intervenções em educação sexual em outras escolas com estudantes do ensino fundamental e médio e era integrante voluntária do projeto de

extensão “Programa de Atenção à Sexualidade na Infância e Adolescência”.⁵

Quando participei pela primeira vez de um Seminário Internacional chamado Fazendo Gênero, na Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC em 2008, assisti uma apresentação de uma mestranda. Ela apresentava sua pesquisa desenvolvida na escola relacionada com o tema da educação sexual. Porém, a mestranda afirmou que os professores e professoras responsáveis pela educação sexual intencional dos estudantes eram os profissionais das disciplinas de Ciências e Biologia. Aquele momento me gerou grande perturbação, pois sabia da formação inicial que tive e que não estávamos preparados para tal trabalho. Durante o momento de debate dialoguei com ela e expliquei minha opinião e, foi esse episódio que, embora ainda estivesse terminando a especialização, motivou-me a procurar um curso de Mestrado.

Em busca de cursos de mestrado na área da Educação, fiz processo seletivo e ingressei na turma de 2009 no PPGE da Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC onde tive um corajoso e brilhante orientador, professor Dr. Geraldo Augusto Locks, que aceitou meu projeto de pesquisa na área da sexualidade. Foram momentos riquíssimos de aprendizagem mútua, além de ser eternamente grata pela sua imensa paciência durante o meu “despertar” daquele momento histórico. Percebi que meu orientador também demonstrava curiosidade pelas leituras e reflexões desenvolvidas sobre a temática da educação sexual, refletindo-se isso nos nossos profícuos debates.

⁵ Projeto em execução de 2006 a 2011 em escolas públicas da cidade de Lages, o qual era financiado pela assistência social da Universidade do Planalto Catarinense em parceria com a Organização Não-Governamental (ONG) Instituto Paternidade Responsável. Coordenado pela prof^a. Dr^a. Marivete Gesser e pelo Juiz de Direito e prof^o. Silvio Dagoberto Orsatto de 2006 a 2010 e, 2011 por mim voluntariamente.

Embora já tivesse algum conhecimento de autores como, por exemplo, Paulo Freire, Lev Vigotsky, Jean Piaget, Michael Foucault, foi a partir do curso de Mestrado que conheci melhor alguns deles, além de conhecer vários outros autores, como por exemplo, Antonio Gramsci, Ivor Goodson, István Mészáros, Karl Marx, Louis Althusser, Anthony Giddens, Boaventura de Sousa Santos, Danilo Streck, Carlos Frederico Marés, Milton Santos, Florestan Fernandes; além de vários autores relacionados à área da educação sexual, como César Nunes, Sonia Melo, Paulo Rennes Marçal Ribeiro, Mary Neide Figueiró, Cláudia Bonfim, Maria Bruns, Guacira Louro; dentre tantos outros que contribuíram – e continuam contribuindo – para a minha transformação no ser humano que sou hoje.

A vivência no *Stricto sensu* em Ciências Humanas caracterizou-se em minha vida pelas transformações nítidas que ocorreram em minha compreensão de mundo por meio da reflexão sobre as leituras efetivadas, com ênfase na questão da dimensão humana da sexualidade. Estas obras me fizeram compreender e, mais precisamente “ver”, como o modo de produção capitalista da vida que se instala em nossa sociedade, é desumanizador e como seus reflexos promovem o lucro e incentivam constantemente a formação de sujeitos individualistas e altamente competitivos, o que promove a educação como uma mercadoria, reproduzindo a função alienante para a classe dos dominados pela força material hegemônica, com a perda de poder daqueles mantidos em um processo alienador de vida, de transformarem-se em agentes políticos, ou seja, em sujeitos capazes de mudar as relações desumanas estabelecidas e nesse contexto, também a forma de compreender a dimensão da sexualidade como inseparável do existir humano, que passa também a ser força usada para repressão.

Como coloca Bernardi (1985, p. 141), “[...] sem dúvida, a repressão sexual e a repressão sócio-política nascem do mesmo tronco e crescem juntas, como tristes irmãs gêmeas

[...]” e, o autor acrescenta que, portanto, “a luta pela liberdade passa também pela luta por Eros”, porque é sempre uma luta política.

A esta altura, sempre em processo de aprendizagem – processo intenso que me acompanha até hoje – comecei a desvendar alguns questionamentos que não conseguia anteriormente. A sensação foi a de uma venda sendo retirada dos meus olhos, ao mesmo tempo que brotou em mim um sentimento de impotência e ignorância. Ao mesmo tempo, fui tomada de uma indignação e frustração pelos sofrimentos que essa alienação causou em minha vida.

Mas a partir dessas descobertas, de que o mundo pode ter outros paradigmas, uma semente de esperança se instaurou. As dúvidas e os questionamentos não cessaram. Surgiram e surgem até hoje, novos e mais complexos. Acredito que, se não tivesse passado por esse processo, talvez já tivesse desistido desta profissão – como muitos colegas. Os estudantes não precisam somente de amor e dedicação, e a indignação e a revolta emergidos durante minhas experiências me frustrariam cada dia mais. Por que temos sempre a sensação de estarmos com as “mãos amarradas”? Mas atualmente, após contato com vários autores críticos e dialéticos, desenvolvo uma postura utópica de uma sociedade mais justa, igualitária e das possibilidades de uma verdadeira luta pela transformação social, aí incluídos os direitos sexuais e reprodutivos como parte indissociável do existir humano. No entanto, não vejo isso ocorrer de outra forma, senão pela educação, pelo intermédio de uma verdadeira mudança no ensino, na escola, nas universidades e, conseqüentemente, na formação inicial e continuada dos professores, professoras e profissionais da saúde.

Nesse sentido, para auxiliar na busca das mudanças necessárias, a dissertação por mim desenvolvida focou-se então sobre a minha formação, ou seja, sobre o profissional licenciado em Ciências Biológicas e o tema da educação sexual, intitulado

“A Educação Sexual na Escola: tensões e prazeres na prática pedagógica de professores de Ciências e Biologia”, defendida no ano de 2011.

Paralelamente, na trajetória profissional, no último ano do curso de mestrado, ingressei como professora horista na própria Universidade, primeiramente no curso de Biomedicina e logo após, também no curso de Medicina, lecionando ao mesmo tempo nos dois cursos. Cabe ressaltar que no ano de 2008 foi decretada uma intervenção judicial da referida universidade em razão de dificuldades financeiras. A medida se manteve até 2014, onde o cargo de Reitor permanecia com a competência de gerir apenas a parte pedagógica dos cursos e o secretário de Finanças do município recebeu a missão de ser o interventor responsável. Minha experiência como docente universitária horista iniciou-se exatamente nessa realidade: supressão da hora-atividade (exceto para docentes do curso de graduação em Medicina), vencimentos da hora-aula com valor máximo como Especialista – para docentes substitutos – e falta de investimento em pesquisa. Tornei-me mestre, mas continuei com vencimento de especialista.

Assim, no período de dois anos e meio como professora horista no ensino superior, meu caminhar percorreu a atuação como docente no curso de Biomedicina – organizado numa estrutura curricular tradicional –, como docente no curso de Medicina – desenvolvido a partir de uma proposta de currículo integrado e orientado por competências – e, no último ano desse período, paralelamente, como coordenadora do curso de Ciências Biológicas; espaços estes que vivenciei até me afastar para o doutorado. O Curso de Graduação em Medicina tornou-se o foco maior de minha ação, pois foram os momentos em que se destacaram algumas necessidades de mudanças curriculares em cursos da área da saúde. E vivendo nesse cotidiano procurei dirigir ao mesmo um olhar mais atento à temática da educação sexual, sempre existente nas relações humanas e sua expressão no curso de Medicina.

Encontrei no curso de Medicina em questão um Projeto Pedagógico de Curso (PPC) que privilegia em seu texto uma “formação humana e científica de médicos e cidadãos”, que sejam capazes de análise crítica, autonomia, efetivo compromisso com a saúde, etc. E para minha surpresa, encontrei a Sexualidade Humana descrita intencionalmente neste PPC. Assim, seu currículo integrado orientado por competências preconiza a formação por meio de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, o que me levou a acreditar que, neste sentido, a abordagem da sexualidade naquele curso não poderia restringir-se à paradigmas repressivos com visão estritamente biológica, mas poderia levar em conta também os fatores, psico, sociais, históricos e culturais do desenvolvimento humano, prescritos inclusive em seu PPC.

Como se tratava de um curso novo, não somente para a própria instituição, mas a proposta de um currículo inédito na cidade, busquei seu histórico para conhecê-lo melhor – descrito na seção III. Esse era um mundo pedagógico novo para mim. Pretende-se na proposta deste curso de graduação que seus médicos e médicas sejam capazes de desenvolver intervenções da realidade, fortalecer iniciativas populares no processo de promoção e manutenção da saúde, com as dimensões biopsicossociais e autonomia das pessoas e da população, pessoas essas sempre corporificadas e sexuadas.

Nesta proposta de currículo integrado orientado por competências, que será melhor descrito posteriormente, o ensino é estruturado em Unidades Educacionais onde os estudantes trabalham em pequenos grupos. Foi especificamente no cenário “Tutoria” – sendo o/a profissional denominado de tutor/a – que vivenciei esta realidade. Era uma professora tutora, que convivia com outros professores tutores e tutoras, docentes não-médicos e docentes médicos/as de formação. Visto que sou licenciada em Ciências Biológicas, trabalhei com sub áreas do conhecimento como, por exemplo, Biologia Celular, Histologia, Fisiologia, Anatomia, Fisiopatologia, Necessidades de Saúde, etc.

Minha inserção no curso inicialmente ocorreu no 3º ano – Unidade Educacional Sistematizada vinculada à temática da dimensão sexualidade – e, posteriormente, no 1º ano com os calouros. Comparando essas duas experiências, particularmente concluí que o 1º ano do curso pode ser considerado a etapa mais difícil, pois envolve especialmente a adaptação dos estudantes ao novo paradigma de ensino médico e aos novos métodos de ensino-aprendizagem, sem disciplinas como estavam acostumados. Embora uma diversidade incrível de estudantes, pode-se ressaltar que na maioria das vezes, não esteve presente uma oportunidade de romper durante a vida escolar e acadêmica desses sujeitos históricos – incluindo a mim – não esteve presente uma oportunidade de se romper com a visão cartesiana de ensino. Assim, a resistência e a extrema dependência na figura do/a professor/a gerava revolta e indignações por parte de alguns estudantes. Discurso esse que pude ver ressignificado nos estudantes de 3º ano, pois muitos relataram não se imaginar mais estudando em métodos tradicionais. Eles estavam aprendendo a caminhar com as “próprias pernas” e essa sensação era gratificante.

Destaco que, no ano de 2011, por indicação de uma professora médica, um grupo de estudantes calouros solicitou meu apoio para organizar intervenção em uma escola pública localizada próxima ao posto de saúde que eles atendiam. Relataram como assustadora a quantidade de adolescentes grávidas e, devido contato com a escola, foram convidados para desenvolver “algum” trabalho sobre sexualidade com os estudantes do Ensino Fundamental. Foram convidados por serem da “área médica”, o que é muito comum nas escolas, que consideram essa área aquela autorizada a tratar do tema. Tinham como proposta inicial trabalhar os conhecimentos sobre métodos contraceptivos e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST’s), sendo que para o tema das DST’s, queriam aplicar o uso de data-show com figuras de pênis e vulvas doentes, ainda tão comumente usadas. Após uma longa tarde de diálogo e a minha

exaustiva – e ingênua – tentativa de orientá-los, em apenas algumas horas, para uma nova abordagem, na esperança de que conseguissem ampliar a compreensão da sexualidade e a educação sexual, foi obviamente em vão. Embora tivesse sucesso na escolha de outras técnicas utilizadas – ao refletir com o grupo, para lembrarem da própria experiência na escola e da subjetividade que aquelas fotos traziam – coloquei-me à disposição para que avisassem do momento que fossem na escola, pois se fosse compatível com meus horários, acompanharia o grupo. No entanto, não retornaram nem a ligação nem o *feed-back* sobre a intervenção.

Semanas depois encontrei a professora médica responsável e perguntei notícias sobre o grupo e a atuação na escola. Ela simplesmente agradeceu e disse alegremente que “tinha dado tudo certo”. Neste sentido, percebi que a cientificidade do campo da sexualidade e educação sexual, estavam sendo – novamente – banalizados e desprezados. Lembrei de Figueiró (2006) e seu alerta, pois a sensação era como se não houvesse a necessidade de estudo, reflexão crítica, dedicação e uma reeducação sexual individual e coletiva para se realizarem processos de educação sexual intencionais emancipatórios, como se “qualquer um” pudesse fazer de “qualquer jeito” e sem o embasamento científico necessário no planejamento destas ações. Desdenhasse – talvez pelo seu caráter polêmico, dogmático e de crenças pessoais – o rigor científico da Sexualidade e da Educação Sexual como um campo de produção de conhecimento científico e de autores credíveis como qualquer outra área do conhecimento. Aqui resgato Nunes (1996, p. 229) novamente, pois nos alerta que “[...] a compreensão emancipatória da sexualidade supõe o recurso às Ciências e a superação do senso comum”. Contudo, os momentos de frustração e de reflexão sobre as contradições que brotavam do cotidiano frente ao que lera na proposta curricular do curso, mantiveram-se constantes, pois o processo intencional sobre sexualidade no curso ainda iria me revelar mais surpresas, fato que aprofundarei mais adiante.

Concomitantemente àqueles eventos, realizei a defesa da dissertação intitulada “A Educação Sexual na Escola: tensões e prazeres na prática pedagógica de professores de Ciências e Biologia” e desvelei as seguintes categorias: compreensão da sexualidade, transversalidade e diversidade sexual na escola; e as seguintes subcategorias: formação docente, a imagem do profissional de Ciências Biológicas e encarando a transversalidade – tensões e prazeres na prática pedagógica. Para melhor entendimento, podem ser visualizadas no quadro abaixo:

Quadro 01 – Lista de Categorias e Subcategorias de Yared 2011

Categorias	Subcategorias
Compreensão da Sexualidade	Formação Docente
Transversalidade	A Imagem do Profissional de Ciências Biológicas
	Encarando a Transversalidade: tensões e prazeres na prática pedagógica
Diversidade Sexual na Escola	-

Fonte: YARED, 2011, p. 69.

Diante das análises, constatei que uma vertente repressiva de sexualidade permeava a maioria das práticas pedagógicas nos ambientes escolares das professoras entrevistadas. Denominada, portanto, de vertente médico-biologista de sexualidade, refletido numa vertente pedagógica de educação sexual (NUNES, 1996) – que discorreremos na seção I – encontra-se ainda predominante em muitas abordagens escolares nos dias atuais. Esse entendimento promove uma abordagem fragmentada, dicotomizada e reducionista dos seres humanos, restringindo a sexualidade ao ato sexual e à reprodução por meio de explicações estritamente biológicas referente apenas às informações anatômicas e fisiológica dos sistemas reprodutores, DST’s, gravidez e métodos contraceptivos – entendimento esse que corrobora o encontrado na maioria dos livros didáticos de Ciências e Biologia utilizados

até hoje. Voltado à repressão e controle da condição humana, promove um discurso conservador, discriminando as práticas sexuais e afetivas fora da heteronormatividade, bem como “[...] o sexo é classificado pelas disfunções e pelas anomalias sexuais; [...] e existe a negação do prazer pois a única função do sexo é a reprodução.” (YARED, 2011, p. 49 e 50).

Também averigui em minha pesquisa de mestrado a inexistência de um trabalho intencional sobre sexualidade e educação sexual na maioria dos cursos de formação inicial e continuada de professores e professoras. Mas as docentes entrevistadas apontaram que são as profissionais vistas pela cultura escolar como responsáveis e autorizadas para um processo de educação sexual intencional junto aos estudantes, pois é um “conteúdo” presente nos livros didáticos de Ciências e Biologia, conseqüentemente, seria nossa “obrigação”. Percebi-me refletida em suas falas, pois vivenciava as mesmas inquietações na posição de “professora autorizada” para trabalhar o tema junto aos estudantes. Todavia, uma dúvida ainda era constante: o que nos tornava os profissionais responsáveis e autorizados?

Ainda, as professoras entrevistadas relataram que devido a esta lacuna em sua formação, sentiam-se descreditadas, apresentando medo e insegurança ao abordar o tema, além de acreditarem que não passavam credibilidade aos estudantes. Não possuíam também a consciência que o não falar é um educar sexualmente, pois todas as relações entre seres humanos são educativas e, portanto, corporificadas e sexuadas.

Diante disso, conseqüentemente, pude comprovar que a escola é um espaço que constantemente recorre à profissionais da área da saúde para ministrar palestras de educação sexual. São convidados, por exemplo, médicos/as, psicólogos/as, enfermeiros/as ou técnicos/as de enfermagem, como alternativa para essas ações pedagógicas intencionais em sexualidade e educação sexual. Grande parte das escolas promovem esses eventos principalmente por acreditarem que os profissionais da

saúde são os verdadeiros autorizados e suas intervenções garantirão mais credibilidade na ação.

Inquietei-me mais, a partir daí, primeiramente devido a minha vivência como professora de Ciências e Biologia, sentindo-me igualmente “responsável e autorizada” pela cultura escolar em processos de educação sexual, mas também fruto de um currículo oculto de uma vertente repressora de sexualidade num entendimento médico-biologista, ao qual havia tomado consciência. Também inquietei-me pela convicção desse poder brotar de paradigmas repressivos disseminados em currículos ocultos, visto que, após essa tomada de consciência, muito refleti também sobre o meu curso *Lato sensu* em Educação Sexual. Indiscutível sobre a importância na minha vida, mas percebi que a maior parte dos encontros, os temas e as abordagens no curso foram ancoradas na vertente médico-biologista da sexualidade, assim como lá estava presente o não desvelamento e a conscientização crítica sobre outros paradigmas existentes na área da sexualidade humana. Também inquietei-me, especialmente, pela minha atuação como docente no curso de Medicina e na (con)vivência com professores e professoras durante a formação daqueles futuros médicos e médicas. Durante minhas observações empíricas, fui percebendo pistas de real possibilidade de brotar ali aquele profissional da área médica também autorizado – ou muito mais, conforme seção II – como o profissional de Ciências e Biologia. Minhas inquietações tornaram-se cada vez mais acentuadas, pois diante das leituras que realizei sobre a proposta curricular do curso de Medicina onde atuava, percebia um prescrito com possibilidades de romper com paradigmas repressivos em processos de educação sexual, mas nas vivências se instaurava o desafio na formação daqueles futuros profissionais que, por serem médicos e médicas, seriam os autorizados a “fazer educação sexual”.

Essa omissão da consciência sobre a dimensão da sexualidade e sobre o processo de educação sexual sempre existente entre as pessoas (que são partes importantes, portanto

de um possível currículo oculto) na formação continuada intencional do corpo docente do curso pode ter contribuído para o reforço de paradigmas repressivos de sexualidade, auxiliando assim, na perpetuação do paradigma vigente do modo de produção capitalista: desumanizador, descorporificado e dito assexuado. O que diverge da utopia de uma formação de ser humano livre, cidadão democrático, inseridos no mundo mediante seus corpos sexuados que subjaz na Proposta Pedagógica do Curso de Medicina onde atuei.

Neste sentido, se propostas curriculares ancoradas em métodos tradicionais de ensino-aprendizagem contribuíram para sacralizar a figura do profissional médico/a como autorizado em processos de educação sexual numa proposta curricular diferenciada que pressupõe o humano visto como integral, a autonomia e a interdisciplinaridade na formação de médicos e médicas humanizados e cidadão e cidadãs críticos, como isto é tratado? A minha tese, no início da pesquisa e portanto ainda empírica, partindo da profissional que lá estive, foi a de que essa proposta curricular pode romper com paradigmas repressivos de sexualidade e abrir caminhos para incentivar a vivência de processos de educação sexual como temática emancipatória. Contudo, para alcançar tal resposta tornou-se necessário estudar o prescrito e explorar o vivido.

Neste sentido, minha busca pelo curso de doutorado baseou-se numa figura de um orientador ou orientadora que desenvolvesse pesquisas na área da educação, na formação de professores, em interfaces com a área da sexualidade e educação sexual e, portanto me proporcionasse essa oportunidade de continuar meu crescimento e aprendizado ao seu lado. Sempre compreendendo que a construção da compreensão sobre a sexualidade ocorre ao longo da vida dos seres humanos por meio de muitas formas, influenciando seu modo de pensar, sentir e agir, possuindo, portanto, características singulares. Cada sujeito atravessa os diferentes períodos da vida trazendo consigo imagens, recordações e valores da convivência escolar, social e

familiar, as quais proporcionaram sua construção de ser humano e influenciam na sua interação com o mundo. Assim, “[...] a sexualidade é um universo que precisa ser entendido como um conjunto de atividades, posturas, opções, modos de vida, subjetividade e alteridade, resultantes das relações sociais.” (SILVA, 1998, p. 120).

Essa reflexão introdutória em forma de memorial ressalta a urgente e necessária análise da compreensão de docentes de um curso de medicina sobre a dimensão sexualidade e os processos de educação sexual ali vivido e como estes percebem e vivenciam o tema ao longo de sua prática pedagógica. Porque são, na maioria das vezes, prioritariamente, os profissionais autorizados e requisitados pelo ambiente escolar para se trabalhar o tema da sexualidade e educação sexual. Realizar a busca de uma análise crítica e reflexiva sobre a formação destes profissionais, a partir de estudos baseados num curso de Medicina que se propõe diferente, pode contribuir para processos intencionais de educação sexual pautados numa vertente emancipatória na realização de formação inicial e continuada do professores, inclusive os de um curso de Medicina, que refletem seus valores sobre a temática nos médicos e médicas que ajudarão a formar no PPC prescrito. Novas questões brotaram com muita força tais como: como essa formação realmente ocorre na prática? Como concretamente os docentes que lá atuam põem em ação esse currículo diferenciado que se propõe a formar médicos e médicas humanitários e cidadãos críticos? Compreendem eles o processo de educação sexual que sempre existe nas relações humanas e que esta temática perpassa todo o curso, em todas as suas expressões? Como abordar um ser humano inteiro sem falar da dimensão sexualidade? Como nos interpela Nunes (1996, p. 235) nos levando à questão clássica: “Quem educa o educador?”.

Ao revelar a compreensão desses profissionais sobre a temática busquei obter resposta para estas perguntas: quem é e como foi formado esse formador de médicos, no que se refere à

temática da educação sexual? Como são formados então, esses profissionais da saúde, que seriam os especialistas autorizados e mais procurados pelos profissionais da educação para tratar desse assunto nas escolas? Os docentes que vivenciam esta proposta curricular compreendem os processos de educação sexual existentes?

Sabemos do poder social singular dessa profissão na sociedade contemporânea, mas há que se resgatar que médicos e médicas são também pessoas sempre sexuadas, assim como seus docentes dos cursos que os formam, para os quais a construção da sexualidade também ocorre ao longo da vida, tenham consciência disso ou não, de muitas formas influenciando seu modo de pensar, sentir e agir. Portanto, possuem características singulares que se constroem e são construtoras de saberes e práticas tanto individuais quanto coletivas. Por isso reiteramos que cada ser humano atravessa os diferentes períodos da vida trazendo consigo imagens, recordações e valores da convivência escolar, social e familiar, as quais proporcionam sua construção de ser humano e influenciam na sua interação com o mundo. Minha trajetória buscou responder se esses docentes têm clareza dessas questões.

Numa proposta curricular que propõe mudança paradigmática na formação médica e utilizando a interdisciplinaridade como pulsão de vida, se viver em plenitude o prescrito em seu PPC é possível vivenciar processos de educação sexual num paradigma emancipatório? Portanto, tivemos como objetivo geral investigar a compreensão de docentes que atuam num curso de graduação em Medicina sobre a dimensão humana da sexualidade para desvelar processos de educação sexual vividos em um proposta curricular que propõe mudanças paradigmáticas na formação médica.

Como objetivos específicos: a) identificar processos sócio-históricos de construção do saber médico que determinam sua transformação em autoridade legitimada junto às instituições escolares em processos de educação sexual; b) desvelar o

contexto histórico paradigmático na formação médica; c) desvelar indicadores do processo de educação sexual no projeto pedagógico do referido curso; e d) investigar e analisar a compreensão dos docentes sobre o processo de educação sexual vivido em suas práticas pedagógicas.

1.1 EXPLICITAÇÃO DOS PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

A dimensão da sexualidade encontra-se na base das expressões humanas, constituinte da condição ontológica, visto que não é uma simples expressão biológica, pois os seres humanos têm a consciência do prazer e do desejo intencional, transformando-a também em atividade erótica e sensual. Nesta perspectiva, afirmamos que o ser humano não ‘tem’ sexualidade, ele ‘é’ sexualidade (CABRAL, 1995).

A partir desta afirmação abrimos esta subseção destacando que o mesmo terá o propósito de apresentar nossa justificativa e nossos pressupostos teóricos, que serão embasados nas categorias *a priori* que iluminarão toda a pesquisa como ponto de partida. Consideramos importante detalhar nossos fundamentos e categorias *a priori* ao longo desse texto porque são nossas verdades provisórias, são as perspectivas que utilizaremos para fundamentar o campo da pesquisa. Partimos do pressuposto de que neutralidade científica é uma falácia e que os pesquisadores e pesquisadoras não vão à campo neutros, pois o trabalho científico também se faz “[...] a partir de seus conhecimento e teorias, dos discursos em que se inserem.” (MORAES, 2003, p. 193).

Por isso, também concordamos com Freire (1996, p. 71) de que “[...] neutralidade não existe [...]”, que cada pesquisador e pesquisadora pressupõe um conjunto de significados que utilizam em seus estudos e, conseqüentemente, a pesquisa

[...] é feita a partir de alguma perspectiva teórica, seja esta consciente ou não. Ainda que se possa admitir o esforço em colocar entre parênteses

essas teorias, toda leitura implica ou exige algum tipo de teoria para poder concretizar-se. É impossível ver sem teoria; é impossível ler e interpretar sem ela. Diferentes teorias possibilitam os diferentes sentidos de um texto. (MORAES, 2003, p. 193)

Nesse sentido, conscientes de nossos pressupostos teóricos – aqui expressos como a base das categorias *a priori* – e como mencionado anteriormente, nossa visão de mundo e a pesquisa são norteadas a partir do paradigma filosófico do Materialismo Histórico Dialético tendo o método dialético para a análise da realidade – que serão detalhados na seção IV.

Prontamente, entendemos que a sexualidade “[...] é uma dimensão indissociável do fato de sermos humanos [...]” (MELO et al, 2011, p. 23), em qualquer momento de nossas vidas e em qualquer ambiente, incluído aí, inclusive os ambientes escolares. Na sociedade em que vivemos, a sexualidade, seus discursos e práticas perpassam todos os âmbitos da vida, assim “[...] somos seres humanos sempre sexuados ao estabelecermos as relações sociais, na produção do nosso modo de vida, ao construirmos nossa história da sexualidade ao mesmo tempo em que ela nos constrói.” (MELO et al, 2011, p. 24).

Por isso, a dimensão sexualidade é inseparável do processo sócio-histórico da constituição de vida dos seres humanos. Logo, como sujeitos sexuados no mundo, entendemos que sempre nos relacionamos uns com os outros, aí incluída a dimensão sexualidade inseparável do existir humano. Reiterando as minhas reflexões introdutórias, entendemos que a educação é um processo permanente e contínuo na relação entre seres humanos, portanto, “[...] os seres humanos, sempre sexuados, estão em permanente processo de Educação com os outros seres no mundo.” (CARVALHO et al, 2012, p. 48). Nesse sentido, como afirma Freire (2005, p. 79), “[...] ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo [...]” e, conseqüentemente,

“[...] processo esse também sempre de Educação Sexual.” (CARVALHO et al, 2012, p. 48). A vida é, portanto, sempre um processo de educação sexual entre os seres humanos.

Essa compreensão corrobora com a perspectiva de Nunes (2005), para a qual a sexualidade e o processo de educação sexual também se apresentam inseparável do existir humano, sendo a educação um fenômeno tanto social quanto humano, com suas determinações históricas, não se reduzindo a um processo de escolarização ou de instrução. Nunes (2005, p. 30) afirma, inclusive, que toda sociedade ou grupo social é uma agência educadora, pois “[...] educar é produzir o homem, construir sua identidade ontológica, social, cultura, étnica e produtiva [...]”, portanto, neste sentido, educar é “[...] construir redes de significações culturais e comportamentos padronizados de acordo com os códigos sociais vigentes.” Por isso, reafirmamos que conseqüentemente, sempre “[...] somos, queiramos ou não, saibamos ou não, educadores sexuais uns dos outros.” (CARVALHO et al, 2012, p. 48). E nesse sentido, “[...] todo esse processo educativo, seja formal ou informal, é sempre sexuado [...]”, por isso, “[...] a educação sexual, com todos seus componentes explícitos e implícitos, formais e não formais, não escapa a essa dimensão sociopolítica e cultural.” (MELO, 2011, p. 39). Porém, para melhor compreensão, discorreremos sobre estas importantes reflexões iniciais de que a dimensão sexualidade é inseparável do existir humano, pois somos todos sexuados, sendo que os seres humanos se educam nas relações sempre sexuadas, sendo os processos educativos, frutos das relações entre humanos, também sempre sexuadas, portanto, queiramos ou não, saibamos ou não, somos sempre educadores sexuais uns dos outros. Essas reflexões transformam-se nesse trabalho em indicadores iniciais das categorias *a priori*, que constituem e se materializam na categoria principal desse trabalho, a saber, processos de educação sexual emancipatória.

Após trajetória pessoal e profissional relatada, assim como os resultados obtidos na pesquisa de mestrado –

demonstrando ser esses processos educativos e sempre sexuados influenciados por paradigmas repressores de sexualidade ancorados fortemente no aspecto biológico reducionista – o interesse de pesquisa continuou focado no campo científico da sexualidade humana, nos processos de educação sexual existentes entre os seres humanos, mas focou-se especialmente na formação de professores para a educação e para a saúde e, conseqüentemente, para professores para os profissionais da área médica. Esse interesse se fortaleceu pela vivência relatada como professora de Ciências e Biologia e, posteriormente, como docente do curso de graduação em Medicina, pois durante a vivência no referido curso percebi que a possível aproximação à vertente médico-biologista descrita por Nunes (2005) é que tornava verossímil a responsabilidade e a “autoridade” dos médicos e médicas para trabalharem esse tema quando convidados pelas escolas.

Ressalto que minha inserção no curso *locus* desta pesquisa – que será descrito na seção III – realizou-se no 3º ano (na época, permitido para docentes não-médicos) com Unidade Educacional denominada “Vida Adulta, Reprodução, Sexualidade e Envelhecimento”. Trabalhei com áreas do conhecimento (sub áreas), como descrito no plano da unidade: Genética Humana e Médica, Citologia, Biologia Celular, Histologia, Anatomia Humana, Fisiologia, Bioquímica, Biofísica, Imunologia, Microbiologia, Parasitologia, Patologia, Pedagogia, Sociologia, Psicologia, Antropologia, Farmacologia, Semiologia, Ética e Bioética; Clínica Médica: Endocrinologia, Farmacologia, Reumatologia, Neurologia, Pneumologia, Gastrologia, Urologia, Nefrologia, Gerontologia e Geriatria.

Contudo, os primeiros desafios mais concretos referentes à compreensão da dimensão humana da sexualidade no curso iniciaram-se quando percebi que os processos de educação sexual intencionais só eram tratados a partir de situações-problema que abordavam Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) e Disfunção Erétil (DE) durante o período em que estive

presente no quadro de docentes do curso. Embora as situações-problema sempre se apresentassem ancoradas em questões biopsicossociais, as reflexões sobre a dimensão sexualidade ainda aparentavam e eram desenvolvidas subjetivamente ancoradas pela vertente médico-biologista, numa visão redutora do ser humano, visto que cada tutor desenvolvia isoladamente as discussões com seus grupos e, momentos de reflexões intencionais sustentados por um paradigma emancipatório para o grupo ou para o colegiado, não foram ofertados durante o período que fiz parte do corpo docente.

Esse entendimento desses vieses se solidificou quando, como docente, participei do cenário Conferência – que será melhor descrito na seção III – onde são ministradas palestras de diversos assuntos aos estudantes. Mesmo consciente do significado de eventuais palestras – como descrito anteriormente – percebi ser o único momento intencional para abordar o tema a partir de uma possível abordagem emancipatória com os estudantes. Assim, trabalhei com duas turmas de 2º ano, uma no ano de 2010⁶ e uma no ano de 2011⁷; e duas vezes com uma turma de 3º ano, em 2011⁸. Porém, as intervenções no cenário Conferência foram breves e pontuais, não se apresentando como um ambiente permanente, sistemático e significativo, que possibilitasse uma constante reflexão crítica sobre processos de educação sexual, com a criação de vínculo que proporcionasse espaço para a sensibilização, a ressignificação de valores e preconceitos e, conseqüentemente, para a construção do pensamento crítico e a busca da transformação no comportamento dos sujeitos – o que seria necessário em processos intencionais emancipatórios de educação sexual.

⁶ Conferência para o 2º ano em 2010 sobre o tema “Sexualidade Humana” com duração de 02 horas.

⁷ Conferência para o 2º ano em 2011 sobre “Concepções da Sexualidade” com duração de 02 horas.

⁸ Conferências para o 3º ano em 2011 sobre “Sexualidade: algumas reflexões sobre diversidade sexual” e “Resposta sexual humana adulta e geriátrica”, com duração de 02h cada.

Durante aqueles encontros, em alguns momentos, vivenciei a resistência de alguns estudantes sobre a abordagem intencional do tema, com algumas expressões de desmerecimento do assunto, simultaneamente corroboradas por discursos marcantes e preocupantes de futuros médicos e médicas que ali estavam⁹.

Portanto, reforço que a inquietação se acentuou a partir dos resultados da dissertação de mestrado e do possível entendimento empírico de que profissionais da área da saúde, especialmente os profissionais da área médica, podem ser e são, na maioria das vezes, agentes prioritariamente autorizados para realizar processos de educação sexual nos ambientes escolares, calcada essas palestras marcadamente sob a influência da vertente médico-biologista (NUNES, 1996), por serem considerados pelas escolas como os de maior autoridade científica sobre a temática.

A partir do entendimento de que somos seres sexuados e em constante processo educativo, compreendemos que cada ser humano possui sua visão de mundo sobre o entendimento de sexualidade e educação sexual, resultando assim, na sua maneira de viver. Esses processos, formais ou informais, sempre sexuados, são permeados por vários paradigmas de vida, e portanto, de sexualidade e educação sexual, expressando-se em várias vertentes pedagógicas.

Paradigmas são visões de mundo, são concepções e normalmente “[...] apresentam-se como um padrão, um exemplo, um modo de pensar, de fazer e/ou de agir no mundo.” (YARED, MELO e VIEIRA, 2015, p. 234). Na perspectiva de Azibeiro (2001, p. 02), paradigmas são

⁹ Ao abordar questões como ‘preconceito’, uma estudante questionou: “Não entendo por que precisamos falar sobre isso. O preconceito não existe mais. Eu tenho vários amigos gays!”. Momentos depois, outro estudante relatou para a turma: “Olha professora, pode falar tudo isso que está falando, mas eu não concordo. Se eu tiver um paciente homossexual, vou tratar como doente sim, pois é isso que ele é. O certo é homem com mulher, o resto não me entra na cabeça”.

Estruturas de pensamento que, de modo quase que inconsciente, comandam nosso modo de ser, de olhar, de viver, de fazer, de falar sobre as coisas e sobre nós mesmos. São os nossos sistemas mentais, que filtram toda a informação que recebemos: ignoramos, censuramos, rejeitamos, desintegramos o que não queremos saber. Não os entendemos como modelos, rígidos e acabamos, mas como horizontes, que se ampliam e se modificam a cada passo dado, ou teias de significados, sempre se re-tecendo e rearticulando.

Sendo um paradigma uma visão de mundo, pode ser individual e coletivo, expressando-se no fazer cotidiano dos seres humanos, “[...] cotidiano esse sempre sexuado.” (MELO et al, 2011, p. 40). Nessa ótica, os paradigmas que embasam a compreensão sobre sexualidade e educação sexual “[...] expressam significados, visões de mundo, ideias sobre sexualidade humana que norteiam, orientam, afirmam e/ou reafirmam as ações e a compreensão dos sujeitos sobre a realidade, sendo esta entendida como produção sócio, histórica, política e econômica.” (YARED, MELO e VIEIRA, 2015, p. 234). Segundo Romero (1998), não existe apenas um conceito sobre sexualidade por isso não existe apenas um significado de educação sexual. Nessa mesma direção refletem Melo et al (2011, p. 41, grifo das autoras), quando registram

[...] é social e culturalmente que aprendemos alguma atribuição ou significado para as vivências, práticas e experiências sexuais. Cada grupo social e cultural constrói e recria imaginários sociais e particulares sobre a sexualidade, seu sentido, seu valor e seu papel na existência humana. Essa construção e essa recriação dos imaginários sociais e particulares sobre a sexualidade, feitas por um grupo social, e suas expressões no cotidiano maior das relações sociais dos seres humanos ao produzirem suas vidas, é o que podemos chamar

de seu paradigma sobre educação sexual; ou seja, pertencente daquele grupo.

Esses paradigmas de sexualidade e educação sexual marcaram e continuam marcando na sociedade contemporânea, a educação brasileira e seus reflexos são expressados no que Nunes (1996) cunha como vertentes pedagógicas de educação sexual na educação brasileira. São elas: a vertente médico-biologista, a terapêutico-descompressiva, a normativo-institucional, a consumista e quantitativa pós-moderna e, como utopia entendida como possível, a vertente dialética e política, também denominada por ele em vários outros estudos como vertente emancipatória de educação sexual. Os quatro primeiros paradigmas representam vertentes repressoras de sexualidade e educação sexual, tendo em conta que

[...] estes quadro modelos supõem um homem alienado, supõem uma sexualidade estranhada da dominação livre e única do ser humano. Supõem, quase sempre, a sociedade normatizante, o determinismo biologista, o controle social ou uma fantástica onipotência da subjetividade e, em nenhum destes modelos, temos o ser humano em sua contraditória dimensão de ser livre, determinante e determinado, aberto e condicionado, presente e ao mesmo tempo projetado para o futuro, para além das coisas prontas e estabelecidas. (NUNES, 1996, p. 228)

Contudo, essas quatro primeiras vertentes também representam, ainda hoje, na maioria das vezes, as mais predominantes nas ações pedagógicas ainda hoje nos ambientes escolares, seja na educação básica ou superior – particularmente a médico-biologista (SILVA, 1998; YARED, 2011; MELO et al, 2011; KORNATZKI, 2013; YARED, MELO e VIEIRA, 2015). Porém, a quinta vertente citada representa uma vertente direcionada para a emancipação dos sujeitos, a qual dá suporte a

nossa categoria principal, a saber processos de educação sexual emancipatória, a qual descreveremos mais a seguir.

Como mencionado anteriormente, afirmamos que toda sociedade ou grupo social são organização que educam sexualmente, porque sempre está se educando sexualmente e sempre somos sempre educadores sexuais uns dos outros, queiramos ou não, saibamos ou não. Com isso, “[...] fica evidente que a Educação Sexual compõe o currículo das instituições educativas formais e não formais, de maneira oculta ou intencionalmente explicitada.” (CARVALHO et al, 2012, p. 16). E dentro dessa lógica, “[...] no processo educativo existente entre os seres humanos, processo esse também de educação sexual, há um paradigma subjacente.” (MELO et al, 2011, p. 40 e 41).

Na prática educacional, seja na educação básica ou superior, tem-se evidenciado as influências das vertentes repressores de sexualidade. Embora novas concepções de ensino com métodos diferenciados de ensino e aprendizagem e com apoio da modernização tecnológica de informações sendo incorporados em projetos pedagógicos com propostas ditas inovadoras na vida escolar, em várias pesquisas encontradas, ao se buscar por indícios de construção de processos de educação sexual intencional numa abordagem ancorada na perspectiva emancipatória para a vida dos sujeitos, na maioria dos casos o que ainda se encontra são vertentes pedagógicas dessa dimensão humana com características preponderantes de omissão, de controle e/ou de repressão sendo vivenciadas pelos/as estudantes, professores/as e funcionários/as dos ambientes escolares (SILVA, 1998; SANTOS; BRUNS, 2000; NUNES, 2005; FIGUEIRÓ, 2006; MELO e POCOVI, 2008; YARED, 2011; PACHECO, 2014; VARELA, 2014). Em especial, a vertente médico-biologista. E é essa vertente que detalharemos a seguir.

A vertente médico-biologista descrita por Nunes (1996, p. 139) representa a compreensão da dimensão da sexualidade

“[...] numa perspectiva reducionista, a partir da interpretação médico-biológica da condição humana [...]”, inclusive por meio de uma compreensão e instrução higienista. O autor destaca que

[...] esta interpretação fundamenta-se numa visão biologista decorrente do uso do paradigma das Ciências Naturais aplicado às Ciências Humanas, próprio da cosmovisão positivistas que teve larga influência na cultura brasileira recente. A interpretação biologista reduz a dimensão humana ontológica e uma concepção funcionalista, decorrente do seu fundamento epistemológico positivista, e tem como o paradigma da natureza como determinista da condição humana. (NUNES, 1996, p. 139)

Nessa ótica, o ser humano é fragmentado, dicotomizado e analisado como um conjunto de funções e aparelhos com propósito biológico para a sobrevivência ou para a evolução naturalista. Nunes (1996, p. 139, grifos do autor) salienta que a “[...] interpretação biologista fundamenta-se numa antropologia reducionista que faz da evolução natural uma única lei, radicada na interpretação darwinista ou cientificista do século XX.” Por isso o enfoque procriativo, a negação do prazer e o entendimento do ato sexual como exclusivo para procriação. Porque a sexualidade é reduzida ao “instinto”, ou seja, uma força natural do ser humano.

Na década de 70 e 80 do século XX as abordagens fundamentadas nesse paradigma proliferaram e tiveram sucesso, pois “[...] o discurso médico, matriz da interpretação biologista, reforça o mesmo discurso conservador e institucional presente até então na sociedade brasileira.” (NUNES, 1996, p. 140). Nas palavras do autor:

O discurso médico associa-se a esta concepção biologista-reprodutiva, tratando a sexualidade como um amontoado de generalizações biológicas, descritivas, funcionalistas e

profiláticas, propondo uma profilaxia de um conhecimento absolutamente descritivo e medidas restritivas e indicativas de tratamento médico, até patológico. (NUNES, 1996, p. 141)

Se Nunes fazia tal afirmação na década dos anos 90, percebemos que atualmente ainda há muitos reflexos dessa vertente nos processos formais e informais de educação sexual. Analisando Silva (1997; 1998) e Yared (2011), pode-se constatar que a escola, em seus vários níveis de ensino, continua sendo, na maioria das vezes, um espaço que constantemente recorre aos seus professores de Ciências e Biologia – entendidos como autorizados pela cultura escolar – preferencialmente, e na sequência, recorrendo também a profissionais externos a ela oriundos da área da saúde, na maioria das vezes médicos e médicas, compreendidos como autorizados, nesses casos pelos próprios profissionais da própria educação para ministrarem palestras isoladas aos seus estudantes.

De acordo com Yared (2011), verificou-se que as palestras desenvolvidas em ambientes escolares normalmente eram ministradas por profissionais da área da saúde, convidados ou indicados pela Secretaria de Educação Municipal. Verificou-se inclusive “parcerias” entre algumas unidades escolares e a Universidade pesquisada para que seus estagiários da área da saúde desenvolvessem trabalhos com os estudantes na escola sobre o tema, com a justificativa de que os profissionais escolares não “teriam tempo” para tal. Constatou-se também que essas palestras isoladas podiam ser caracterizadas como intervenções pontuais, nas quais prevalecia a transmissão de algumas informações, na maioria dos casos com um enfoque apenas em uma informação biológica restrita, sem que fosse estabelecida nenhuma conexão mais aprofundada com toda a complexidade do existir humano.

Pode-se notar, conseqüentemente, pode-se notar que ainda há traços de um predomínio da vertente médico-biologista da sexualidade nos currículos escolares brasileiros, priorizando

com os estudantes, nas intervenções educativas intencionais que eventualmente ocorrem nos espaços escolares, seus aspectos higienistas em detrimento de outros aspectos que lhe são próprios por se tratar de uma dimensão humana (SILVA, 1998; OLIVEIRA, L., 2007; YARED, 2011).

Todavia, intervenções pautadas numa vertente médico-biologista representa, muitas vezes, uma alternativa de coibir práticas sexuais tidas como “[...] permissivas e aparentemente perigosas [...]” (NUNES, 1996, p. 142), assim como passar aos estudantes o “[...] tortuoso mundo da doença, de uma sexualidade pervertida, associando à expansão da sexualidade diretamente a pena da doença ou de moléstias resultantes da proliferação de doenças.” (NUNES, 1996, p. 142). Não se trata, nesse sentido, de um processo de educação libertária em sexualidade, mas sim, de um “[...] amedrontamento institucional.” (NUNES, 1996, p. 142).

Nunes (1996) ressalta ainda que as abordagens ancoradas num paradigma repressivo de sexualidade, com discursos repressivos e que promovem simplesmente o controle e inibição de comportamento, é resultado da fundamentação da “interpretação comportamentalista” à vertente médico-biologista, “decorrente da Fisiologia e da Psicologia russa do século XIX.” (NUNES, 1996, p. 142). A vertente médico-biologista tornou-se na Revolução Sexual pós-Guerra um discurso oficial e assim, desenvolvia um papel de tentativa de cobrir

[...] o caráter absolutamente dogmático e conservador do discurso médico-naturalista, estas interpretações associaram sexualidade, procriação, doenças, descrições dos aparelhos genitais, e quase sempre fundamentaram discursos e práticas repressivas de educação sexual, meramente voltadas para o controle e a inibição dessas práticas. (NUNES, 1996, p. 143)

E essa “pauta” normalmente é a mais utilizada pelas intervenções intencionais em processos de educação sexual nos espaços escolares, seja na educação básica ou superior, na sociedade contemporânea. Ressaltamos que a informação científica correta é importante, mas sabe-se, também, que apenas a transmissão direta de conhecimentos isolados – como ocorre, por exemplo, nas palestras pontuais mencionadas – não ajuda a promover mudanças no comportamento dos sujeitos, pois não trabalha profundamente com as emoções, os sentimentos, a autonomia, visto que normalmente focam suas intervenções em “problemas” e em suas consequências funestas, não sensibilizando os jovens para um existir pleno e saudável (SANTOS; BRUNS, 2000; SAWAIA, 2002; YARED, 2011). Por isso a importância da compreensão que a dimensão sexualidade é

[...] muito mais do que a mera descrição funcionalista dos aparelhos de funções procriativas, é mais do que detalhismo asséptico da genitalidade, muito mais do que mera associação entre instinto e coletividade ou ainda, doenças e qualificação moral. Muitas das formas de entender a sexualidade até hoje abordada na grande maioria das escolas brasileiras fundamenta-se nesta concepção médico-biologista ou naturalistas-descritivas. (NUNES, 1996, p. 143)

Na releitura das análises da dissertação de Yared (2011), percebe-se que esta corrobora muitos dos achados de Silva (1997; 1998), que também identificou essa demanda da comunidade escolar por profissionais da Educação pelos profissionais da Saúde. Também averiguou Yared (2011) a inexistência de um trabalho intencional sistemático sobre processos de educação sexual num paradigma emancipatório na formação inicial e continuada de professores de Ciências e Biologia e que devido a essa lacuna, tais profissionais

apresentam medo e insegurança para abordar o tema, além de acreditarem, como também já descrito nas reflexões introdutórias e que não passam credibilidade aos estudantes. Esses argumentos parecem justificar assim, nas escolas a busca constante por profissionais considerados mais preparados para executarem essas intervenções. Refletimos aqui se intervenções esporádicas e assistemáticas podem significar possibilidades de mudanças em processos de educação sexual repressores já instalados.

Entretanto, acreditar que profissionais convidados de áreas ligadas à saúde têm maior conhecimento sobre esse complexo tema ou que são mais capazes de desenvolver intervenções em processos de educação sexual numa perspectiva emancipadora, com práticas e intervenções humanizadoras, vem reforçar uma concepção de poder de informação exposta na obra de Paiva (2000). Nela, a autora ressalta o poder da informação científica que assegura certa ilusão de maior conhecimento sobre o tema aos profissionais da área da saúde, garantindo-lhes assim trabalhar com mais credibilidade a temática em espaços públicos; porém, na maioria das vezes, a autora também ressalta que a contribuição ocorre a partir de um viés médico-higienista, na maioria das vezes embasando as abordagens em vertentes repressoras da sexualidade.

Portanto, assegurar essa confiabilidade aos profissionais convidados por serem eles da área da saúde pode não garantir processos de educação sexual dentro de uma perspectiva emancipatória dos sujeitos, que promovam o entendimento de um ser humano na sua inteireza e a compreensão de “[...] uma sexualidade crítica, humanista, significativa e responsável, necessária ao ser humano que se coloca em ampla condição de vivência social e associado ao seu semelhante.” (NUNES, 1996, p. 146). Dado que, como alertam Santos e Bruns (2000), os profissionais da saúde também podem ser “frutos” de uma “má” formação em sexualidade – porque, muito provavelmente, sua formação não se deu num paradigma emancipatório, o que

descortina essa grande lacuna em sua formação nessa abordagem. Pode também a realidade estar apontando para o fato de que o processo de educação sexual vivenciado e recebido pela maioria dos/das profissionais da saúde, inclusive de médicos e médicas e de seus formadores, é aquela que brota de um currículo oculto repressor existente. Segundo Silva (2005, p. 78), o currículo oculto “é constituído por todos aqueles aspectos do ambiente escolar que, sem fazer parte do currículo oficial, explícito, contribuem, de forma implícita, para aprendizagens sociais relevantes.” Ou seja, é um currículo que, de forma geral, nega implicitamente os corpos-sexuados dos seres humanos, “[...] contribui sobremaneira para sua domesticação, para seu enquadramento [...]” (MELO, 2004, p. 206), pois também ensina “[...] o conformismo, a obediência, o individualismo [...]” (SILVA, 2005, p. 79) e está ancorada pelas vertentes pedagógicas repressivas de sexualidade – mais especificamente pela vertente médico-biologista.

Em sua análise sobre profissionais da área médica convidados para palestrar nas escolas, Silva (1998) afirma haver entre eles uma consciência coletiva de uma autoridade da classe médica sobre a família e seus impactos na sociedade, além de se reconhecerem como sujeitos que abordam também assuntos e questões éticas e morais. Porém, muitos deles também reconhecem não estar preparados para abordar intencionalmente a dimensão sexualidade, atribuindo este despreparo à lacuna existente em sua formação, sem perceberem o currículo oculto existente, e considerarem também o assunto complexo no universo da própria sociedade contemporânea. Inclusive, Silva (1998) considerou que a estrutura curricular dos Cursos de Medicina é anacrônica e desatualizada, pois não incorporaram quase nada das pesquisas realizadas sobre sexualidade nos últimos vinte anos e, aponta que já na década de 90 do século XX existia uma exigência de uma visão mais abrangente, uma formação mais pluralista e multidisciplinar do profissional

médico, visto que a formação médica é parte do contexto educacional e social.

Esses são reflexos de um potencial currículo oculto em vigência nos ambientes escolares, incluído aí as escolas médicas, sobre a dimensão humana da sexualidade. Neste sentido, qual seria então o “currículo real”, o “currículo vivo”? Entendemos que o currículo oculto está sempre presente em formas não planejadas de ensino e aprendizagem (SANCHOTENE e NETO, 2006) e normalmente a comunidade escolar “[...] não está alerta ou consciente da sua presença.” (LEÃO e RIBEIRO, 2013, p. 280). Assim, o currículo oculto “[...] lida com os modos tácitos pelos quais os conhecimentos e atitudes vão sendo construídos, fora ou dentro dos conteúdos e lições previamente agendadas.” (COSTA, 2009, p. 53).

No entendimento de Silva (2005), o currículo oculto não se constitui necessariamente em uma teoria, mas uma noção de currículo que estava presente nas análises de Bowles e Gintis (1981) da escola capitalista americana. Diz respeito ao princípio da correspondência entre as relações sociais e as relações escolares, ou seja, que “[...] a hierarquização escolar e as relações sociais desenvolvidas no interior da escola correspondem às relações sociais de trabalho na sociedade capitalista.” (SANCHOTENE e NETO, 2006, p. 271). Assim, a socialização dos estudantes – mais do que o próprio conteúdo explícito – era o que propiciavam as relações sociais na escola responsáveis por transmitir as condutas e normas exigidas ao modelo de trabalho capitalista. Como já havia definido Althusser (1985) em seu clássico ensaio, a escola representa um aparelho ideológico que reproduz mecanismos ideológicos e, nesse sentido, a ideologia “[...] expressava-se mais através de rituais, gestos e práticas corporais do que através de manifestações verbais.” (SILVA 2005, p. 77). Afinal, “[...] em sua natureza oculta, o currículo aponta para o fato de que, tal aprendizagem casual, pode contribuir mais para a socialização, na formação de valores e atitudes do estudante, que o currículo

oficial [...]” (COSTA, 2009, p. 12 e 13), inclusive em processos de educação sexual.

Entendemos que, ao longo da trajetória da vida, “[...] vamos construindo o nosso currículo, sempre transversal, pois a vida é transversal [...]” e “[...] há sempre um processo de Educação Sexual nas práticas pedagógicas.” (CARVALHO et al, 2012, p. 48). Nesse sentido, a dimensão sexualidade certamente se faz presente no currículo oculto, todavia, sua dimensão “[...] se esconde frequentemente na linguagem naturalizada que produzem reproduzindo classificações e estereótipos.” (LEÃO e RIBEIRO, 2013, p. 280). Portanto, por meio do currículo oculto, ocorre a transmissão não declarada de normas, valores e crenças às pessoas (GIROUX, 1997).

Portanto, é importante discutir-se sobre o tema, pois de acordo com Sanchotene e Neto (2006), a discussão nos leva a compreender que seu significado, tanto das práticas como de rotinas, não são percebidas pelos docentes, ou seja, muitos nem chegam a saber de sua existência. O que não anula as influências do currículo oculto, porque ele “[...] funciona de maneira implícita através dos conteúdos culturais, das rotinas, interações e tarefas escolares [...]”, inclusive não sendo resultado “[...] de um planejamento do coletivo docente.” (SANCHOTENE, 2006, p. 273). São estas propriedades que Sanchotene e Neto (2006) chamam de “*Habitus* profissional”, apoiados na teorização de Bourdieu (1983) a respeito de “*Habitus*” – uma interiorização do externo; e em Perrenoud et al (2001) para o conceito total – que diz respeito à criação de rotinas ao longo dos anos pelos docentes, aplicadas em muitas vezes inconscientemente. Assim sendo,

[...] este habitus profissional, por não ser reflexivo, por estar baseado na repetição, nas rotinas e por consolidar algumas regularidades no cotidiano escolar, contribui para o desenvolvimento de um currículo oculto nas aulas e nas escolas. (SANCHOTENE; NETO 2006, p. 271, grifo dos autores)

Neste sentido, os ambientes escolares, incluído também escolas médicas, por meio do currículo oculto, podem permanecer como um agente de socialização, na qual se perpetuam paradigmas repressivos da dimensão humana da sexualidade e mensagens ideológicas configuradas pelos interesses hegemônicos onde se reproduz culturalmente e socialmente as relações sociais desiguais da sociedade capitalista. Sanchotene e Neto (2006, p. 274) apresentam que como resultantes dos processos de aprendizagens educacionais do currículo oculto estão a “[...] docilidade, a obediência, a competição e as normas e atitudes para funcionar adequadamente numa sociedade injusta e desigual.”

Pode estar também presente no entendimento de profissionais da educação e da saúde, por meio do currículo oculto, a perpetuação subjetiva de um modelo de sexualidade “normal”, visto que ainda muitas práticas fora da heteronormatividade podem ser consideradas como patológicas. Este discurso também condena a prática auto-erótica – masturbação – na justificativa de que estimular o erotismo imaginário poderia levar o sujeito à loucura, à demência ou à morte. Também, adotou-se ao longo das décadas um padrão hegemônico de vivência da sexualidade – aliado à vertente médico-biologista – reduzindo esse exercício ao matrimônio monogâmico, na adultez, heterossexual, com fins reprodutivos. Pode-se salientar, contudo, que o sexo é submetido a um segredo e, tal ação cria novas redes de poderes, onde se estabelece uma dominação de uns sobre outros (FOUCAULT, 2011).

A sociedade atual – lembrando-se que dela não se exclui a comunidade acadêmica – ancorando-se, em sua maioria, numa matriz heterossexual, delimita padrões/regras a serem seguidos. Todavia, existem muitas formas de viver os gêneros e a sexualidade – homossexualidade, bissexualidade, heterossexualidade, transexualidade, etc. – porém grande parte da sociedade e a maioria das instituições educativas formais ou informais, acabam por nortear suas ações por meio de padrão

dito adequado, dito legítimo e dito normal de feminilidade, de masculinidade e de projeção dos desejos, pois, prontamente define a heterossexualidade como a única forma sadia e normal de o sujeito vivenciar a sua sexualidade. Logo, “[...] a heterossexualidade é concebida como natural e também como universal e normal [...]” (LOURO 2007, p. 17, grifo da autora), fato este que se apresenta ainda fortemente enraizado em nossa cultura, visto constante violência, fruto do preconceito sobre a riqueza da diversidade sexual existente em nosso país.

Relembramos que o Brasil apresenta momentos paradigmáticos sobre a luta dos Direitos Humanos da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBTT), nomeações essas que são legítimas expressões da diversidade sexual. O 2º Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil¹⁰, com dados referentes ao ano de 2012, destaca que as violações desses direitos são persistentes. A homofobia representa-se como motivo presumido da violência, visto que o número de casos constam em 310 homicídios e 9.982 violações de direitos humanos, sendo estes identificados 27,34 por dia. As análises dessas denúncias foram realizadas a partir do Disque 100 – Disque Direitos Humanos, do Disque 180 – Secretaria de Políticas para as Mulheres, da Ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) e de denúncias diretas aos órgãos LGBTT. Porém, de acordo com Figueiró e Molina (2016) atualmente o Brasil ainda caminha a passos lentos, transformando-se, na realidade, em ações de omissão frente ao assunto. Registra-se, inclusive, casos chocantes de violência, seja no Brasil ou no exterior. No ano de 2015, no Brasil, “[...] foram registrados 319 assassinatos, e que, em 2016, de janeiro a maio, o número chegou a 133 [...]”

¹⁰ 2º Relatório sobre violência homofóbica no Brasil: ano de 2012, da Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República, disponível em <http://www.sdh.gov.br/assuntos/lgbt/pdf/relatorio-violencia-homofobica-ano-2012>

Acessado em 19/01/2016.

(FIGUEIRÓ e MOLINA, 2016, p. 01) o índice de assassinatos de pessoas LGBTT.

Consequentemente, a ausência de ambientes pra se discutir referenciais humanistas sobre a dimensão sexualidade com vistas à ressignificação destas questões causa uma inquietação, visto que um processo de educação sexual intencional que não trabalhe emancipatoriamente a dimensão humana da sexualidade, pode promover e reafirmar vieses repressores. Esta é uma possível realidade já que uma multiplicidade de profissionais da educação e da saúde, especialmente a face médica, ainda carrega uma herança filosófica de “tratar as perversões e destacar as aberrações”, e “[...] uma infinidade de teorias médicas, psicológicas e religiosas é acionada para reconduzir essas mulheres e esses homens à posição correta e sadia – a heterossexualidade.” (LOURO 2000, p. 41 e 42, grifos da autora).

Identifica-se em Yared (2011) que grande parte dos/as profissionais da educação acreditam que o “discurso científico” – entendido equivocadamente como um conhecimento presente apenas no campo da saúde devido ao seu viés médico e biológico – dá maior credibilidade ao trabalho desenvolvido, porém grande parte destas intervenções ainda hoje apenas estão focadas na prevenção à gravidez e às DST’s. Acreditamos que intervenções pontuais nas quais prevalece a transmissão de informações até possam, algumas vezes, realmente ser eficazes no desenvolvimento do exercício do sexo seguro. A informação é importante, mas se for uma passagem direta de conhecimentos, feita esporádica e isolada do projeto político pedagógico da escola ou do curso, não promove mudanças no comportamento dos sujeitos, pois não trabalha com seu ser inteiro, onde estão também envolvidas emoções e sentimentos.

Por isso, concordamos com Nunes (2005, p. 16), que “[...] toda educação sexual implica uma reeducação sexual, e envolve pessoa, valores e comportamento [...]”, porque para se trabalhar o tema da sexualidade e educação sexual de forma

responsável, intencional e fundamentada por um paradigma voltado à emancipação dos sujeitos é imprescindível estudo, dedicação, reflexão crítica e ressignificação de si e de sua visão de mundo, ou seja, o que Figueiró (2006) também denomina de reeducação sexual.

Neste sentido, sabemos da função social de professores e professoras da área saúde, e da importância de suas contribuições, especialmente do profissional médico, que podem vir a dar vida a processos intencionais emancipatórios de educação sexual – dependendo das circunstâncias e das abordagens curriculares de sua formação regular, nos cursos de medicina – no desenvolvimento de projetos embasados numa nova ética em torno da dimensão humana da sexualidade. Não tratando, portanto, de momentos singulares ancorados em vertentes repressores, mas de um processo educacional sistemático que, “[...] desvestido da roupagem alienada e alienante, seja uma força de mudança e de libertação.” (FREIRE, 2010, p. 44). Por isso um processo de reeducação sexual torna-se imprescindível na busca da consciência crítica dos sujeitos sobre si, sobre o outro e sobre o mundo, pois, como afirma Freire (2010, p. 44), é necessário que processos educativos, esses sempre sexuados, coloquem os sujeitos em “[...] postura de autorreflexão e de reflexão sobre seu tempo e seu espaço [...]” para serem responsáveis. E isso pode ser possível em ambientes que proporcionem uma reflexão crítica de sexualidade como condição humana e da consciência de sermos seres sexuados no mundo. Por isso

[...] não se trata de topicamente abarcar a sexualidade enquanto genitalidade ou manifestações instintivas de bio-poder. Trata-se de apresentar a sexualidade como energia vital da subjetividade e da cultura, pulsão de vida e de morte, expressão plena da condição de ser do homem, real e histórico, na transformação da natureza para constituir a própria existência. A noção da sexualidade humana, conquanto

humana é a condição primeira para uma formação emancipatória frente à própria existência. (NUNES, 1996, p. 224, grifos nossos).

Nesse sentido, Silva (1998) também já apresentava preocupação com a formação dos profissionais médicos e a importância de compreendermos por quem e como estão sendo formados os profissionais da medicina, no que se refere especificamente a temática da sexualidade e educação sexual que está cada vez mais evidenciada, seja pelo papel social legitimado que esses profissionais têm sobre a questão, oriunda de um olhar médico-biológico reducionista do tema, seja porque ainda são aqueles especialistas que a escola considera autorizados em processos de educação sexual, mesmo que seja com apenas uma palestra anual.

Iniciou-se, assim, durante o primeiro ano no curso de doutoramento, a elaboração de um levantamento prévio de teses e dissertações no portal da CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, (<http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/>) no mês de novembro 2012. Para realizar a busca, conectou-se ao sítio *online* mencionado acima, colocando os descritores selecionados no campo “assunto” (opção: todas as palavras), escolhendo o nível para a pesquisa – dissertação e tese. A partir dos títulos e da análise dos resumos que surgiram nesta busca (ano a ano) foram selecionadas as teses e dissertações que mais se aproximam com o foco de estudo e interesse do projeto de pesquisa.

A busca deu-se com os seguintes descritores: 1) Formação médica e educação sexual; 2) Medicina e sexualidade; 3) Médicos e educação sexual; 4) Graduação em medicina e educação sexual. E os critérios de seleção foram: teses e dissertações que abordassem o tema da sexualidade e da educação sexual relacionada com a formação médica; teses e dissertações que abordassem o perfil do profissional formado na

área da saúde relacionado à área da sexualidade; fundamentação teórica; metodologia da pesquisa.

A partir da busca pelos descritores acima, resultaram 348 (trezentos e quarenta e oito) teses e dissertações. Após filtrar os resultados fazendo a leitura dos títulos e resumos baseado nos critérios de classificação elaborados, foram selecionados 10 (dez) dissertações e 6 (seis) teses, englobadas entre os anos de 1989 e 2011, contemplando as mais diversas áreas do conhecimento (Anexo nº 01).

A partir do acesso e as análises dos trabalhos, o estudo que mais se destaca, bem como apresenta importante contribuições e se aproxima em vários pontos da referida pesquisa, é a dissertação da pedagoga Edna Silva, intitulado “Medicina e Sexualidade Humana: estudo crítico do currículo atual dos cursos de medicina e suas implicações na formação do médico”, datada no ano de 1997. Ainda, a mesma autora publicou em 1998 um artigo intitulado “A escola, a clínica e a sexualidade humana”, também importante para esta pesquisa.

Já há dezoito anos, Silva (1998) apresentou em sua pesquisa de dissertação um estudo histórico-analítico sobre a formação dos profissionais médicos em sexualidade humana de três Cursos de Graduação, os quais foram: Faculdades de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de São Paulo e da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. A autora fez uma análise sobre o discurso e a atuação médica em áreas institucionais vinculadas à sexualidade e à educação sexual relacionando o saber, o poder e o papel social do médico na sociedade ocidental.

Porém, em outubro de 2015, durante a realização da 37ª Reunião Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação – ANPED, que ocorreu na cidade de Florianópolis/SC, tivemos acesso ao lançamento do livro “Formação Médica e Aprendizagem Baseada em Problemas” que apresenta como organizadora a professora e pesquisadora

Ilma Passos Alencastro Veiga. Neste livro, os autores fazem uma análise de quatro escolas médicas que utilizam a Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) como estratégia de ensino-aprendizagem. Destacam as mais diversas características destes cursos, como por exemplo, seus projetos pedagógicos, suas avaliações, a formação de professores e, especialmente, as possibilidades e fragilidades do PBL. Todavia, a dimensão humana da sexualidade não apresenta-se contemplada pela obra.

Ainda, no 1º semestre do ano de 2016, tivemos acesso ao lançamento do livro “Reflexões, Inovações e Práticas: curso de Medicina da UNIPLAC” que apresenta como organizadoras as professoras Patrícia Alves de Souza e Maria Cristina Mazzetti Subtil. Neste livro, os autores relatam a criação do Curso de Medicina na referida universidade a partir de uma proposta inovadora para a formação de médicos/as.

Creditamos na relevância social, acadêmica e científica desta pesquisa, pois como não considerar relevante a dimensão humana da sexualidade e os processos de educação sexual na formação médica, incluindo a identidade médico/docente sabendo-se do poder social singular desta profissão na sociedade contemporânea?

Mas então, quem educa “sexualmente” hoje esses futuros médicos e médicas? Essas reflexões buscam ajudar na sensibilização de todos os envolvidos em processos de formação de profissionais médicos sobre ser possível que um processo de educação sexual emancipatório possa auxiliar o sujeito, aí incluído também quem forma o profissional da medicina, no autoconhecimento e na reflexão sobre sua própria sexualidade, o que favorece a vivência de uma sexualidade que valoriza o prazer, o respeito mútuo, na busca da saúde sexual, trabalhada como é proposta na Declaração dos Direitos Sexuais como Direitos Humanos, entendido esses direitos como fundamentais e universais (WAS¹¹, 2014).

¹¹ Os Direitos Sexuais são Direitos Humanos Fundamentais e Universais. Declaração aprovada pela Assembleia Geral da Associação Mundial de

Esse é, portanto, um paradoxo: não se trabalha intencionalmente o tema numa perspectiva emancipatória em grande parte das vezes na formação inicial e/ou continuada dos profissionais das áreas da saúde enquanto que pesquisas anteriores ressaltam a busca por esses mesmos profissionais por instituições escolares para realizar “educação sexual”; visto que esta também é uma realidade presente, constatada nos estudos de Silva (1998), como Santos e Bruns (2000) e em Yared (2011).

Entendemos que a análise da compreensão de docentes que atuam dando vida a currículos de cursos de Medicina com seus saberes e práticas pedagógicas cotidianas sobre a dimensão humana da sexualidade, à luz da compreensão que expressam sobre processos de educação sexual, é urgente e necessária. Torna-se relevante, pois leva à compreensão das vertentes pedagógicas de educação sexual subjacentes nos processos de educação da formação médica, expressas em suas propostas curriculares, entendidas como escolhas pedagógicas não neutras, pois construídas por humanos com valores e ideologias transformados cotidianamente nas práticas dos docentes que lá atuam.

E como compreendem estes docentes essas questões? Além do poder social singular desta profissão na sociedade contemporânea, há que se resgatar que médicos e médicas são também pessoas sempre sexuadas, assim como seus docentes dos cursos que os formam, para os quais também a construção da dimensão sexualidade ocorre ao longo da vida, por meio de muitas formas, influenciando seu modo de pensar, sentir e agir, possuindo, portanto, características singulares que se constroem e são construtoras de saberes e práticas tanto individuais como coletivas. Cada ser humano atravessa os diferentes períodos da vida trazendo consigo imagens, recordações e valores da

Sexologia. WAS, em 26 de agosto de 1999, no XV Congresso Mundial de Sexologia. Hong Kong/China.

convivência escolar, social e familiar, as quais proporcionaram seu entendimento de ser humano e influenciam na sua interação com o mundo. Assim, “[...] a sexualidade é um universo que precisa ser entendido como um conjunto de atividades, posturas, opções, modos de vida, subjetividade e alteridade, resultantes das relações sociais.” (SILVA, 1998, p. 120).

Contudo, como refletido até o momento, a dimensão humana da sexualidade não está isenta de possíveis dogmas, mitos, tabus, crenças, construções e significações de modelos históricos, políticos e sociais, sendo que sua abordagem não se desassocia do corpo, pois ela está presente no corpo. “O corpo é a sede tanto da sexualidade como do trabalho e de qualquer outra atividade humana.” (MELO, 2004, p. 49). E, de acordo com Silva (1998), como o corpo é apropriado pela cultura e base de representações sociais, a dimensão sexualidade está repleta de significações sociais, culturais e políticas, expressando a história individual dos sujeitos.

Na corporeidade, a sexualidade compreendida então como uma dimensão humana, não está fora do sujeito, de suas ações, pensamentos e comportamentos e, “[...] não pode ser reduzida como um objeto estranho fora de nós.” (NUNES, 2005, p. 19), pois a sexualidade não é nem transcendida na vida humana, nem figurada em seu centro por representações inconscientes. Ela está constantemente presente ali, como uma atmosfera. Como afirma Merleau-Ponty (1999), a sexualidade é coextensiva à vida. Logo, o ser humano corpo no mundo não pode apresentar sua sexualidade como algo isolado, algo deixado de fora, inclusive, dos ambientes escolares, aí incluída o da formação médica, pois “[...] os corpos são as pessoas, pessoas estas sempre sexuadas.” (MELO, 2004, p. 52).

Num entendimento dialético da realidade, a compreensão da dimensão sexualidade está diretamente ligada à sua construção social, política, econômica e histórica, portanto, mutável, sempre em movimento, em transformação e inseparável do existir humano. Por conseguinte, a compreensão

da dimensão sexualidade “[...] como condição ética, política, econômica é uma bandeira a ser delineada por todos aqueles que têm a determinação de compreender o mundo além das suas aparências.” (NUNES, 1996, p. 226). Assim, a sexualidade humana

[...] é uma parte integral da personalidade de todo ser humano. Seu desenvolvimento pleno depende da satisfação de necessidades humanas básicas como desejo de contato, intimidade, expressão emocional, prazer, ternura e amor. A sexualidade é construída através da interação entre o indivíduo e as estruturas sociais. O desenvolvimento pleno da sexualidade é essencial para o bem-estar individual, interpessoal e social. (MELO e POCOVI, 2008, p. 44)

Destarte, como já descrito, o paradigma epistemológico da dimensão sexualidade norteador desse estudo fundamenta-se na compreensão emancipatória dos sujeitos representado pela vertente pedagógica Dialética e Política de Nunes (1996); além da análise de autores, como por exemplo, Santos e Bruns (2000), Melo (2004), Ribeiro (2004), Figueiró (2006), Melo e Pocovi (2008), Nunes (1996; 2005), Carvalho (2009), Decker (2010), Andrade (2011), Melo et al (2011), Carvalho et al (2012), Varela (2014); Pacheco (2014), Figueiredo (2015), pois são autores que compreendem a sexualidade como dimensão ontológica humana, constituinte das expressões e da condição humana. É a quinta vertente apresentada por Nunes (1996), uma quinta abordagem sobre a compreensão da dimensão sexualidade. Também chamada pelo autor de emancipatória, essa vertente expressa

[...] um novo paradigma de entender a sexualidade, que denominamos emancipatório e humanista. Emancipatório porque supõe uma profunda reflexão sobre a sexualidade de modo

a elucidar suas contradições históricas, discutir suas bases antropológicas, investigar suas matrizes sociológicas e identificar suas configurações políticas. Deste modo, a metodologia que adotamos é a de compreender, no campo da sexualidade, sua relação com a base material e econômica de diferentes sociedades, de modo a tornar claras sua vinculação com relações de poder vigentes. (NUNES, 1996, p. 227, grifos do autor).

Um processo de educação sexual intencional pautado numa concepção dialética e numa perspectiva política por meio de um discurso que vise a emancipação (NUNES, 1996) envolve a valorização dessa importante dimensão humana – inclusive para promover os direitos sexuais e reprodutivos (WAS, 2014) enquanto direitos humanos – e a consciência crítica da complexidade desse processo que é dinâmico, ou seja, está sempre em movimento na busca da superação da contradição e alienação.

A sexualidade emancipatória é aquela que nos dá condições de compreender a dinamicidade, a complexidade, a riqueza única da sexualidade humana. Nesta direção o conceito emancipatório busca superar um conceito de alienação; entendemos que as abordagens delineadas anteriormente, presentes hoje em muitas propostas de educação sexual, poderiam todos ser circunscritos de conceito de alienação, próprio do pensamento marxista. (NUNES, 1996, p. 227).

Assim, um processo de educação sexual emancipatório compreende a busca

[...] pelo equilíbrio e subjetividade, onde os sujeitos são levados a se perceberem como constituídos por uma sexualidade, pela cultura e pela história. É perceber e abarcar a sexualidade

como uma energia vital, pulsão de vida e morte, pois, é na noção de sexualidade humana que temos a condição de empreender a educação sexual emancipatória primeira frente à própria existência. (ANDRADE, 2011, p. 58)

Figueiró (2006, p. 40) também afirma que um processo de educação sexual emancipatório promove o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos e “[...] está comprometido com a transformação social.” Pois, uma educação que promove a *emancipação* representa um processo educativo para a autonomia e, conseqüentemente, para a responsabilidade social e afetiva, ou seja, uma busca pela liberdade individual, humana e autônoma (NUNES, 2003). Assim, a ação emancipatória

[...] torna-se efetiva quando articula a teoria, a reflexão analítica, com a ação consistente, metódica, politicamente determinada com a intencionalidade propositiva. Chamamos de emancipatória a perspectiva e prospectiva que visa produzir autonomia crítica, cultural e simbólica, esclarecimento científico, libertação de toda forma de alienação e erro, de toda submissão, engodo, falácia ou pensamento colonizado, incapaz de esclarecer os processos materiais, culturais e políticos. (NUNES, 2003, p. 35)

Ampliando seu significado, esse entendimento corrobora com Adorno (2003, p. 141), quando o autor afirma que a maior importância política da educação é a “[...] produção de uma consciência verdadeira [...]” e, de certo modo, a emancipação significaria “[...] o mesmo que conscientização, racionalidade[...]” (ADORNO, 2003, 143), possibilitando a preparação dos seres humanos para se orientar no mundo. Neste sentido, uma educação emancipatória que visa preparar os seres humanos a se orientar no mundo, supõe “[...] pensar nos seus próprios atos, a ter uma postura decisiva e autodeterminada, [...] direcionada à formação de juízo, formação das ideias próprias,

da autoconsciência e de um processo auto-reflexivo.” (DECKER 2010, p. 37).

A compreensão do emancipatório também está presente nas análises de Freire (2011, p. 22), onde a verdadeira educação, tomada como prática da liberdade, só ocorre quando “[...] encarna a busca permanente que fazem os homens, uns com os outros, no mundo em que e com que estão, de seu Ser Mais.” Este Ser Mais compreende um sujeito transformador, um ser da *práxis*, da ação e reflexão; conseqüentemente um ser na posição de “ad-mirador” do mundo (FREIRE, 2011, p. 35). Um ser que é capaz de refletir sobre si mesmo e sobre suas próprias ações, pois ad-mirar a realidade “[...] significa objetivá-la, apreendê-la como campo de sua ação e reflexão [...]” (FREIRE, 2011, p. 36), aprofundando-a cada vez mais lucidamente. Por isso, o Ser Mais compreende homens e mulheres que “[...] problematizam sua situação concreta, objetiva, para que, captando-a criticamente, atuem também criticamente sobre ela.” (FREIRE, 2011, p. 23). E esse processo só ocorre por meio da comunicação, do diálogo. Por isso uma compreensão emancipatória

[...] não confere um egocêntrico direito de decisão subjetiva, pelo contrário, a emancipação ou a intervenção emancipatória só é possível no mundo de homens igualmente livres e emancipados, capazes de trocas gratificantes e significativas, de homens e mulheres que compreendem a dinamicidade do seu ser, e só se empenham e se reconhecem nos outros, na alteridade, na amplitude da vivência coletiva e ampliada. (NUNES, 1996, p. 228).

Decker (2010) também relaciona a emancipação com a comunicação. A ação emancipatória, ou seja, o agir por meio da ação comunicativa, pela palavra verdadeira, numa comunicação não distorcida, direcionaria os sujeitos “[...] a um processo de libertação, com possibilidade de emancipação.” (DECKER, 2010, p. 38).

Destarte, a partir de todo o exposto, em diálogo tecido com os mais diversos autores, percebe-se a presença constante em nosso refletir de conceitos como, por exemplo, reflexão crítica, autorreflexão, reeducação sexual, autonomia crítica, sexualidade crítica, consciência verdadeira, educação emancipatória na contribuição de sujeitos livres, autônomos, responsáveis, capazes de refletir sobre si mesmo e sobre suas próprias ações.

Ressaltamos que essa reflexão teórica foi profundamente enriquecida durante o terceiro ano de doutoramento a partir da realização de doutorado sanduíche, com bolsa concedida pela CAPES, no Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro, em Aveiro/Portugal. Sob convite e supervisão do Prof. Dr. Rui Marques Vieira, durante o período de outubro/2014 a julho/2015 a doutoranda, que até aqui já refletia numa perspectiva crítica e emancipatória, pode aprofundar seu objeto de pesquisa dialeticamente aos estudos do Pensamento Crítico.

O referido supervisor é um intelectual e estudioso supracitado em pensamento crítico, trazendo artigos e importantes obras, como por exemplo, em Tenreiro-Vieira e Vieira (2000) onde os autores apresentam um aprofundado estudo conceitual e desenvolvem estratégias de ensino-aprendizagem como foco na promoção de habilidades e disposições de pensamento crítico; e em Vieira e Vieira (2005) onde os autores destacam o questionamento como estratégia de ensino e aprendizagem para promover o pensamento crítico, bem como, apresentam uma proposta própria de tipologia de questões promotoras do pensamento crítico.

Segundo Vieira e Tenreiro-Vieira (2014, p. 43), desde a antiguidade clássica o pensamento crítico tem sido um objetivo da Educação, tendo suas primeiras aproximações, talvez, realizada “[...] por Sócrates através do seu questionamento. Outras se seguiram com destaque, no início do século XX, para Dewey.” Contudo, os autores ressaltam que somente há uns 25-

30 anos – desde os anos 80 do século XX – passou a existir realmente um movimento no campo da Educação que apresentasse o pensamento crítico como finalidade educativa.

Esse movimento do pensamento crítico na Educação, de forma geral, se justificava a partir de três áreas: a ética, a intelectual e a pragmática. Numa argumentação ética, o pensamento crítico pode “[...] potencializar a formação de cidadãos livres, racionais e autônomos, capazes de pensar por si próprios, não ficando dependentes de que outros o façam por si.” (VIEIRA; TENREIRO-VIEIRA, 2014, p. 43). Na argumentação intelectual, afirma-se que promover o pensamento crítico de estudantes contribuirá em seus posicionamentos frente a outrem diante de afirmações, evidências ou até rejeições acríticas, ou seja, para que sejam capazes de pensar criticamente “[...] sobre afirmações e cursos de ação, apoiando-se em fontes credíveis, evidências válidas e razões racionais.” (VIEIRA; TENREIRO-VIEIRA, 2014, p. 43). Por fim, numa argumentação pragmática, a promoção do pensamento crítico pode contribuir para os sujeitos enfrentarem positivamente as complexidades da vida, no cotidiano e no futuro. Pois o uso das habilidades de pensamento crítico

[...] permite aos indivíduos tomarem posição sobre as questões científicas, raciocinando logicamente sobre o tópico em causa de modo a detectar incongruências na argumentação ou no sentido de sustentar uma conclusão. Além disso, qualquer sistema democrático depende da capacidade dos indivíduos atuarem e intervirem, usando seu potencial de pensamento crítico. O cidadão de uma democracia deve ser capaz de sustentar debates abertos sobre questões cívicas, de ponderar argumentos, de considerar alternativas e cursos de ação e de recolher e avaliar evidências que os sustentem. (VIEIRA; TENREIRO-VIEIRA, 2014, p. 44)

A diversidade de perspectivas e conceptualizações sobre a promoção de habilidades e disposições de pensamento crítico é resultado do trabalho realizado por diferentes autores mundiais. Neste sentido, as razões para incluir o pensamento crítico como uma finalidade educativa vai além das explicitadas acima, todavia, é fato que a partir da década dos anos 80 do século XX o pensamento crítico passou a constituir, implícita ou explicitamente, propostas curriculares de vários países – inclusive o curso de graduação em Medicina *locus* desta pesquisa que será discorrido na seção III.

Tenreiro-Vieira e Vieira (2000), Vieira e Vieira (2005), Vieira e Tenreiro-Vieira (2014) destacam diferentes referenciais teóricos da área, bem como conceptualizações e formas diferentes de promover o pensamento crítico. Porém, a conceituação e definição adotada pelos referidos autores, em vários estudos e nomeadamente em Portugal, tem sido o proposto por Robert H. Ennis, professor emérito da Universidade de Illinois/EUA.

Na definição de Ennis (2011, p. 01) o pensamento crítico “*is reasonable and reflective thinking focused on deciding what to believe or do*¹².” É um pensamento que envolve, de acordo com Tenreiro-Vieira (2014, p. 31), “[...] tanto disposições, que dizem respeito aos aspectos mais afetivos [...]”, bem como as habilidades, “[...] que se reportam a aspectos mais cognitivos.” Portanto, é uma forma de pensar racional e reflexivo, com amplo papel desempenhado na vida dos sujeitos, “[...] uma vez que todo o comportamento depende daquilo em que se acredita, toda acção humana depende, de algum modo, daquilo que se decide fazer.” (VIEIRA e VIEIRA, 2005, p. 90). Consequentemente, o pensamento crítico “[...] *is the art of analyzing and evaluating*

¹² Tradução nossa: “é um pensamento razoável e reflexivo focado em decidir em que acreditar ou fazer”.

*thinking with a view to improving it*¹³.” (PAUL e ELDER, 2006, p. 04).

Como frutos do estágio doutoral resultaram as publicações Yared, Melo e Vieira (2015) e Yared, Vieira e Melo (2015) onde os autores, respectivamente, apresentaram interfaces possíveis entre um processo de educação sexual emancipatório e o pensamento crítico; e elaboraram princípios e orientações para uma proposta de formação docente em processo de educação sexual emancipatório por meio da promoção de habilidades e disposições de pensamento crítico.

Diante de todo o exposto, compreendemos a formação inicial e continuada de professores e professoras da área da educação e da saúde, incluindo àqueles que formam novos profissionais médicos, como local privilegiado para promover reflexões sobre processos de educação sexual fundamentado num paradigma emancipatório de sexualidade com promoção do pensamento crítico. Formações estas que podem contribuir para ressignificar a dimensão humana da sexualidade, colaborando na construção de conhecimentos científicos que visem a constituição integral dos sujeitos, respeitando sua própria sexualidade e a dos outros.

Nesse sentido, conseqüentemente, o entendimento de sexualidade teria sim implicações biológicas, mas também filosóficas, antropológicas, históricas, sociais e políticas na vida de cada cidadão, seres sempre sexuados, erotizados e sensualizados. Pois realizamos processos de educação sexual “[...] não para a repressão ou para o estímulo, muito menos para a negação, fazemos educação sexual porque os homens tem na sexualidade uma dimensão ontológica irreduzível.” (NUNES, 1996, p. 235). E, ainda, o pensamento crítico nos oferece “[...] instrumentos necessários para reflectirmos sistemática, rigorosa e claramente de modo a determinarmos se o que ouvimos, ou o

¹³ Tradução nossa: “é a arte de analisar e avaliar o pensar com vistas a melhorá-lo”.

que olhamos, ou o que pensamos é ou não realmente sustentável.” (CASTRO, 2014, p. 27-28). Assim, como resultado, as reflexões poderão refletir em suas práticas e no ambiente escolar, inclusive, nas escolas médicas.

Freire (2005; 2011) apresenta-se como essencial nessa relação, pois os profissionais não são formados para apreender juntamente com seus estudantes, são formados para “dominar” todo o “conteúdo”, numa relação “antidialógica” que não estabelece troca com os sujeitos, pois

[...] como o conceito de dominação, que se encontra tão frequentemente no âmago da concepção da educação tradicional, e como esta, em vez de libertar o homem, escraviza-o, redu-lo a coisa, manipula-o, não permitindo que ele se afirme como pessoa, que atue como sujeito, que seja ator da história e se realize nesta ação fazendo-se verdadeiramente homem. (FREIRE, 2011, p. 10)

Essa dificuldade de apreender em comunhão reflete a falta da compreensão de que o conhecer não é uma transmissão de conteúdos de forma passiva, não é a transformação de um sujeito em objeto dócil e vazio que o outro – o que sabe – tem a função de “preencher”. Embora a antidialógica seja mais rápida, a verdadeira prática dialógica só é possível por meio da comunicação. E a promoção do pensamento crítico vai na contramão da antidialógica porque

[...] o pensamento crítico deverá possuir clareza, credibilidade, precisão, relevância, significado e sentido ele é entendido como um ferramenta que nos salvaguarda do erro e da opinião, que valida o que está certo e o que está errado, o que é verdadeiro e o que é falso, o que é quantificável e por isso enformado de certeza do que é improvisado e por isso imprevisível e passível de engano. Possuir o pensamento treinado criticamente é possuir uma competência extra na

racionalidade capaz de validar o credível do incrível. (CASTRO, 2014, p. 26)

Logo, isso só é possível com homens-sujeito no mundo, onde o conhecimento “[...] não se estende do que se julga sabedor até aqueles que se julga não saberem; o conhecimento se constitui nas relações homem-mundo, relações de transformação, e se aperfeiçoa na problematização crítica dessas relações.” (FREIRE, 2011, p. 42 e 43, grifo do autor).

Mesmo com a extensa produção científica na área da educação, da dimensão sexualidade e de processos de educação sexual que refletem e problematizam as práticas pedagógicas no ensino, ainda no âmbito escolar universitário, na grande maioria das vezes, o conhecimento continua sendo tratado como algo a ser transmitido para alguém, numa concepção “bancária” de ensino (FREIRE, 2005) e numa perspectiva dita “assexuada”. Esse entendimento ainda encontra-se solidificado não somente nas escolas, mas em vários cursos de formação de profissionais da área da educação e da saúde.

Ouvir, dialogar, pensar criticamente e entender-se como sujeito sexuado no mundo pode ser um primeiro passo para promover mudanças na realidade. Para isso faz-se necessário que os docentes e profissionais da educação e saúde também reconheçam e queiram promover esta mudança, tenham vontade de transformar a realidade, sendo nesse processo a promoção de pensamento crítico essencial, pois contribui para a “[...] autonomia, para a melhoria da qualidade de vida de todos e para fomentar e alimentar uma cultura de responsabilidade social e desenvolvimento sustentável.” (TENREIRO-VIEIRA, 2014, p. 29).

Freire (2011, p. 09-10) afirma que o conhecimento “[...] exige uma presença curiosa do sujeito em face do mundo. Requer sua ação transformadora sobre a realidade. Demanda uma busca constante. Implica invenção e reinvenção [...]”, pois não existem mudanças “[...] sem conhecer sua visão de mundo e sem confrontá-lo com sua totalidade.” Por isso a importância da

consciência crítica sobre paradigmas de mundo que norteiam nosso caminhar enquanto profissionais da educação e da saúde, visto que a “[...] possibilidade de um discurso científico e crítico sobre a sexualidade supõe que cada homem deva ser sujeito de sua própria existência e de suas formas de sentido e convivência.” (NUNES, 1996, p. 221).

Para que isso se concretize, é fundamental o caminho da dialogicidade, da reflexão crítica e da comunicação. Entendemos que para vivenciar o humanismo verdadeiro é necessário vivenciar o diálogo e que pensar de forma crítica pode proporcionar “[...] aos cidadãos as ferramentas necessárias para se envolverem criticamente com a ciência [...] reforçando uma cultura mais humanista e baseada em pensamento racional [...]” (TENREIRO-VIEIRA, 2014, p. 30-31), visto que “[...] ser dialógico é empenhar-se na transformação constante da realidade [...]” (FREIRE, 2011, p. 51) e, portanto, a dimensão sexualidade é “[...] considerada uma dimensão essencial pro processo de humanização, corresponde uma primeira consciência densa de suas potencialidades.” (NUNES, 1996, p. 224).

Nesse caminho pode-se, inclusive, ampliar a interação de docentes e profissionais da saúde com os processos da educação sexual emancipatória e o pensamento crítico, pois essa maior participação e autorreflexão pode também promover a autonomia, a autoconfiança, a autodeterminação e uma reeducação sexual dos sujeitos. Este é um caminho para “[...] viver a sexualidade de forma positiva, saudável e feliz e, sobretudo, para formá-lo como cidadão consciente, crítico e engajado nas transformações de todas as questões sociais.” (FIGUEIRÓ, 2006, p. 31). O processo de reeducação sexual é extremamente importante, porque

[...] não há educação sexual sem uma completa, verdadeira e profunda reeducação da própria sexualidade, pois esta compreensão dinâmica e dialética de que somos todos constituídos, desejo

e desejados, desejanter e desejosos é que nos faz produzir tão tenazmente esta reflexão. Nós todos somos aprendizes, todos vivemos e constituímos este mundo como aprendiz permanente. Este limite, ao mesmo tempo em que é um limite, é também o desafio que faz avançar nosso horizonte e nossa liberdade, o nosso tempo é o amanhã, a nossa vontade é o desejo, o nosso meio a liberdade e a ciência. (NUNES, 1996, p. 244).

Portanto, o processo de educação sexual intencional emancipatório pode e deve possibilitar ao sujeito o autoconhecimento e a reflexão crítica sobre sua própria sexualidade, o que favorece a vivência de uma sexualidade que valoriza o prazer, o respeito mútuo, refletindo-se em uma vida mais feliz. Todavia, o que se observa ainda hoje é processos intencionais isolados de educação sexual, particularmente palestras, que desconsideram a sexualidade como dimensão ontológica do ser e focam suas intervenções numa abordagem médico-biológico reducionista fragmentada da dimensão sexualidade, muitas vezes redutora da humanidade do ser. Isso não significa desconsiderar o conhecimento médico, mas sugerir uma reflexão crítica quanto ao seu discurso, visto que seu uso, em várias épocas e culturas, deixou reflexos de normatização e disciplinarização para se abordar a sexualidade. Isso posto, torna-se imprescindível

[...] levar jovens e adultos, crianças e adolescentes a perceberem-se enquanto constituídos por uma sexualidade humanizada pela cultura e pela história, um ponto de equilíbrio, uma *arché* de cada subjetividade, deve ser a primeira constatação pedagógica de uma educação sexual emancipatória. (NUNES, 1996, p. 224, grifo do autor).

A reeducação sexual e a superação de dispositivos controladores e de paradigmas e práticas repressivas é urgente e

necessária, sendo que uma visão de mundo fundamentado na vertente emancipatória exigirá “[...] a superação da busca de receituários prontos, nenhum educador estará naturalmente sereno frente às perguntas e manifestações da sexualidade [...] se não tiver um referencial teórico crítico sólido.” (NUNES, 1996, p. 233).

Diante das reflexões aqui apresentadas expressas em nossas categorias *a priori* para esta trajetória, tendo como categoria principal, portanto, o processo de educação sexual intencional emancipatório, apresentaremos na seção II a busca por processos sócio-históricos da construção do saber médico e a sua transformação em autoridade legitimada junto às instituições escolares, incluída aí, escolas de medicina; assim como o desvelamento do contexto histórico paradigmático na formação médica. A seção seguinte apresentará o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de graduação em Medicina, *locus* desta pesquisa, e a busca de indicadores do processo de educação sexual no referido PPC. Na seção IV apresentaremos os movimentos metodológicos de todo o estudo e as análises dos resultados obtidos por meio da coleta de dados. Por fim, apresentaremos a categoria emergente, resultado das análises e que nos possibilita compreender o prescrito e o vivido dos docentes do referido curso.

2 PROCESSOS DE EDUCAÇÃO SEXUAL E O SABER MÉDICO¹⁴

Educação, sexualidade e emancipação parece ser uma tríade utópica no que se refere às interfaces possíveis entre essas categorias. Pelo menos a julgar pelo resultado que se obtém em pesquisas na área da Educação sobre a dimensão da sexualidade humana há alguns anos (SANTOS; BRUNS, 2000; NUNES, 2005; FIGUEIRÓ, 2006; MELO e POCOVI, 2008; ANDRADE, 2011; YARED, 2011; KORNATZKI, 2013; PACHECO, 2014; VARELA, 2014; FIGUEIREDO, 2015).

No entanto, temas inseparáveis do existir humano, como a dimensão sexualidade, e nela a compreensão de corporeidade, permanecem velados no cotidiano das instituições educativas, embora intensamente vividos nos seus currículos ocultos. Mesmo que aparentemente “silenciado” na prática educacional, essa temática da sexualidade humana vai delineando as relações pessoais e profissionais dos envolvidos no processo curricular sem que se perceba que, numa perspectiva repressora, esse silenciar é muitas vezes um falar enfático. Assim, perpetuam-se muitos conceitos equivocados, dogmas, crenças, mitos, tabus e preconceitos; enfim, vive-se uma constante falta de reflexão intencional sobre o tema e, mesmo que não prevista, essa negligência desumanizadora ocorre na formação inicial e continuada dos/as profissionais das mais diversas áreas do saber, inclusive da Educação e da Saúde. Sendo estes, especialmente a figura médica, geralmente os mais procurados para trabalhar processos de educação sexual na escola – como discorrido na seção I.

¹⁴ Versão modificada desta seção foi publicada em *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, v.10, esp n.2 (2015): 15 anos do Núcleo de Estudos da Sexualidade: de grupo de pesquisa a programa de pós-graduação, p. 1561-1581, E-ISSN: 1982-5587.

Disponível em:

<http://seer.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/8337/5645>

Entendemos que pesquisar na perspectiva do método dialético – o qual será descrito na seção IV – é voltar a possíveis pontos de partida, é retornar ao passado e analisá-lo a contrapelo para refletir sobre o fenômeno e suas partes, com vistas a ampliação de sua totalidade. Esse movimento de “caminho de volta” (ANASTASIOU e ALVES, 2010) pode contribuir para uma melhor compreensão do fenômeno, portanto, buscaremos impregná-lo com meandros históricos. Essa é uma tarefa elementar e importante para a pesquisa, porque

[...] apenas então podemos redargui-la sob outro lineamento. Se a lógica atual é apagar a historicidade dos fenômenos humanos, a nossa, consiste justamente no oposto, impregnar de história o supostamente dado e natural, biológico e eterno, vértices estes hegemonicamente utilizados no processo exegético de apropriação das complexas relações que envolvem deficiência e sociedade, relações presentes desde o estabelecimento das primeiras comunidades humanas, contudo, contínua e inescrupulosamente apagados da história que nos é contada pela via escrita. É preciso recobrar o passado. (PICCOLO, 2012, p. 15)

Nesse sentido, “[...] uma dupla relação se estabelece entre a história e a atualidade: por um lado, o desvelamento do passado [...] é indispensável para uma percepção mais lúcida do presente.” (MACHADO, 1978, p. 05). Logo, na busca da compreensão da aliança entre a medicina e a educação – ou seja, da adesão e aceitação do seu poder legitimado pelo sistema educacional – faz-se a seguir um breve resgate histórico objetivando-se auxiliar na compreensão sobre a origem do predomínio desse discurso clínico-biologista na Educação. Pois, a configuração atual do fenômeno “[...] remete ao momento de sua eclosão e aos caminhos de sua formação. Por este motivo, é não só possível mas necessário situá-lo no tempo, descrever sua

gênese histórica, distinguindo-a daquela que a antecedeu.” (MACHADO, 1978, p. 08).

Mais especificamente, tal discurso permeia processos de educação sexual intencionais nas escolas e o entendimento de como esse tipo de prática atribuída preferencialmente aos médicos tornou-se senso-comum, propagando valores que parecem reforçar uma visão biologista redutora da dimensão humana da sexualidade. Por isso, busca a ampliação da totalidade do fenômeno, mas não seu esgotamento, visto que

[...] tematizando a medicina, procura dar conta da emergência de uma nova problemática teórica e prática enquanto parte de um processo global que poderá ser melhor conhecido a partir de estudos setoriais, específicos, centrados em instrumentos de poder nascidos, muitas vezes, fora dos aparelhos do Estado, mas que desempenham um papel decisivo para sua própria transformação. (MACHADO, 1978, p. 05)

Por isso, ressaltamos, este resgate histórico não objetiva o esgotamento do tema, pois seria banalizar sua complexidade. Dentre a diversidade de olhares em que a história pode ser analisada, este é um olhar, com vistas a aprofundar a compreensão do fenômeno deste estudo. Fazemos esse resgate, portanto, por entender que essas são questões que perduram décadas e ainda hoje influenciam a formação de docentes que atuam na área da Educação e da Saúde e, conseqüentemente, também na formação de profissionais dessas áreas, especialmente os da área médica, em seus processos de educação sexual.

2.1 REFLEXÕES SOBRE A CONSTRUÇÃO E A LEGITIMAÇÃO DO SABER MÉDICO E SUA INFLUÊNCIA SOBRE A SEXUALIDADE DO BRASILEIRO

A partir do século XVIII, Portugal começou a apresentar um novo interesse em terras brasileiras devido à descoberta do ouro. Até então, as cidades haviam sido literalmente abandonadas pelos portugueses e a ocupação dos territórios fez-se por meio da iniciativa privada colonial, ou seja, pela família latifundiária senhorial que mantinham interesses políticos e econômicos alinhados aos do reino (COSTA, 2004).

Paralelamente à descoberta do ouro, as cidades envolvidas na sua exportação e comercialização começaram a expandir-se, juntamente com o surgimento de uma elite distinta dos interesses do reino. Eram os “[...] negociantes, homens de letras, militares, funcionários públicos, religiosos e outras camadas sociais começaram a se opor à extorsão econômica.” (COSTA, 2004, p. 19). Assim, aumentaram de maneira extraordinária as ocorrências de rebeldia e sabotagem econômica à Portugal.

As tentativas de controle para se reconduzir a população à ordem colonial orientavam-se conforme o entendimento de ordem, de lei, de justiça, de transgressão e de punição da época, ou seja, apresentavam uma lógica repressiva. Dentro da Colônia¹⁵, duas instituições comandavam a ordem desenvolvendo técnicas eficientes para o controle dos sujeitos: a Igreja, por meio da disciplina corporal exercida pela pedagogia jesuítica e o Militarismo, por meio do serviço militar. Até então ainda não aliado ao Estado, o clero defendia seus próprios interesses e unia-se às famílias contra a metrópole, influenciando-as significativamente no que se tratava de

¹⁵ Divisão para fins didáticos: Brasil Colonial: 1500 – 1822; Brasil Império: 1822 – 1889; Brasil República: 1889 – 1930; Estado Getulista: 1930 – 1945; Período Democrático: 1945 – 1964; Regime Militar: 1964 – 1985. (FAUSTO, 1995)

questões estatais. A Igreja também considerava desnecessário qualquer assistência médica às famílias nativas. As leis da época eram estritamente punitivas, visto que “[...] os governantes procuraram dominar a cidade através da legalidade inscrita nas Ordenações. As infrações eram punitivas pela justiça e pela polícia [...]: enforcamento, exílio, açoite, etc.” (COSTA, 2004, p. 20). Porém, a antiga ordem colonial era resistente à nova ordem disciplinar. Várias particularidades demarcaram esse momento, tais como as características da população, da lei e da política da época. A população brasileira era rotulada pelos europeus, de um modo geral, como um povo mestiço, lascivo e sem nacionalidade; portanto, “[...] gente de pior educação, de um caráter o mais libertino, como são negros, mulatos, cabras, mestiços e outras gentes semelhantes.” (COSTA, 2004, p. 25). A ausência de identidade nacional era um fator preponderante, pois um “[...] povo mestiço, sem precedentes de outras nações, fez com que a república fosse inaugurada conjuntamente com um modelo de nação híbrido.” (OLIVEIRA, L., 2007, p. 12). Como afirma Carvalho (1987, p. 10), aos olhos de franceses, “[...] o Brasil não tem povo.”

Aqui, recorreremos à Foucault (1984) para abrirmos um importante parêntese devido às influências europeias ocorridas no Brasil, em especial no século XIX. Segundo Foucault (1984), o nascimento da medicina científica se deu ao final do século XVIII na Europa e o autor reconstitui em sua obra três importantes etapas, quais são: a medicina de Estado, na Alemanha; a medicina urbana, na França; e a medicina da força de trabalho no século XIX, na Inglaterra.

A medicina moderna é “[...] uma medicina social que tem por *background* uma certa tecnologia do corpo social; que a medicina é uma prática social que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente.” (FOUCAULT, 1984, p. 79, grifo do autor). No entendimento de Foucault (1984), com o advento do capitalismo não houve uma passagem de uma medicina coletiva para uma individualista,

mas sim, um movimento ao contrário, isto é, o controle da sociedade para ser eficaz não seria suficiente pelo consciente ou por uma ideologia, mas por um controle do corpo – o que o autor denomina de bio-política.

Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política. (FOUCAULT, 1984, p. 80)

A medicina social desenvolveu-se na Alemanha ao final do século XVIII e consistiu num “[...] conjunto dos procedimentos pelos quais o Estado extraiu e acumulou conhecimentos para melhor assegurar seu funcionamento.” (FOUCAULT, 1984, p. 81). Diz respeito a uma prática médica “[...] efetivamente centrada na melhoria do nível de saúde da população [...]” (FOUCAULT, 1984, p. 83) denominada de *política médica de um Estado*. O objeto do conhecimento remetia-se ao Estado e consistia basicamente em quatro aspectos, quais são: num sistema completo de observação de morbididade; na normalização da prática, do saber médico e do ensino médico, sendo a medicina e o médico “[...] o primeiro objeto da normalização [...]” (FOUCAULT, 1984, p. 83); criação de uma “[...] organização administrativa para controlar a atividade dos médicos [...]” (FOUCAULT, 1984, p. 83), os vinculando a um poder superior; e a criação de funcionários médicos nomeados pelo governo, surgindo a figura médica

como administrador de saúde. Nesse sentido, Foucault (1984) afirma que essa Medicina do Estado surgiu antes da Medicina Científica, contudo não como força de trabalho industrial, mas como força Estatal.

Não é o corpo que trabalha, o corpo do proletário que é assumido por essa administração estatal da saúde, mas o próprio corpo dos indivíduos enquanto constituem globalmente o Estado: é a força, não do trabalho, mas Estatal, a força do Estado em seus conflitos, econômicos certamente, mas igualmente políticos, com seus vizinhos. É essa força estatal que a medicina deve aperfeiçoar e desenvolver. (FOUCAULT, 1984, p. 84).

Na França, ao final do século XVIII, o desenvolvimento da medicina social é representada pelo fenômeno da urbanização. Paris era representada como uma grande cidade francesa formada por uma multiplicidade de territórios, heterogêneos e de poderes rivais. Ela não representava “[...] uma unidade territorial, uma região em que se exercia um único poder. Mas um conjunto de poderes senhoriais detidos por leigos, pela Igreja, por comunidades religiosas e corporações, poderes estes com autonomia e jurisdição próprias.” (FOUCAULT, 1984, p. 85).

Sentiu-se necessidade, assim, por razões econômicas e políticas, de unificar o poder urbano constituindo as cidades como uma unidade, pelo menos as grandes cidades, com vistas a “[...] organizar o corpo urbano de modo coerente, homogêneo, dependendo de um poder único e bem regulamentado.” (FOUCAULT, 1984, p. 86).

A medicina urbana apresentava três grandes objetivos. Primeiro fez-se “[...] a análise das regiões de amontoamento, de confusão e de perigo no espaço urbano.” (FOUCAULT, 1984, p. 90). Inspecionou-se, assim, todos os lugares de acúmulo de tudo que poderia provocar doenças, especialmente os

cemitérios. Foi nesse momento que surgiu o deslocamento dos cemitérios para as periferias das cidades e a criação do caixão individual. Depois realizou-se “[...] o controle e o estabelecimento de uma boa circulação da água e do ar.” (FOUCAULT, 1984, p. 91). Surgiu o controle de coisas ou elementos, essencialmente o ar e a água, pois o ar era considerado fator patógeno devido a sua influência direta sobre os sujeitos. Longas avenidas foram abertas, métodos de arejamentos foram estudados e corredores de água organizados. Finalmente, realizou-se a organização da distribuição e sequências, que elaborou o 1º plano hidrográfico de Paris e organizou as fontes de água para beber e esgoto.

Neste sentido, a medicalização urbana foi importante por várias razões, como por exemplo, o contado direto da prática médica com ciências extra-médicas, em especial, a química. Segundo Foucault (1984), a medicina social urbana foi de grande importância para a constituição da medicina científica. Em suas palavras:

A inserção da prática médica em um *corpus* de ciência físico-química se fez por intermédio da urbanização. A passagem para um medicina científica não se deu através da medicina privada, individualista, através de um olhar médico mais atento ao indivíduo. A inserção da medicina no funcionamento geral do discurso e do saber científico se fez através da socialização da medicina, devido ao estabelecimento de uma medicina coletiva, social, urbana. A isso se deve a importância da medicina urbana. (FOUCAULT, 1984, p. 92, grifo do autor)

Ainda, a medicina social urbana não se constituiu numa medicina de seres humanos, de corpos ou organismos, “[...] mas uma medicina das coisas: ar, água, decomposições, fermentos; uma medicina das condições de vida e do meio de existência.” (FOUCAULT, 1984, p. 92). Criou-se, assim, a relação entre organismos e o meio, as ciências naturais e a medicina, o que

resultou, portanto, numa análise “[...] do meio à dos efeitos do meio sobre o organismo e finalmente à análise do próprio organismo. A organização da medicina foi importante para a constituição da medicina científica.” (FOUCAULT, 1984, p. 93).

Além disso, a medicina social urbana, pouco antes da Revolução Francesa, deu origem a noção de salubridade. Visto que não representa o conceito de saúde, mas do estado das coisas que permitem melhor saúde possível, a salubridade “[...] é a base material social capaz de assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos [...]”, sendo “[...] correlativa a ela que aparece a noção de higiene pública.” (FOUCAULT, 1984, p. 93).

Percebe-se, portanto, que o corpo, mesmo empregado política e socialmente como força de trabalho, não foi primeiramente atingido pelo poder médico. Somente no segundo terço do século XIX que o corpo foi colocado como um problema, “[...] que o pobre apareceu como um perigo.” (FOUCAULT, 1984, p. 94). Assim, como descrito anteriormente, em primeiro lugar apontou-se o Estado, depois as cidades e em último foco de objetos da medicalização, os pobres e trabalhadores.

Várias razões são apontadas sobre os motivos dos pobres não serem vistos como um perigo médico no século XVIII. Num primeiro momento, por ordem quantitativa, o amontoamento de pessoas não era grande o suficiente para que a pobreza fosse vista como um perigo. Todavia, Foucault (1984, p. 94) salienta que a utilidade do pobre era um fator preponderante, pois eram os pobres da cidade que “[...] realizavam incumbências, levavam cartas, se encarregavam de despejar o lixo, apanhar móveis velhos, trapos, panos velhos e retirá-los da cidade, redistribuí-los, vendê-los, etc.” Assim, os pobres faziam parte da instrumentalização urbana e, neste nível, eram bastante úteis.

A ameaça da pobreza se deu no segundo terço do século XIX e, segundo Foucault (1984), apresenta-se as seguintes razões: num primeiro momento pela razão política, quando a

população pobre é capaz de tornar-se força política e participar de revoltas; a partir da criação de serviços, como o sistema postal e o sistema de carregadores, que geraram revoltas populares devido à dispensa dos mais pobres nestes serviços; e a cólera de 1832 que se disseminou pela Europa e “[...] cristalizou em torno da população proletária ou plebeia uma série de medos políticos e sanitários. A partir dessa época, se decidiu dividir o espaço urbano em espaços pobres e ricos.” (FOUCAULT, 1984, p. 94). Assim, é na Inglaterra, a partir do rápido desenvolvimento industrial e desenvolvimento proletariado, que originou-se uma nova medicina social.

De maneira geral, pode-se dizer que, diferentemente da medicina urbana francesa e da medicina de Estado da Alemanha do século XVIII, aparece, no século XIX e sobretudo na Inglaterra, uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas. (FOUCAULT, 1984, p. 97).

Instituiu-se, assim, a “Lei dos pobres”, o marco onde a medicina começou a se tornar social, visto que essa legislação direcionava-se ao controle médico da população pobre. Originou-se um plano de assistência controlado que, ambigualmente, assegurou a saúde das classes pobres e a proteção das classes ricas. Ou seja, a partir de uma proposta sanitária autoritária, aos pobres foi possibilitado “[...] de se tratarem gratuitamente ou sem grande despesa e os ricos garantindo não serem vítimas de fenômenos epidêmicos originários da classe pobre.” (FOUCAULT, 1984, p. 95). Outros elementos completaram a Lei dos pobres também a partir de um serviço autoritário de controle médico da população, como por exemplo, o controle da vacinação, o registro das epidemias e a identificação de lugares insalubres.

Ressaltamos, contudo, que esse processo de organização da medicina social em forma de controle da população pobre suscitou resistências em diversos países, sendo um desses momentos, por exemplo, a Revolta da Vacina no final do século XIX no Brasil. Porém, a medicina social inglesa representa o sistema que mais teve sucesso, pois possibilitou a organização de uma medicina com diferentes formas de poder e, pela sua originalidade, permitiu a coexistência de três sistemas médicos superpostos: a “[...] medicina assistencial, administrativa e privada, setores bem delimitados que permitiram, durante o final do século XIX e primeira metade do século XX, a existência de um esquadramento médico bastante completo.” (FOUCAULT, 1984, p. 97-98).

Isto posto, no Brasil o crescimento populacional e o frágil controle do Estado contribuía para a ascensão de uma desordem urbana e, como o Estado tinha interesses econômicos e militares que se alinhavam aos interesses privados da população, a intervenção no social e a regulação das famílias apresentaram-se como situações emergenciais para o controle político sobre o povo. A militarização, contudo, apresentava limitações intrínsecas devido ao sistema sócio-econômico infundido pela Colônia. Costa (2004) assinala que, na Colônia, o poder político era dividido em três poderes: o Estado, as famílias latifundiárias e o clero. Neste sentido, a militarização precisava ser eficiente, mas não gerar resistência ao poder. De acordo com Carvalho (1987, p. 42), ficou registrado que o período de transição do Império para a República, “[...] foi uma época caracterizada por grande movimento de ideias, em geral importadas da Europa [...]”, contudo, na maioria das vezes “[...] eram ideias mal absorvidas ou absorvidas de modo parcial ou seletivo, resultando em grande confusão ideológica.”

Foi possivelmente neste cenário – de fragilidade política, de falta de identificação das instâncias com o Estado e da ineficiência do sistema jurídico-policial diante do meio urbano – que o Estado nacional precisava resolver “[...] como implantar

a mecânica de sujeição militar sem criar soldados nem distribuir armas ou, em outros termos, como levar os indivíduos a compactuarem com a ordem estatal sem os riscos da insurreição armada.” (COSTA, 2004, p. 28).

No Brasil, portanto, esse processo de sujeição foi marcado por esses importantes momentos, inclusive, pela transição do Brasil Colônia para o Brasil República, por exemplo, quando emergiram novas configurações políticas e educacionais, obviamente, novas questões ideológicas e morais (OLIVEIRA, M., 2004; OLIVEIRA, L., 2007); e, mais precisamente, o momento de transição do Império para a República, pois “[...] tratava-se da primeira grande mudança de regime político após a independência.” (CARVALHO, 1987, p. 11).

Foram estes cenários os responsáveis pela elaboração de novas estratégias de coerção, onde novos agentes “[...] foram aliciados, convertidos, manipulados ou reorientados nos seus mais diversos interesses e formas de agir. Este foi o momento de inserção da medicina higiênica no governo político dos indivíduos.” (COSTA, 2004, p. 28). Mais, a passagem do século XIX para o século XX foi quando se presenciou a emergência de um conhecimento médico científico, através do qual se possibilitou a instauração da higiene científica no Brasil (OLIVEIRA, M., 2004; OLIVEIRA, L., 2007). Considerando-se que no final do século XVIII e início do século XIX a medicina era tida como um conhecimento “popular”, uma técnica “alternativa”, seu discurso era suscetível a contestação, de veracidade questionável (OLIVEIRA, L., 2007). Historicamente, até a chegada do século XIX, a imagem social do profissional médico no Brasil era vivenciada com relativo desprestígio e, inclusive, mal remunerados. De uma perspectiva científica mais rigorosa, de acordo com Feyerabend (2010, p. 42), “[...] a medicina antes do século XX tinha fama sem conteúdo e progresso sem substância [...]” uma vez que a racionalidade do saber médico “[...] pouco se distinguia do

conhecimento empírico dos jesuítas, pajés, curandeiros, etc.” (COSTA, 2004, p. 74). É nesse espaço que a medicina encontra suporte para se consolidar.

Nesse momento histórico, os meios jurídico-legais apresentavam-se ineficientes no controle da população, bem como na infiltração da intimidade familiar. O controle da saúde nas cidades também se demonstrava inviável pelos fiscais de justiça e “[...] a justiça não sabia como criar e perenizar mecanismos de prazer que se combinassem aos projetos de mudança, seduzindo as famílias e tornando-as amantes do Estado.” (COSTA, 2004, p. 63). Foi nessa conjuntura que a medicina, aliando-se às questões políticas do Estado, apresentou a higiene como solução brasileira, pois

[...] o instrumento adequado ao controle da vida íntima deveria, portanto, ostentar insígnias de poder e saber sobre a moral. [...] A própria família deveria animar a produção de seus fiscais. A operação deveria ser ágil, contínua e pouco onerosa. [...] A assimilação eficaz do corretivo estatal não dependia apenas de seu grau de solubilidade. Além de aceitável ele deveria induzir efeitos gratificantes e duradouros. As famílias deveriam sentir-se recompensadas e não punidas pela intervenção do Estado. A mudança tinha que acenar, antes de mais nada, com promessas de lucro capazes de provocar reações em cadeia, que se estendessem ao longo das gerações. (COSTA, 2004, p. 63).

Foram elaboradas, assim, por uma fração de intelectuais da época, estratégias de medicalização da sociedade, “[...] estratégias que procuraram redefinir as condições em que se dão as relações de poder entre nós, a partir da reflexão e da intervenção sobre o espaço urbano, sua população e as individualidades que a compõem.” (MACHADO, 1978, p. 05). A partir desse panorama e conjunto de fatores é que a medicina, então, alcançaria sua independência, “[...] aliando-se ao novo

sistema contra a antiga ordem colonial. Este progresso no Brasil fez-se através da higiene, que incorporou a cidade e a população ao campo do saber médico.” (COSTA, 2004, p. 28). As fases de experimentações durante o século XIX e na transição para o século XX garantiram o conhecimento “científico” à medicina, transformando seu discurso popular em discurso hegemônico, na maioria das vezes, inquestionável, além de “[...] articular a atividade médica à atividades política.” (MACHADO, 1978, p. 195).

Deste modo, a medicina configurou-se efetivamente e a saúde da população tornou-se uma política de Estado com as famílias como alvo principal visto que “[...] o Estado brasileiro sempre encontrou na família um dos mais fortes obstáculos à sua consolidação.” (COSTA, 2004, p. 30). A partir de então, a medicina higiênica insere-se no governo político, com a missão de “[...] reconversão das famílias ao Estado pela higiene.” (COSTA, 2004, p. 30-31). Esse objetivo encontrou força naquela premissa do povo brasileiro como um povo mestiço, uma mistura tanto biológica como cultural, sem caráter nacional o que o tornava um “[...] alvo fácil de uma série de concepções importadas principalmente da Europa, como o eugenismo¹⁶ e o higienismo¹⁷.” (OLIVEIRA, L., 2007, p. 18).

Todavia, ressaltamos que não negamos nem desvalorizamos os benefícios do progresso científico da higiene aos sujeitos. Esses benefícios são inegáveis. Mas, ressaltamos

¹⁶ Eugenia – palavra derivada do grego que significa “bem nascido”; teoria que busca produzir uma seleção nas coletividades humanas baseada em leis genéticas; a concepção eugênica estabelece princípios e regras para a formação de um povo saudável, de uma prole sadia de corpo e espírito, gerando seres humanos com “bons genes”. (HOUAISS, 2009; OLIVEIRA, M., 2004; OLIVEIRA, L., 2007).

¹⁷ Higienismo – parte da medicina que visa à preservação da saúde e ao estabelecimento das normas, condutas e preceitos para prevenir as doenças; conjunto de condições ou hábitos que conduzem ao bem-estar e à saúde (HOUAISS, 2009).

que é importante notar que “[...] a própria eficiência científica da higiene funcionou como auxiliar na política de transformação dos indivíduos em função das razões do Estado.” (COSTA, 2004, p. 32). Diante de um histórico descrédito profissional, é no século XIX no Brasil que a medicina irá lutar arduamente para inverter esse quadro, “[...] procurando monopolizar o saber e condensar na figura do médico o direito de assistir aos doentes.” (COSTA, 2004, p.76). É o que afirma Machado (1978, p. 195), “[...] lei, medicina, civilização: o necessário para tornar doce os costumes de um povo.” Assim, a higiene apareceu incrivelmente convincente, mesmo destacando que fora incentivada pelo interesse do Estado com vistas à “assistência-controlê” (FOUCAULT, 1984) da população.

Concomitantes a todos estes eventos houve uma tentativa de maior controle populacional e de desenvolvimento industrial quando a Família Real mudou-se para o Rio de Janeiro, sendo esse período joanino o marco desse novo processo de regulação e controle. A figura de Dom João VI, a partir de 1808, contribuiu para uma fortificação do poder exercido por Portugal. Porém, a chegada da Corte ressaltou as deficiências urbanas da cidade, como os problemas demográficos e o ritmo econômico imposto ao Brasil baseado no capitalismo europeu. A aristocracia portuguesa e a burguesia europeia possuíam costumes – consumo, lazer, moradia, higiene – muitos distintos da população local, o que os deixava insatisfeitos com o funcionamento da cidade. Havia, portanto, uma necessidade urgente de desenvolvimento urbano e a transformação e higienização das famílias teve ligação direta com essa modernização.

Conseqüentemente, as relações familiares começaram a ser “atacadas” por propagandas nacionalistas, ação gerenciada por políticos e intensamente apoiada pelos “[...] novos agentes de domesticação familiar, os médicos.” (COSTA, 2004, p. 62). E com a abertura das faculdades de Medicina no Rio de Janeiro, na Bahia e em Pernambuco, as teorias médicas europeias

chegaram fortemente ao Brasil (DEL PRIORI, 2011). As intervenções da concepção higienista no Brasil durante o século XIX focaram-se no processo de construção da autoridade e da confiabilidade e na persuasão da hipótese de que “[...] a saúde e a prosperidade da família dependem de sua sujeição ao Estado.” (COSTA, 2004, p. 63).

Tais concepções instauraram-se no Brasil quando se iniciou a formação científica da medicina propondo novas concepções de corpo como foco de ajuste e controle para o aprimoramento e a saúde do povo. Nesse momento, portanto, começaram a entrar em cena os médicos formados neste novo quadro científico – os novos atores sociais que “[...] efetivaram a representação da sexualidade sustentada em doutrinas higienistas e eugenistas.” (OLIVEIRA, L., 2007, p. 16). As influências dessas doutrinas refletiam numa “fascinação” pelo corpo burguês, numa contínua avaliação pejorativa do corpo, banalizando os sujeitos suprimidos da elite socioeconômica, como por exemplo, os paraíbas, os crioulos ou os caipiras.

Pode-se constatar, assim, que esses conhecimentos e pensamentos geravam uma “desqualificação” do povo brasileiro. Segundo Morin (2007, p. 98), “[...] é o modo de pensar dominante, redutor e simplificador, aliado aos mecanismos de incompreensão, que determina a redução da personalidade, múltipla por natureza, a um único de seus traços.” A higiene e a disciplina passaram a ser categorias marcantes na distinção social; porém, a “[...]” possessão por uma ideia, uma fé, que dá a convicção absoluta de sua verdade, aniquila qualquer possibilidade de compreensão de outra ideia, de outra fé, de outra pessoa.” (MORIN, 2007, p. 98). E assim, consequentemente,

[...] o corpo, o sexo e os sentimentos conjugais, parentais e filiais passaram a ser programadamente usados como instrumentos de dominação política e sinais de diferenciação social daquela classe. [...] A ética que ordena o convívio social burguês modelou o convívio

familiar, reproduzindo, no interior das casas, os conflitos e antagonismos de classe existentes na sociedade. As relações intrafamiliares se tornaram uma réplica das relações entre classes sociais. (COSTA, 2004, p. 13).

Logo, esses critérios marcavam uma nova sociedade moderna a partir do século XX, onde a dimensão sexualidade representava uma política de controle dos sujeitos e da população. Esse “controle sobre as pessoas e as coisas”, relacionado ao pensamento de governo no período joanino, vem ao encontro do pensamento abissal firmado por Santos (2010a), que apresenta uma lógica de “apropriação/violência” estabelecida quando ocorrem situações muito desiguais de poder: “[...] mais do que regular os conflitos sociais entre cidadãos, é solicitado a suprimir conflitos sociais.” (SANTOS, 2010a, p. 48). O poder “[...] não é uma instituição e nem uma estrutura, não é uma certa potência de que alguns sejam dotados: é o nome dado a uma situação estratégica complexa numa sociedade determinada.” (FOUCAULT, 2011, p. 103).

O modo sistemático e calculado como o corpo, o sexo e as relações intrafamiliares são utilizados para normalizar as condutas fundamentadas na ordem social burguesa europeia representa o poder e a manipulação exercidos pelo governo sobre a população.

A forma de poder é simples e bastante popular. Não há qualquer argumento: não há qualquer tentativa de entender; a forma de vida que tem o poder impõe sua regra e elimina o comportamento que lhe é contrário. Conquistas estrangeiras, a colonização, os programas de desenvolvimento e uma grande parte da educação ocidental são exemplos disso. (FEYERABEND, 2010, p.34).

Nesse sentido, essas múltiplas relações políticas de controle e intervenção no social pode caracterizar um poder

sobre a vida, visto que representam “[...] uma série de intervenções e controles reguladores: uma bio-política da população. As disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois pólos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida.” (FOUCAULT, 2011, p. 152, grifos do autor). Instaura-se, portanto, um processo de medicalização da população e da sexualidade a partir da difusão do saber médico e de estratégias de vigilância e controle disciplinar dos sujeitos; “[...] um processo dotado de certa complexidade, colocando em ação os saberes médicos e psiquiátricos, as recomendações práticas e difundidas sobre a família, as disposições permanentes desenvolvidas com os pais e um controle exercido do exterior sobre a família.” (GIAMI, 2005, p. 267). Pode-se dizer que foram ações em consonância com a igreja, a psiquiatria, visando “[...] a medicalização da família para exercer a vigilância da masturbação infantil e a biopolítica, como forma de organização política de regulação das populações.” (GIAMI, 2005, p. 262).

Assim, o panorama exposto até o momento não objetivava explicar a intervenção médica a partir de um todo, como também não esperava esgotar o todo por uma análise de viés médico. Mas sim, explicitar

[...] uma peça do mecanismo de nossas sociedades, de importância decisiva para o surgimento e manutenção de técnicas normativas nascidas no bojo de um tipo de conhecimento que se dá como objeto a totalidade da vida social; técnicas que foram, pouco a pouco, se deslocando de seu solo originário até impregnar outros saberes e outras práticas. (MACHADO, 1978, p. 05)

Entendemos como necessária essa consciência crítica histórica, pois concordamos com Nunes (1996, p. 226) que “ao compreender as malhas do poder discursivo reunimos elementos para investigar as formas históricas de opressão e repressão

sobre estes dispositivos de prazer e de sentir.” Portanto, o poder, o controle e a regulação da população brasileira pelo Estado fortaleceram-se a partir de uma intervenção médica orquestrada pelo discurso higienista e eugenista – ações que influenciam muitas das condutas humanas até os dias atuais.

2.2 INDICADORES DOS REFLEXOS DO LEGADO HIGIENISTA E EUGENISTA EUROPEU EM PROCESSOS DE EDUCAÇÃO SEXUAL E EM AMBIENTES ESCOLARES BRASILEIROS

A marcha higienista teve origem na Europa e seu nome se origina na raiz grega *hygies*, que significa sadio. Indubitavelmente necessária, a higiene preocupa-se com o ambiente e com a saúde do ser humano, ensinando-o como protegê-la e melhorá-la, além do cuidado com o “[...] favorecimento e ótimo funcionamento do organismo, ajustando-o ao meio, cuidando de impedir e combater doenças.” (OLIVEIRA, M., 2004, p. 01). Neste cenário, a característica “mestiça” do povo brasileiro era vista como uma fragilidade e, assim, o movimento higienista europeu instaurou a tentativa de uniformização e padronização da população. Ainda, o acúmulo de pessoas resultado do rápido crescimento populacional gerou um contingente de subempregados e desempregados e

[...] esta população poderia ser comparada às classes perigosas ou potencialmente perigosas de que se falava na primeira metade do século XIX. Eram ladrões, prostitutas, malandros, desertores do Exército, da Marinha e dos navios estrangeiros, ciganos, ambulantes, trapeiros, criados, serventes de repartições públicas, ratoeiros, recebedores de bondes, engraxates, carroceiros, floristas, bicheiros, jogadores, receptadores, pivetes (a palavra já existia). (CARVALHO, 1987, p. 18)

O reflexo dessa ação foi o acesso da medicina ao núcleo familiar, pois os médicos dominavam esse novo saber científico e desenvolviam “[...] dispositivos estratégicos de regulação dos comportamentos e da vida íntima dos diversos setores da sociedade.” (OLIVEIRA, L., 2007, p. 27).

A inserção do médico e, conseqüentemente, da medicina higiênica no governo político objetivou compensar as deficiências da lei, originando uma política higiênica que cultivasse “[...] o gosto pela saúde, exterminando assim, a desordem higiênica dos velhos hábitos coloniais [...]” (COSTA, 2004, p. 12), salvando a população do caos em que se encontravam. Ou seja, a inclusão desses dispositivos médicos era apregoada como importante para garantir a transformação dos sujeitos em cidadãos metropolitanos, promovendo a cidadania. O modo de conviver burguês, implicitamente, “[...] é transmitido [...] onde o ideal do *gentleman*, do *petit bourgeois* contido, disciplinado, higiênico e polido, funciona como norma do bem conduzir-se na casa e na vida.” (COSTA, 2004, p. 88, grifos do autor).

A tarefa dos higienistas era a de converter os sujeitos à nova ordem urbana. Ordem estranha ao antigo modo de viver colonial que, a todo momento, a repelia e procurava deter seu progresso. Esta ordem, contudo, precisava ser aceita, pois dela dependia a prosperidade das elites e o progresso do Estado. A ingerência médica na família perseguia este objetivo: tornar o estranho, familiar. (COSTA, 2004, p. 35-36).

Logo, tendo como foco o controle e regulação das famílias brasileiras, o higienismo e o eugenismo preconizam o ensino de novos hábitos, enraizando-se em setores como a Saúde Pública e a Educação. A repercussão desses conhecimentos era inicialmente empírica até o século XVIII, porém, a partir do século XIX, experimentos concretizaram a propagação da higiene científica (OLIVEIRA, M., 2004).

No âmbito da saúde o poder público iniciava o planejamento e a adoção de campanhas educativas, o “[...] policiamento sanitário, saneamento de portos e cidades, imunização em massa e isolamento de doentes.” (OLIVEIRA, L., 2007, p.19). No âmbito privado, as ações médicas – projetos médicos, mas também políticos – organizavam a “[...] gestão estatal dos casamentos, nascimentos e sobrevivências [...]” pois o “[...] sexo e sua fecundidade precisavam ser administrados. A medicina das perversões e os programas de eugenia foram, na tecnologia do sexo, as duas grandes inovações da segunda metade do século XIX.” (FOUCAULT, 2011, p. 129). Ações estas que se caracterizavam como nada menos do que um sistema de regulação que, aliadas ao eugenismo e ao higienismo, trabalhavam como ciência para remodelar o povo brasileiro.

A concepção higienista defende a formação de um sujeito puramente burguês e à disposição das políticas do Estado. Portanto, o foco da medicina social será as famílias burguesas da cidade, “[...] procurando modificar a conduta física, intelectual, moral, sexual e social dos seus membros com vistas à sua adaptação ao sistema econômico e político.” (COSTA, 2004, p. 33). Isso não significa que o Estado não tivesse interesse no controle da outra parte da população; ao contrário, não tinha interesse em modificar seus padrões familiares, mas sim em manter sua represália e obediência ao código punitivo. Inclusive, seriam colocados como exemplos de desvio da “[...] normalidade” higiênica científica. Dessa forma, os “[...] escravos, mendigos, loucos, vagabundos, ciganos, capoeiras, etc., servirão de anti-norma, de casos-limite de infração higiênica. A eles vão ser dedicadas outras políticas médicas.” (COSTA, 2004, p. 33). Políticas essas decididas e sempre implantadas pelos governantes, mostrando a manutenção e reprodução do poder do Estado sobre o povo, pois eram decisões quase nunca tomadas em conjunto com a população (FEYERABEND, 2010).

Relembramos, contudo, como afirma Nunes (1996, p. 230), que “[...] a função da educação sexual é uma intervenção de ordem social [...]”, porém o que distinguirá suas ações será o paradigma adotado nessas abordagens. E foi por meio da Educação Sexual que o higienismo e eugenismo transformava homens e mulheres em seres apenas reprodutivos e guardiões das futuras proles, que deveriam ser sãs e de “raças puras”. Consequentemente, reduziram os relacionamentos sexuais a condutas sociais e sentimentais apenas de pai e mãe. Por isso, essa educação

[...] desencadeou uma epidemia de repressão sexual intrafamiliar que, até bem pouco tempo, transformou a casa burguesa numa verdadeira filial da polícia médica. Instigados pela higiene, homens passaram a oprimir mulheres com o machismo; mulheres, a tyrannizar homens com o nervosismo; adultos, a brutalizar crianças que se masturbavam; casados, a humilhar solteiros que não casavam; heterossexuais, a reprimir homossexuais, etc. O sexo tornou-se emblema de respeito e poder sociais. Os indivíduos passaram a usá-lo como arma de prestígio, vingança e punição. (COSTA, 2004, p. 15, grifos do autor).

A sexualidade então, nas circunstâncias desse discurso científico, “[...] foi definida como sendo, por natureza, um domínio penetrável por processos patológicos, solicitando, portanto, intervenções terapêuticas ou de normalização.” (FOUCAULT, 2011, p. 78, grifos do autor). Desta maneira, a medicina insere-se então no interior das famílias burguesas, com vistas à saúde e educação das crianças, defendendo seu controle e sua saúde física e moral, visto que a “[...] medicina também se relaciona com a moral [...]” (MACHADO, 1978, p. 196) dos sujeitos. Para o controle e regulação das famílias mais pobres, elaboravam-se campanhas de moralização e higiene. Logo, implantava-se, assim, um sentimento de solidariedade pelas

elites, pela filantropia, com vistas à repressão dos cidadãos discordantes, garantindo até hoje o que seria o bom funcionamento das políticas de Estado.

A medicina, firmada pelo discurso clínico, detém um “domínio epistemológico” (FOUCAULT, 2008) sobre os sujeitos e, por meio da concepção higienista, promove a normalização de condutas aceitáveis e não aceitáveis sobre a vida íntima de brasileiros e brasileiras. Condutas classificadas perante o poder, a regulação do discurso clínico e caracterizadas como “normal” e “anormal”, acabaram por patologizar a diversidade e a diversidade sexual, bem como suas práticas e vivências.

Homossexuais, principalmente aqueles mais afeminados, foram encarados como doentes e a partir daí vigiados e perseguidos por médicos, psiquiatras e pela polícia dos costumes. No imaginário social da primeira metade do século XX, a efeminação, o travestismo e o homossexualismo caracterizavam patologias que careciam de tratamento como ingestão de hormônios masculinos, exercícios físicos, medicamentos, dentre outros. (DAVI, 2013, p. 38)

Silva (1998) também ancora sua pesquisa nas considerações de Foucault a respeito da ciência como um artifício de poder, visto que relaciona o saber médico em sexualidade com o poder de classificar e enquadrar padrões de normalidade e anormalidade. Assim, esse domínio e enquadramento pode reforçar o controle sobre os sujeitos,

[...] para que se preserve a saúde de uma população, portanto, há necessidade da implantação de uma sociedade onde não se suscitem paixões, onde o caos foi desfeito, onde reina a ordem, onde tudo funciona, onde não existem monstros, onde os costumes são doces. A medicina, conhecendo o homem e suas

alterações do seu organismo provocadas pela desordem, deve guiar o processo de estabelecimento e o funcionamento desta sociedade, apontando sempre as causas de alteração e nelas intervindo. (MACHADO, 1978, p. 197)

De acordo com Del Priori (2011), tratados médicos no século XVI apresentavam diagnósticos para o amor e o desejo erótico e tratamentos para sua cura. Ainda, a sintomatologia era explicada por meio de termos patológicos. Neste entendimento de doença, vivenciar o desejo erótico e a “[...] paixão física, abreviava a vida do homem [...]” (DEL PRIORI, 2011, p. 31) e impedia seu corpo de reter os nutrientes necessários, tornando-se assim, enfraquecido. Portanto, era um mal que precisava ser combatido, pois a “[...] relação sexual, por sua vez emburrecia, além de abreviar a vida.” (DEL PRIORI, 2011, p. 31). Reconhece-se, então, que a medicina clínica pode ser caracterizada tanto como um “[...] conjunto de prescrições políticas, decisões econômicas, regulamentos institucionais, modelos de ensino quanto um conjunto de descrições.” (FOUCAULT, 2008, p. 100).

Com o objetivo de instaurar regras e modelos para a população, o grande alvo das campanhas médicas e governamentais passou a ser as chamadas “doenças sociais” – tuberculose, febre amarela, lepra e sífilis – reduzindo os seres humanos às doenças que apresentam. Esse momento foi tão marcante na história brasileira que tais campanhas eram elaboradas com vistas ao “melhoramento” da nossa raça e para o desenvolvimento da nação. Devido à representação produzida pelo eugenismo, vê-se no povo brasileiro um povo preguiçoso, indolente, improdutivo e que estava doente por ter sido abandonado pelas elites políticas, justificando, assim, o atraso do país em relação aos EUA e à Europa. Nesse ponto, a medicina científica entra em cena, alegando que a causa da nossa inferioridade e improdutividade era a mestiçagem e o clima tropical do Brasil. Dessa forma, para salvar o nosso país, seria

necessário higienizá-lo, saneá-lo, melhorá-lo, lutar contra a não uniformidade, uma vez que a doença era vista como o maior obstáculo para se chegar à civilização (OLIVEIRA, L., 2007).

Dentre essas “doenças sociais”, a sífilis foi a que despertou maior atenção. “Há quem fale até em sifilização das grandes capitais.” (DEL PRIORI, 2011, p. 97). Considerada uma das maiores epidemias da virada do século XIX para o século XX, a sífilis encontrava-se no topo de interesse do discurso médico, pois, ao se descobrir que seu contágio era predominantemente sexual, essa doença demarcava a moralidade do cidadão. A figura do libertino aparece, então, representando a imagem de quem vivencia uma vida sexual sem limites e, segundo Machado (1978, p. 334), como “[...] sede de horríveis doenças: prova de que a sexualidade não dosada e higienizada é negativa, contrária à vida e à reprodução da espécie.” Notícias de remédios milagrosos eram estampados em jornais e, inclusive, muitos “[...] homens públicos, senadores e poetas morreram desse mal.” (DEL PRIORI, 2011, p. 97).

Ressalta-se que nesse momento do cenário brasileiro, juntamente com o discurso clínico estava presente também o catolicismo, religião dominante (e o é até os dias atuais) que ditava o modo de vida dos cidadãos. As pessoas sifilíticas eram caracterizadas como “[...] homens e mulheres de vícios, promíscuos e libertinos, eram os alvos principais da intervenção ao mesmo tempo moral, divina, educacional e médica.” (OLIVEIRA, L., 2007, p. 39). Contudo, escondido através do manto do machismo, pouco se pensava na infidelidade feminina. De acordo com Del Priori (2011, p. 97), a “[...] moral social – que dava toda liberdade ao sexo masculino e nenhuma ao feminino – tornava difícil a confissão da mulher sifilítica.” Se não se provasse o adultério, as mulheres eram consideradas inocentes.

Logo, juntamente com a medicina e o catolicismo, o Estado reforçava o seu poder enquanto médicos explicitavam os problemas relacionados à vida sexual – especialmente ligados à

sífilis – e aconselhavam a população a adotar um estilo de vida equivalente ao proposto pelo catolicismo. Essa disciplina corporal, exercido por um poder sobre a vida com estratégias bio-políticas, possivelmente centrou-se

[...] no corpo como máquina, no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos – tudo isso assegurado por procedimentos de poder que caracterizam as disciplinas: anátomo-política do corpo humano. (FOUCAULT, 2011, p. 151, grifos do autor)

Consequentemente, a representação da dimensão sexualidade apresentou-se como de competência médica-higiênica, pois era um tema “[...] diretamente vinculado aos preceitos higienistas, eugênicos, morais, médicos e educacionais da época.” (OLIVEIRA, L., 2007, p.26). Por meio do discurso médico e da “medicinalização do insólito sexual” (FOUCAULT, 2011, p.52) almejava-se, uma “sexualidade sadia”, a qual deveria instaurar-se como norma de conduta entre os brasileiros, com apoio do saber médico, que seria então legitimado por meio da propagação de suas ideias, costumes e valores na educação formal e não formal.

As teorias médicas tornaram-se, portanto, as “[...] únicas autorizadas para falar sobre prazer e sexualidade.” (DEL PRIORI, 2011, p. 78). Foi deste modo, como agentes de regulação do cotidiano, controlando a saúde da população brasileira – homens, mulheres e crianças –, que os médicos “[...] passam a ditar as normas de existência, reprodução, movimentação social, aprimoramento da espécie e desenvolvimento de potencialidades.” (OLIVEIRA, L., 2007, p. 31-32).

Emergia assim, um “novo povo, uma nova sociedade”, que seria formada nas escolas. A higiene estabeleceu padrões na

formação de um corpo sadio e de uma consciência nacionalista, visto que os médicos também “[...] perceberam que a escola não poderia ser mais o cenário para a reprodução dos padrões valorativos e educacionais familiares, nem tão pouco da desordem que caracterizava a organização doméstica.” (OLIVEIRA, L., 2007, p. 25). Todo o espaço escolar começa a ser elaborado a partir da sexualidade das crianças, como por exemplo, as salas de aula, as formas das mesas, a organização dos dormitórios, a vigilância, o horário de recolhimento, etc. Segundo Foucault (2011), a sexualidade das crianças e dos adolescentes – vista como precoce, ativa, permanente – passa a ser entendida como um problema público, pois

[...] os médicos se dirigem aos diretores dos estabelecimentos e aos professores, também dão conselhos às famílias, os pedagogos fazem projetos e os submetem às autoridades; os professores se voltam para os alunos [...] cheios de conselhos médicos e de exemplos edificantes. Toda uma literatura de preceitos, pareceres, observações, advertências médicas, casos clínicos, esquemas de reforma e planos de instituições ideais, prolifera em torno do colegial e de seu sexo. (FOUCAULT, 2011, p. 34-35).

Formaliza-se uma investigação constante sobre a sexualidade, o corpo e as condutas e, especialmente, sobre a masturbação infantil, fato este que deslocará para a família o “[...] lugar central no processo de medicalização, entendido como controle disciplinar.” (GIAMI, 2005, p. 265, grifos do autor). A partir do processo de organização social e da imposição de novos hábitos e valores, além das campanhas de saúde e criação de políticas públicas, se visava também na “[...] educação escolar um meio de higienização da população.” (OLIVEIRA, M., 2004, p. 09). Todavia, comparava-se a educação escolar brasileira com a europeia e essas concepções

alimentavam no Brasil uma sensação de inferioridade quanto às práticas educacionais científicas realizadas.

Portanto, a aliança entre a medicina e a educação se deu pela apropriação do discurso médico no período da Primeira República¹⁸, pois “[...] aos médicos era atribuída a prerrogativa de alicerçar as bases sobre as quais toda uma nação poderia ser gerenciada [...]” (OLIVEIRA, L., 2007, p. 37) o que originou a percepção de uma medicina salvadora que ajudaria a produzir uma nação saudável e curável.

Esse poder da medicalização só se legitimou a partir do momento que se introduziu no cotidiano do povo a compreensão de cura como redenção. Porém, “[...] para alguém ser curado, é preciso estar convencido de que está doente e de que existe um agente habilitado a promover a cura.” (OLIVEIRA, L., 2007, p. 38). O convencimento da doença originava-se pelo médico a partir de uma moral estabelecida nas mentalidades da época. Contudo, cabe ressaltar que a autoridade dos médicos não adveio somente dos discursos apresentados à população, mas também da eficácia nas ações guiadas pela medicina, como abordadas anteriormente, as quais, certamente, não podem ser subestimadas. Pois como afirma Foucault (2011, p. 157), “[...] uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida.”

Pode-se justificar, assim, a adesão e aceitação do sistema educacional à concepção higienista, às novas práticas e orientações de saúde que eram (e são) hegemonicamente dominadas e controladas pelo discurso médico, presente nos currículos escolares direcionados para a formação de professores a partir da década de 1920 (OLIVEIRA, M., 2004).

Essas prescrições higienistas e eugenistas contribuíram para que a classe médica fosse considerada não somente uma elite intelectual, “[...] mas principalmente pragmática

¹⁸ Período da história do Brasil registrado a partir da Proclamação da República em 15 de novembro de 1889 até a Revolução de 1930 quando inicia-se o governo de Getúlio Vargas. (FAUSTO, 1995)

responsável por ditar regras de comportamento.” (OLIVEIRA, L., 2007, p. 32). Também cabe ressaltar que a partir do século XVIII, com a gradual legitimação de seu discurso, o médico foi substituindo o curandeiro e, no Brasil República, como resultado das influências europeias, esse agente social promoveu diversas ações eficazes e efetivas no tratamento e profilaxia das mais variadas doenças. Por isso, os médicos ganharam “[...] autoridade para se apresentarem como os agentes portadores das melhores práticas sociais, legitimando-se como condutores do povo, particularmente no que se refere à vida íntima e à vida sexual.” (OLIVEIRA, L., 2007, p. 32).

Portanto, instaurou-se na Primeira República, e perpetua-se até os dias atuais, o interesse de uma aliança entre médicos e educadores, elo que talvez explique a reprodução de paradigmas repressores em processos de educação sexual, especialmente a vertente médico-biologista, por estarem atualmente presentes na sociedade em geral e, particularmente, nas escolas, inclusive nas escolas formadoras de médicos, ou seja, nos cursos de medicina brasileiros. Como descrito nas reflexões introdutórias, esta inquietação referente aos profissionais “autorizados” em processos de educação sexual se potencializa frente à vivência num curso de graduação em Medicina que propõem mudanças paradigmáticas para a formação médica, pois no referido projeto identifica-se possibilidades de ter processos de educação sexual transversais, inclusive, cunhados num paradigma emancipatório. E é sobre a importância paradigmática nessa formação que discutiremos a seguir.

2.3 A TRAJETÓRIA DA FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL: COMPREENDENDO O CONTEXTO HISTÓRICO DA NECESSIDADE DE UMA MUDANÇA PARADIGMÁTICA

Há vários anos se discute sobre a necessária transformação no processo de formação médica. É um debate que ocupa e preocupa associações, conselhos e sociedades nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Tradicionalmente, o objeto da medicina tem sido a doença e não o paciente, reflexo de um paradigma de educação tradicional e clássica com visão pautada no modelo cartesiano-positivista de ensino (VEIGA, 2015). São modelos de ensino e aprendizagem que reproduzem “[...] uma abordagem disciplinar com conteúdos fragmentados, baseados principalmente na atualização técnico-científica e na pedagogia da transmissão e memorização de conhecimentos.” (UNIPLAC, 2012, p. 16). É o que Freire (2005) denomina de “educação bancária”, que possui uma falsa visão dos seres humanos, pois essa educação

[...] sugere uma dicotomia inexistente homens-mundo. Homens simplesmente no mundo e não com o mundo e com os outros. Homens espectadores e não recriadores do mundo. Concebe a sua consciência como algo especializado neles e não aos homens como corpos conscientes. (FREIRE, 2005, p. 72, grifos do autor)

Nessa visão de mundo, o estudante é compreendido como um ser passivo e vazio, onde sua consciência deverá ser “preenchida”, com “depósitos de mundo”, que ele considerará como um verdadeiro saber. O papel do educador na educação bancária não será nenhum outro “[...] que não o de disciplinar a entrada do mundo nos educandos. Seu trabalho será, também, o de imitar o mundo. O de ordenar o que já se faz espontaneamente. O de encher os educandos de conteúdos.”

(FREIRE, 2005, p. 72, grifo do autor). E esse tipo de educação, mesmo não explicitado, dificulta intensamente o pensar autêntico, o pensar verdadeiro, o pensamento crítico.

Contudo, ainda no presente vivenciamos o reflexo de ações que aconteceram no passado. Na educação, sendo esse processo sócio-histórico, torna-se de fundamental importância o questionamento crítico sobre a origem das influências epistemológicas de todo processo educativo, e neste caso, nos processos educativos da formação médica. Assim, como todos os outros processos educativos regulares de formação, ressaltamos que o ensino médico no Brasil e no mundo não é um processo estático, pois é um produto humano, ou seja, um processo em constante mudança, assim como as dimensões sociais, históricas, políticas e econômicas que envolvem cada ser humano em determinado tempo histórico e espaço geográfico.

Portanto, novamente, num movimento dialético de análise da realidade, é necessário fazer um breve caminho de volta ao passado em busca da compreensão do contexto em que se encontram as discussões sobre o ensino médico e seus paradigmas¹⁹ no presente. No entendimento de Kuhn (1998, p. 13), paradigmas são “[...] as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência.” Todavia, como afirma Veiga (2015, p. 30), esses paradigmas “[...] são aceitos até o momento em que conseguem explicar a realidade e justificar as ações dos homens.”

Relembramos que o ensino médico no Brasil é de origem portuguesa e, anteriormente à abertura de Escolas Médicas (EM) no Brasil, os médicos brasileiros eram formados em Portugal na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra – a universidade mais antiga de Portugal e uma das mais antigas da Europa, criada em 1290.

¹⁹ A discussão sobre o entendimento de Paradigma está presente na seção I.

Neves, Neves e Bitencourt (2005) apresentam uma retrospectiva das características do ensino médico europeu e brasileiro desde o século XV até os dias atuais, sendo considerado como o marco histórico do ensino médico no Brasil a chegada da família imperial em Salvador (BA) no ano de 1808. Até o momento, os médicos que atuavam no Brasil eram os médicos portugueses e os médicos brasileiros formados em Portugal; a partir de então, criou-se a “[...] primeira Faculdade de Medicina brasileira [...] em 18 de fevereiro de 1808 por ato de D. João VI [...] e no mesmo ano, em novembro, foi criada através de decreto, a segunda Faculdade de Medicina, no Rio de Janeiro.” (NEVES, NEVES e BITENCOURT, 2005, p. 164).

Mas também o ensino médico português foi sofrendo várias transformações durante os séculos, como apontam Neves, Neves e Bitencourt (2005): a restrição do ensino somente aos religiosos (século XV), a introdução de autores árabes (1540), o fanatismo religioso do período da Inquisição, a introdução da prática hospitalar (1562), a reforma pombalina (1759), são alguns exemplos de marcos que provocavam mudanças curriculares nos cursos portugueses de graduação em Medicina. Cabe ressaltar também a metodologia de ensino médico do século XV, pelo fato curioso da possível lembrança de sua semelhança com o processo pedagógico de transmissão e memorização de conhecimentos, fator esse atualmente criticado, mas que ainda está presente em muitas escolas médicas do século XXI, como os autores destacam:

O ensino de medicina nessa faculdade [Coimbra] até o final do século XV era feito por um lente, método que recebeu esse nome pelo fato dos professores (lentes) apenas lerem os textos quando, então, foi introduzida uma nova cadeira e o número de docentes passou para dois. Os alunos faziam as leituras de Galeno pela manhã e Hipócrates à tarde. (NEVES, NEVES e BITENCOURT, 2005, p. 163, grifo dos autores)

No Brasil, várias foram as transformações curriculares nos cursos de Medicina durante o século XIX, como por exemplo: em 1812 ocorreu a primeira reforma no ensino médico “[...] quando o curso passou de quatro para cinco anos [...]” (NEVES, NEVES e BITENCOURT, 2005, p. 164); em 1828 foi determinado que somente os médicos que tivessem diploma pudessem clinicar, dando fim às “cartas de licenciamento”²⁰; em 1832 “[...] por ato da Regência Trina, as EMs foram denominadas de Faculdades [...]” (NEVES, NEVES e BITENCOURT, 2005, p. 164); em 1879 “[...] foi promulgada a chamada lei do ensino livre, quando então se abriram as portas para a iniciativa privada [...]”, (NEVES, NEVES e BITENCOURT, 2005, p. 164, grifo das autoras); em 1884 foram unificados os cursos médico e cirúrgico, que até então eram separados, o que gerou grandes transformações curriculares e

²⁰ O ensino superior era proibido nas Colônias, fato que dificultava a existência de médicos. Ainda, por outro lado, também havia pouco interesse no médicos portugueses em virem ao Brasil. “Tais fatores fizeram com que a correção médico-doença fosse preterida por formas de cura referidas mais aos indígena, ao negro, ao jesuíta, ao fazendeiro do que ao próprio médico. O que não significa que fosse livre o exercício da arte de curar ou que a Coroa portuguesa não procurasse fiscalizá-lo.” (MACHADO, 1978, p. 25, grifos do autor). Assim, em 1430, por meio do Regimento 1521, o Rei exige que todos os praticantes das artes médicas sejam examinados e aprovados pelo Físico-mor – o encarregado deste controle. “O Regimento 1521 intensifica a fiscalização do exercício da medicina, que vai depender de exame teórico e prático diante da banca integrada pelo Físico-mor, que a preside, e mais alguns médicos. Exige-se prova documental ou testemunho de prática de dois anos junto ao físico aprovado. A avaliação da competência do candidato é acompanhada por seus examinadores. O aprovado recebe carta de licença selada e publicada, outorgada pelo Físico-mor em nome do Rei.” (idem, p. 27). Todavia, ressaltamos que essa fiscalização era apenas um ato político, pois o saber não era comprovado baseada em critérios científicos, mas sim, por consenso de autoridades. A Fiscatura “[...] não é o lugar de enunciação do discurso médico que deve orientar a prática. Ela é unicamente o lugar político de regulação dessa prática. [...] Portanto, a Fiscatura não tem o objetivo de promover o saber e a prática médica.” (idem, *ibid*). A fiscalização apenas articulava a prática médica ao poder soberano do Reino.

mudança de nome, “[...] tornando-se o Curso de Ciências Médicas e Cirúrgicas.” (NEVES, NEVES e BITENCOURT, 2005, p. 164). Somente no século XX, no ano de 1945 houve a criação do Conselho Federal de Medicina e dos Conselhos Regionais, os quais trouxeram “[...] uma nova ordem à categoria, [...] e foram criados os estatutos por meio dos Códigos de Ética Médica.” (NEVES, NEVES e BITENCOURT, 2005, p. 164).

Destarte, o modelo universitário brasileiro surgiu sob o modelo de ensino médico europeu e, no ano de 1968, por iniciativa do governo militar o ensino foi reformulado pela Lei 5.540 de 1968 – que determinava a reforma universitária – e passou a seguir o modelo de ensino médico norte-americano – embora também com influência europeia, especialmente a alemã –, o qual detalharemos logo a seguir (NEVES, NEVES e BITENCOURT, 2005). Na sequência, o Ministério da Educação e da Cultura (MEC) estabeleceu em 1969 um currículo mínimo e determinou diretrizes para sua revisão. Somente, algumas décadas mais tarde, em 1997, o MEC “[...] expôs parâmetros para as instituições de ensino superior e comunidade interessada, apresentarem propostas de novas diretrizes curriculares, para definirem as competências e habilidades necessárias para a formação do médico”, (NEVES, NEVES e BITENCOURT, 2005, p. 164). Em 1999 registrou-se o primeiro Exame Nacional para Medicina. Apenas em 1º de outubro de 2001, registrou-se a homologação da Resolução CNE/CES nº4, de 7 de novembro (BRASIL, 2001²¹), que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina. Por fim, e mais recentemente, a Resolução de 2001 foi revogada pelo Parecer CNE/CES nº116/2014 que homologa a Resolução nº3, de 20 de junho de 2014. Atualmente em vigor, Brasil (2014²²)

²¹ Link de acesso: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>
Acessado em: 17/04/2016.

²² Link de acesso: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&Itemid=30192 Acessado em: 17/04/2016

instituiu as DCN do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências – considerando o estabelecido na Lei de criação do Sistema Único de Saúde nº8.080 de 19 de setembro de 1990, na Lei de Diretrizes e Bases da Educação nacional nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996 e na Lei que instituiu o Programa Mais Médicos nº 12.871 de 22 de outubro de 2013.

Como mencionado anteriormente, em 1968 o governo militar²³ fundamentou a reforma do ensino médico brasileiro nos princípios da Reforma Flexner, sendo esse um paradigma que resultou em grandes implicações e que se encontra presente até os dias atuais na maior parte das instituições de ensino superior de cursos de graduação em Medicina, públicas e privadas.

Nos Estados Unidos da América, no ano de 1910, foi publicado o estudo de Abraham Flexner intitulado *Medical Education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching*²⁴ (FLEXNER, 1910). Conhecido como Relatório Flexner, seu estudo foi “[...] o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e medicina mundial.” (PAGLIOSA e DA ROS, 2008, p. 493).

²³ Relembrando que a época entre 1964 e 1985 o Brasil vivenciou a chamada Ditadura Militar – período em que a política brasileira foi conduzida por militares. Um Regime Militar representa uma forma de governo onde o poder político é controlado por militares, sendo que a maior parte desses regimes entram em vigor após um golpe de Estado, derrubando o governo anterior. O golpe militar de 1964 “[...] significou a interrupção do processo de incipiente democratização da sociedade brasileira, marcada no período imediatamente anterior pelo grande crescimento da organização e da participação política dos trabalhadores da cidade e do campo nas decisões dos rumos do país e o caminho das reformas estruturais, representadas pelas Reformas de Base.” (BARROS, 2007, p. 67-68).

²⁴ Tradução nossa: “Educação Médica nos Estados Unidos e Canadá: um relatório para a Fundação Carnegie para o avanço do ensino.” (FLEXNER, 1910).

Em 1910, a Fundação Carnegie convidou o educador Abraham Flexner, diretor de uma escola secundária de Kentucky, a realizar um estudo sobre a situação das escolas médicas americanas e canadenses. O documento elaborado após esse estudo, conhecido como Relatório Flexner, reforça a luta pelo ideário científico da medicina. Um novo paradigma médico surge desse episódio: a Medicina Científica, ou Flexneriana, passa a nortear a formação dos futuros médicos e se insinua na reconstituição do próprio processo de trabalho médico. (AGUIAR, 2003, p. 17, grifos do autor)

Atualmente, com 106 anos, esta não é a única proposta de formação médica, porém, é a mais conhecida, continua gerando discussões e, possivelmente, “[...] ainda se encontra em vigência na maior parte das escolas médicas do mundo.” (PAGLIOSA e DA ROS, 2008, p. 493). As principais propostas que o Relatório Flexner apresentou na época para o desenvolvimento das escolas médicas americanas, segundo Aguiar (2003, p. 17), foram:

Definição de padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, da duração dos cursos; introdução do ensino laboratorial; estímulo à docência em tempo integral; expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; vinculação das escolas médicas às universidades; ênfase na pesquisa biológica; vinculação da pesquisa ao ensino; estímulo à especialização médica; controle do exercício profissional pela profissão organizada.

Contudo, destacamos que durante o século XIX a obrigatoriedade de concessão estatal no exercício da Medicina foi abolido e, na época em que o Relatório Flexner foi produzido, o contexto das escolas médicas nos EUA era caótica.

As escolas podiam ser abertas indiscriminadamente, sem nenhuma padronização, estando vinculadas ou não a instituições universitárias, com ou sem equipamentos, com critérios de admissão e tempo de duração diferenciados e independentemente de fundamentação teórico-científica. (PAGLIOSA; DA ROS, 2008, p. 494)

Nesta conjuntura, parafraseamos Pagliosa e Da Ros (2008) quando os autores ressaltam que, em verdade, Abraham Flexner não teve ideias originais para a formação médica. Ele meramente fez avançar mudanças que já estavam em curso – seja nos EUA como em outros países – por meio de suas capacidades enquanto administrador, além de habilidades de manipular estruturas de poder, suscitando em sua autopromoção, visto que atualmente para se discutir sobre a educação médica é imprescindível referir-se ao Relatório Flexner. Nas palavras dos autores:

Na verdade, Flexner não teve ideias originais sobre o ensino médico. Quando fez sua investigação e elaborou seu relatório, as modificações na educação médica nos EUA já estavam em curso. Ele a fez avançar, por certo. O mesmo acontecia em outras partes do mundo, inclusive no Brasil. As forças e ideias sobre a educação médica existentes naquele momento histórico nos EUA e na Alemanha foram habilmente utilizadas por Flexner. [...] A força de seu relatório deve-se à natureza abrangente, em termos numéricos, da sua avaliação, à ênfase sobre as bases científicas e, em grande parte, ao fato de ter sido dirigido primariamente ao grande público. (PAGLIOSA; DA ROS, 2008, p. 493)

Essa estratégia, então, proporcionou à Flexner ficar globalmente reconhecido e identificado como principal figura no contexto de reforma na formação médica. Consideramos importante ainda, ressaltar o contexto e a metodologia utilizada

por Flexner para desenvolver seu relatório. Abraham Flexner (1866-1959) morou em Berlim por dois anos (1906-1907) quando escreveu a obra *The American College: a criticism*. Ao voltar para os EUA em 1908, após a publicação de seu livro, Flexner recebeu um convite do presidente da *Carnegie Foundation* para realizar o estudo sobre a formação médica. Os EUA e o Canadá compreendiam 155 escolas médicas e, durante seis meses, Flexner vistoriou todas as escolas pessoalmente, mas sem utilizar um instrumento de avaliação padronizado e validado para a coleta de dados. Segundo Pagliosa e Da Ros (2008, p. 494, grifo dos autores), se desconsiderarmos os finais de semana e o período gasto em descolamentos, possivelmente, Flexner não teve muito tempo para avaliar as instituições, porém, insistia que “[...] os indicadores óbvios que utilizava eram suficientes para formular um juízo de valor.” Como resultado, considerou apenas 31 escolas aptas ao funcionamento, sendo a maioria delas classificadas como desnecessária e/ou inadequada.

Um processo de avaliação realizado por um único especialista, por meio de uma volta pelos laboratórios em umas poucas horas e sem a utilização de qualquer instrumento de coleta de dados padronizado e validado é definido, de forma jocosa, pelos pesquisadores que trabalham com avaliação de programas como um mero passeio de mãos nos bolsos pelo local avaliado. Pois foi esta avaliação que se transformou no principal, e praticamente único, instrumento para a acreditação das escolas médicas nos Estados Unidos e Canadá, com implicações diretas em todo o mundo ocidental durante a primeira metade do século XX. (PAGLIOSA; DA ROS, 2008, p. 494, grifos dos autores)

Todavia, este cenário ao final do século XIX corroborava com o crescimento da indústria farmacêutica, que começava a

ocupar espaços em propagandas de publicações médicas ortodoxas. Assim, a “[...] associação entre a corporação médica e o grande capital passa a exercer forte pressão sobre as instituições e os governos para a implantação e extensão da medicina científica.” (PAGLIOSA e DA ROS, 2008, p. 495, grifos dos autores). Neste cenário, portanto, junto ao jogo de interesses da indústria farmacêutica, o capital e a corporação médica que Flexner publica seu relatório e ganha notoriedade.

Institucionalizou-se então, o paradigma da Medicina Científica por meio da aliança entre o capital, a corporação médica e as universidades e, foi a partir desse ensino médico tradicional influenciado pela visão cartesiana-positivista de mundo que resultou o chamado *modelo biomédico*, que representa as bases conceituais, as propriedades científicas, do modelo hegemônico da Medicina Científica do século XX e que se mantém ao século XXI (AGUIAR, 2003; NEVES, NEVES e BITENCOURT, 2005; PAGLIOSA e DA ROS, 2008; VEIGA, 2015).

Naquela época, existia muitas escolas médicas que adotavam abordagens terapêuticas não convencionais, como por exemplo, o fisiomedicalismo (precursor da fitoterapia) ou o botanommedicalismo (precursor da homeopatia), contudo, mesmo com grande aceitação pela população, a maioria dessas escolas fecharam ou migraram para o modelo biomédico após a publicação do Relatório Flexner (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

Conseqüentemente, podemos ressaltar que prós e contras foram e continuam sendo identificados com a implementação do Relatório Flexner. Importantes propostas foram determinadas, como por exemplo, o aumento da duração dos cursos, a vinculação das escolas médicas às universidades, o trabalho docente em período integral, o ensino vinculado a pesquisa, etc. (NEVES, NEVES e BITENCOURT, 2005). O Relatório Flexner “[...] desejava a padronização das práticas pedagógicas e o esforço das instituições em buscar e manter a qualidade de

ensino [...]” (AGUIAR, 2003, p. 18), todavia, o paradigma flexneriano ou paradigma da Medicina Científica foi o responsável por impulsionar uma nova concepção de ensino fundamentado na ciência cartesiana. Esse relatório também “[...] permitiu reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas”, tendo como “grande mérito [...] a busca da excelência na preparação dos futuros médicos introduzindo uma salutar racionalidade científica, para o contexto da época.” (PAGLIOSA e DA ROS, 2008, p. 495).

Contrariamente, mesmo fomentando um “[...] rígido ensino médico que privilegiava a formação científica de alto nível, baseado no modelo moderno, estimulando a especialização profissional [...]” (NEVES, NEVES e BITENCOURT, 2005, p. 165), este sistema de ensino promoveu, além de uma concepção mercadológica de saúde, “[...] as dicotomias formação-prática profissional, sujeito-objeto, teoria-prática e, conseqüentemente, a transmissão de conhecimentos e a memorização.” (VEIGA, 2015, p. 31). Inclusive, de acordo com Pagliosa e Da Ros (2008, p. 495), desencadeou “[...] um processo terrível de extirpação de todas as propostas de atenção em saúde que não professassem o modelo proposto.” Ainda, ao focar estritamente a atenção no aspecto da racionalidade científica, o Relatório Flexner desconsiderou

[...] outros fatores que afetam profundamente os impactos da educação médica na prática profissional e na organização dos serviços de saúde. Ele assume implicitamente que a boa educação médica determina tanto a qualidade da prática médica como a distribuição da força de trabalho, o desempenho dos serviços de saúde e, eventualmente, o estado de saúde das pessoas. Esta visão ainda pode ser facilmente encontrada hoje. As necessidades de saúde são tomadas como ponto de chegada e não como ponto de partida da educação médica. (PAGLIOSA; DA ROS, 2008, p. 495)

Destarte, este paradigma foi e é “[...] muito criticado (...) por causa do seu enfoque cientificista e ao descaso com a abordagem humanista [...]” (NEVES, NEVES e BITENCOURT, 2005, p. 165), visto que como resultado, também promove a visão segmentada do ser humano, fortalecendo, inclusive, a concepção biológica de sexualidade numa perspectiva reducionista, reflexo esse da vertente médico-biologista – conforme discutido na seção I. Como relembramos:

Esta interpretação fundamenta-se numa visão biologista decorrente do uso do paradigma das Ciências Naturais aplicado às Ciências Humanas, próprio da cosmovisão positivistas que teve larga influência na cultura brasileira recente. A interpretação biologista reduz a dimensão humana ontológica e uma concepção funcionalista, decorrente do seu fundamento epistemológico positivista, e tem como o paradigma da natureza como determinista da condição humana. (NUNES, 1996, p. 139)

Ressaltamos, todavia, a importância do conhecimento promovido pelo paradigma da Medicina Científica, bem como o conhecimento biológico. Mas a “[...] ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais médicos a uma visão reducionista [...]”, inclusive, em detrimento das “[...] dimensões social, psicológica e econômica da saúde e para a inclusão do amplo espectro da saúde.” (PAGLIOSA e DA ROS, 2008, p. 496). Busca-se, assim, resgatar atualmente na formação médica, especialmente por meio das diretrizes curriculares nacionais (BRASIL, 2014) o questionamento crítico e a superação desse paradigma, visto que esses enfoques biologizantes promoveram durante décadas uma visão limitada do processo saúde-doença, a dicotomização, a desumanização e a fragmentação do humano, inclusive desrespeitando sua inteireza em relação a dimensão inseparável de sua sexualidade.

É o que nos alerta Aguiar (2003, p. 18) ao relatar que as intenções da Fundação Carnegie era o de “[...] melhoramento e a elitização dos profissionais [...]” de profissões que exercessem “[...] algum impacto direto na comunidade, tais como o Direito, Medicina e Teologia [...]” e assim, conseqüentemente, poderiam desempenhar “[...] um papel estabilizador nas comunidades, devido à sua natural capacidade de liderança.”

De fato, pôde-se notar uma hierarquização da educação médica, uma vez que as escolas passaram a contar com um maior número de homens, brancos e de classe média alta, únicos estudantes que poderiam custear os estudos em medicina (encarecidos após o Relatório Flexner). (AGUIAR, 2003, p. 18)

Porém, no que dizia respeito à população negra, Flexner expunha uma visão discriminadora sobre seu acesso à educação médica, visto que considerava “[...] que eles seriam as pessoas mais adequadas para servir às suas próprias e carentes comunidades.” (PAGLIOSA e DA ROS, 2008, p. 496).

Ressaltamos, portanto, a importância de buscarmos a compreensão crítica do paradigma da Medicina Científica em sua complexidade, visto que é essa visão de mundo que ainda perpetua-se na maior parte das escolas médicas brasileiras. Assim, dialogamos abaixo sobre os elementos estruturais desse paradigma no propósito de facilitar e aprofundar sua compreensão sempre numa perspectiva crítica, especialmente em processos de educação sexual.

Encontramos inicialmente a categoria “mecanicismo”, que segundo Aguiar (2003), faz uma analogia ao corpo humano comparado a uma máquina; e a categoria “biologicismo”, que reduz o processo saúde-doença à uma determinação estritamente biológica.

O Mecanicismo faz uma analogia do corpo humano com a máquina. O primeiro é

interpretado como um sistema em equilíbrio, possuidor de fragilidades que naturalmente geram danos possíveis de intervenção através de métodos químicos, físicos e elétricos. Esse complexo, segundo a visão científica corrente, pode ser fragmentado em partes menores para otimizar a compreensão dos problemas e facilitar o processo de treinamento dos profissionais.

O Biologicismo tenta explicar as causas e consequências das doenças através de alterações biológicas diversas, e sua força vem da descoberta dos microorganismos no século XIX. Imediatamente após a constatação de que pequenos seres unicelulares compartilhavam do mesmo meio que o homem e que alguns relacionavam-se com doenças, não se sabia ainda a extensão da interação entre os seres humanos e os microorganismos, o que justifica a tentação de generalizar-se o seu papel nos infortúnios referentes à saúde. (AGUIAR, 2003, p. 18, grifos do autor)

O mecanicismo e o biologicismo – na busca que fazemos por indicadores em processos de educação sexual possíveis dentro de propostas curriculares – vem ao encontro da vertente médico-biologista denunciado por Nunes (1996), como resgatado anteriormente, visto que promovem a fragmentação e a dicotomização dos seres humanos, mostrando, inclusive, a sexualidade a ser tratada como algo “fora” do corpo. Assim, rompe-se com uma visão holística e promove o entendimento de paciente, que é o ser humano, segmentado e assexuado.

As doenças, como descrito, são determinadas como um processo biológico, natural, onde os âmbitos sociais, coletivos, “[...] o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados implicados no processo saúde-doença.” (PAGLIOSA e DA ROS, 2008, p. 496).

Em seguida, as categorias “individualismo”, “especialização” e “exclusão de práticas alternativas” podem ser descritas:

O Individualismo está presente na medicina científica devido à eleição do indivíduo como objeto da mesma, em detrimento das coletividades humanas. O paciente é visto como uma eventual vítima de conjunções de fatores desfavoráveis e fatalidades que lhe atingem individualmente, e é no âmbito pessoal que se deve intervir para minimizar o infortúnio. Pode-se, inclusive, atribuir ao indivíduo a responsabilidade pelo aparecimento de suas enfermidades.

A Especialização resultou da troca entre a globalidade do objeto da prática médica e a profundidade do conhecimento de suas dimensões específicas.

A exclusão de práticas alternativas foi necessária para a viabilização da medicina científica. Essa firmou-se como eficaz porque era comprovada cientificamente, ao contrário das práticas baseadas no empiricismo ou no curandeirismo. (AGUIAR, 2003, p. 19, grifos do autor)

Essas categorias nos ajudam a desvelar o encaminhamento da despersonalização do profissional médico como entendimento coletivo, bem como o incitamento a visão reducionista, desconsiderando os âmbitos sociais, culturais e econômicos como também influentes no processo saúde-doença. Da mesma forma, segundo Neves, Neves e Bitencourt (2005, p. 166), estimula-se a especialização precoce onde a divisão do conhecimento em áreas trouxeram a “[...] compartimentalização do conhecimento e dividiu a Medicina em áreas de especialização, que nem sempre se comunicam.”

Nesse sentido, o modelo cientificista tecnicista legitima o conhecimento biológico, pois faz uso da técnica em detrimento de sentidos e assim, colocam o conhecimento biológico como

único válido e científico. Fato esse que pode contribuir para que o profissional de saúde, especialmente o profissional da área médica, possa ser considerado um agente “autorizado”, inclusive “responsável”, pelos processos de educação sexual intencionais nos ambientes escolares – como discutido na seção I.

A tecnificação do ato médico legitima o mecanicismo e o biologicismo citados anteriormente ao alijar do processo de trabalho o componente não-científico das relações humanas. A difusão da tecnologia contribui para a progressividade do uso da técnica científica em detrimento da percepção dos sentidos.

A ênfase na medicina curativa interpreta a fisiopatologia como o próprio agravo, e não como sua expressão. Esse elemento reduz consideravelmente o universo de problemas a se confrontar, bem como restringe o universo de intervenções possíveis.

A concentração de recursos se deve às exigências da sociedade industrial e da lógica mercantilista na assistência médica. Os serviços e a tecnologia concentram-se onde há quem possa pagar por eles, e não onde deles se necessita. É uma das manifestações da ausência de regulação estatal e da concepção da saúde como mercadoria sujeito às leis de mercado, e sua consequência imediata foi a consolidação do espaço hospitalar como ambiente hegemônico da prática médica. (AGUIAR, 2003, p. 19-20, grifos do autor)

O ambiente hospitalar se configurou como o principal cenário para a transmissão do conhecimento médico por todo o século XX (PAGLIOSA e DA ROS, 2008). Mas para além da concepção hospitalocêntrica como hegemônica e difundida pelo paradigma flexneriano, entendemos nesse processo sócio-histórico não somente a concepção de saúde como mercadoria, mas também os próprios seres humanos. Na busca por

indicadores de processos de educação sexual, podemos identificar outra vertente repressora denunciada por Nunes (1996): a vertente *terapêutico-descompressiva*. Essa concepção está fundamentada num entendimento “[...] banalizado da psicanálise e dos referenciais da psicologia [...]” (MELO et al, 2011, p. 43), e a sexualidade “[...] é vista como uma questão de produtividade e técnica [...]” (MELO et al, 2011, p. 44) a serviço da lógica capitalista.

De acordo com Nunes (1996), durante a Guerra Fria – situação pós-guerra – as forças produtivas, ideológicas e institucionais do capitalismo passava por desafios a respeito de sua expansão. Nesse mesmo cenário, sucedeu-se também “[...] uma crise dos fundamentos da vida pessoal e institucional; família, exército, amor, utopias, pátria, religião, razão, trabalho, etc.” (NUNES, 1996, p. 157). Ainda, o movimento feminista e o movimento juvenil protagonizaram em maio de 1968 a chamada “revolução sexual”, “[...] conquistado com a grande revolução de juventude na música, no rock e suas manifestações, na Europa e nos Estados Unidos [...]” (NUNES, 1996, p. 158), resultando assim, numa revolução dos costumes.

Contudo, o capitalismo necessitava naquele momento de uma “[...] sobrevida, necessitava de uma ideologia muito ampla e sedutora.” (NUNES, 1996, p. 158). Compreendemos a relação da expansão do capitalismo com o êxito de uma globalização mercadológica, por isso, a essa sobrevida, “[...] chamamos de consumismo, globalização, monopólio [...]” (NUNES, 1996, p. 158) e a dimensão sexualidade passou a ser foco da ação capitalista. Como afirma o autor:

O capitalismo necessitava de uma nova ideologia expansionista, de novas significações, de novas formas de ampliação do seu universo imaginário, capaz de oferecer aos homens e a si próprio uma nova rede de legitimidade e identidade sobre a vida. Tememos o perigo da vulgarização, mas acreditamos que após o significado da segunda guerra mundial para a

Europa como um todo, e para o mundo de então, a sexualidade passou a ser a bem-aventurança deste capitalismo dilacerado. (NUNES, 1996, p. 157)

A partir da reprodução dessa sobrevida e intensificando sua hegemonia radicalmente, o capitalismo não hesitou em usurpar da revolução sexual vivenciada na época. Porém, essa mesma revolução sexual que a Europa vivenciou como “[...] uma variante da libertação sexual humana, tornava-se a negação das transformações dos papéis sexuais, mas uma compensação imediatista, potencialmente capaz de ser explorada pela ansiedade da época.” (NUNES, 1996, p. 158). Esse imediatismo abriu espaço para instaurar-se uma felicidade no consumo, não somente de objetos, mas de pessoas associado a uma sensação profunda de prazer.

A esta imediaticidade o consumismo responde com a bem aventurança da felicidade no consumo, na sexualidade, nos carros, no cigarro, nos objetos que formam a iconografia da mercadoria e a epifania do prazer. Amplia-se a alma humana para o mundo material dos objetos e coisas, num processo avassalador de dessubstancialização do ser e fetichização do ter. [...] A Psicologia de massa e a terapia tecnológica acentuam-se como formas muito mais de disciplina soteriológica do que outra coisa. O consumismo de coisas e pessoas. (NUNES, 1996, p. 158-159)

Ocorre, concomitantemente, uma expansão dos *mass media* ampliando a comunicação entre os seres humanos e o consumo de relações. As mídias tornam-se ferramentas de formação éticos sexuais. Propostas de “autoajuda” ou receitas de como viver a sexualidade, numa perspectiva quantitativa em capas de revistas ou na televisão tornam-se frequentes. “Homem, mulher, criança: todos são usados como mercadorias sexuais. Naturaliza-se o sexo como mercadoria, uma vez que ele

se apresenta como mecânico e deserotizado. É uma aparente liberalização e descompressão das práticas sexuais.” (MELO et al, 2011, p. 44, grifo nosso). Nas redes de comunicações, jornais ou programas televisivos, a sexualidade é acentuada a partir de discursos dentro da lógica capitalista, fundamentada num conhecimento “[...] superficial e vazio não a considerando como uma construção sócio-histórico-cultural [...]” (MELO et al, 2011, p. 44) e não acrescentando “[...] nenhuma outra significação existencial ou política à sexualidade consumista e presa aos ditames da compensação orgástica atual.” (NUNES, 1996, p. 159).

Diante do todo o exposto, atualmente percebe-se ainda a ação de uma medicina ancorada nas categorias discorridas acima, portanto, no entendimento fragmentado dos seres humanos e numa racionalidade técnica que, descontextualizado das relações e sentidos humanos, não contribuiu para a saúde contemporânea, incluída indubitavelmente a saúde sexual, pois trata de um ser humano dicotomizado e sua dimensão da sexualidade expropriada. Veiga (2015, p. 227, grifos da autora) aponta que

[...] a formação médica fundamentada na racionalidade técnica não colabora para a melhoria das condições de saúde de nosso tempo, porque o conhecimento técnico e descontextualizado é alienante, enfatiza o saber fazer, conferindo ao trabalho do médico caráter de atividade artesanal, restringindo as competências a um saber prático, quando não é acompanhado pelo desenvolvimento da capacidade de leitura da realidade social. Nesse sentido, o curso de medicina, quando realizado da perspectiva meramente instrumental e técnica, não contribuiu para a formação de um profissional para atuar numa sociedade competitiva, desigual, individualista e excludente.

Ainda, por também enfatizar especializações precoces, Neves, Neves e Bitencourt (2005, p. 165) ressaltam que o paradigma da Medicina Científica faz com que o estudante “[...] se torne um pseudo-especialista ainda no período da graduação [...]” e que “[...] pode ser o responsável pela dificuldade de formar um médico generalista[...]”, como preconizam as DCN (BRASIL, 2014). Ressaltamos que o PPC do curso de Medicina *locus* desta pesquisa de doutoramento – que será descrito na seção III –, ao justificar a busca de mudanças, também ressalta que “[...] os currículos das escolas médicas praticamente não foram alterados nos últimos 30 anos [...]” (UNIPLAC, 2012, p. 16), o que também pode contribuir para o quadro presente. De acordo com Pagliosa e Da Ros (2008), o paradigma da Medicina Científica gerou um descompromisso com a realidade e necessidades da população, gerando críticas ao setor da saúde já na década de 1960 em todo o mundo. Alguns países iniciaram processos de reformulação no setor da saúde a partir da década de 1980, mas no Brasil até o final da década de 1990 as discussões sobre a necessidade de reformulação foi quase inexistente.

A visão cartesiana de mundo e o aspecto cientificista reducionista influenciaram significativamente o ensino médico tradicional. Conforme apontam Neves, Neves e Bitencourt (2005, p. 166), isso resultou numa visão dualista de ser humano, separando corpo-mente e num “[...] currículo criado a partir da filosofia utilitarista e pragmática. Esse modelo difere profundamente do modelo médico hipocrático, com mais tempo dedicado à atenção médico-paciente.” Relembrando, como já tratamos na seção I e diante da busca por indicadores de processos de educação sexual, esse entendimento reforça a “[...] falsa e perversa dicotomia corpo-mente como parte de um currículo oculto [...]”, bem como, “[...] também corpos reprimidos ou negados [...] num perverso círculo vicioso de desumanização.” (MELO, 2001, p. 32).

Veiga (2015, p. 11) ressalta que o desenvolvimento tecnológico e social “[...] gerou demandas de cuidado em saúde que há muito e em muito ultrapassaram a dimensão da doença como um evento orgânico e corporal para alcançar a alçada do adoecimento como um fenômeno existencial.” Pagliosa e Da Ros (2008) ressaltam a existência de foros diversos e que há mais de 40 anos já existem discussões sobre a necessidade de mudar a educação médica. No ano de 1986 a revista da Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM) afirmava que

[...] nos últimos 15 anos, acumularam-se no Brasil numerosos estudos e documentos acerca do ensino médico, procurando seguir o que se passava no mundo, em geral, e na América Latina, em particular. Sem dúvida, os mais significativos terão sido aqueles que tendem a demonstrar que a educação médica não pode ser considerada um processo isolado do contexto social. (BRASIL, 1986, p. 17, grifos nossos)

Destarte, tornou-se urgente e necessário, a superação dessa estagnação curricular, com iniciativas que incentivem projetos políticos pedagógicos que se alinhem à “[...] bases epistemológicas que descaracterizam os currículos conservadores, autoritários, excludentes, inflexíveis e descontextualizados.” (VEIGA, 2015, p. 32). Tornou-se urgente e necessário a existência de projetos que superem o modelo tecnicista, com visão reducionista e dicotomizada dos sujeitos, porque esse modelo “[...] exclui as ciências humanas do processo e a visão do ser humano como um todo, um ser bio-psico-social [...]” (NEVES, NEVES e BITENCOURT, 2005, p. 165), ou seja, como um ser humano inteiro, incluído aí, indubitavelmente, a dimensão de sua sexualidade.

Tornou-se imprescindível, portanto, iniciativas de projetos políticos pedagógicos buscando inovação pedagógicas também nos cursos de Medicina que promovam a superação da educação bancária de ensino, por meio de uma educação que

promova a autonomia, a liberdade. Visto que a educação bancária é prática de dominação, porque dificulta o pensar crítico e autêntico, promove seres humanos passivos e dicotomizados do mundo, e uma educação como prática da liberdade “[...] implica na negação do homem abstrato, isolado, solto, desligado do mundo, assim como também a negação do mundo como uma realidade ausente dos homens.” (FREIRE, 2005, p. 81). Neves, Neves e Bitencourt (2005, p. 166) certificam que desde os anos 60, do século XX, vêm sendo elaborados vários novos modelos de educação médica, “[...] nos quais está presente a ideia de formular um novo paradigma.” E essas novas propostas seriam “[...] a composição de uma abordagem dialética assimilando contribuições de várias ciências.” (NEVES, NEVES e BITENCOURT, 2005, p. 166).

Vários são os fatores destacados por Maia (2004) e Veiga (2015) que conferem magnitude e contemporaneidade à necessária e urgente transformação da formação médica, como por exemplo: o esgotamento do paradigma flexneriano; a dicotomia entre formação e prática profissional; a exigência de novos perfis de profissionais da saúde; o aumento considerável das publicações científicas; o multiculturalismo entendido e respeitado como pluralidade e diversidade da sociedade; os novos perfis dos profissionais devido a articulação da educação e empregabilidade e as mudanças no mundo do trabalho; e a necessidade de soluções criativas e solidárias nas IES e nos serviços de saúde. Entendendo, assim, o ser humano na sua inteireza, sempre sexuado, erotizado e sensualizado.

Portanto, a partir desse contexto, como mencionado anteriormente, o Conselho Nacional de Educação (CNE) instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina em 07 de novembro de 2001 (BRASIL, 2001). Estas diretrizes definiram na época “[...] os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos [...] para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos

pedagógicos dos Cursos de Graduação em Medicina das Instituições do Sistema de Ensino Superior.” (BRASIL, 2001, p. 01).

Porém, Veiga (2015, p. 226) adverte que uma mudança paradigmática na educação médica não é algo simples, “[...] uma vez que, historicamente, os modelos pedagógicos são dominados por um pensamento conservador, reducionista e transmissivo.” Inclusive, Pagliosa e Da Ros (2008) alertam que, em várias tentativas de mudança, resultaram-se poucos resultados efetivos, visto que

[...] as razões destes sucessivos fracassos são múltiplos e complexas. Envolvem desde a mobilização de professores que pouco se interessam pelo processo de formação, mais preocupados que estão com a pesquisa, quando não com sua prática profissional privada, até os interesses do capitalismo internacional, representado pelo complexo médico-industrial. (PAGLIOSA; DA ROS, 2008, p. 497)

Neste caminho desafiante, as DCN atualizadas em 2014 apresentam em seu Art. 3º a formação que o graduado em Medicina deverá ter:

Formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (BRASIL, 2014, grifos nossos)

Ressaltamos que, na perspectiva do processo de educação sexual pautado pelo paradigma emancipatório, entendemos que saúde integral pressupõe também a saúde sexual, pois segundo a Declaração dos Direitos Sexuais é entendida enquanto Direitos Humanos fundamentais e universais. A declaração

[...] reafirma que a saúde sexual é um estado de bem estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade; não é meramente a ausência de doença, disfunção ou enfermidade. Saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitosa para com a sexualidade e relacionamentos sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências prazerosas e seguras, livres de coerção, discriminação ou violência. (WAS, 2014)

Seguramente, para alcançar tal finalidade, necessita-se de um processo de ensino-aprendizagem diferenciado, ou seja, novas propostas de formação médica que sejam capazes de promover a superação do paradigma da Medicina Científica, pois como alerta Veiga (2015, p. 275), “[...] as inovações curriculares são muito mais do que alterações na matriz curricular, acrescentando ou reduzindo cargas horárias, incluindo ou excluindo conteúdos ou, ainda, alterando terminologias.” Logo, é necessário para isso um projeto político pedagógico construído coletivamente e

[...] centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo, com vistas à formação integral e adequada do estudante, articulando ensino, pesquisa e extensão, esta última, especialmente por meio da assistência. (BRASIL, 2014, Art. 26, grifos nossos)

E nesse sentido, uma formação integral remete-se a uma visão holística dos sujeitos, ou seja, seres humanos

compreendidos na sua inteireza, portanto, sempre sexuados, erotizados e sensualizados. Por isso, torna-se imprescindível a compreensão de que a saúde integral engloba a saúde sexual, essa sempre entendida enquanto Direito Sexual que são Direitos Humanos referentes à sexualidade. Ainda, a Declaração reafirma que a saúde sexual “[...] não pode ser definida, compreendida ou operacionalizada sem uma profunda compreensão da sexualidade [...]”, bem como, para saúde sexual ser atingida e mantida, “[...] os direitos sexuais de todos devem ser respeitados, protegidos e efetivados.” (WAS, 2014).

Destarte, a partir de todo o exposto, fez-se necessário a criação de novas propostas de formação médica no Brasil que apresentem projetos políticos pedagógicos orientados por um paradigma que contraponha o modelo cartesiano-positivista e hospitalocêntrico de ensino – instaurado como uma visão fragmentada de ser humano e que entende a saúde como um negócio lucrativo. Tornou-se imprescindível um projeto político-pedagógico que, a partir da inclusão das ciências humanas e de práticas integrais, humanizadas e humanizadoras, éticas, críticas-reflexivas e cidadãs, promova uma visão holística de ser humano, incluída, portanto e inseparavelmente, a dimensão da sexualidade no âmbito biológico, psicológico, social e histórico.

O modelo pedagógico conservador de formação médica, fundamentado na aplicação técnica da ciência, vem perdendo credibilidade que tinha, e ganha destaque um novo paradigma, que surge do confronto de ideias, de teorias que deem conta de explicar as relações entre o homem e o conhecimento, numa perspectiva dialética, de análise e compreensão da complexa sociedade contemporânea com base nos confrontos e nas contradições existentes. Essa ruptura, embora difícil, é possível e pode introduzir outra proposta pedagógica para a formação dos médicos. Esse movimento alternativo de formação é referenciado na educação médica

integral, articulado a outros saberes e contextualizado socialmente, no sujeito em sua existência na sociedade, na intervenção reflexiva sobre a prática como possibilidade de transformar a realidade, na promoção da convivência contínua e prolongada do estudante com a comunidade e na construção e no fortalecimento do SUS. (VEIGA, 2015, p. 227-228)

Essa ruptura e esse processo alternativo de formação proposto por Veiga (2015), por Neves, Neves e Bitencourt (2005), por Pagliosa e Da Ros (2008) e pelas DCN (BRASIL, 2001; BRASIL, 2014), em teoria pode ser alcançado a partir de propostas que promovam uma educação libertadora, uma vez que diz respeito a emancipação dos sujeitos e a abertura de consciência e de humanização de mundo. Como aponta Freire (2005, p. 16-17),

[...] a consciência e o mundo não se estruturam sincronicamente numa estática consciência do mundo: visão e espetáculo. (...) A consciência humana busca comensurar-se a si mesma num movimento que transgride, continuamente, todos os seus limites. (...) A consciência é consciência do mundo: o mundo e a consciência juntos, como consciência do mundo, constituem dialeticamente num mesmo movimento – numa mesma história. Em outros termos: objetivar o mundo é historicizá-lo, humanizá-lo.

Nesse contexto, conseqüentemente, está entendida indissocialmente a dimensão da sexualidade humana, pois sua compreensão é inerente ao processo de humanização. Como afirma Nunes (1996, p. 224), “[...] a noção da sexualidade humana, conquanto humana é a condição primeira para uma formação emancipatória frente a própria existência.” Logo, inevitavelmente, a sexualidade humana e o processo de educação sexual

[...] não pode ser deixada de lado em processos de planejamento e avaliação. Essa temática deve ser incluída necessariamente, explicitamente, já que implicitamente como tema transversal, sempre está presente no cotidiano, saibamos ou não, queiramos ou não, é necessário inseri-la, portanto, intencionalmente, em todas as etapas e fases do planejamento escolar. (MELO et al, 2011, p. 58, grifo das autoras)

Isso pode ser possível a partir de um projeto político pedagógico disposto a romper com o paradigma flexneriano, fundamentado epistemologicamente numa educação libertadora centrada no estudante e com a utilização de estratégias de ensino e aprendizagem problematizadoras. Ou seja, um modelo pedagógico que seja capaz de promover a autonomia, o diálogo e a aprendizagem de modo participativo, coletivo e horizontal, bem como o desenvolvimento de capacidades críticas e criativas a partir do entendimento de seres humanos integrais e sexuados (BRASIL, 2014; NEVES, NEVES e BITENCOURT, 2005; UNIPLAC, 2012; VEIGA, 2015). E é uma proposta de formação médica nessa dimensão que abordaremos na seção a seguir.

3 APRESENTANDO A PROPOSTA CURRICULAR DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA: BUSCANDO INDICADORES DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO SEXUAL EXISTENTE

Propõe-se discorrer sobre o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de graduação em Medicina *locus* desta pesquisa de doutoramento, na busca por indicadores de processos de educação sexual possíveis dentro de propostas curriculares. Primeiramente, entendemos necessário expor uma breve compreensão sobre o significado de Projeto Político Pedagógico. Em seguida, discorreremos sobre a proposta curricular do referido curso que, não apenas buscou atender às exigências legais, mas ousou inovar nas suas relações pedagógicas, optando por uma educação problematizadora ou libertadora que visa romper com o paradigma da Medicina Científica e criar oportunidades para mudanças emancipatórias no comportamento dos sujeitos.

3.1 DESVENDANDO UM PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO

O Projeto Político Pedagógico (PPP) é considerado a essência das ações desenvolvidas nos cursos de ensino superior. Como afirma Veiga (2003, p. 276), “[...] o projeto político-pedagógico dá o norte, o rumo, a direção.” O curso de graduação em Medicina *locus* desta pesquisa de doutoramento apresenta o PPC como seu documento norteador de trabalhos educativos desenvolvidos, datado de última revisão em outubro de 2012. O referido PPC – também chamado por muitos autores de PPP – representa uma proposta pedagógica curricular, por isso, em nosso entendimento, o trataremos também como PPP. Porém, antes de prosseguirmos com a apresentação e as singularidades do curso em questão, consideramos importante discorrermos brevemente sobre o significado de um PPP.

Etimologicamente, a palavra “projeto” tem origem no latim *projectu*, do verbo *projicere* que significa “lançar para diante”. Habitualmente, a partir da explanação de Abbagnano (2007, p. 800), seria “[...] a antecipação de possibilidades: qualquer previsão, predição, predisposição, plano, ordenação, predeterminação.”

A ação de construir projetos escolares, incluindo-se aí as escolas médicas, significa planejar “[...] o que temos intenção de fazer, de realizar. Lançamo-nos para diante, com base no que temos, buscando o possível. É antever o futuro diferente do presente.” (VEIGA, 1995, p. 12). Porém, cabe ressaltar que o PPP vai além de um documento para compilar planos de ensino e demais atividades, porque

[...] todo projeto supõe rupturas com o presente e promessas para o futuro. Projetar significa tentar quebrar um estado confortável para arriscar-se, atravessar um período de instabilidade e buscar uma nova estabilidade em função da promessa que cada projeto contém de estado melhor do que o presente. Um projeto educativo pode ser tomado como promessa frente a determinadas rupturas. As promessas tornam visíveis os campos de ação possível, comprometendo seus atores e autores. (GADOTTI, 1994, p. 579, grifos do autor)

O PPP, portanto, representa um trabalho intencional, um compromisso definido por todos os atores e construído coletivamente. E pela sua construção democrática, o PPP não é um documento que deve ficar arquivado, mas sim, “[...] vivenciado em todos os momentos, por todos os envolvidos com o processo educativo.” (VEIGA, 1995, p. 13).

Nesta direção, parafraseando novamente Veiga (1995, p. 13), compreendemos que todo projeto pedagógico é um projeto político porque está “[...] intimamente articulado ao compromisso sociopolítico com os interesses reais e coletivos da população majoritária [...]”, por conseguinte, é político também

“[...] no sentido de compromisso com a formação do cidadão para um tipo de sociedade.” É sobre o que nos alerta Saviani (1983, p. 93) ao afirmar que a dimensão política “[...] se cumpre na medida em que ela se realiza enquanto prática especificamente pedagógica.”

Por fim, na dimensão do pedagógico está a condição da concretização da intencionalidade dessas escolas e, como nesse caso, de escolas médicas comprometidas com “[...] a formação do cidadão participativo, responsável, compromissado, crítico e criativo.” (VEIGA, 1995, p. 13). Ou seja, a dimensão pedagógica define os trabalhos educativos e as características necessárias para alcançarem seus objetivos e intencionalidades.

Portanto, ao mergulharmos no PPP do curso *locus* desta pesquisa, compreendemos que este contempla plenamente os pontos apresentados, visto que, segundo Veiga (1995, p. 13), a dimensão política e pedagógica apresentam significados indissociáveis e é nesse sentido “[...] que se deve considerar o projeto político-pedagógico como um processo permanente de reflexão e discussão [...]”, bem como, de “[...] vivência democrática necessária para a participação de todos os membros da comunidade [...] e o exercício da cidadania.” E por que estudamos esse documento? É o que fica evidenciado a seguir.

3.2 O CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA EM FOCO

O curso de graduação em Medicina *locus* dessa pesquisa de doutoramento, foi implantado no início da década de 2000²⁵.

²⁵ Histórico e trâmite legal do Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Planalto Catarinense:

Ata CONSEPE nº 010, de 29 de agosto de 2003. Aprovação do projeto pedagógico original do Curso de Medicina pelo Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão da UNIPLAC – CONSEPE.

Resolução CONSUNI-CONSEPE nº 079, de 06 de junho de 2008. Aprova em definitivo o projeto pedagógico do Curso de Medicina.

A necessidade de sua abertura, como consta em seu PPC, justificou-se por: a) necessidades da região territorial onde se está inserido, na qual engloba vários municípios e, na época, a maioria deles não apresentava um número adequado de médicos; b) visar cumprir o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina, instituído pelos Ministérios da Saúde e da Educação, que incentivavam as “[...] escolas médicas, de todo país, a incorporar mudanças pedagógicas significativas nos currículos dos cursos de Medicina [...]” (UNIPLAC, 2012, p. 06); e c) em razão das discussões sobre os saberes médicos realmente necessário à formação dos profissionais generalistas, “[...] que atendam às reais necessidades da população, constituindo-se em uma mudança paradigmática para a saúde.” (UNIPLAC, 2012, p. 06 grifos nossos).

De acordo com a Constituição Federal de 1988, “[...] o SUS passa a demandar novas estratégias de orientação na maneira de cuidar, tratar e acompanhar a saúde, mudança que repercute nos modos de ensinar e aprender.” (UNIPLAC, 2012, p. 07). Nesse sentido, projetou-se e implantou-se um curso de graduação em Medicina “[...] com um projeto inovador que utiliza metodologias ativas em seus processos de ensino e aprendizagem.” (UNIPLAC, 2012, p. 06, grifos nossos).

Parecer CEE/SC nº 376, de 27 de outubro de 2009. Reconhecimento do Curso de Medicina aprovado pelo Conselho Estadual de Educação – CEE.

Resolução CEE/SC nº 85, de 27 de outubro de 2009. Reconhecimento do Curso de Medicina.

Decreto nº 2.792, de 01 de dezembro de 2009 (Governo do Estado). Reconhecimento do Curso de Medicina.

Parecer CEE/SC nº 370, de 11 de dezembro de 2012. Renovação do reconhecimento do Curso de Medicina.

Resolução CEE/SC nº 209, de 11 de dezembro de 2012. Renovação do reconhecimento do Curso de Medicina.

Decreto nº 1.562, de 28 de maio de 2013 (Governo do Estado). Renovação do reconhecimento do Curso de Medicina. (Dados fornecidos pelo Gabinete do Reitor à pedido da pesquisadora em 05/08/2016)

No histórico do curso de graduação em Medicina da proposta em estudo, explicou-se que para a elaboração de seu projeto iniciaram-se os primeiros contatos no ano de 2003 e esse processo teve como consultor o apoio do professor Ricardo Shoit Komatsu e uma equipe pedagógica da Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA (SP), atuando juntamente com docentes pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento, como por exemplo, Medicina, Pedagogia, Psicologia, Antropologia, Odontologia, Bioquímica e Letras, da universidade *locus* da pesquisa. Reporta-se, portanto, a um curso de graduação recente, com apenas 12 anos de existência, que iniciou suas atividades letivas no primeiro semestre de 2004 e a efetivação da primeira colação de grau no ano de 2009.

Relembramos, primeiramente, que a autora deste trabalho foi docente do referido curso de graduação em Medicina pelo período de dois anos e meio (2010-2012), fato que enriqueceu tanto a contemplação viva do fenômeno como o prescrito em seus objetivos. Como registro histórico, enquanto fui docente, o PPC em vigor era datado do ano de 2009, pautado nas diretrizes de 2001 (BRASIL, 2001). No ano de 2012 o PPC foi reformulado e aprovado em reunião de colegiado e no ano de 2014 foram homologadas as novas DCN. Destacamos que, devido às novas diretrizes de 2014, o PPC encontra-se novamente em reformulação. Todavia, a pesquisa transcorreu durante os anos de 2012/02 a 2016/01, sendo 2016/01 reservado somente para a análise – processo que será descrito na seção IV. Mas considerando que os/as docentes participantes da coleta vivenciaram também o novo PPC (UNIPLAC, 2012) e as novas diretrizes (BRASIL, 2014), foram esses, portanto, os documentos que pautaram legalmente esse estudo.

Inicialmente, no PPC (UNIPLAC, 2012), apresenta-se uma epígrafe de Paulo Freire (1997, p. 58-59) que, entendemos, representa o compromisso do curso:

...Se sonhamos com uma sociedade menos agressiva, menos injusta, menos violenta, mais

humana, o nosso testemunho deve ser o de quem, dizendo não a qualquer possibilidade em face dos fatos, defende a capacidade do ser humano em avaliar, de compreender, de escolher, de decidir e, finalmente, de intervir no mundo.

Citação essa que vem ao encontro da Missão apresentada pelo curso:

Contribuir para a melhoria das condições de saúde da população através de ações concretas e intervenções sobre a realidade local e regional, como resultado da relevância das atividades de ensino e aprendizagem, pesquisa e extensão, que visa propiciar a formação humana e científica de médicos cidadãos, unindo arte e ciência, permitindo a elaboração de propostas e respostas sinérgicas ao desenvolvimento regional sustentável e à consolidação do Sistema Único de Saúde. (UNIPLAC, 2012, p. 12)

Logo, o curso apresenta como seu objetivo geral:

Formar profissionais capazes de desenvolver permanentemente o processo educativo, visando elevados padrões de excelência no exercício da Medicina, na geração, análise crítica e disseminação do conhecimento e de práticas de intervenção na realidade que expressem efetivo compromisso com a melhoria da saúde, com a autonomia das pessoas e da população, e com a construção do Sistema Único de Saúde, buscando a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção. (UNIPLAC, 2012, p. 12)

Percebemos até o exposto, pistas de indicadores que evidenciam possibilidades de vivência no curso de um processo de educação sexual emancipatório. Por exemplo, o objetivo do curso aponta para uma prática médica que consolide efetivo

compromisso com a melhoria da saúde da população, logo, não pode desconsiderar o entendimento da saúde sexual e dos direitos sexuais (WAS, 2014) como essenciais nesse processo.

Na sequência, em seus objetivos específicos o curso apresenta o desdobramento em detalhes do objetivo geral, mais especificamente em 22 itens. Neles, também conseguimos identificar indicadores dessa possibilidade, seja em palavras-chaves, em orações ou períodos gramaticais, porém, não desconsiderando sua complexidade na totalidade, registramos alguns exemplos: reconhecer valores e manifestações sócio-culturais; buscar, desenvolver, aplicar e avaliar conhecimentos, habilidades e atitudes na prática de saúde que possibilitem a realização de atendimentos individuais de forma integral, sempre contextualizando o indivíduo em seu meio familiar e social; conhecer os interesses, a cultura, as condições de vida e a forma de atuação na comunidade a qual irá trabalhar; identificar, conhecer, analisar e propor alternativas de ação apropriadas à realidade vivida, através da leitura e da análise do cotidiano; articular e promover, permanentemente, possíveis propostas de ações integradas para a melhoria constante da qualidade de vida de saúde da população; preservação da qualidade de vida; identificar, permanentemente, grupos de riscos na comunidade; desenvolver de forma crítica, novos procedimentos de trabalho apropriados à realidade onde se encontra; acompanhar e avaliar sistematicamente a literatura científica; participar do processo permanente de aprendizagem; coordenar, participar e/ou constituir grupos de educação para a saúde; atuar em conjunto com movimentos populares e as lideranças comunitárias locais; manter-se num processo permanente de reflexão sobre a ética no processo de mudança e desenvolvimento da coletividade, etc.

Em nosso entendimento e fundamentados pelas categorias *a priori* que dão sustentação à categoria central desse trabalho, ou seja, processos de educação sexual emancipatório – conforme discorridos na seção I – os indicadores apontados nos

objetivos específicos também são expressões que evidenciam possibilidades concretas de vivência desse processo de educação sexual emancipatória nesse curso de Medicina. Isto porque a categoria propõe uma abordagem integral do ser humano, com leitura e análise crítica do cotidiano, que promova e preserve a qualidade de saúde e qualidade de vida dos sujeitos. Indubitavelmente o curso, nessa perspectiva, requer o entendimento de ser humano na sua inteireza, portanto, sempre sexuado, erotizado e sensualizado, dinâmico, construtor e construído sócio, histórico e politicamente nas relações humanas.

Essa proposta de formação médica busca também desenvolver um trabalho voltado para a realidade local e regional, conforme descrito em sua justificativa. Todavia, o perfil profissiográfico exposto no PPC reitera seu objetivo geral:

Espera-se que os profissionais médicos formados sejam capazes de desenvolver permanentemente o processo educativo, visando a elevados padrões de excelência no exercício da Medicina, na geração, análise crítica e disseminação do conhecimento científico e de práticas que intervenham na realidade, que expressem efetivo compromisso com a melhoria da saúde, com a autonomia das pessoas e da população. (UNIPLAC, 2012, p. 15)

Em seu perfil, evidenciamos também indicadores que vem ao encontro com o que propõem WAS (2014) e com a categoria principal já relatada na seção I. Um futuro profissional médico que desenvolva consciência crítica, com efetivo compromisso com a melhoria da saúde – logo, também a saúde sexual – e autonomia dos sujeitos aponta para o entendimento de um profissional que caminha na dialogicidade, empenhando-se na transformação constante da realidade, entendida esta como dinâmica, mutável, portanto, um profissional que desenvolva

ações na busca da superação da contradição e alienação dos sujeitos envolvidos.

Isto posto, para concretizar sua missão, alcançar seus objetivos e desenvolver o perfil profissiográfico almejado, o modelo de educação instaurado no curso visa romper com o paradigma da Medicina Científica de ensino. Como afirma Veiga (2015, p. 31), um currículo tradicional pressupõe “[...] as dicotomias formação-prática profissional, sujeito-objeto, teoria-prática e, conseqüentemente, a transmissão de conhecimentos e a memorização.” Ou seja, reflete a concepção de educação bancária de ensino denunciada por Freire (2005). Nessa contramão, o PPP do curso de Medicina em questão compreende que a aprendizagem é ativa e processual, não bancária e conteudista, porque numa concepção bancária a educação se torna um ato de depositar e

[...] nesta distorcida visão da educação, não há criatividade, não há transformação, não há saber. Só existe saber na invenção, na reinvenção, na busca inquieta, impaciente, permanente, que os homens fazem no mundo, com o mundo e com os outros. Busca esperançosa também. (FREIRE, 2005, p. 67)

Para trilhar esse caminho e favorecer a mudança paradigmática, optou-se pela implementação de uma educação problematizadora, centrada no estudante e no desenvolvimento de sua autonomia, visando a mudança do comportamento humano, assim como o entendimento de ser humano integral, portanto, sempre sexuado (FREIRE, 1996).

Atendendo então às recomendações das DCN, o PPC do curso de Medicina definiu um currículo integrado e orientado por competências e, dentre outras mudanças, propõe:

- Aprendizagem centrada no diálogo entre o professor e o estudante;
- Professor mediador do processo de ensino e aprendizagem;

- Aprendizagem significativa;
- Utilização de metodologias ativas de ensino e aprendizagem;
- Cenários reais integrados;
- Aplicação de diferentes modalidades de avaliação em processo. (UNIPLAC, 2012, p. 24)

Veiga (2015, p. 37-38) alerta que um currículo integrado e interdisciplinar “[...] exige estruturas de funcionamento articuladas entre coordenadores, professores, tutores e outros profissionais especializados [...]”, referindo-se, portanto, a uma relação que favoreça “[...] o desenvolvimento de espaços colegiados de profissionalização no contexto institucional.”

E é sobre esse complexo processo que discutiremos a seguir.

3.2.1 Inovações pedagógicas: uma proposta de ensino e aprendizagem aplicada à vida

A partir dos novos desafios colocados à educação médica no século XXI, com os reflexos advindo do paradigma da Medicina Científica, relatados na seção II, e com as recentes mudanças na reestruturação dos serviços de saúde no Brasil, o PPC do curso de Medicina em questão sustenta suas bases epistemológicas nas DCN do Ministério da Educação e em autores progressistas. Desde o dia de sua abertura apresenta um projeto político pedagógico orientado na busca por uma mudança paradigmática no modelo de ensino-aprendizagem da formação médica. Como apresenta o PPC:

Atenta aos desafios colocados para a educação médica, que demandam inovações na concepção pedagógica, em relação ao modo como se dá a construção do conhecimento, o curso de Medicina sustenta-se na perspectiva de uma proposta de ensino e aprendizagem aplicada à vida, numa relação teórico-prática, onde o que se aprende tem significado, podendo ser aplicado

no seu cotidiano, pois o estudante vivencia o que aprende na mesma intensidade que aprende o que vivencia. (UNIPLAC, 2012, p. 17, grifos nossos)

Nessa perspectiva, buscando mais solidez, o PPC firma-se em autores como John Dewey (1859-1952) e Paulo Freire (1921-1997) para também fundamentar o significado desse novo paradigma no processo de ensino e aprendizagem na formação médica. A partir da Teoria do Experimento de John Dewey, o curso valoriza a intelectualidade como verdadeira liberdade, habilidade essa que possibilitaria ações independentes, contribuindo assim para a autonomia dos sujeitos. Logo, valorizam a “[...] interação entre sujeito e natureza, a prática sem desconsiderar o teórico, tendo o indivíduo como produtor do conhecimento, a experiência e o pensar como elementos essenciais para a prática libertadora.” (UNIPLAC, 2012, p. 17).

Esse eixo vem ao encontro da Educação Dialógica e do Diálogo proposto Paulo Freire, autor utilizado pelas pesquisadoras e que também fundamenta o presente no PPC, sobre a utilização da problematização como caminho para uma educação libertadora – a libertação autêntica, pois “[...] problematizar é exercer uma análise crítica sobre a realidade problema.” (FREIRE, 2005, p. 193). Nesse sentido, o PPC ressalta que “[...] é por meio da educação que o indivíduo desenvolve o pensamento reflexivo, sendo esse, consequência de um ordenamento de ideias.” (UNIPLAC, 2012, p. 17).

Nasceu assim uma proposta de curso de graduação em Medicina que sustenta um projeto de uma educação progressiva, problematizadora, dialógica, reflexiva, crítica, centrada no estudante e no seu que-fazer enquanto ser humano porque é libertador. Nesse entendimento, a partir de suas bases epistemológicas, aponta para a busca da superação da dominação e da alienação dos docentes e dos estudantes envolvidos nesse processo educativo, enquanto seres atuantes no mundo, a partir da visão emancipatória do humano numa

dimensão bio-psico-social, compreendida certamente aí, a dimensão da sexualidade. Registramos aqui, portanto, este forte indicador da educação progressiva, pois, em nosso entendimento, as bases epistemológicas e o processo educativo adotado pelo curso promovem uma educação emancipatória, logo, são expressões da possibilidade do processo de educação sexual emancipatório ser vivido no curso de Medicina.

Promover uma educação problematizadora significa buscar a superação da educação bancária e conteudista, pois essa é ancorada principalmente na transmissão e memorização de conhecimentos, servindo, portanto, a um processo que facilita dominação dos sujeitos. Ao contrário, a proposta de uma educação problematizadora aponta para sua libertação, pois se contrapõe ao paradigma educacional conservador, sendo assim problematizadora. Assim, a educação libertadora

[...] não pode ser o ato de depositar, ou de narrar, ou de transferir, ou de transmitir conhecimentos e valores aos educandos, meros pacientes, à maneira da educação bancária, mas um ato cognoscente. Como situação gnosiológica, em que o objeto cognoscível, em lugar de ser o término do ato cognoscente de um sujeito, é o mediatizador de sujeitos cognoscentes, educador, de um lado, educandos, de outro, a educação problematizadora coloca, desde logo, a exigência da superação da contradição educador-educandos. Sem esta, não é possível a relação dialógica, indispensável à cognoscibilidade dos sujeitos cognoscentes, em torno do mesmo objeto cognoscível. (FREIRE, 2005, p. 78, grifos do autor)

Neste contexto, sendo a dialogicidade a “[...] essência da educação como prática da liberdade [...]” (FREIRE, 2005, p. 89), conseqüentemente e inevitavelmente, a compreensão do papel do professor e do estudante, sempre imersos num processo de educação sexual, pode ser transformada, pois os mesmos serão

sujeitos ativos do processo de ensino aprendizagem e porque terão o objeto a ser conhecido como mediatizador na relação dialógica entre educador-educando – processo esse que possibilita a superação da concepção bancária de educação que nega a dialogicidade, como nos aponta Freire (2005):

O educador problematizador re-faz, constantemente, seu ato cognoscente, na cognoscitividade dos educandos. Estes, em lugar de serem recipientes dóceis de depósitos, são agora investigadores críticos, em diálogo com o educador, investigador crítico também. (FREIRE, 2005, p. 80)

Observamos, contudo, que no PPC do curso, o professor é entendido como o mediador do processo de ensino e aprendizagem, como consta:

Do ponto de vista pedagógico, o Curso se orienta na relação professor e estudante, estes como sujeitos ativos do processo de ensino e aprendizagem, tendo o professor como mediador, nos diferentes cenários, onde o estudante desenvolve habilidades previstas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (2001). (UNIPLAC, 2012, p. 20, grifos nossos)

Ancorado nas DCN, de Brasil (2001) percebemos que o PPC reitera incondicionalmente suas orientações. Estas orientações da citação acima foram constatadas tanto no Art. 9º da Resolução de 2001, mas também no Art. 26 da Resolução de 2014:

O Curso de Graduação em Medicina terá projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo, com vistas à formação integral e adequada do estudante, articulando ensino, pesquisa e extensão. (BRASIL, 2014, p. 12, grifos nossos)

Tomamos consciência, portanto, dessa contradição no PPC de atribuir ao professor a mediação. Questionamos pautadas no entendimento do que Paulo Freire propõe para uma verdadeira educação problematizadora como um ato cognoscente, pois as *relações* são mediadoras – não o professor/educador. E tanto professor como estudante se transformam e são sujeitos nesse processo. Como explica o autor:

Desta maneira, o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os argumentos de autoridade já não valem. Em que, para ser-se, funcionalmente, autoridade, se necessita de estar sendo com as liberdades e não contra elas. (FREIRE, 2005, p. 79, grifos do autor)

Registramos que se permanece na prática o entendimento de professor como mediador, é um viés que deve ser repensado. Porque desse modo, o papel do professor entendido como mediador é antagônico às liberdades, porque assume a postura de “sujeito narrador do conteúdo” e não de “sujeito cognoscente”. Consequentemente, nessa relação, educador-educando “[...] não realizam nenhum ato cognoscitivo, uma vez que o objeto que deveria ser posto como incidência de seu ato cognoscente é posse do educador e não mediatizador da reflexão crítica de ambos.” (FREIRE, 2005, p. 79).

Portanto, é na relação pedagógica libertadora que está o movimento dialético que Paulo Freire propõe na sua popular afirmação: “[...] ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo.” (FREIRE, 2005, p. 79, grifos nossos). Esse é o princípio de uma metodologia de ensino e aprendizagem que se

propõe dialógica, libertadora e emancipadora. Como também afirma Veiga (2015, p. 32), um projeto político pedagógico de curso de Medicina que “[...] se alinha com as bases epistemológicas que descaracterizam os currículos conservadores, autoritários, excludentes, inflexíveis e descontextualizados [...] concebe a construção do conhecimento médico para favorecer a emancipação humana.”

Assim, “[...] a tarefa do docente é desafiadora e complexa [...]” (VEIGA, 2015, p. 277) porque nessa perspectiva não há situação onde “[...] um sujeito que domina pela conquista e um objeto dominado [...]” (FREIRE, 2005, p. 192), porque entre os sujeitos cognoscentes, professores e estudantes, “[...] há sujeitos que se encontram para a pronúncia do mundo, para a sua transformação.” (FREIRE, 2005, p. 192, grifos do autor). E esta transformação do mundo poderá ser alcançada a partir das mudanças dos próprios sujeitos a partir de uma concepção emancipatória dos seres humanos, entendidos sempre como sexuados.

Constatamos que o referido PPC optou, portanto, por uma educação problematizadora em seus aspectos pedagógicos e metodológicos, visto que baseiam-se “[...] no preceito de que a educação é o processo que tem como meta criar oportunidades para mudanças no comportamento humano.” (UNIPLAC, 2012, p. 20).

Por conseguinte, num PPC que visa promover mudanças paradigmáticas se faz necessário uma proposta curricular também diferenciada, visto que o currículo é o caminho que “[...] concretiza o projeto político-pedagógico do curso e da instituição [...]” (VEIGA, 2015, p. 39), ou seja, que dá vida ao projeto. Para além de um plano previsto ou prescritivo, o currículo é “[...] um todo organizado em função de propósitos educativos e de saberes, atitudes, valores, crenças que os intervenientes trazem consigo e que realizam no contexto dos processos de aprendizagem formais e/ou informais.” (PACHECO, 2005, p. 35).

Nessa ótica, como já mencionado, o PPC do curso de graduação em Medicina propôs um currículo integrado e orientado por competências, o qual foi elaborado sob as recomendações das DCN e com as contribuições do Relatório da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI²⁶ para a UNESCO, e que apresenta os quatro pilares da educação, a saber:

Aprender a conhecer, adquirir os instrumentos da compreensão exercitando a atenção, a memória e o pensamento; (capacidade cognitiva).

Aprender a fazer, para poder influir sobre o próprio entorno, está vinculado a questão da formação profissional, na tentativa de fundir a prática do conhecimento ao futuro mercado de trabalho; (capacidade psicomotora).

Aprender a viver juntos, para participar e cooperar com os demais em todas as atividades humanas; (capacidade afetiva).

Aprender a ser, um processo que envolve elementos das três aprendizagens anteriores. (UINPLAC, 2012, p. 18, grifos dos autores)

Segundo o PPC, essas quatro aprendizagens fundamentais presentes numa modalidade diferenciada de currículo, “[...] possibilitam ao estudante desenvolver a sensibilidade humana frente aos conflitos sociais.” (UINPLAC, 2012, p. 18). Davini (1983, p. 04²⁷) defini o currículo integrado como “[...] *un plan pedagógico y su correspondiente organización institucional que articula dinamicamente trabajo y enseñanza, práctica y teoría, enseñanza y comunidad.*”

²⁶ Disponível em:

<http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590por.pdf>

Acessado em: 17/03/2016

²⁷ Tradução nossa: “um plano pedagógico e sua correspondente organização institucional que articula dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade”.

Segundo Davini (1983), o currículo integrado parece ser o plano mais apropriado no que diz respeito à integração entre ensino e trabalho, pois é uma opção educativa que permite:

Una efectiva integración entre enseñanza y práctica profesional;
Una real integración entre práctica y teoría, y el inmediato test de la práctica;
Un avance en la construcción de teorías a partir de lo anterior;
La búsqueda de soluciones específicas y originales para distintas situaciones;
La integración entre profesor – alumnos en la investigación y búsquedas de propuestas;
La adaptación a cada realidad local y a los patrones culturales propios de una estructura social. (DAVINI, 1983, p. 04²⁸)

No registro do PPC, esse foi o caminho escolhido pelo curso para cumprir sua missão e alcançar seus objetivos, visando proporcionar uma formação humana e científica para médicos e cidadãos. Contudo, o PPC ressalta a importância de que este é um processo de ensino-aprendizagem também baseado na empatia e na construção de vínculos, visto que essa proposta de projeto político pedagógico “[...] privilegia capacidades mais complexas, potencializando no sujeito que aprende o raciocínio lógico e moral, a sensibilidade humana frente aos conflitos sociais que prejudicam uma convivência harmônica e saudável.” (UNIPLAC, 2012, p. 23).

²⁸ Tradução nossa: “uma efetiva integração entre ensino e prática profissional; a real integração entre prática e teoria e o imediato teste da prática; um avanço na construção de teorias a partir do anterior; a busca de soluções específicas e originais para diferentes situações; a integração ensino-trabalho-comunidade, implicando uma imediata contribuição para esta última; a integração professor–aluno na investigação e busca de esclarecimentos e propostas; a adaptação a cada realidade local e aos padrões culturais próprios de uma determinada estrutura social”.

Articulado ao currículo integrado e orientado por competências, o curso de graduação em Medicina em seus registros afirma que “[...] busca assegurar [...] o desenvolvimento de experiências educacionais a partir da incorporação de elementos inovadores, tanto em sua concepção, como nos processos de ensino e aprendizagem.” (UNIPLAC, 2012, p. 20, grifos nossos). Logo, visando a superação do paradigma flexneriano, o PPC traz “[...] a necessidade de se trabalhar com metodologias ativas de ensino aprendizagem, privilegiando fundamentalmente Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL²⁹) [...] e a Problematização.” (UNIPLAC, 2012, p. 20).

Na adoção desse novo paradigma, a aprendizagem é concebida como a resposta do estudante ao desafio de uma situação-problema, atendendo assim aos objetivos educacionais de análise, síntese, avaliação e construção, culminando com a superação do problema. Neste processo de aprendizagem o estudante passa de uma visão global do problema, síncrese, a uma visão analítica do mesmo, para chegar a uma síntese provisória, que equivale à compreensão. Desta apreensão ampla da estrutura do problema surgem as hipóteses de solução. A síntese tem continuidade na atividade transformadora e construtora da organização da realidade. (UNIPLAC, 2012, p. 20, grifo dos autores)

A proposta diferenciada desse projeto político pedagógico que propõe uma estrutura curricular integrada e orientada por competências e trabalhada por meio de metodologias de ensino e aprendizagem que priorizem o diálogo e o papel do estudante como protagonista na construção do

²⁹ Sigla em inglês muito utilizada por autores: *Problem-Based Learning*.

conhecimento vem ao encontro do que propõe Freire (2005) sobre a libertação autêntica, quando

[...] o que nos parece indiscutível é que, se pretendemos a libertação dos homens não podemos começar por aliená-los ou mantê-los alienados. A libertação autêntica, que é a humanização em processo, não é uma coisa que se deposita nos homens. Não é uma palavra a mais, oca, mitificante. É práxis, que implica a ação e reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo. (FREIRE, 2005, p. 77, grifo do autor)

A práxis é a “[...] reflexão e ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo. Sem ela, é impossível a superação da contradição opressor-oprimido.” (FREIRE, 2005, p. 42). E é em propostas como essas que parece ser possível que a “[...] aprendizagem passiva cede lugar ao propósito de uma aprendizagem crítico-reflexiva [...]” (UNIPLAC, 2012, p. 23), visto que uma proposta curricular pautada em Paulo Freire considera o estudante como sujeito de sua própria aprendizagem, por meio de “[...] uma educação centrada no diálogo, na relação de troca, na descoberta de si e do mundo.” (UNIPLAC, 2012, p. 23). Percebemos dessa forma, o compromisso escrito do PPC com a emancipação dos seres humanos envolvidos nesse processo educativo, pois concordamos com Veiga (2015, p. 47), que “[...] o respeito pela autonomia é expresso pela opção metodológica de ensino-aprendizagem.”

A PBL, segundo o PPC do curso

[...] baseia-se no estudo de situações-problemas com a finalidade de fazer com que o estudante busque determinados conteúdos de forma articulada. Esta metodologia se contrapõe ao método tradicional de ensino. O currículo do curso prepara um elenco de situações que o estudante deverá saber dominar. Isto implica em

modificações profundas na forma criativa das atividades intelectuais, permitindo que a aprendizagem passiva ceda lugar aos propósitos de uma aprendizagem crítico-reflexiva. (UNIPLAC, 2012, p. 21)

E a Problematização, segundo o PPC, é uma estratégia utilizada pelo curso de Medicina nos espaços de prática profissional onde o estudante, na relação com o professor, tem

[...] a possibilidade de construção do conhecimento de forma ativa, partindo de uma visão crítica da realidade em que está inserido. A construção do conhecimento se dá de forma integrada, articulando a teoria à prática na perspectiva da práxis, buscada na ação-reflexão-ação. (UNIPLAC, 2012, p. 25)

Ressaltamos que, segundo Veiga (2015), a PBL tem suas raízes também em John Dewey e é considerada uma metodologia “inovadora”, mas que já “[...] vem sendo desenvolvida há cerca de 50 anos.” (VEIGA, 2015, p. 16). Como afirma a autora:

Primeiro pelas universidades de McMaster (Canadá), de Maastricht (Holanda) e de Harvard (Estados Unidos), entre outras, e, mais recentemente, na América Latina. No Brasil, cresce a adesão dos cursos da área da saúde e, mais especificamente, de medicina à metodologia da PBL. A implantação da metodologia veio em resposta à insatisfação e ao tédio dos estudantes diante do grande número de conhecimentos percebidos como irrelevantes à prática médica. (VEIGA, 2015, p. 16)

As estratégias metodológicas propostas podem contribuir, se concretamente vivenciadas, para o aprendizado crítico-reflexivo dos estudantes, pois uma verdadeira educação libertadora favorece a “[...] liberdade para criar e construir, para

admirar e aventurar-se. Tal liberdade requer que o indivíduo seja ativo e responsável, não um escravo nem uma peça bem alimentada da máquina.” (FREIRE, 2005, p. 62). Portanto, a PBL

[...] é um método de ensino-aprendizagem em que os estudantes deparam inicialmente com um problema, que é sucedido por uma investigação, em um processo de aprendizagem centrada no estudante. É uma metodologia participativa de ensino-aprendizagem que transfere o papel central do professor, como transmissor de conhecimentos, para o aluno, considerado o ator principal na construção de seu aprendizado. Os estudantes trabalham com os problemas em pequenos grupos, sob a supervisão de um tutor. Nesse sentido a PBL visa formar o estudante para o que acontece na prática médica. (VEIGA, 2015, p. 21)

Reiterando novamente Paulo Freire, Neves, Neves e Bitencourt (2005, p. 166) também subscrevem que a PBL “[...] é uma filosofia educacional que se aproxima da Pedagogia da Autonomia de Paulo Freire [...]. Preceito que faz da educação uma tarefa que transcende o cognitivo, buscando um significado mais amplo pra atividade.”

A PBL também é uma “[...] proposta de reestruturação curricular que objetiva a integração entre a teoria e a prática [...]” (VEIGA, 2015, p. 22), como propõe o PPC do curso de Medicina orientado por competências. Segundo Perrenoud (2000, p. 01), competências “[...] é a faculdade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos (saberes, capacidades, informações, etc) para solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações.” Nesse sentido, um currículo orientado por competências busca a superação do entendimento de acumulação de conhecimento pelos estudantes e da dicotomização teoria-prática, se organizando, portanto, não em

função de conteúdos que devem ser transmitidos, mas sim, nas competências que os estudantes precisam desenvolver. Ou seja,

[...] entende-se que a organização do currículo orientado por competências é capaz de promover a articulação entre teoria e prática, entre a instituição formadora, os serviços e a população, entre as áreas de conhecimento e as Unidades/Sub-Unidades Educacionais através de seus distintos cenários. (UNIPLAC, 2012, p. 24)

Dando continuidade às nossas reflexões, apresentaremos a seguir a organização da estrutura curricular exposto no Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de graduação em Medicina *locus* da pesquisa.

3.2.2 Compreendendo a Proposta Curricular

Um currículo integrado e orientado por competências se apresenta a partir de Cenários Reais Integrados e resulta da combinação de múltiplas capacidades oriundas das respostas efetivas do processo de ação-reflexão-ação advindos dos desafios das situações-problemas de saúde-doença que os estudantes enfrentam na prática profissional. É o que Veiga (2015, p. 32) chama a atenção para o processo de transformar objetos ausentes em presentes, porque “[...] a formação médica para o desenvolvimento da pessoa, para o exercício da cidadania e a qualificação para o trabalho implica inserir o estudante em seu contexto social, como partícipe e construtor do conhecimento.”

Destarte, o projeto político pedagógico do curso de Medicina apresenta sua proposta curricular numa estrutura organizada em Unidades Educacionais. As Unidades Educacionais, segundo Rezende et al (2006), representam a busca da superação da fragmentação do conhecimento – como geralmente são propostos em “disciplinas”, que compõem os

currículos tradicionais de vários cursos de ensino superior. O curso de Medicina em questão apresenta seis Unidades Educacionais, que privilegiam os ciclos de vida e que são trabalhadas ao longo dos seis anos de curso – visto que o curso se organiza anualmente e não semestralmente. Que são:

- 1º ano: Introdução ao Estudo da Medicina; Prática de Saúde na Comunidade.
- 2º ano: Concepção, Nascimento, Crescimento, Desenvolvimento; Prática de Saúde na Comunidade; Eletivo.
- 3º ano: Vida Adulta, Reprodução, Sexualidade, Envelhecimento; Prática de Saúde na Comunidade; Eletivo.
- 4º ano: Apresentações Clínicas; Prática de Saúde na Comunidade; Eletivo.
- 5º ano: Internato – Saúde do Adulto, Saúde Materno-Infantil, Prática de Saúde na Comunidade; Internato – Eletivo.
- 6º ano: Internato – Urgência/Terapia Intensiva, Saúde Materno-Infantil, Saúde do Adulto, Prática de Saúde na Comunidade; Internato – Eletivo.

As Unidades Educacionais são trabalhadas a partir de Cenários de ensino e aprendizagem, que são: as Unidades Sistematizadas (Tutoria e Conferência), a Unidade de Prática de Saúde na Comunidade (PSC), a Unidade Eletivo e a Unidade Internato. Cada cenário, de cada ano, compõe seus Planos de Unidades, que integram os diferentes saberes e tarefas previstas para cada ano.

Para apoiar o estudante no seu processo autônomo de auto-aprendizagem, o curso dispõe de Laboratórios de Apoio ao Estudante, também chamados de cenários de ensino e aprendizagem, que são: Laboratório de Práticas Profissionais (LPP), Laboratório Morfofuncional (LMF), Consultoria de Inglês, Consultoria de Português, Consultoria de Informática e Consultoria de Metodologia Científica.

Com o propósito de garantir o desenvolvimento das estratégias de ensino e aprendizagem adotadas pelo curso, conta também com o Núcleo de Apoio Pedagógico (NAP), “[...] constituído por um grupo de professores cuja atribuição é mediar o processo de reflexão da prática professor e acompanhar o desenvolvimento do processo avaliativo do ensino e aprendizagem, contribuindo para o desenvolvimento do PPC.” (UNIPLAC, 2012, p. 21-22). Assim, dois grupos promovem o apoio pedagógico: o grupo de Educação Permanente – EDUPE e o grupo de Avaliação. Uma das funções do primeiro grupo é o desenvolvimento de processos de educação permanente a partir do cotidiano da prática de professores e professoras nas diferentes Unidades Educacionais. O segundo grupo promove suporte ao processo avaliativo aos docentes e discentes – acompanhamento, revisão, elaboração, execução e entrega dos registros de avaliações, em articulação direta com os professores e professoras; além de realizar a avaliação de programa. Numa perspectiva freireana – que é mais que um diálogo – este é um momento dialógico previsto que pressupõe um trabalho coletivo necessário e permanente que se reforça no que o curso propõe de projeto de Educação Permanente.

Ainda, o curso também é composto pelo Núcleo Docente Estruturante (NDE), um grupo institucionalizado por meio de portarias e resoluções no qual cinco professores mais a coordenação são integrantes, tendo atuação direta nas tomadas de decisões do curso.

Ressaltamos que atendendo à legislação – Lei nº 5.625 de 22 de dezembro de 2005 que normatiza a oferta do ensino de Libras (Linguagem Brasileira de Sinais) e da Resolução nº 086 de 21 de dezembro de 2009 do Conselho Universitário – CONSUNI, que normatiza a obrigatoriedade da oferta nos cursos de graduação, o curso de Medicina possui a disciplina de Libras como optativa.

Para melhor visualizar essa estrutura curricular, montamos o seguinte quadro:

Quadro 02 – Cenários Reais Integrados

Unidades Educativas	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades Sistematizadas (Tutoria e Conferência) • Unidade de Prática de Saúde na Comunidade (UPSC) • Unidade Eletivo • Unidade Internato
Laboratórios de Apoio ao Estudante	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratório de Práticas Profissionais (LPP) • Laboratório Morfofuncional (LMF) • Consultoria de Inglês • Consultoria de Português • Consultoria de Informática • Consultoria de Metodologia Científica
Núcleo de Apoio Pedagógico (NAP)	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de Educação Permanente (EDUPE) • Grupo de Avaliação

Fonte: produção da autora, Yared (2016).

Registrando resumidamente, o cenário Tutoria ocorre do 1º ao 4º ano do curso semanalmente, onde os estudantes são divididos em pequenos grupos sob a coordenação de um professor-tutor para cada grupo. São realizadas sessões tutoriais, a partir da sequências de passos tutoriais, onde a estratégia de ensino e aprendizagem é a PBL. Veiga (2015, p. 54) ressalta que a partir da PBL, a “[...] aprendizagem pressupõe a construção ou a reconstrução do conhecimento por meio de técnicas participativas e dialógicas que desenvolvem a autonomia e a criatividade dos estudantes numa relação da teoria com a prática.” Assim, o eixo principal baseia-se, portanto, no estudo de situações problemas – problemas reais de saúde-doença – onde a aprendizagem é concebida em resposta ao desafio que o

estudante tem ao enfrentar determinadas situações, contribuindo assim, na construção do conhecimento.

A construção do conhecimento considera a exploração e análise de situações-problemas, de papel, preferencialmente vivenciados na prática da comunidade. As situações-problemas estimulam e acionam o conhecimento prévio do estudante e representam um ponto de partida para uma jornada de descobertas e redescobertas. Os problemas estudados possibilitam ao estudante conhecer os conteúdos pertinentes de forma articulada e integrada, identificando a aplicabilidade do conhecimento e desenvolvendo a auto-aprendizagem permanente. (UNIPLAC, 2012, p. 26)

A sequência dos passos tutoriais realizados, segundo o PPC, são:

- a) Apresentação do problema (leitura pelo grupo);
- b) Esclarecimento de alguns termos pouco conhecidos e de dúvidas sobre o problema;
- c) Definição e resumo do problema com identificação de áreas/pontos relevantes;
- d) Análise do problema utilizando os conhecimentos prévios (chuva de ideias – brainstorm);
- e) Desenvolvimento de hipóteses para explicar o problema e identificação de lacunas de conhecimento;
- f) Definição das necessidades de aprendizagem e identificação das fontes de pesquisa;
- g) Busca de informações e estudo individual;
- h) Compartilhamento da informação obtida e aplicação na compreensão do problema;
- i) Avaliação do trabalho do grupo e dos seus membros. (UNIPLAC, 2012, p. 27)

Nessa proposta, a PBL “[...] se baseia no estudo de problemas propostos, com a finalidade de fazer com que o estudante os analise, levando em conta seus conhecimentos prévios.” (VEIGA, 2015, p. 269).

O cenário Conferência ocorre do 1º ao 4º ano do curso. É um cenário de ensino e aprendizagem no qual “[...] o estudante tem a oportunidade de integrar e/ou complementar conhecimentos referentes à área médica, contemplando a realização de tarefas propostas para o ano.” (DABBOUS e FRANÇA, 2016, p. 101). A conferência ocorre uma vez por semana e o palestrante pode ser um/a professor/a da própria universidade ou profissionais renomados convidados. Ainda, cada palestrante “[...] é livre para utilizar a estratégia de ensino-aprendizagem que melhor lhe convier.” (DABBOUS e FRANÇA, 2016, p. 103). Como ressaltam as autoras,

[...] de forma sistemática, a conferência oferece ao estudante a oportunidade de aprofundar em nível de complexidade, saberes já estudados ou discutidos em outros cenários. Também contempla temas relacionados à área de competência médica, incluindo questões da atualidade, que levam o estudante a ampliar seus conhecimentos. (DABBOUS e FRANÇA, 2016, p. 102)

Na sequência, a UPSC compreende atividades de ensino e aprendizagem do 1º ao 6º ano do curso, onde os estudantes também estão divididos em pequenos grupos sob a coordenação de um professor. Neste cenário os estudantes desenvolvem as atividades resultantes do acompanhamento do professor na rotina da Unidade Básica de Saúde (UBS) e o Ciclo de Aprendizagem. A problematização é a estratégia utilizada nos cenários de prática profissional, neste caso, especificamente, no ciclo de aprendizagem, ocorrendo uma vez por semana. Suas etapas compreendem:

- a) Confronto experiencial (Observação da Realidade): registro da reflexão a partir da coleta de dados de uma situação real da prática;
- b) Síntese provisória (Pontos Chave): reflexão sobre as principais situações vivenciadas, discussão em grupo e identificação de questões de estudo de interesse comum do grupo, que subsidiem a tomada de decisões da situação problema;
- c) Busca e análise de informações (Teorização): em diferentes fontes científicas consultadas, orientadas a situação problema;
- d) Elaboração da nova síntese (Hipóteses de Solução): por meio da discussão das informações trazidas pelo grupo;
- e) Avaliação: auto e hetero-avaliação dos estudantes e do professor, referente ao Ciclo de Aprendizagem. (UNIPLAC, 2012, p. 26, grifo dos autores)

Esse processo de vivência de situações reais nas UBS contribuem para a “[...] reflexão e busca de novos conhecimentos para o enfrentamento dos problemas e a retomada contínua de ações planejadas permitirá que o estudante aprenda fazendo.” (UNIPLAC, 2012, p. 29). Esse movimento possibilitará o estudante de articular teoria e prática e desenvolver a capacidade de *aprender a aprender*. Por isso, “[...] a inserção do estudante em seu contexto social, como partícipe e construtor do conhecimento, com visão crítica e autônoma, é fundamental.” (VEIGA, 2015, p. 47).

O Eletivo é uma atividade pedagógica desenvolvida do 2º ao 6º ano. O objetivo é “[...] propiciar ao estudante oportunidades de participar ativamente da construção do currículo do curso escolhendo e definindo áreas de atuação e temas de interesse para aprofundamento de habilidades e atitudes na área da medicina.” (UNIPLAC, 2012, p. 30). Desta forma, o estudante tem liberdade de escolha quanto ao tema de

sua atividade, bem como do professor que será seu orientador durante essa articulação teórico-prática, e entra em contato com os serviços de saúde e o mundo do trabalho, o que contribui “[...] para a formação de um profissional com elevado padrão de excelência no exercício da Medicina, para atuar na promoção da saúde da população.” (UNIPLAC, 2012, p. 30).

O Internato diz respeito ao período de Estágio Curricular Obrigatório de Treinamento em Serviço, em Regime de Internato. O estagiário, durante esse período, “[...] deve assumir responsabilidade pelo atendimento e pelas condutas diagnósticas e terapêuticas dos pacientes, sempre acompanhado por orientador/preceptor (professores/médicos).” (UNIPLAC, 2012, p. 32). O objetivo do Estágio Curricular Obrigatório vem ao da missão, objetivo geral e perfil profissiográfico propostos pelo curso, ou seja, “[...] contribuir para a formação de um médico generalista, humanista, crítico e reflexivo capaz de atuar no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção.” (ENSINO, 2012, p. 32).

A Avaliação, também entendido como um elemento curricular, está pautada nas DCN para os cursos de Medicina, na Lei de Diretrizes e Bases da Educação nº 9.394/96, no Regimento Geral da universidade e no PPC (UNIPLAC, 2012; IGLESIAS, CALEGARI e LORENZINI, 2016). O sistema de avaliação do processo de ensino e aprendizagem adotado pelo referido curso de Medicina foi desenvolvido para proporcionar uma análise qualitativa e quantitativa a partir de suas perspectivas:

[...] formativa – também conhecida como reguladora, porque possibilita identificar fortalezas e fragilidades do processo, visando à superação dos problemas identificados – e somativa – cujo propósito é definir a progressão do estudante no decorrer de cada uma das unidades educacionais. (IGLESIAS, CALEGARI e LORENZINI, 2016, p. 120)

Segundo Parecer nº 748 de 18/06/2004 – Conselho Universitário (CONSUNI)/Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE) – UNIPLAC, ao desempenho dos estudantes é conferido conceito “Satisfatório” (S) ou “Insatisfatório” (I). Para o/a estudante ser aprovado/a, deve alcançar o conceito “S” em “[...] todas as modalidades de avaliação constantes no ano letivo e ter frequência mínima de 75% nas atividades selecionadas para cada Unidade Educacional, nos distintos cenários de ensino e aprendizagem.” (IGLESIAS, CALEGARI e LORENZINI, 2016, p. 121).

Ainda, ressaltamos que em um currículo integrado e orientado por competências, para a avaliação das competências torna-se necessário uma variedade de documentos, inter-relacionados, que permitam a avaliação como um todo; e a abordagem orientada para as competências necessita a compreensão de conceitos, como “Habilidades, Tarefas e Desempenhos” (UNIPLAC, 2012).

Habilidades: são as capacidades cognitivas, afetivas e psicomotoras mobilizadas em determinado contexto para a realização das tarefas. Num paradigma de complexidade, as habilidades não se reduzem ao saber fazer, como atividade mecânica e sem reflexão.

Tarefas: são atividades-chave ou essenciais de uma determinada prática profissional. As tarefas se apresentam em crescente nível de complexidade, que atravessam todas as Unidades Educacionais e Sub-Unidades do Curso.

Desempenho: é o aspecto visível da competência. Os desempenhos são ações que caracterizam uma determinada prática profissional e os conteúdos que qualificam a realização dessas ações. Os desempenhos referem-se às tarefas e incluem as habilidades mobilizadas para realizá-las. (UNIPLAC, 2012, p. 24- 25, grifos dos autores)

Por fim, para facilitar novamente o entendimento do curso, agora numa visão global da estrutura curricular, apresentamos o quadro a seguir:

Quadro 03 – Estrutura Curricular do Curso de Medicina

ESTRUTURA CURRICULAR	
UNIDADE EDUCACIONAL	CARGA HORÁRIA
1º ANO	
Introdução ao Estudo da Medicina	680
Prática de Saúde na Comunidade	680
2º ANO	
Concepção, Nascimento, Crescimento, Desenvolvimento	680
Prática de Saúde na Comunidade	680
Eletivo	200
3º ANO	
Vida Adulta, Reprodução, Sexualidade, Envelhecimento	680
Prática de Saúde na Comunidade	680
Eletivo	200
4º ANO	
Apresentações Clínicas	680
Prática de Saúde na Comunidade	680
Eletivo	200
5º ANO	
Internato – Eletivo	200
Internato – Prática de Saúde na Comunidade	200
Internato – Saúde do Adulto	600
Internato – Saúde Materno-Infantil	600
6º ANO	
Internato – Eletivo	400
Internato – Prática de Saúde na Comunidade	200
Internato – Saúde do Adulto	400
Internato – Saúde Materno-Infantil	400
Internato – Urgência/Terapia Intensiva	400
Atividades complementares	
	200
Total	9640

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso de Medicina (UNIPLAC, 2012, p. 36).

Diante de todo o exposto e na busca por indicadores de processos de educação sexual prescritos e possíveis de serem vivenciados, identificamos nessa proposta curricular espaços possíveis também em suas Unidades Educacionais de vivências intencionais fundamentadas na vertente emancipatória de educação sexual.

Entendemos também que esse novo modelo paradigmático de formação médica proposto pelo PPC vem ao encontro do que propõe Neves, Neves e Bitencourt (2005) como Paradigma da Integralidade. Esse paradigma tem como objetivo “[...] uma formação mais contextualizada no que se refere aos programas de graduação do profissional da saúde, considerando as dimensões sociais, econômicas e culturais da vida da população.” (NEVES, NEVES e BITENCOURT, 2005, p. 166). Portanto,

[...] o paradigma da integralidade induziria à construção de um novo modelo pedagógico, visando à interação e ao equilíbrio entre excelência técnica e relevância social. A operacionalização deste princípio seria norteada pela construção de um currículo integrado aos modelos pedagógicos mais interativos, através da adoção de metodologias de ensino-aprendizagem centradas no aluno e como sujeito da aprendizagem, sendo o professor o agente facilitador do processo de construção de conhecimento. (NEVES, NEVES e BITENCOURT, 2005, p. 166)

Os autores ressaltam ainda, reiterando o que já foi exposto anteriormente, que o paradigma da Medicina Científica “[...] fragmentou o conhecimento conflitando com a visão holística, tão importante ao paciente [...]” (NEVES, NEVES e BITENCOURT, 2005, p. 168), e que o paradigma da integralidade surge como um contraponto e equilíbrio da visão

Médico Científica. Possibilitando resgatar, assim, a visão integral de ser humano e sua dimensão inseparável da sexualidade – como exposto intencionalmente o tema da Sexualidade Humana na Unidade Educacional do 3º ano do curso de Medicina, mas como temática transversal perpassando todo o currículo.

Neste sentido, a partir do proposto pelo PPC do curso de Medicina em questão – uma formação libertadora, humana e científica de médicos e cidadãos, capazes de desenvolver uma análise crítica e intervenções da realidade, compromissados com a melhoria da saúde da população – consequentemente a abordagem da dimensão da sexualidade humana não poderá restringir-se a uma visão estritamente biológica redutora. Ao contrário, poderá e deverá levar em conta os fatores biológicos, psicológicos, sociais, históricos, políticos e culturais do desenvolvimento humano, concretizando assim, um verdadeiro “intervir no mundo”, pois o desenvolvimento de habilidades e disposições do pensamento crítico tem em vista “[...] preparar os alunos para o prosseguimento de estudos e para a inserção na vida ativa, sendo cidadãos responsáveis, solucionadores de problemas pessoais e sociais e cidadãos capazes de se adaptarem a novas situações.” (TENREIRO-VIEIRA E VIEIRA, 2000, p. 23). Uma vez que a cidadania é também sexuada, a Declaração dos Direitos Sexuais, “[...] afirma que as obrigações de respeitar, proteger e consumir direitos humanos se aplicam a todos os direitos sexuais e liberdade.” (WAS, 2014). Portanto,

[...] a igualdade e não discriminação são fundamentais à proteção e promoção de todos os direitos humanos e incluem a proibição de quaisquer distinções, exclusões ou restrições com base em raça, etnia, cor, sexo, linguagem, religião, opinião política ou outra qualquer, origem social ou regional, características, status de nascimento ou outro qualquer, inclusive deficiências, idade, nacionalidade, estado civil ou familiar, orientação sexual e identidade de

gênero, estado de saúde, local de residência e situação econômica ou social. (WAS, 2014)

Logo, como sujeitos sexuados no mundo – conforme debatido na seção I – entendemos que sempre que nos relacionamos uns com os outros, a dimensão da sexualidade está sempre presente, ou seja, a sexualidade é uma dimensão da vida inseparável no existir humano, incluído portanto, médicos e médicas e seus formadores. Entendemos também que “[...] os seres humanos, sempre sexuados, estão em permanente processo de Educação com os outros seres no mundo [...]”, portanto, “[...] processo esse também sempre de Educação Sexual.” (CARVALHO et al, 2012, p. 48).

Esse entendimento vem ao encontro, com o apoio em Nunes (2005), como discorrido na seção I, pois a dimensão sexualidade e o processo de educação sexual são inseparáveis do existir humano, logo, a o processo educativo é um fenômeno social e humano, por isso, cada sociedade ou grupo social torna-se uma agência educadora, inclusive, escolas médicas. Reiteramos, portanto, o que está contido Carvalho et al (2012) que saibamos ou não, queiramos ou não, somos sempre educadores sexuais uns dos outros, em todos os momentos.

Desse modo, Nunes (2005) é assertivo ao relatar qual o suporte de educação para uma nova sociedade, ou seja, aquele que caminha para uma educação sexual libertadora. Porém, ressalta que esse não é um trabalho exclusivo de ambientes escolares, embora seja um reforço institucional das bases sociais, visto que a Educação Sexual “[...] é um fenômeno da sociedade [...]” (NUNES, 1996, p. 31), e em todos os grupos sociais acontece a Educação Sexual. Por isso, “[...] uma verdadeira educação social está implicada numa transformação social mais abrangente.” (NUNES, 2005, p. 16). Também nessa direção, encontramos subsídios em Freire (2000), como nos diz

[...] a sexualidade, enquanto possibilidade e caminho de alongamento de nós mesmos, de

produção de vida e de existência, de gozo e de boniteza, exige de nós esta volta crítico-amorosa, essa busca de saber de nosso corpo. Não podemos estar sendo, autenticamente, no mundo e com o mundo, se nos fecharmos medrosos e hipócritas aos mistérios de nosso corpo ou se tratamos, aos mistérios, cínica e irresponsavelmente. (FREIRE, 2000, p. 12)

Assim, a prática intencional de processos de educação sexual pautados numa perspectiva emancipatória envolve a valorização dessa importante dimensão humana, inclusive para promover os Direitos Sexuais enquanto Direitos Humanos.

Destarte, a partir de todas as reflexões críticas fundamentadas e desenvolvidas até aqui, reconhecemos que uma educação emancipatória apreendida como verdadeira prática da liberdade ocorre por meio de processos educativos problematizadores e dialógicos com vistas à autonomia, emancipação e responsabilidade social e afetiva dos sujeitos. Logo, esse processo de libertação com possibilidade de emancipação só pode ser possível entre seres humanos conscientes de seu ser, de sua dinamicidade e complexidade, portanto, também da elucidação da sexualidade como dimensão ontológica dos seres humanos, promovendo assim, sua cidadania plena.

Por fim, em vista de todo o exposto, compreendemos que o PPC apresentado e sua proposta curricular vem ao encontro do paradigma emancipatório de sexualidade. Visto que em sua missão, objetivos e perfil profissiográfico engloba o entendimento dos seres humanos na sua inteireza, seres esses sempre sexuados, erotizados e sensualizados, incluído aí seus atores e autores; torna-se imprescindível, portanto, uma abordagem para além da concepção biológica reducionista.

É portanto, nessa perspectiva, a partir do PPC prescrito, que vamos em busca de cotejá-lo ao vivido no cotidiano do curso. Para isso explicitaremos a seguir os movimentos metodológicos vivenciados pela pesquisadora nessa busca.

4 MOVIMENTOS METODOLÓGICOS

Determinar e trilhar o caminho de embasamento epistemológico e seus respectivos princípios e procedimentos metodológicos de um estudo científico é, talvez, a missão mais complexa de qualquer trabalho acadêmico. Complexa, pois como aponta Piccolo (2012), é uma ação que exige tomada de posição teórica dos pesquisadores envolvidos, sendo estas escolhas entendidas também como não escolhas.

No caso específico deste trabalho, procuramos investigar a compreensão de docentes que atuam no curso de graduação em Medicina – descrito na seção III – sobre a dimensão humana da sexualidade, para assim, desvelar processos de educação sexual vividos em um proposta curricular que propõe mudanças paradigmáticas na formação médica.

Essa pesquisa é de natureza qualitativa e se configura fundamentalmente em um Estudo de Caso norteado pelo paradigma filosófico do Materialismo Histórico Dialético – entendido como princípio para observação e compreensão do mundo, para análise e explicação da realidade, bem como das relações humanas, estas sempre sexuadas, como produtos e produtoras nas transformações sociais. E a análise dos dados foi pautada na *Análise de Conteúdo*, conceituada por Triviños (2012) e por Bardin (2014), com complementos de Moraes (2003).

A escolha pelo termo **movimentos metodológicos** para intitular esta seção se pauta em nossas escolhas teórico-metodológicas. Amparadas por Netto (2016), compreendemos que no método dialético de Karl Marx, o conhecimento é uma reprodução do mundo das ideias, onde o pesquisador “[...] tem como objetivo reproduzir idealmente o movimento efetivo real do objeto.” Logo, o pesquisador não acrescenta nada ao objeto, ele “extraí”, recepciona, suas categorias constituintes. O pesquisador recebe as regularidades, as categorias, as leis, mas do objeto em estudo. O movimento é do objeto. Portanto,

pesquisar a realidade a partir do método dialético, é captar do objeto a reprodução ideal do **movimento real** do objeto.

Neste sentido, entendemos que nossos movimentos metodológicos denominam nossas “[...] posturas filosóficas.” (MATTAR, 2008, p. 76). Por conseguinte, apontamos as balizas filosóficas que orientaram e orientam nosso entendimento de mundo e os movimentos metodológicos realizados para a concretização deste trabalho.

4.1 CÚMPLICES FILOSÓFICOS: O CAMINHO PREFERENCIAL

Correntes de pensamentos ancorados no Materialismo Filosófico reconhecem na matéria a essência do mundo. Isto é, uma concepção materialista entende a matéria como anterior à consciência, a ideia, ao pensamento; sendo a consciência um reflexo da matéria e constituindo-se numa realidade objetiva. Ao contrário dos idealistas – representados pelo Idealismo Filosófico – os materialistas acreditam que os seres humanos são capazes de desvendar e refletir sobre a realidade objetiva, ou seja, que o mundo é conhecível (TRIVIÑOS, 2012). Deste modo, os materialistas apoiam-se “[...] nas conclusões da ciência para explicar o mundo, o homem e a vida” e as suas “concepções mudam de acordo com a evolução do pensamento científico.” (TRIVIÑOS, 2012, p. 21).

Consideramos a Ciência como instrumento de produção de conhecimento que vem da vida e deve voltar para a vida; o que corrobora com a concepção apontada por Santos (2010, p. 09) quando afirma que “[...] todo conhecimento científico é socialmente construído [...]” e que a ciência em geral, após romper com o senso comum, “[...] deve transformar-se num novo e mais esclarecido senso comum.” Este entendimento traduz claramente que a ciência não somente é produzida pelos seres humanos, mas que esse conhecimento deve voltar para os humanos, num processo de democratização do acesso ao

conhecimento científico, visto que atualmente ainda esse mesmo conhecimento “[...] é produzido por poucos e inacessível à maioria.” (SANTOS, 2010b, p. 16). A partir dessa explanação percebe-se uma valorização do senso comum, do cotidiano, visto que ao destacar a importância do conhecimento de senso comum, aponta-se um dos fatores importantes na produção científica: a existência humana.

O materialismo histórico, o materialismo dialético e a economia política apresentam-se em Triviños (2012) como aspectos principais do marxismo. E a corrente de pensamento marxista entende que o conhecimento científico está em constante transformação, em movimento, assim como os seres humanos e o mundo onde estamos inseridos.

Triviños (2012) alerta sobre a importância de o pesquisador conciliar a apropriação de suas ideias à sua visão de mundo. Por isso, a postura de rever posições, conceitos, critérios de cientificidade, podem contribuir para o esclarecimento paradigmático que nos orienta. Esse processo reflexivo inicial contribui no desenvolvimento da consciência sobre o papel do cientista na produção do conhecimento científico, na sua importância, no seu destino, na sua finalidade. Santos (2010b, p. 18) também expõe esse questionamento, pois é necessário que nos perguntemos “[...] pelo papel de todo conhecimento científico acumulado no enriquecimento ou empobrecimento prático das nossas vidas, ou seja, pelo contributo positivo ou negativo da ciência para a nossa felicidade [...]” e para a sociedade.

Dentre as características no Materialismo Histórico, este se apresenta como a “[...] ciência filosófica do marxismo que estuda as leis sociológicas que caracterizam a vida da sociedade, de sua evolução histórica e da prática social dos homens, no desenvolvimento da humanidade.” (TRIVIÑOS, 2012, p. 51). É o que vem ao encontro do que Coutinho (2014, p. 19) denomina de paradigma Sociocrítico, trazendo-o como “[...] uma versão modernizada da filosofia marxista, remontando as suas origens

ao movimento da escola de Frankfurt na Alemanha no início dos anos 20 do século passado.” Inclusive, Triviños (2012) ressalta que um pesquisador ou pesquisadora que segue a linha teórica fundamentada no materialismo histórico deve ter clareza de seus princípios e das concepções básicas do marxismo, como chama a atenção:

Não é possível, porém, para o pesquisador, imbuído de uma concepção marxista da realidade, realizar uma investigação no campo social, e especificamente na área educacional, se não tem ideia clara dos conceitos capitais do materialismo histórico: estrutura das formações sócio-econômicas, modos de produção, força e relações de produção, classes sociais, ideologia, que é a sociedade, base e superestrutura da sociedade, história da sociedade como sucessão das formações sócio-econômicas, consciência social e consciência individual, cultura como fenômeno social, progresso social, concepções do homem, ideia da personalidade, da educação, etc. (TRIVIÑOS, 2012, p. 73).

Este mesmo entendimento está presente nos estudos de Nunes (1996) ao reportar os fundamentos da dialética ao materialismo histórico em busca da compreensão científica da dimensão sexualidade, visto que os paradigmas filosóficos da sexualidade humana – descritos na seção I – não estão desvinculados dos princípios e concepções básicas do marxismo. Para este mesmo autor, um entendimento de ciência dialético-crítica pode contribuir na elucidação e superação de contradições e dispositivos de poder referentes à dimensão humana da sexualidade.

O recurso à ciência, principalmente na sua dimensão não dogmática, não doutrinária, não cientificista, mas uma concepção de ciências dialético-crítica, o retorno ao caráter multidisciplinar da investigação científica, capaz

de fornecer elementos que ampliem a visão ao objeto e que nos possa colocar na árdua tarefa de circunscrever suas contradições. O recurso à ciência exige uma investigação de ordem histórica e antropológica, o domínio das vinculações entre os processos econômicos e os processos ideológicos sociais. Exige a séria e competente vinculação entre os modelos de vigência das condições materiais e a divisão social do trabalho, as instituições, a relação clara entre procriação, economia, desejo e erotismo, que nos forneça dados para compreender este espaço construído desde o matriarcado primitivo, à formação do patriarcado antigo, a sexualidade medieval celibatária, o modelo procriativo luterano burguês familiar e suas variantes até a sexualidade consumista do pós-guerra. (NUNES, 1996, p. 229 e 230).

Neste sentido, o paradigma do materialismo histórico carrega explicitamente sua ideologia, pois inclui nos seus objetivos “[...] a intenção de modificar o mundo rumo a liberdade, justiça e democracia.” (COUTINHO, 2014, p. 20). Ou seja, sensatamente, “[...] não podemos falar em marxismo que não objetive a superação do atual estado de coisas e projete outra sociedade como devir histórico.” (PICCOLO, 2012, p. 19).

Nessa continuidade, o Materialismo Dialético é a base filosófica do marxismo. Entende que o conhecimento é relativo a cada momento histórico e que os seres humanos são capazes de apreender a realidade, mas que o processo de conhecer o mundo “[...] não é imediato, instantâneo, e sim gradual. O pensamento avança no conhecimento do objeto.” (TRIVIÑOS, 2012, p. 25). Durante o processo investigativo, porém, questionamo-nos sobre a produção do conhecimento: “Quando podemos dizer que o que consideramos conhecimento é verdadeiro?” (TRIVIÑOS, 2012, p. 26). Dentro de uma visão geral, da Possibilidade do Conhecimento, podem-se listar três Critérios de Verdade, os quais são: o critério da autoridade, o critério da evidência e o critério da utilidade.

Brevemente, o critério de autoridade, talvez o mais significativo ao longo da história, baseia-se na opinião de uma autoridade como portador da Verdade, como por exemplo, um chefe da lei, um ancião, um pai de família, autoridades religiosas, escrituras sagradas, etc. O critério de evidência provém do campo do Positivismo e válido para a lógica e a matemática, mostrando concordância e ausência de contradição. Entretanto, o materialismo dialético rejeita esses critérios, pois está permanentemente em transformação, “[...] elaborando seus conceitos básicos com os últimos avanços da ciência.” (TRIVIÑOS, 2012, p. 26).

Portanto, o materialismo dialético ancora-se na Ciência para estabelecer sua concepção de mundo e apresenta como Critério de Verdade o critério de utilidade – a Prática Social.

O Critério da Utilidade da verdade desenvolveu-se extraordinariamente nos Estados Unidos da América, através da corrente filosófica denominada pragmatismo, de William James e John Dewey. Estes pensadores afirmam, especialmente o último, dentro da linha instrumentalista, que o verdadeiro é o útil, o que é satisfatório para nós, o que nos conduz ao êxito, ao sucesso. Neste sentido, a ação, a prática, a experiência, e não a especulação, são essenciais no comportamento humano. Desta maneira, tudo, as teorias, as ideias, as hipóteses são instrumentos que nos impellem à ação. E esta é verdadeira quando é útil e pode ser verificada. (TRIVIÑOS, 2012, pg. 27, grifos do autor)

Logo, compreendemos que afirmar ser o conhecimento verdadeiro aquele que é útil, vem ao encontro do que Santos (2010b, p. 87) expressa a cerca da ciência ensinar sobre nossa maneira de estar no mundo, que fazer ciência pode “[...] ensinar a viver [...]” e traduzir-se em um saber prático. Conseqüentemente, “[...] é na *práxis* que o homem deve demonstrar a verdade, isto é, a realidade e a força, o caráter

terreno de seu pensamento.” (MARX e ENGELS, 2008, p. 120, grifo dos autores).

Por conseguinte, o paradigma do materialismo histórico dialético baseia-se numa análise dialética de mundo que contribui na interpretação da realidade por meio da contradição dos seres humanos e suas práticas. Para percorrer nosso caminho, portanto, utilizamos o *método dialético* de análise da realidade.

O método dialético de análise da realidade, ultrapassando o entendimento de ser simplesmente uma arte do diálogo, “[...] é o modo de pensarmos as contradições da realidade, o modo de compreendermos a realidade como essencialmente contraditória e em permanente transformação.” (KONDER, 1997, p. 08). Para Triviños (2012, p. 71) a contradição é uma “[...] forma universal do ser [...]” e que os elementos contrários, “[...] no processo de transformação, são opostos.” (TRIVIÑOS, 2012, p. 69, grifo do autor). Um não existe sem o outro e, embora possam dispor de algum aspecto essencial que um ou o outro não possui, a contradição representa a luta dos contrários. Como o autor expõe:

Desta maneira, a contradição é a fonte genuína do movimento, da transformação dos fenômenos. O fato de que os contrários não podem existir independentemente de estar um sem o outro constitui a unidade dos contrários. Dialeticamente, tanto na unidade como na luta existe movimento. Na luta, o movimento é absoluto; na unidade, relativo. Os contrários interpenetram-se, porque em sua essência têm alguma semelhança, alguma identidade, que se alcança quando se soluciona a contradição, quando se realiza a passagem dos contrários de um para o outro. (TRIVIÑOS, 2012, p. 69, grifos do autor)

Nesse sentido, a contradição, representada pela Lei da unidade e da luta dos contrários – Lei da contradição – “[...]”

constitui a essência da dialética.” (TRIVIÑOS, 2012, p. 71). Esse entendimento também corrobora com a compreensão de Anastasiou e Alves (2010) sobre a dialética. Além dos princípios da negação, da identidade, do movimento e da contradição mencionados, as autoras enfatizam a “[...] possibilidade de análise intencional e sistemática visando à construção de sínteses, sempre provisórias, a serem efetivadas no processo do pensar humano.” (ANASTASIOU e ALVES, 2010, p. 28). Esse processo de reflexão da apreensão da realidade reflete o movimento de tese-antítese-síntese, ou seja, que na apreensão pelo método dialético “[...] é necessário realizar todo um caminho de volta, do símbolo pela realidade e para a teoria existente.” (ANASTASIOU e ALVES, 2010, p. 31, grifos das autoras).

Logo, pesquisar na perspectiva do método dialético é voltar ao ponto de partida, é retornar ao passado e analisá-lo a contrapelo para refletir sobre o fenômeno e suas partes, com vistas a ampliação de sua totalidade. Assim, esse dinamismo pode contribuir no “[...] processo exegético de apropriação das complexas relações [...]” (PICCOLO, 2012, p. 14), promovendo uma concepção de totalidade alargada sobre a realidade do fenômeno. Afinal, como esclarece Konder (1997, p. 39, grifo do autor), a dialética é uma “[...] maneira de pensar elaborada em função da necessidade de reconhecermos a constante emergência do novo na realidade humana.”

No que se compreende ao caráter qualitativo da pesquisa, Teixeira (2012, p. 140) orienta que

[...] na pesquisa qualitativa, o social é visto como um mundo de significados passível de investigação e a linguagem dos atores e suas práticas, as matérias-primas dessa abordagem. É o nível dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, que se expressa pela linguagem comum e na vida cotidiana, o objeto da abordagem qualitativa.

Dentre a natureza qualitativa de pesquisa, Minayo (2010) adverte que fazer pesquisa na área social é entrar num mundo polêmico, repleto de questões não resolvidas, no qual as discussões podem ser consideradas eternas e não conclusivas. A autora afirma também que o termo *pesquisa social* possui uma bagagem histórica que reflete posições frente à realidade, ou seja, momentos de desenvolvimento e dinâmica social, bem como, interesses e preocupações de classes e grupo determinados.

Significa que as sociedades humanas existem num determinado espaço, num determinado tempo, que os grupos sociais que as constituem são mutáveis e que tudo, instituições, leis, visões de mundo são provisórios, passageiros, estão em constante dinamismo e potencialmente tudo está para ser transformado. (MINAYO, 2010, p. 20)

Destarte, as Ciências Sociais sempre será uma ciência subjetiva e não objetiva, como afirma Santos (2010b, p. 38), pois a “[...] ação humana é radicalmente subjectiva.” Logo, faz-se necessário compreender a pesquisa social e os fenômenos sociais “[...] a partir das atitudes mentais e do sentido que os agentes conferem às suas ações.” (SANTOSb, 2010, p. 38). Como esclarece o autor:

O comportamento humano, ao contrário dos fenômenos naturais, não pode ser descrito e muito menos explicado como base nas suas características exteriores e objectiváveis, uma vez que o mesmo acto externo pode corresponder a sentidos de acção muito diferentes. (SANTOSb, 2010, p. 38)

E nessa lógica, segundo Moraes (2003), a pesquisa de natureza qualitativa vem sendo muito utilizada para análises textuais, seja em documentos já existentes ou textos advindos do próprio processo investigativo, como por exemplo, as

entrevistas e as observações. A pesquisa qualitativa “[...] pretende aprofundar a compreensão dos fenômenos que investiga a partir de uma análise rigorosa e criteriosa desse tipo de informação, isto é, não pretende testar hipóteses para comprová-las ou refutá-las ao final da pesquisa; a intenção é a compreensão.” (MORAES, 2003, p. 191).

Reconhecendo esses movimentos universais e visando uma transformação social, que o “[...] terreno que a dialética pode demonstrar decisivamente aquilo de que é capaz não é o terreno da análise dos fenômenos quantificáveis da natureza e sim o da história humana, o da transformação da sociedade [...]” (KONDER, 1997, p. 60-61), portanto, o das Ciências Sociais.

Por isso a importância deste movimento dialético na compreensão de determinados fenômenos humanos, e em nosso caso, o da compreensão dos docentes do curso de Medicina em questão sobre a dimensão humana da sexualidade e os processos de Educação Sexual vividos em uma proposta curricular que propõe mudanças paradigmáticas na formação médica. Importante para desvendar suas complexidades e seus significados com vistas ao entendimento real de sua gênese. Nesse movimento é necessário “avançar sobre suas bases”, é “[...] retroceder ao fundamento, ao princípio [...]” (PICCOLO, 2012, p. 21), pois compreender “[...] é experimentar o acordo entre aquilo que visamos e aquilo que é dado, entre intenção e a efetuação.” (MELO, 2001, p. 59).

Conhecer um objeto ou fenômeno significa fundamentalmente apreender o processo histórico que lhe consubstancia e não apenas partir do dado manifesto pela sua forma presente. Essência e aparência, fundamentalmente em uma sociedade alienada, não coincidem em termos de aparecimento histórico, aliás, toda a complexidade envolta no que tange o pesquisar em ciências humanas e sociais se arquiteta justamente sobre a concepção de que a natureza de dado fenômeno não coincide diretamente com as formas de

manifestação externas e cotidianas. (PICCOLO, 2012, p. 21).

Isto posto, pode-se dizer que o objeto de estudo das Ciências Sociais possui consciência histórica, sendo que “[...] o pensamento e a consciência são fruto da necessidade, eles não são um ato ou entidade, são um processo que tem como base o próprio processo histórico.” (MINAYO, 2010, p. 20). Assim, as Ciências Sociais são submetidas às problemáticas, a questões que envolvem a época presente e, portanto, os pesquisadores e pesquisadoras, os grupos, indivíduos, são considerados dialeticamente os autores e os frutos do tempo histórico presente.

A esse respeito, Konder (1997, p. 83) considera que os dialéticos desenvolvem o processo constante de examinar o mundo em que atuam e, por isso, devem “[...] estar sempre dispostos a rever as interpretações em que se baseiam para atuar [...]”, pois uma das características mais significativas que a dialética apresenta é o “[...] espírito crítico e autocrítico.”

A dialética não dá boa consciência a ninguém. Sua função não é tornar determinadas pessoas plenamente satisfeitas com elas mesmas. O método dialético nos incita a revermos o passado à luz do que está acontecendo no presente; ele questiona o presente em nome do futuro, o que está sendo em nome do que ainda não é. (KONDER, 1997, p. 84, grifos do autor)

A dialética é, portanto, essencialmente contestadora e esse método permite perceber o conhecimento produzido com uma determinada realidade, não como uma verdade única estabelecida. Por isso, entendemos a realidade sempre como um produto histórico e para apreender a totalidade é necessário superar o prolongamento “natural” dos fatos. Pois, como mencionado anteriormente, “[...] um espírito dialético insiste em escovar a história a contrapelo [...]” (KONDER, 1997, p. 70), o

que consiste em análises mais profundas, estabelecendo desta forma, o processo tese, antítese e síntese.

4.2 ETAPAS DA TRAJETÓRIA

Conforme exposto anteriormente, o método dialético de análise da realidade embasou e orientou nossa relação com o fenômeno em todos os momentos da pesquisa, sendo este, portanto, descrito a seguir em três etapas, segundo Triviños (2012).

O primeiro passo é denominado *contemplação viva* do fenômeno e está relacionada a etapa inicial da pesquisa, onde se estabelece a singularidade do fenômeno, o levantamento de materiais e informações mais fundamentais, delimitando o fenômeno, bem como verificando as informações recolhidas, as observações da realidade e a elaboração de questões problematizadoras. Destarte, a estruturação dessa pesquisa de doutoramento ficou sobremaneira enriquecida tanto em sua contemplação viva do fenômeno como em seus objetivos pelo fato da pesquisadora ter sido docente do referido curso de graduação em Medicina pelo período de dois anos e meio – conforme relatado nas reflexões introdutórias e na seção III. A importância dessa vivência corrobora com a afirmação de Netto (2016) quando afirma que a produção do conhecimento deve partir do empírico. Assim, essa pesquisa teve como ponto de partida o resultado da experiência sensível da autora como docente do curso *locus* investigado. E esta contemplação viva se reflete em todo o estudo, especialmente nas reflexões introdutórias, onde relatou sua vivência e experiência enquanto docente e pesquisadora.

Ressalta-se, todavia, a importância do distanciamento que o pesquisador precisa assumir com vistas a não quebrar o rigor da investigação. Este é um papel desafiante, porém, necessário que o pesquisador assume, visto que não é um mero observador, pois participamos e observamos. Assim, o

distanciamento é necessário “[...] para dar sentido à realidade sem deturpar com a sua visão, embora tenha de conceder-se que, ao olhá-la, não é totalmente neutra.” (ALARCÃO, 2014, p. 115).

O segundo momento é denominado *análise do fenômeno* onde ocorre uma imersão na dimensão abstrata do fenômeno, além de se observar seus elementos, suas partes, estabelecer as relações sócio-históricas, elaborar juízos, raciocínios, conceitos e, especialmente, delimita-se os sujeitos da pesquisa, os instrumentos de pesquisa e o tratamento de dados – que serão descritos a seguir.

Por fim, o terceiro momento é denominado *realidade concreta* do fenômeno, que representa o estabelecimento de seus aspectos essenciais, por meio das descrições, observações, análises, sínteses e a verificação dos objetivos – que serão apresentados na seção V e nas considerações finais.

4.2.1 O Estudo de Caso

Como expressado anteriormente, compreendemos ser a realidade humana e social complexa, mutável, carregada de contradições e sempre em movimento, em transformação. Assim, o método dialético contribui no aprofundamento da compreensão dos docentes sobre a dimensão humana da sexualidade e os possíveis processos de educação sexual vividos em uma proposta curricular que propõe mudanças paradigmáticas na formação médica. Pois como afirma Silva (2001, p. 74), “[...] não se trata de buscar aplicar a dialética à realidade, trata-se de encontrar a dialeticidade do mundo na realidade de seu ser, existir e operar.”

Dentre as possíveis estratégias de pesquisa existentes a um estudo qualitativo e dialético, esta pesquisa se apresenta como *exploratória e descritiva* e define como caminho preferencial o *Estudo de Caso*. Esse caminho apresenta-se mais adequado em relação ao referido objeto, visto que “[...] o estudo de caso é um estudo da particularidade e complexidade de um

único caso.” (STAKE, 2012, p. 11). Por isso, o estudo de caso apresenta como objetivo o aprofundamento de determinada realidade para compreender sua complexidade, pois representa “[...] uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa aprofundadamente.” (TRIVIÑOS, 2012, p. 133, grifo do autor).

Para Coutinho (2014, p. 334) o estudo de caso é “[...] um dos referenciais metodológicos com maiores potencialidades para o estudo da diversidade de problemáticas que se colocam ao cientista social.” Este entendimento vem ao encontro da problemática que esta pesquisa propõe, porque segundo Stake (2012, p. 18), “[...] o caso é uma coisa específica, uma coisa complexa e em funcionamento [...]”, podendo ser pessoas ou programas, ou seja, “[...] indivíduos; atributos dos indivíduos; ações e interações; atos de comportamento; ambientes, incidentes e acontecimentos; e ainda coletividades.” (COUTINHO, 2014, p. 335).

Cabe ressaltar, contudo, por serem realizados em situações específicas e singulares, os estudos de caso não são passíveis de generalização, especialmente a generalização estatística. É comum, de acordo com Alarcão (2014) o desejo dos pesquisadores que os resultados de seus estudos possam ser aplicados, universais ou úteis na maior possibilidade de situações. Porém,

[...] tal situação não invalida a realização de estudos de caso. Se perdem em extensão, ganham em profundidade e grau de compreensão e podem constituir estímulos exemplares para análise e reconstrução de situações semelhantes baseadas no princípio da transferibilidade crítica e da mobilização do conhecimento. (ALARCÃO, 2014, p. 113)

Em vista disso, as contribuições dos estudos de caso são importantes e úteis na “[...] construção do conhecimento utilizando processos de generalização analítica.” (ALARCÃO,

2014, p. 113). Como afirma Yin (2010, p. 39), recorre-se ao estudo de caso quando queremos compreender “[...] um fenômeno da vida real em profundidade, mas esse entendimento englobasse importantes condições contextuais.” Assim, em síntese, Coutinho (2014) salienta que o estudo de caso é uma pesquisa empírica, baseada no raciocínio indutivo, não experimental, podendo se basear em várias fontes de dados, contudo, fortemente dependente do trabalho de campo – o qual será descrito mais a seguir.

Portanto, o caminho para a pesquisa a ser utilizado mais especificamente é o Estudo de Caso Intrínseco, quando o pesquisador tem como objetivo conhecer com profundidade um caso em particular, com interesse próprio (STAKE, 2012; COUTINHO, 2014). No caso em questão, como já referido, um estudo de caso sobre a compreensão dos docentes do curso de Medicina supracitado sobre a dimensão humana da sexualidade para investigar possíveis processos de educação sexual vividos em uma proposta curricular que propõe mudanças paradigmáticas na formação médica.

De modo geral, a pesquisa contemplou os anos de 2012/02 a 2016/01, ocorrendo em 2016/01 o processo final de análise. Tendo em vista que as seções teóricas fazem parte de todo processo investigativo, lembramos que durante a trajetória, primeiramente, realizou-se a revisão bibliográfica do fenômeno em estudo, representada pelas seções II e III. O movimento de tese-antítese-síntese, ou seja, de retorno ao passado em busca da ampliação da compreensão do fenômeno em sua totalidade, foi um movimento realizado, no geral, em toda a tese e, em particular, nas seções II e III.

Aprofundamos na seção II a influência do saber médico em processos de educação sexual; e na seção III realizamos a busca por indicadores dos processos de educação sexual existente na proposta curricular e o aprofundamento da compreensão do Projeto Pedagógico do referido Curso de graduação em Medicina (PPC). Assim, identificar processos

sócio-históricos de construção do saber médico, levantar indicadores de sua transformação em autoridade legitimada junto às instituições escolares brasileiras e dialogar sobre o reflexo do paradigma da Medicina Científica na educação médica remete-se a uma importante etapa da pesquisa, pois é necessário impregnar o fenômeno de meandros históricos. Como afirma Piccolo (2012, p. 14),

[...] se a lógica atual é apagar a historicidade dos fenômenos humanos, a nossa, consiste justamente o oposto, impregnar de história o supostamente dado e natural, biológico e eterno, vértices estes hegemonicamente utilizados no processo exegético de apropriação das complexas relações (...) presentes desde o estabelecimento das primeiras comunidades, contudo, contínua e inescrupulosamente apagados da história que nos é contada pela via escrita.

Por isso ressaltamos a importância dessa fase inicial da pesquisa, pois a complexidade de um Estudo de Caso também está “[...] determinada pelos suportes teóricos que servem de orientação em seu trabalho de investigador.” (TRIVIÑOS, 2012, p. 134). Pois, realçar um enfoque a-histórico na compreensão dos docentes que atuam no referido curso de Medicina sobre o processo de educação sexual é “[...] menos complexo, sem dúvida, que uma visão na qual se observa o fenômeno em sua evolução e suas relações estruturais fundamentais.” (TRIVIÑOS, 2012, p. 134).

É este o movimento dialético que propusemos recobrar, porque “[...] para avançar é preciso retroceder ao fundamento [...]” (PICCOLO, 2012, p. 22), e para compreender os docentes que lá atuam foi preciso retornar ao passado, fazer a revisão de literatura, analisar a história a contrapelo mediante o olhar de autores e recontá-la por meio dos professores e professoras, enquanto sujeitos desse processo de pesquisa.

4.2.2 A Análise de Conteúdo pautada em Bardin, Triviños e Moraes

Iniciando por Triviños (2012), registramos que o mesmo define essa análise como um conjunto de técnicas de análise das comunicações entre os seres humanos, colocando em ênfase o conteúdo das mensagens, e visa obter indicadores qualitativos e quantitativos que permitam a inferência de conhecimentos relativos à apreciação das mensagens. Neste sentido, “[...] o fator comum destas técnicas múltiplas e multiplicadas (...) é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência.” (BARDIN, 2014, p. 11).

Nas contribuições de Bardin (2014, p. 40, grifos da autora), o verdadeiro interesse deste tipo de análise não seria a descrição dos conteúdos, mas o que “[...] nos poderão ensinar após serem tratados [...]”, visto que “[...] a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (qualitativos ou não).” Por esta razão

[...] o analista é como um arqueólogo. Trabalha com vestígios: os documentos que pode descobrir ou suscitar. Mas os vestígios são a manifestação de estados, de dados e de fenómenos. Há qualquer coisa para descobrir por e graças a eles. (...) Tal como um detective, o analista trabalha com índices cuidadosamente postos em evidência por procedimentos mais ou menos complexos. (BARDIN, 2014, p. 41, grifos da autora)

Triviños (2012) também recomenda esta técnica porque é conveniente para o estudo das motivações, de atitudes, de tendências, além de valores e crenças. Ainda, porque esse tipo de análise pode vir a contribuir na complexidade de pesquisas

embasadas no método dialético, em seu aprofundamento e ampliação da ótica sobre o fenômeno.

Logo, Bardin (2014) apresenta três passos contemplados, que caracterizam as diferentes fases da Análise de Conteúdo: a pré-análise; a descrição analítica e a interpretação referencial. Contudo, entendemos que a etapa da coleta de dados está intrínseca à pré-análise, fato este já adotado e adaptado em pesquisas realizadas pelo Grupo EDUSEX – Grupo de Pesquisa Formação de Educadores e Educação Sexual, como por exemplo em Andrade (2011) e Pacheco (2014). Assim, apresentamos:

1. A pré-análise, que compreende todo o processo de coleta de dados e organização do material (no caso dessa pesquisa a coleta de dados referiu-se à busca dos documentos necessários, por exemplo, o PPC e outros, bem como a preparação, a elaboração, a aplicação dos questionários e realização das entrevistas);
2. A descrição analítica – a exploração do material;
3. A interpretação referencial – o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Triviños (2012, p. 137) alerta que o processo de uma pesquisa qualitativa “[...] não admite visões isoladas, parceladas, estanques.” Assim, ressaltamos que toda a pesquisa se desenvolveu numa “[...] interação dinâmica retroalimentando-se, reformulando-se constantemente.” (TRIVIÑOS, 2012, p. 137).

A primeira fase da Análise de Conteúdo constitui-se na *pré-análise*, que “[...] corresponde a técnicas empregadas para a reunião das informações necessárias para o estudo.” (PACHECO, 2014, p. 79). Conforme descrito acima, “[...] consiste, inicialmente, na *coleta de dados*, uma etapa preparatória de organização do material.” (ANDRADE, 2011, p. 102, grifos da autora) – a qual será descrita mais à frente. Esta etapa corresponde a um “[...] período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento

das operações sucessivas, num plano de análise.” (BARDIN, 2014, p. 121). Portanto, desenvolve-se um programa que pode ser flexível, mas deve ser preciso. No enfoque da natureza dialética, esta pesquisa desenvolveu-se para além dos elementos coletados a campo por meio do questionário e da entrevista semiestruturada, mas também com dispositivos legais, como documentos, regimentos, dissertações, teses, referências bibliográficas da área, diário de bordo e observação (TRIVIÑOS, 2012).

Nesta fase, com complementos de Moraes (2003, p. 195), já iniciamos o processo de desconstrução do *corpus* textual, pois é um processo de “[...] desintegração dos textos, destacando seus elementos constituintes. Implica colocar o foco nos detalhes e nas partes componentes.”

De acordo com Bardin (2014, p. 121, grifos da autora), este momento possui três missões, quais são: “[...] a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.” Triviños (2012) e Bardin (2014) salientam que uma leitura “flutuante” é necessária para estabelecer contato com os documentos e materiais coletados. Consiste numa leitura geral para “[...] conhecer o texto deixando-o invadir por impressões e orientações.” (BARDIN, 2014, p. 122).

Neste sentido, apossamo-nos dos documentos e dados coletados, para decidir quais caminhos seguir, por meio dos indicadores, cumprindo com as regras da exaustividade, representatividade, pertinência e homogeneidade. Assim, “[...] pouco a pouco, a leitura vai-se tornando mais precisa, em função de hipóteses emergentes, da projecção de teorias adaptadas sobre o material.” (BARDIN, 2014, p. 122).

A segunda fase, a *descrição analítica*, compreende a fase de *explorar o material* coletado, de analisar o conteúdo, de impregnar-se do sentido do texto, pois “[...] esta fase, longa e fastidiosa, consiste essencialmente em operações de codificação,

decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas.” (BARDIN, 2014, p. 127).

Logo, é importante ampliar a ótica para a totalidade do fenômeno, pois todas as suas partes estão relacionadas, assim como a fundamentação teórica que “[...] serve para apoiar [...] as ideias que vão surgindo no desenvolvimento da investigação.” (TRIVIÑOS, 2012, p. 133). Este foi o momento em que os dados são submetidos a um estudo aprofundado, com descrição detalhada sobre suas partes sempre numa relação dialética com o todo, submetendo seu *corpus* a classificações, desvelando indicadores e dimensões de categorização. Trata-se “[...] de um tratamento da informação contida nas mensagens [...]”, visto que a descrição analítica “[...] funciona segundo procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.” (BARDIN, 2014, p. 37, grifos da autora).

Por fim, a fase de *interpretação referencial*. Nesta etapa alcança maior intensidade, pois é o momento de reflexão, de interpretação, de inferência e tratamento dos resultados obtidos, tratando de desvelar o conteúdo subentendido que os resultados possuem. É o momento em que os “[...] resultados em bruto são tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos.” (BARDIN, 2014, p. 127). É dar “voz” ao *corpus* textual. É uma interpretação que já começou na pré-análise, aprofundando a interação com todos os materiais: os documentos, os regimentos, a literatura, os resultados dos questionários *online* e impressos e as entrevistas semiestruturadas para “[...] desvendar o conteúdo latente que eles possuem.” (TRIVIÑOS, 2012, p. 162, grifos do autor). Por isso a pesquisa qualitativa é essencialmente descritiva, pois, nas contribuições de Triviños (2012, p. 128), a interpretação dos resultados “[...] surge como a totalidade num contexto [...]”, sendo, portanto, “[...] coerente, lógica e consistente.”

A seguir trataremos da descrição do movimento da pré-análise no encontro com os sujeitos da pesquisa.

4.2.2.1 O processo da coleta de dados num estudo de caso: o encontro com os sujeitos da pesquisa

A recolha dos dados fundamentou-se em Stake (2012), Triviños (2012) e Coutinho (2014). Além da busca de documentos necessários, como descrito na pré-análise, este processo recorreu a diferentes instrumentos próprios em pesquisa qualitativa, como por exemplo e especificamente neste estudo, o diário de bordo, o questionário, a entrevista semiestruturada áudio gravada e a observação. Entendida a construção dos instrumentos de coleta como parte importante do processo de coleta, passamos a descrevê-la a seguir.

O desenvolvimento do questionário (Anexo nº 02) e do roteiro da entrevista semiestruturada (Anexo nº 03) teve como eixo da construção a categoria principal processo de educação sexual emancipatória, apresentada na seção I. Os indicadores dessa categoria nos dão substrato teórico para o movimento em toda pesquisa, são nossos indicadores de visão de mundo, entendidos como marcas do campo teórico da categoria principal e que também nortearam a etapa de construção dos instrumentos. Relembramos esses indicadores de visão de mundo a seguir.

1. A dimensão sexualidade é inseparável do existir humano;
2. Somos todos sexuados;
3. Os seres humanos se educam nas relações, essas sempre sexuadas;
4. Os processos educativos, frutos das relações entre humanos, são sempre sexuadas;
5. Portanto, queiramos ou não, saibamos ou não, somos sempre educadores sexuais uns dos outros, em todos os momentos.

Entrelaçando a categoria principal e seus indicadores de visão de mundo com o objetivo de olhar a realidade foi realizada a construção dos instrumento em 2014/01 resultando nos primeiros arcabouços. Nesse sentido, os instrumentos

começaram a se modelar no Brasil e se solidificaram em Portugal durante o doutorado sanduíche – relatado na seção I – junto ao estudo e aprofundamento do Pensamento Crítico sob orientação do prof. Dr. Rui Marques Vieira no Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro.

Durante a construção sentimos necessidade de entrelaçar a análise documental do PPC ao processo de coleta de uma maneira mais viva, mais dialética e mais crítica. Seria uma ponte para nos aproximar da compreensão dos sujeitos sobre o prescrito e sobre o vivido. Portanto, para lidar com a realidade e à luz da categoria processo de educação sexual emancipatória, elaboramos etapas para facilitar a construção dos instrumentos, denominados de blocos estruturais. A partir desses blocos estruturais foram construídos os instrumentos de coleta de dados, a saber, o questionário e o roteiro da entrevista.

Ainda, o fato da pesquisadora ser ex-professora do referido curso de graduação em Medicina, fez brotar uma parte importante da sua vivência sendo essa relacionada a um processo intenso de reflexão na elaboração de questões. Foram constantes as preocupações e discussões relacionadas à consciência da importância dessa etapa, pois no curso era de responsabilidade dos professores tutores a elaboração de questões que seriam utilizadas nos instrumentos de avaliação do cenário para o qual fazia parte. Assim, era relacionado a complexidade da abordagem, a contextualização, seus objetivos, bem como “[...] a redação das questões deve ser clara, para evitar ambiguidade de interpretação.” (IGLESIAS, CALEGARI e LORENZINI, 2016, p. 130).

Nos primeiros moldes do questionário já foram elaboradas questões que solicitavam justificativas e explicações. Todavia, foi a partir do privilégio de aprofundar meus estudos no campo do Pensamento Crítico durante o estágio doutoral e, nesse caso especificamente, do estudo da obra *Estratégias de Ensino/Aprendizagem – o questionamento promotor do pensamento crítico* de Vieira e Vieira (2005), que pude

desenvolver com mais refinamento as questões dos instrumentos, especialmente do questionário. Refletindo, portanto, sobre classificações de questões, sobre diferentes taxonomias, bem como o ensino de habilidades de pensamento crítico, elaboramos as questões fundamentada na obra de Vieira e Vieira (2005) e na tipologia desenvolvida pelos autores, pois “[...] o questionamento orientado para o pensamento crítico é uma estratégia de ensino deste tipo de pensamento.” (VIEIRA e VIEIRA, 2005, p. 117). A seguir apresentamos o quadro nº 04 que trazem os blocos estruturais que nortearam a construção dos instrumentos para a busca do prescrito e do vivido.

Quadro 04 – Blocos estruturais do prescrito e do vivido para nortear a montagem dos instrumentos de coleta dos dados

Blocos Estruturais	Por quem	Como
1- A busca da compreensão do PPC	1.1 Busca da compreensão pela pesquisadora do PPC (prescrito)	Análise do documento PPC (prescrito).
	1.2 Busca da compreensão sobre o PPC pelos sujeitos (prescrito)	1.2.1 Uso de questionário com questões abertas em “Prática Pedagógica”. 1.2.2 Entrevista com questões norteadoras calcadas nas categorias <i>a priori</i> .
2 – A busca da compreensão de como os sujeitos compreendem o seu caminho profissional	2.1 Busca da compreensão dos sujeitos sobre seu perfil (vivido)	2.1.1 Uso de questionário com questões fechadas em “Identificação pessoal”, “Formação profissional” e em “Atuação docente”. 2.1.2 Entrevista com questões norteadoras calcadas nas categorias <i>a priori</i> .

	2.2 Busca da compreensão dos sujeitos sobre a trajetória ao vivenciarem a proposta expressa pelo PPC (vivido)	2.2.1 Uso do questionário com questões abertas em “Prática pedagógica” e em “Situações da vida real”. 2.2.2 Entrevista com questões norteadoras calcadas nas categorias <i>a priori</i> .
3 – A busca da compreensão de como os sujeitos compreendem a dimensão sexualidade	3.1 Busca da compreensão dos sujeitos sobre a dimensão sexualidade na sua trajetória de vida e no PPC (vivido)	3.1.1 Uso do questionário com questões abertas em “Prática Pedagógica”. 3.1.2 Entrevista com questões norteadoras calcadas nas categorias <i>a priori</i> .
4 – A busca da compreensão de como os sujeitos compreendem o processo de educação sexual	4.1 Busca da compreensão dos sujeitos sobre o processo de educação sexual no PPC (vivido)	4.1.1 Uso do questionário com questões abertas em “Prática Pedagógica” e em “Situações da Vida Real”. 4.1.2 Entrevista com questões norteadoras calcadas nas categorias <i>a priori</i> .
5 – A busca de sugestões e/ou contribuições para a pesquisa	5.1 Busca de sugestões e/ou contribuições fornecidas pelos sujeitos participantes	5.1.1 Uso do questionário com questões abertas em “Finalizando”. 5.1.2 Entrevista com questão finalizadora sobre sugestões e/ou contribuições.

Fonte: produção da autora, Yared (2016).

Assim, calcadas na categoria processo de educação sexual emancipatória e a partir dos blocos estruturais determinados acima, foram construídos o questionário e o roteiro da entrevista semiestruturada para buscar a compreensão dos sujeitos envolvidos no fenômeno, que se expressa para nós em processos de educação sexual no processo vivo, ou seja, dentro de uma proposta curricular viva e concreta.

Ressaltamos que o questionário após finalizado foi construído na plataforma do *Google Forms* e, posteriormente, o *link* de acesso foi enviado para três (3) especialistas da área, que o validaram para o seu uso na coleta de dados.

Conforme descrito inicialmente, este processo de coleta de dados recorreu a diferentes instrumentos próprios em pesquisa qualitativa, pois a obtenção dos dados em múltiplas fontes promove a possibilidade de cruzamento/triangulação destas informações, o que nos permite “[...] considerar um conjunto mais diversificado de tópicos de análise e em simultâneo permite corroborar o mesmo fenômeno.” (COUTINHO, 2014, p. 341).

A população intencionalmente definida foi composta por todos/as os/as docentes do referido curso de graduação em Medicina – efetivos e horistas, médicos e não médicos. No ano de 2015 – ano da coleta – apresentava-se um universo de 119 docentes no quadro do curso. O primeiro momento da coleta de dados caracterizou-se na aplicação de um questionário – *online* e impresso – para o qual, todos e todas foram convidados a responder. O segundo momento da coleta de dados caracterizou-se na realização das entrevistas aos docentes que se ofereceram voluntariamente para contribuir à pesquisa.

Durante a construção dos instrumentos da coleta, iniciei os contatos com a universidade em questão. Os primeiros contatos com a Pró-Reitoria de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação e a Coordenação do curso de graduação em Medicina foram no início do ano letivo de 2014. Apresentei pessoalmente o projeto de pesquisa, sua importância e houve total apoio,

acolhimento e incentivo para sua realização, tanto pela Pró-Reitoria como pela Coordenação do curso.

Somente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da UDESC – Parecer nº 848.757 – retornei contato formalmente por meio de ofício, solicitando a lista com os nomes e os endereços eletrônicos (*e-mails*) de todos/as os/as docentes do curso. Este contato se realizou em novembro de 2014, todavia, somente ao final de março de 2015 que me foi enviado a lista e consegui acesso aos contatos solicitado. Neste período, já me encontrava na cidade de Aveiro, em Portugal, realizando o doutorado sanduíche na Universidade de Aveiro, sob supervisão do prof. Dr. Rui Marques Vieira. Enquanto aprofundava os estudos no campo do Pensamento Crítico, o questionário, que estava previsto para ser encaminhado *online* aos docentes, teve suas últimas correções amadurecidas durante o estágio doutoral no exterior – como relatado na etapa de construção dos instrumentos.

O primeiro envio *online* para os endereços eletrônicos recebidos – da coordenação e de todos os docentes – ocorreu no dia 10/06/2015, ao qual foi encaminhado por *e-mail* o *link* de acesso ao questionário e uma breve apresentação das pesquisadoras e da pesquisa, bem como, a importância da participação dos mesmos. Após poucas participações registradas, continuei enviando *e-mails* aos docentes semanalmente, inclusive, a partir do apoio da secretária do curso, o *link* do questionário também foi encaminhado aos docentes pelo próprio endereço eletrônico da coordenação do curso. Contudo, à distância, foram registradas somente cinco participações. Ao final de julho de 2015 retornei ao Brasil e agendei com a coordenação uma participação na primeira reunião de colegiado do calendário acadêmico de 2015/02, a qual já estava marcada para o mês de agosto.

Após a participação na reunião de colegiado e chegada o mês de setembro, as contribuições ainda estavam insuficientes. Continuei participando das próximas reuniões de colegiado e

comecei a comparecer em quase todas as reuniões das quartas-feiras na tentativa de aumentar o número de respondentes ao questionário. Também continuei convidando-os a participar da pesquisa respondendo o questionário *online*. Inclusive, ressalto que contava constantemente com o apoio e incentivo da coordenação, sendo que em vários momentos, inclusive durante todas as reuniões que estive presente, os docentes eram lembrados da importância de participar da pesquisa. Por razões não pesquisadas o número de docentes nas reuniões, na maioria das vezes, não era muito expressiva.

Neste sentido, o diário de bordo constitui um importante instrumento de apoio durante o desenvolvimento do trabalho, visto que é nele que vamos registrando nossas observações de campo, o que vemos, o que ouvimos, o que sentimos, enfim, nossa experiência durante o percurso. Percebi que a minha constante presença na coordenação anteriormente ao horário das reuniões ao longo dos meses contribuiu significativamente para aumentar a participação na pesquisa.

Parafraseando Triviños (2012), destacamos que os pesquisadores devem estar preparados para imprevistos. “O pesquisador tem a obrigação, se não quer sofrer frustrações, de estar preparado para mudar suas expectativas frente a seu estudo.” (TRIVIÑOS, 2012, p. 131). A esta altura já nos encontrávamos no início do mês de outubro. Foi então que decidimos por uma nova tentativa de abordagem, ou seja, imprimimos os questionários para entregá-los em mãos aos docentes. Essa foi a alternativa encontrada para que pudéssemos, finalmente, alcançar uma maior participação. Em conversa com uma docente, alertou-me que um dos obstáculos para a não utilização do questionário *online* se dava pelo fato de que o instrumento elaborado no *Google Forms* não ter a opção de “salvar”. Logo, resultava numa possível desistência de participação, visto que diante de imprevistos ou contratemplos o docente não conseguia salvar o que já havia respondido para

continuar num momento posterior. Seria necessário começar tudo de novo. Fica o alerta para futuras pesquisas.

Desde este momento, continuei frequentando constantemente os corredores do curso de Medicina, não somente todas as quartas-feiras à noite, mas por vários dias da semana, toda semana, na tentativa de encontrar cada vez mais docentes do curso. Novamente também foi primordial o amplo apoio da coordenação e da secretária do curso, pois amavelmente me incentivavam e gentilmente me informavam os horários de todos os Cenários Integrados, salas e anos respectivos para que eu pudesse encontrar os docentes com mais facilidade. Ainda, contei com apoio e incentivo de docentes do curso, meus ex-colegas que, nesse gesto fundamental participativo, também contribuía para elevar meu ânimo para enfrentar os desafios da pesquisa de campo.

Comecei, então, a distribuir em mãos os questionários impressos aos docentes. Anotava os sujeitos, nunca com o intuito de identificá-los, mas para entrar em contato posteriormente e recolher o questionário. No entanto, devido aos seus mais variados horários e cenários, alguns docentes sugeriram se poderiam deixar os questionários respondidos na coordenação do curso, pois a coordenação era um local “central” para eles. Entrei em contato com a secretaria do curso e ela, mais uma vez, generosamente, aceitou receber os questionários impressos respondidos. O total apoio da secretária do curso foi fundamental à pesquisa, pois quando ela recebia novos questionários me avisava por aplicativo de celular, e posteriormente, eram logo por mim recolhidos.

Mas mesmo assim, muitos questionários não foram devolvidos espontaneamente. Na maioria das vezes, foi necessário entrar em contato com vários docentes mais de uma vez para que eu pudesse recolhê-los, independentemente de onde eles estivessem. Ressalto que as formas de contato que foram realizadas – mesmo, embora, com muitos não consegui realizar contato – com os docentes foi por meio de *e-mail*,

telefone celular e pela rede social *Facebook*. Alguns poucos provavelmente não conferiam seus *e-mails* e ficou evidenciado ser mais fácil conseguir contato por celular e pela rede social. Talvez seja este o motivo do questionário *online* não ter obtido sucesso, pensei. Foi um período longo, confuso e angustiante.

Registro também que muitos questionários impressos também não foram recuperados. Houve muitas perdas de cópias (embora eu sempre andasse com cópias extras entregando uma segunda via para os que a perdiam), muitos esquecimentos, muitos desencontros, *e-mails* nunca respondidos, ligações nunca retornadas, mensagens de texto nunca respondidas.

Também na análise dessa trajetória foi percebido um novo e inesperado desafio ao trabalhar com questionários impressos: não conseguia entender a letra da maioria dos docentes, principalmente dos formados em Medicina. Foi necessário solicitar auxílio de colega professora de Português para me ajudar a traduzir as informações por escrito. Como resultado, dentre o universo de 119 docentes, 34 responderam ao questionário. Foram respondidos destes 34 questionários, 20 *online* e 14 respondidos em papel.

A segunda etapa de coleta de dados em campo remeteu-se às entrevistas semiestruturadas áudio gravadas, as quais seguiram um roteiro norteador que estava de posse da pesquisadora, disposto como um facilitador de uma “[...] conversa com finalidade [...]” (MINAYO, 2010, p. 99), pois permite a ampliação da comunicação e contribuiu para a aproximação, fatores fundamentais para a “[...] abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação [...]” (MINAYO, 2010, p. 101) entre os sujeitos.

De acordo com Triviños (2012, p. 138), o pesquisador ou pesquisadora qualitativos que consideram a participação do sujeito entrevistado um dos elementos de sua ação científica, apoiam-se em técnicas – neste caso a entrevista semiestruturada áudio gravada – que “[...] ressaltam sua implicação e da pessoa que fornece as informações.” E que essas técnicas e

instrumentos exigem, ao contrário da pesquisa quantitativa, “[...] atenção especial ao informante, ao mesmo observador e às anotações de campo.” (TRIVIÑOS, 2012, p. 138, grifos do autor). Por isso, a entrevista é um instrumento de coleta de dados de grande importância num estudo de caso, pois, segundo Coutinho (2014, p. 341), por meio dela os pesquisadores e pesquisadoras “[...] percebem a forma como os sujeitos interpretam as suas vivências [...]” e suas relações com o mundo.

Segundo Guber (2004), a primeira entrevista pode ter uma característica mais informal, um encontro para assuntos mais irrelevantes. A autora ainda informa que “[...] *en la entrevista antropológica, el investigador formula preguntas pero lo que obtiene por respuestas se transforma en sus nuevas preguntas.*” (GUBER, 2004, p. 215³⁰). Neste sentido, o roteiro semiestruturado, ancorado na categoria processo de educação sexual emancipatória, funciona como norteador da entrevista áudio gravada, como uma orientação, um guia para o andamento da interlocução proporcionando uma flexibilidade nas conversas e aprofundamento do tema.

Em geral, a entrevista semiestruturada é aquela que

[...] parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa. (TRIVIÑOS, 2012, p. 146)

³⁰ Tradução nossa: “Na entrevista antropológica, o investigador formula perguntas mas o que obtém por respostas se transformam em suas novas perguntas”.

Nesse sentido, realizaram-se as entrevistas semiestruturadas áudio gravadas com docentes que se ofereceram voluntariamente para participar da pesquisa – a partir do preenchimento do questionário, *online* ou impresso. Todavia, destacamos que duas (02) professoras aceitaram posteriormente, durante minha constante presença nos corredores do curso, frente ao incentivo de colegas que já haviam sido entrevistados. Ainda, outras duas (02) professoras deixaram seus contatos para realizar a entrevista, mas não retornaram *e-mails* nem telefonemas. Foi um total, então, de quinze (15) docentes entrevistados/as e todos/as os/as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo as entrevistas áudio gravadas para posterior transcrição.

A primeira entrevista foi marcada ao final do mês de setembro de 2015 e realizada logo depois e, durante todo o período de coleta de dados, o recolhimento dos questionários e as entrevistas sucessivas ocorreram concomitantemente. Isso é possível porque, de acordo com Triviños (2012, p. 131), a pesquisa qualitativa “[...] não segue sequencia tão rígida das etapas assinaladas para o desenvolvimento [...]”, ao contrário, as etapas de coleta de dados não são momentos engessados porque “[...] as informações que se recolhem, geralmente, são interpretadas e isto pode originar a exigência de novas buscas de dados.” (TRIVIÑOS, 2012, p. 131). Porém, a ansiedade permaneceu presente durante todo o processo das entrevistas também, devido aos constantes cancelamentos, remarcações, plantões e desencontros.

Nesse momento, refletindo sobre todo o processo laborioso da coleta de dados e da baixa participação dos docentes, principalmente frente a um colegiado composto por 119 profissionais, entendemos que esse movimento faz parte de um processo comum mesmo no mundo acadêmico, talvez porque a pesquisa e o participar de uma pesquisa – ou seja, ser o foco – pode ser constrangedor ou não muito agradável por não

entendermos que isso faz parte de reflexões sobre um processo vivido. Aqui reiteramos e reafirmamos as contribuições de Santos (2010b) ao reconhecer a Ciência como vida e que a produção de conhecimento vem da vida e deve voltar para a vida. Isso significa compreender a vida como processo, inclusive processo de pesquisa, pois sempre estamos pesquisando. Porém, diante do entendimento de mundo em que a produção de conhecimento, em grande parte das vezes, é “[...] produzido por poucos e inacessível à maioria [...]” (SANTOSb, 2010, p. 16), esse movimento laborioso condiz com um entendimento de mundo onde a pesquisa não é princípio educativo de vida.

Também partindo do pressuposto que “[...] todo conhecimento científico é autoconhecimento [...]” (SANTOSb, 2010, p. 83), pode ser desvelada pelo sujeito a possibilidade de entender-se como sujeito pesquisador e participante ativo num processo de vida, além de compreendermos que contradições e conflitos de ideias são partes de um processo dialético. Essa possibilidade representa o inacabamento humano, o movimento dialético de estarmos sempre em transformação, sempre em mudanças. E numa perspectiva de processos vivos, como pressupõe a categoria central processo da educação sexual emancipatória, a contradição constitui parte importante dele para a compreensão de cada movimento, movimento esse dialógico, de novas discussões, rearranjos e possíveis sínteses no caminhar coletivo na busca de mudanças, pois “[...] ser dialógico é empenhar-se na transformação constante da realidade.” (FREIRE, 2011, p. 51).

Por fim, em síntese, a coleta de dados realizou-se do mês de junho a início de dezembro de 2015. Esse foi um momento da tese bastante intenso de busca de diálogo, longo, pois durou quase sete (07) meses completos e de muito empenho, dedicação, de constante esclarecimento da importância da pesquisa e postulação aos docentes, etapa que foi fundamental, mesmo com seus percalços, para a compreensão de algumas

importantes relações pedagógicas que dão suporte ao curso estudado.

4.2.2.2 A análise dos questionários

O levantamento realizado por meio das participações nos questionários – *online* e impresso – proporcionou a visualização de um possível contexto do universo docente, uma análise geral de suas compreensões na busca de pistas de indicadores desvelados à luz da categoria central e seus indicadores – descritas na seção I e utilizadas como eixo na construção dos mesmos.

Após a construção do questionário, ou seja, de sua montagem, realizou-se o processo de coleta de dados, como descrito anteriormente. Dando sequência à análise de Bardin (2014), de posse de todos os questionários respondidos, iniciou-se o processo efetivo de análise dos mesmos a partir da sua desmontagem, entendido por Moraes (2003), como já registrado anteriormente, um processo de “[...] desintegração dos textos, destacando seus elementos constituintes. Implica colocar o foco nos detalhes e nas partes componentes [...]” (MORAES, 2003, p. 195) na desconstrução dos textos com o propósito de identificar indicadores de categorias.

Os indicadores de categorias, também denominados unidades de significados para Moraes (2003, p. 195), são resultados do processo de desconstrução dos textos, da exploração da diversidade de significados para “[...] conseguir perceber os sentidos dos textos em diferentes limites de seus pormenores.” Ou seja, os indicadores constituem elementos significantes referentes ao objeto da pesquisa. Assim, conforme orienta Bardin (2014), as leituras ficam mais precisas, exaustivas, com vistas à apropriação de todo material.

Durante a fase de exploração do material coletado e descrição detalhada de suas partes, constituem-se os indicadores e que podem também ser desvelados a partir de conjuntos de

textos “[...] estreitamente ligados às teorias que os leitores utilizam em suas interpretações textuais.” (MORAES, 2003, p. 196). Nesse caso, portanto, os indicadores foram destacados à luz da categoria central processo de educação sexual emancipatória na busca da complexidade da análise apontada nas etapas denominadas blocos estruturais. Assim, na remontagem dos textos e na análise a partir dos blocos estruturais, foram elaborados quadros e gráficos em Excel com todos os dados que possibilitaram estabelecer relações na busca da complexidade da categoria processo de educação sexual emancipatória e evidenciar a totalidade do fenômeno, em vários ou em apenas um único participante. Ou seja, comparando a totalidade de questões num movimento horizontal foi possível observar um único participante e, num movimento vertical foi possível observar em uma única questão a participação de todos e todas.

Na busca do perfil dos sujeitos participantes, componente nº 2.1 dos blocos estruturais, 34 docentes responderam ao questionário – dentre o universo de 119 docentes. Foram 20 respondidos *online* e 14 respondidos em papel. Os/as participantes apresentaram formação no ensino superior nas seguintes áreas do conhecimento: Ciências Biológicas, Enfermagem, Farmácia-Bioquímica, Medicina, Medicina Veterinária e Pedagogia. Uma participante apenas não informou sua área de formação.

Dentre a população dos 34 docentes, apontamos que: 22 se declararam como mulheres e 12 de declararam como homens; apresentaram idade entre 29 e 66 anos; compõe solteiros/as, casados/as, separados/as judicialmente e viúvos/as; todos e todas se declararam heterossexuais; referente a cor, 30 sujeitos se declararam brancos, 03 se declaravam pardos e 01 não respondeu; 19 são formados em curso de graduação em Medicina, entre esses 10 homens e 09 mulheres; e a faixa de rendimentos se concentra entre mais de 10 a 20 salários mínimos.

No que se refere à formação: 02 sujeitos são bacharéis – ambos em medicina; 15 sujeitos possuem título de especialistas – sendo 12 bacharéis em medicina; 14 sujeitos possuem título de mestrado – entre esses 05 são bacharéis em medicina e; 03 com título de doutorado – sendo uma bacharela em medicina. Ainda, dentre os sujeitos participantes que possuem titulação de especialista, 08 são homens e 07 são mulheres; de mestrado, 13 são mulheres e 03 são homens; na titulação de doutorado, todas são mulheres.

Sobre o tempo de atuação no ensino superior, há docentes com 01 ano de experiência até docentes com 27 anos de atuação no ensino superior, mais especificamente: 18 docentes apresentam tempo de docência entre 01 e 10 anos – dentre eles 15 são formados em medicina; 15 docentes apresentam tempo de docência entre 11 e 20 anos – 05 são formados em medicina e; 01 docente apresenta tempo de docência acima de 20 anos.

No quadro a seguir apresenta-se a síntese do perfil dos sujeitos participantes.

Quadro 05 – Síntese básica do perfil dos 34 sujeitos participantes da pesquisa no questionário

Sujeitos	Idade	Identidade de gênero	Formação	Titulação	Atuação docente (anos)
01	38	Homem	Medicina	Mestre	10
02	57	Mulher	Medicina	Doutora	11
03	49	Mulher	Enfermagem	Especialista	14
04	54	Mulher	Enfermagem	Mestra	27
05	29	Homem	Medicina	Bacharel	01
06	56	Mulher	Medicina	Mestra	11
07	49	Mulher	Farmácia-Bioquímica	Mestra	17
08	58	Homem	Medicina	Especialista	15
09	50	Mulher	Medicina	Especialista	05
10	40	Mulher	Farmácia-Bioquímica	Doutora	10

11	63	Mulher	Superior	Especialista	12
12	63	Homem	Medicina	Especialista	09
13	50	Mulher	Medicina Veterinária	Mestra	20
14	60	Homem	Medicina	Mestre	12
15	37	Homem	Farmácia-Bioquímica e Medicina	Especialista	03
16	53	Mulher	Pedagogia	Doutora	15
17	63	Homem	Medicina	Especialista	10
18	34	Mulher	Medicina	Especialista	03
19	43	Mulher	Medicina	Especialista	10
20	64	Mulher	Pedagogia	Mestra	15
21	60	Homem	Farmácia	Especialista	10
22	50	Mulher	Medicina	Especialista	04
23	46	Mulher	Enfermagem	Mestra	15
24	43	Homem	Medicina	Especialista	10
25	32	Mulher	Enfermagem	Mestra	01
26	34	Mulher	Medicina	Mestra	04
27	43	Homem	Medicina	Especialista	07
28	37	Mulher	Medicina	Bacharela	09
29	57	Mulher	Medicina	Especialista	04
30	53	Homem	Medicina	Especialista	10
31	50	Mulher	Enfermagem	Mestra	14
32	66	Homem	Medicina	Mestre	12
33	49	Mulher	Medicina Veterinária	Mestra	15
34	40	Mulher	Ciências Biológicas	Mestra	16

Fonte: produção da autora, Yared (2016).

Já no Gráfico nº 01 a seguir apresenta-se a síntese da formação profissional dos participantes.

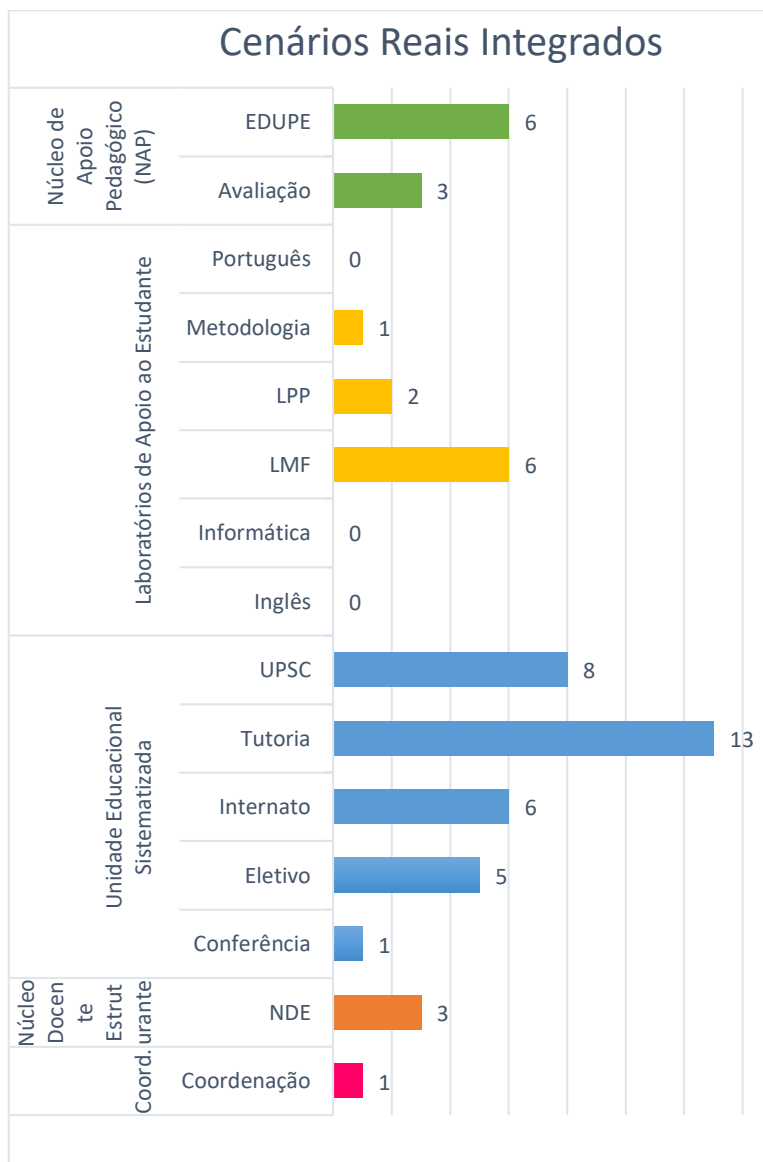
Gráfico 01 – Formação Profissional



Fonte: produção da autora, Yared (2016).

Registrou-se também que, na população pesquisada, os 34 sujeitos englobam representantes de todos os seis (06) anos de curso e quase todos os Cenários Reais Integrados do curso de graduação em Medicina em questão – descrito na seção III – inclusive com a participação da antiga coordenação e da atual, em 2015. Apenas os Cenários Consultoria de Inglês, Consultoria de Português e Consultoria de Informática não apresentaram representantes entre os participantes. A partir do Gráfico nº 02 visualizaremos melhor:

Gráfico 02 – Representação nos Cenários Reais Integrados em 2015



Fonte: produção da autora, Yared (2016).

Ressaltamos, contudo, que os docentes podem participar concomitantemente em mais de um cenário dentro da carga horária de 40h/a, por isso a soma dos números apresentados no Gráfico nº02 não resulta nos 34 participantes fixos, mas sim, nos cenários em que eles participavam no ano de 2015, ou seja, nos cenários reais integrados da atualidade. Todavia, destacamos que considerando as experiências passadas – conforme pergunta nº 14.1 do questionário³¹ – registrou-se também a representação de todos os seis (06) anos do curso, além de uma maior representatividade o que, possivelmente, ampliaria a noção da totalidade do curso, visto que vários docentes já participaram de diferentes cenários e anos.

Durante a análise dos 34 questionários foi possível levantar marcas nesta etapa de “vestígios” de indicadores trabalhados minuciosamente nos blocos estruturais à luz da categoria principal processo de educação sexual emancipatória, como sinais de uma vertente norteadora. Assim, foram desvelados vestígios de vários indicadores, que também contribuíram posteriormente no aprofundamento das entrevistas e proporcionaram a visualização do contexto a partir dos blocos estruturais. Relembramos que a divisão do questionário em etapas é pedagógica, pois a criação dos critérios contribuíram para a organização do mesmo. No entendimento da totalidade todos os blocos estão entrelaçados e é a síntese desses indicadores que apresentaremos a seguir.

Relembramos, contudo, como descrito anteriormente, que uma análise de mundo a partir do método dialético decorre pela busca do movimento real do objeto de estudo e da contradição dos seres humanos e suas práticas. Assim, a partir da análise dialética da realidade também brotam as lacunas, ou seja, as contradições do todo. Essas porém, não encaradas como

³¹ Pergunta nº 14.1 de múltiplas escolhas: “Registre abaixo qual(is) Cenário(s) de Ensino Aprendizagem e/ou Núcleo de Apoio Pedagógico que você JÁ PARTICIPOU no Curso de Medicina.”

marcas negativas, mas como positivas e com riqueza no processo de vida. Sob essa ótica, as análises se realizaram.

Num primeiro momento, de maneira geral, prestamos atenção na quantidade expressiva de questões, aquelas que pediam justificativa das mesmas, serem ignoradas por vários docentes em tais solicitações. Em questões que solicitavam uma resposta mais elaborada a partir de solicitações como, por exemplo, “justifique”, “por qual(is) razões”, “por quê” ou “descreva” foram observadas várias respostas monossilábicas, como por exemplo, “sim”, “não”, “concordo”, “problematização” ou “importante” por diferentes professores. Também foram observadas frases incompletas ou simplesmente sem a justificativa e algumas poucas respostas em branco. Essa é uma contradição que brotou durante a análise das questões, pois docentes que trabalham num curso que propõe avaliações diferenciadas com questões complexas e cuidadosamente elaboradas, deixaram de argumentar suas próprias respostas.

Na busca da compreensão sobre o PPC prescrito pelos sujeitos participantes – conforme bloco estrutural nº 1.2 –, temos um indicador que, mesmo parecendo frágil, está tratando de processos de educação sexual, pois implica na compreensão de uma proposta curricular que propõe mudanças paradigmáticas na formação médica e, conseqüentemente, o entendimento do ser humano na sua inteireza, incluída, portanto, a dimensão sexualidade como inseparável do humano.

De maneira geral, registra-se um equívoco na compreensão dos docentes sobre o referido PPC, visto que é comum nas falas o entendimento de que o eixo estrutural do curso são as estratégias de ensino-aprendizagem e não seus marcos teóricos e as orientações das DCN. Esse entendimento registrou-se especificamente na análise da etapa “Prática Pedagógica”, questão nº 16 onde solicitava-se: “Descreva abaixo o que você conhece sobre esse projeto curricular”. Como vejamos em alguns exemplos:

O curso de graduação em medicina está pautado em metodologias ativas de aprendizagem, LPP nos primeiros semestres, juntamente com problematização nos cenários de práticas, nas instituições de saúde parcerias. (Questionário nº 02, grifo nosso)

Trata-se de um currículo integrado com base em metodologias ativas (PBL e Problematização). (Questionário nº 23, grifo nosso)

Metodologias ativas de aprendizado problematização. (Questionário nº 12)

O curso trabalha com o currículo de medicina baseada em problemas, não há cadeiras, no entanto essas são estudadas durante o desenvolvimento do quadro clínico. (Questionário nº 26, grifo nosso)

Método de ensino e aprendizagem baseado em problemas, com busca ativa das informações e auxílio e direcionamento do professor, tutor, gerando grande enriquecimento e aprendizado dos alunos por obterem uma maior participação no seu crescimento intelectual. (Questionário nº 15)

Ainda, o equívoco no entendimento concreto do PPC também se expressa nos exemplos abaixo:

Medicina baseada em evidências. Práticas em saúde. (Questionário nº18)

Utiliza-se a confrontação experiencial. (Questionário nº 27)

Capacitação docentes e reuniões de colegiado // avaliações // diário eletrônico. (Questionário nº 09)

Porém, há também respostas que expressam o conhecimento sobre diversos âmbitos do curso, como por exemplo, sua missão, seus objetivos, o perfil profissiográfico e o significado de um currículo integrado e orientado por competências, o que parece apontar para uma visão mais ampliada da proposta curricular. Como podemos observar alguns exemplos a seguir:

O currículo orientado por competências tem como objetivo a participação ativa dos estudantes no seu processo de aprendizagem, incentivando sua criatividade e exercitando a realização de julgamentos críticos, com foco na aplicação do conhecimento no seu dia a dia, durante a prática profissional, frente a diversidade atual de indivíduos e situações em saúde e convívio. (Questionário n° 25)

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (Questionário n° 10)

A práxis também foi contemplada, como no exemplo:

O currículo orientador por competências caracteriza-se pela efetiva integração do ensino e da prática profissional, com benefícios para as coletividades, articulação entre teoria e prática, avanços na construção de teoria e busca de soluções específicas para diferentes situações. (Questionário n° 06)

Através do conhecimento teórico (cognitivo) habilidades (prática) e ética, formar profissionais hábeis, capazes, contribuindo para a melhora da qualidade de vida da sociedade, realizando seu trabalho com prazer e, conseqüentemente, crescimento pessoal. (Questionário nº 11)

Respostas mais detalhadas, que mostram a compreensão de cenários reais integrados e avaliações, também se fizeram presentes, porém, compreensão pautada nas estratégias de ensino-aprendizagem permanecem preponderantes:

Utiliza metodologias ativas de aprendizado: problematização e aprendizagem baseada em problemas, onde os alunos estão inseridos em unidades educacionais estruturadas como a tutoria e não estruturadas como os diversos cenários de prática. Bem como essas unidades tem outras que lhe servem de apoio como: LPP e LMF, bem como laboratórios de português, inglês, informática, entre outros. Os alunos têm suas competências avaliadas diariamente, em processo, nas habilidades cognitiva, psicomotora e afetiva, bem como avaliações pontuais cognitivas representadas pelo EAC, e psicomotora e afetiva, representada pelo EAPP, através do Mini - Cex. (Questionário nº 28)

O eixo norteador do curso entendido numa compreensão para além das estratégias de ensino-aprendizagem, ou seja, enfatizando os marcos teóricos do PPC e/ou as DCN, puderam ser observadas em poucas respostas, como alguns exemplos:

Este projeto atende aos pressupostos das DCNs bem como as orientações do MEC. Além disso, está em consonância com as mudanças curriculares para os cursos de Medicina que ocorrem mundialmente, uma vez que os currículos tradicionais não dão conta de formar

*médicos com a competência exigida atualmente.
(Questionário nº 34)*

*Conheço as bases filosóficas de orientação para formação p/ o SUS e as diretrizes sobre as metodologias pedagógicas, ditas ativas, como PBL, problematização. Conheço os cadernos dos estudantes (recorte do PCC) e do Eletivo.
(Questionário nº 31)*

O projeto curricular é norteado pelos fundamentos da aprendizagem significativa e Educação para o Novo Milênio. (Questionário 13)

É um currículo que privilegia a participação ativa do estudante na construção do seu saber firmando-se em aprendizagens fundamentais, aprender a conhecer, a fazer, a conviver junto e a aprender a ser. (Questionário nº30)

Todavia, em uma das respostas afirma-se que as discussões sobre o PPC são constantes no colegiado do curso, o que pode sugerir uma contradição diante das respostas apresentadas anteriormente.

Os conceitos de currículo integrado e organizado por competência são discutidos amplamente no Colegiado do Curso e nos grupos de estudo. (Questionário nº 04)

Relembrando ser o PPC o *locus* onde ocorre o prescrito sobre o curso e também, portanto, o prescrito sobre o processo de educação sexual, as lacunas desveladas na busca da compreensão do mesmo, enquanto documento prescrito, repensam e realimentam as reflexões sobre a categoria principal, pois parecem apontar para uma compreensão equivocada da proposta curricular. Assim, o não entendimento do PPC em sua plenitude também pode influenciar na compreensão de processos de educação sexual prescritos e/ou vividos.

Entrando no mundo vivido, a partir da análise dos blocos estruturais nº 2.2, nº 3 e nº4, sobre as questões da “Prática Pedagógica”, mais especificamente na questão nº 20³², registramos que as respostas apresentadas apresentam relação à representação dos profissionais da área da saúde, especificamente o profissional da área médica, como agente responsável e/ou autorizado em processo de educação sexual nos ambientes escolares – conforme discorrido na seção I.

De maneira geral, as respostas apresentaram concordância às intervenções realizadas por estudantes em escolas públicas, bem como ser o profissional da área médica responsável pelas atividades, pelas orientações e pela formação dos estudantes que acompanharem as intervenções. Muitas respostas sugerem também ser essas ações positivas tanto para os estudantes de medicina como para os estudantes das escolas públicas.

Nas respostas de grande parte dos docentes registrou-se ser a ação descrita na questão nº 20 como interessante, pertinente, excelente, válida, necessária, que representa situações mobilizadoras e que podem fortalecer a proposta das Unidades Básicas de Saúde; o que aponta, portanto, o apoio por intervenções feitas por estudantes de Medicina em escola pública. Senão vejamos alguns exemplos:

³² Questão nº 20: Em uma escola pública, os estudantes do 9º ano (antiga 8ª série) apresentam muitas dúvidas sobre sexualidade, além de fazerem constantes brincadeiras de ‘mau gosto’ com os colegas e com os professores, também fazem desenhos pornográficos nas carteiras. Os/as professores/as têm dificuldades de trabalhar esse tema junto aos alunos, dizem que estão muito ‘precoces’ e que não levam o assunto a sério. Deste modo, a diretora resolveu pedir ajuda a unidade de saúde do bairro, convidando um médico ou uma médica para fazer uma palestra sobre sexualidade para todos os estudantes do 9º ano. Na sequência, o profissional médico encaminhou seus estudantes do curso de Medicina da sua Universidade, que estavam na Unidade Básica de Saúde, para realizar a intervenção na escola. Como você compreende essa situação? Justifique.

Necessária. Ótimo momento para construção do aprendizado dos alunos, tanto do curso de medicina quando do 9º ano, com relação a sexualidade, bem como a proximidade das idades e vivências facilitaria a abordagem dos alunos de medicina. (Questionário nº 28)

Entendo que é uma situação mobilizadora, que poderá oportunizar reflexões e melhor compreensão em como abordar e esclarecer dúvidas para todos os envolvidos, estudantes de medicina, professores da escola e equipe de saúde. (Questionário nº 13)

Precisa-se trabalhar as diferenças para que não haja preconceito. (Questionário nº 18)

Deve-se conversar com os alunos da escola de maneira clara, e o quão explícita a conversa correria seria medida conforme a apresentação seguisse, uma vez que cada escola e bairro podem apresentar realidades diferentes. Talvez uma roda de conversas, uma série de perguntas anônimas seria mais indicado. (Questionário nº 05)

Em algumas respostas registrou-se também relatos dessas práticas em suas vivências. Uma das respostas, porém, descreveu a experiência como “deixando a desejar”, visto que a intervenção sofreu restrições por parte da direção da escola. Outra resposta parece apontar para uma articulação maior entre o/a docente médico/a, seus estudantes, o bairro, a comunidade e os membros da escola onde a unidade está inserida, inclusive pode-se observar na resposta a preocupação com a formação dos professores da escola, porque “eles precisam desta habilitação”. Senão vejamos:

Acho muito bom, os estudantes participarem, mas nunca mando eles sozinhos, sempre estou

presente e discutimos junto o tema e as questões apresentadas. (Questionário nº 09)

Já ocorreu na minha prática, programado atividade educativa a ser realizada pelos alunos do PSC, a escolha dos enfoques sofreu supervisão da diretora da escola de tal maneira que houve restrição em alguns temas, as atividades foram acompanhadas pelo docente. Em alguns aspectos deixando a desejar, considerando experiência inicial. (Questionário nº 12)

Faz parte dos acadêmicos estarem envolvidos e conhecer todos os cenários do bairro e unidades onde trabalham. Inicialmente estão habilitados a colher informações com direção – professores e alunos para avaliar a situação – com os dados e informações – planejar junto com professores e/ou outros profissionais a melhor estratégia. Pessoalmente sempre trabalho com os professores – eles precisam desta habilitação – porque continuarão atuando com seus alunos. Eventualmente após, trabalho c/ os alunos da escola. (Questionário nº 29)

Muitos docentes também relataram apoiar as intervenções, porém, desde que os estudantes, inclusive seu professores, estivessem preparados para tal ação. Como aponta alguns exemplos:

Acho pertinente, desde que estes alunos estejam preparados pelo seu professor. (Questionário nº 03)

Contanto que os acadêmicos tenham compreensão da clientela e tema que irão discutir, não vejo problemas. (Questionário nº 16)

Excelente. Adolescentes têm sexualidade intensa em seus pensamentos e são imaturos.

Necessitam orientação, bem como muitos estudantes do curso de medicina. Tal iniciativa beneficia ambos os lados. (Questionário nº 24)

É uma excelente oportunidade para os alunos se aproximarem do assunto, uma vez que precisarão se instrumentalizar sobre o tema e também exercitarão ações de educação em saúde na comunidade, afinal, encontrarão essa realidade na prática profissional. (Questionário nº 25)

Muito importante, desde que os acadêmicos tenham conhecimento do assunto. E estarem preparados para esclarecer as dúvidas apresentadas. (Questionário nº 30)

Complicada. Se os estudantes estavam preparados para a palestra, tudo bem, mas caso eles não tinham conhecimento, talvez tenha dificultado ainda mais. Para o caso, o médico também deveria estar preparado, entender do assunto. (Questionário nº 07)

Porém, algumas respostas ressaltaram que nesse tipo de abordagem serão destacados os aspectos biológicos. Inclusive, em uma das respostas afirmou-se que a intervenção deve ser realizada somente a partir desse aspecto. Ainda, em outra resposta, registrou-se um possível não entendimento em plenitude do PPC, pois pressupõe que o projeto prevê abordagens apenas aos aspectos biológicos e não como ser humano inteiro. Como vejamos:

Entendo como importante desde que o assunto seja levado de uma forma em que se trate o sentido biológico da situação. (Questionário nº 08)

O médico trabalhará sob o foco de prevenção de DST, métodos anticoncepcionais e orientações. (Questionário nº 26)

Pelo projeto do curso penso que os estudantes abordariam questões biológicas, porque outras questões ainda não são aprofundadas na formação. (Questionário n° 20)

Ainda, em outras respostas registrou-se ser esta ação multiprofissional e não apenas vinculada à dimensão biológica.

É uma abordagem multiprofissional, não cabendo somente à medicina a falar sobre este tema. Os estudantes podem até ter conhecimento satisfatório, mas sabe-se que este assunto não consiste só da biologia. (Questionário n° 11)

Acho válido, mas os estudantes terão que se apropriar do assunto e trabalhar sem conceito pré-estabelecidos e de forma didática, importante intervenção psicológica e sociológica. (Questionário n° 33)

Alguns docentes também responderam que consideram importante, mas que a intervenção deve ser realizada pelo/a médico/o responsável ou em sua presença, enquanto os estudantes acompanhariam as atividades.

Penso que a abordagem sobre sexualidade deve ser realizada nesse caso pelo médico e os seus estudantes podem estar junto, porém não tem autorização (não deveria ter) para fazerem palestras sozinhos sem instrução. (Questionário n° 06)

Acho que possível e adequada, desde que o professor tutorasse tal palestra, antes, durante e se possível depois, oferecendo subsídios aos alunos de medicina para aprenderem sobre o tema e socializarem adequadamente, sabendo como interagir com os adolescentes, escolares. (Questionário n° 31)

Registramos, contudo, que em apenas algumas poucas respostas foi demonstrado maior preocupação quanto a preparação dos estudantes, assim como o preparo dos/as médicos/as responsáveis e a real eficácia de intervenções pontuais, como as palestras.

Em regra, médicos não possuem o conhecimento para fazer esta abordagem, logo a farão de forma inadequada. (Questionário n° 01)

Penso que estes estudantes teriam grande dificuldade para abordar o tema de forma adequada e pertinente, pois não estão, na maioria das vezes, preparados para enfrentar adequadamente estas situações. Seria necessário uma discussão entre o médico, os professores da escola e os estudantes de medicina com vistas a compreender, estudar sobre o assunto e programar uma conversa com os estudantes da escola pública sobre o tema. (Questionário n° 14)

Penso que nossos acadêmicos ainda não estão devidamente aptos para trabalhar esta questão. (Questionário n° 32)

Esta é uma situação interessante. Ainda que o Programa Saúde na Escola seja prevista a temática ligada aos aspectos de violência, etc, necessitaria um vínculo mais estreito entre os profissionais de educação e os de saúde. Creio que a sexualidade ainda é envolta por muitos tabus que necessitam ser transformados. Não creio que uma intervenção pontual seja de grande ajuda. (Questionário n° 02)

As preocupações apresentadas vem ao encontro das questões por nós debatidas na seção I, referente a figura médica como responsável e autorizado em processos de educação sexual desenvolvendo intervenções calcadas apenas em aspectos

biológicos, reiterando uma visão reducionista de ser humano – como descrito na vertente médio-biológico. A resposta a seguir sugere um olhar mais atento para a formação médica, bem como de seus/suas docentes.

Avalio a ideia da Diretora como positiva, e até onde sei isto é uma prática que realmente ocorre. Acredito que levar os estudantes também possa ser uma boa opção. A questão maior é a capacitação destes estudantes e também do médico para trabalhar este assunto. Se a ideia é contribuir, a forma de abordagem deve ser muito bem pensada, bem como as atitudes. Então surge a questão: será que o profissional médico está capacitado para fazer esta abordagem? E os estudantes? Foram preparados adequadamente? (Questionário n° 34)

Na sequência, durante a análise das questões sobre “Prática Pedagógica”, agora mais especificamente a questão n° 18³³, a não compreensão da existência de um currículo oculto foi um indicador expressivo para a grande maioria dos docentes. A ampla negação manifestada nas respostas aponta para a não compreensão da sexualidade humana como dimensão inseparável do existir humano e, nesse sentido, processos de educação sexual repressivos – conforme discutido na seção I – continuam perpetuando-se por meio de currículo ocultos. Vejamos alguns exemplos:

Não existem. (Questionário n° 01)

Não. (Questionários n° 07, n° 10, n° 15, n° 17, n° 18, n° 21, n° 23, n° 26, n° 27)

³³ Questão n° 18: “Durante sua ação pedagógica no curso de Medicina você percebeu temas relacionados à sexualidade? Se sim, descreva.”

Desconheço. (Questionário nº 24)

*Nunca houve discussão sobre o assunto.
(Questionário nº 08)*

Muito pouco. (Questionário nº 32)

Na negação podemos perceber a perpetuação de profissionais como nós, tanto da educação como da saúde, formados numa visão onde a dimensão sexualidade é expropriada do existir humano, pois se perpetua o não entendimento de que somos todos sexuados e que toda relação é educativa, portanto, que todo processo educativo é sempre sexuado e que todos somos educadores sexuais uns dos outros, queiramos ou não, saibamos ou não.

As respostas, quando afirmativas, remetiam-se a atendimento a casais homoafetivos e travestis nas UBS, a casos isolados de homoafetividade e transexualidade no curso, bem como a conferências e a uma palestra sobre Gênero e Sexualidade ofertada aos docentes na formação de julho/2015. Ainda assim, foram focadas no aspecto biológico, como vemos alguns exemplos:

Sim. Síndromes genitais, mutilação em órgãos sexuais, cirurgias reconstrutivas. (Questionário nº 19)

Sim, no 3º ano relacionados a problemas hormonais ou genituitários em homens e mulheres. Ex: (HPB e menopausa). (Questionário nº 31)

Sim, no 2º ano que está focado na saúde da mulher / pré natal / puericultura e saúde da criança, neste sempre surgem temas relacionados sexualidade. (Questionário nº 09)

Sim. Os alunos estiveram em contato com pacientes que desejavam o uso de medicamentos

para impotência sexual em pacientes idosos, e avaliaram em especial apenas os riscos do uso, sem preocupar-se com o bem estar e satisfação do paciente. (Questionário nº 05)

Isso parece apontar o que Nunes (1996) denuncia como a vertente repressora de educação sexual médico-biologista, onde a dimensão sexualidade se apresenta numa compreensão reducionista, pois sua interpretação está fundamentada numa apenas visão biologista da condição humana – conforme discorrido na seção I. Isso é decorrente do uso do paradigma das Ciências Naturais aplicado às Ciências Humanas – e especificamente do paradigma da Medicina Científica, conforme discorrido na seção II.

No mundo vivido e a partir da análise dos blocos estruturais em sua totalidade, um indicador ficou em evidência durante as análises das questões sobre “Situações da Vida Real”. Observamos nas respostas o uso frequente das palavras “opção sexual” e “escolha sexual” por vários docentes, em vez de “orientação sexual”. Entender a orientação sexual como opção ou escolha, indica uma abordagem reducionista e equivocada da questão com reflexos importantes nas ações dos profissionais.

Ressaltamos, porém, que um dos pontos que almejamos a partir de um processo de educação sexual emancipatória é o aceite do diferente, do outro e das diferentes maneiras de amar. Compreendemos, nesse sentido, que ao falar em opção sexual entende-se implícito a noção da diversidade, mas ainda transitando como uma questão individual. Vejamos alguns exemplos:

Abordar desde o início o tema sobre gênero, sexualidade e opção sexual. (Questionário nº 10)

Já atendemos em UBS, paciente com opção sexual diversa do sexo biológico, em uso de hormônios, também com opção de uso de nome que lhe for de desejo, tendo sido atendido em

seus pleitos e criando relacionamento de toda serenidade. (Questionário nº 12)

Incentivar o respeito pelas opções de cada indivíduo sobre a sua opção sexual, acolhendo-o e tratando-o em sua integralidade. (Questionário nº 14)

Opção sexual deve ser respeitada. (Questionário nº 15)

Ao caminhar numa perspectiva paradigmática que promove o entendimento do ser humano em sua inteireza – inclusive proposta na prescrita desse curso – e ancorados pelo entendimento da dimensão sexualidade intrínseca ao humano, a compreensão da diversidade sexual é indissociável como uma dimensão dos sujeitos por toda a vida, assim como constituir-se de um direito humano. A Declaração dos Direitos Sexuais (WAS, 2014) reconhece que “a orientação sexual, identidade de gênero, expressões de gênero e características físicas de cada indivíduo requerem a proteção dos direitos humanos”. Esse entendimento já começa a ser demonstrada em algumas respostas, como por exemplo:

Que devemos respeitar as diversidades e mais do que isso, promover saúde. Não devemos julgar os pacientes, apenas trata-los e promover saúde e a felicidade de cada um. Seria interessante promover um debate/ciclo/tutoria com um embasamento científico nos estudos sobre homossexualidade. Incentivaria a busca por informações e os fatos ajudariam o estudante a mudar de opinião. Mesmo que não mude, pelo menos veria o quanto errado poderia estar, e que sua “rebeldia” não agregaria em nada ao estado de saúde do seu paciente. (Questionário nº 05, grifo do participante)

Inerente às análises referentes às diversidades, outro indicador foi constante durante as respostas. A expressão “a opinião deve ser respeitada” foi utilizada significativamente por vários docentes frente a situação apresenta na questão nº 21³⁴. Senão vejamos alguns exemplos:

Acho que cada um tem sua opinião, até porque temos que levar em consideração a educação (como foi criado família) mas procuraria debater o assunto de forma ética, não importa a escolha sexual do paciente e sim do doente. (Questionário nº 09)

Solicitando que cada participante expresse seu comentário. Todas as pessoas devem ser respeitadas. (Questionário nº 29)

Deve-se respeitar a opinião de cada um, mas orientar da necessidade de mais estudos e esclarecimentos adequados. (Questionário nº 33)

Conduziria os alunos no sentido de melhorar a compreensão dos mesmos acerca do assunto, tendo em vista que os comentários parecem vir de um conhecimento baseado na vivência de cada estudante e não de um estudo aprofundado e confiável do tema. Importante ressaltar que é necessário respeitar a opinião que cada um vai

³⁴ Questão nº 21: “Durante uma intervenção sobre sexualidade com alguns estudantes de medicina, enfatizando o tema da diversidade sexual, surge o seguinte comentário no grupo: “não entendo porque precisamos falar sobre isso, o preconceito não existe mais, tenho vários amigos gays”. Logo após, outro comentário é manifestado: “isso não me entra na cabeça, para mim o certo é homem e mulher e se eu tiver um paciente homossexual vou tratá-lo como doente, porque para mim, é o que ele é”. Se em sua ação pedagógica, se defrontasse com os referidos comentários ou semelhantes, como você conduziria o diálogo com os estudantes? Por quê?”

*formar após sedimentação do conhecimento.
(Questionário n° 28)*

De maneira geral, frente a situação apresentada na questão n° 21, os/as docentes ressaltaram a importância de resgatar o debate com os/as estudantes, ampliar a discussão sobre a homossexualidade na busca de referenciais teóricos, inclusive, com o auxílio de outros profissionais especialistas. São atitudes que parecem apontar uma possível superação do paradigma cartesiano de ensino – a educação bancária denunciada por Paulo Freire –, pois parecem apontar para a busca de uma educação dialógica e problematizadora – proposta dos marcos teóricos do PP do Curso – pois visam o diálogo, a humanização e a possível mudança do comportamento humano, visto que muitos docentes enfatizaram a importância de respeitar as diversidades, não julgar os pacientes e não ter preconceitos.

Entretanto, ainda não há uma noção da orientação sexual entendida como um direito humano, visto que apenas uma professora ressaltou a orientação sexual como um aspecto de direito dos sujeitos, vejamos:

*Focar o sujeito que tem direito sobre sua
aptidão sexual e merece, no mínimo, respeito.
(Questionário n° 22)*

Há que ressaltar a importância na fala citada do reconhecimento do direito à diversidade de orientação sexual, mesmo que ainda tenha um equívoco no uso da palavra aptidão. E, inclusive, em apenas em uma única resposta foi apontada que a homossexualidade não é uma doença, o que aponta para a necessidade de um maior entendimento sobre a orientação sexual e diversidades:

*Abordagem deveria ser problematizada, sendo
recomendada estudo sobre o tema, e seria
recomendado literatura pertinente, evidente,
que o enfoque seria abrangente, aberto,*

aceitação da opção sexual de cada indivíduo, sem preconceitos, também se poderia recomendar CID – 10, e recomendações já definidas de não ser doença a opção sexual, respeitando amplas percepções, definição sexual cabe a cada ser. Textos sobre médicos com opção sexual diversa do habitual. (Questionário nº 12)

Em síntese, as respostas também ressaltaram o dever de respeitar as diversidades, de promover saúde e inclusão, de combater o preconceito, de incentivar o embasamento científico sobre a homossexualidade, assim como da importância do diálogo informado e da atitude ética, visto que comentários como o exposto no enunciado da questão nº 21 são muito frequentes na prática. Consequentemente, encontramos nas respostas ainda resquícios do não entendimento da orientação sexual compreendida como um direito e uma dimensão inseparável do humano, não tratando-se, portando, de uma “questão de opinião”.

Relembramos, contudo, que nas últimas décadas do século XX o Código Internacional de Doenças (CID-10), o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-V) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) retiraram de suas classificações a homossexualidade como doença e o termo homossexualismo foi abolido. Num Curso de Graduação em Medicina esse dado concreto não pode ser ignorado.

Ressaltamos que o termo “homossexual” foi criado no século XIX pelo austro-húngaro Karl-Maria Benkert (1824-1882), jornalista, tradutor, escritor e defensor dos Direitos Humanos. Além deste termo, Benkert criou os termos “heterossexual” e “monossexual” – referente à masturbação, seja homem ou mulher³⁵. Segundo Guimarães (2009) o termo

³⁵ Karl-Maria Benkert (nome original) nasceu em Viena, na Áustria. Mais tarde, sua família mudou-se para Budapeste, capital da Hungria, e seu nome foi modificado para Károly Mária Kertbeny (nome húngaro). Adiante,

homossexual foi criado no ano de 1869 e, de acordo com Vieira (2009), Benkert lutava pelos direitos das pessoas homossexuais. Portanto, segundo essas fontes citadas, ao criar os termos, principalmente o de homossexual, Benkert não atribuiu-lhes conotações negativas. Logo, não conferiu-lhes um entendimento de desviante ou de anormalidade – como hoje, muitas vezes, ainda é considerado por grande parte da população em geral.

Contudo, nessa mesma época os “[...] psiquiatras começaram a desempenhar um papel fundamental na construção oficial de uma teoria da normalidade e anormalidade sexual.” (VIEIRA, 2009, p. 492). Nesse sentido, a medicina cria classificações de “normalidade” e “anormalidade” – conforme discorrido na seção II – e, especificamente, ainda segundo Vieira (2009), o psiquiatra e sexólogo alemão Richard von Krafft-Ebing se apropria do termo e oficialmente o utiliza na 4ª edição de sua obra *Psychopathia Sexualis* de 1889, que estudava comportamentos e desvios sexuais.

Assim, o termo homossexualismo foi “[...] criado no final do século XIX por médicos [...]” (BORTOLINI, 2008, p. 09) sendo “[...] rapidamente vinculado a uma doença que deveria ser tratada.” (GUIMARÃES, 2009, p. 559, grifo do autor). Destarte, como afirma Vieira (2009, p. 493), a homossexualidade “[...] ao invés de ser descrita enquanto uma variante da sexualidade, como, originalmente pretendia Kertbeny, tornou-se, nas mãos de sexólogos pioneiros tais como Krafft-Ebing, uma descrição médico-moral.”

Consequentemente, como afirma Bortolini (2008, p. 09), assim o termo homossexualismo “[...] carrega uma ideia conservadora que enxerga os homossexuais como doentes ou desviantes.” Nesse sentido, o sufixo “ismo”, associado à palavra homossexual, reforçou

Benkert se mudou para Berlim e se radicou na Alemanha, onde se chamou Karl-Maria Kertbeny (nome alemão). Disponível em: <http://karl-maria-ketbeny.blogspot.com.br/> Acessado em: 06/08/2016.

[...] na representação da palavra os pressupostos da época (religioso-moralista, médico-patológico, jurídico-criminal) para os relacionamentos entre pessoas do mesmo sexo, ou seja, algo de natureza anormal, essencialmente patológico, doente, desviante, perverso, pecaminoso. (FURLANI, 2003, p. 153)

Ao ser substituído pelo sufixo “dade”, promoveu um ressignificado, trouxe “[...] um sentido de expressão, manifestação humana (identidade, felicidade, espontaneidade, sexualidade).” (BORTOLINI, 2008, p. 09). Ainda, o Conselho Federal de Psicologia brasileiro proibiu em 2001 todos os seus profissionais de oferecerem ou realizarem “tratamento” que vise a “cura” da homossexualidade, visto que não é uma doença.

Dando continuidade, alguns docentes relataram que apresentam dificuldade para trabalhar a diversidade e outros aspectos da sexualidade, sendo que muitos relataram a necessidade de orientação sobre o assunto. As respostas puderam ser observadas em diferentes questões que percorriam todos os blocos estruturais. Como pode ser observado em alguns exemplos:

Tive aluno(a) transexual e tive dificuldades para lidar com o assunto. Preciso de orientação para depois orientar alunos. (Questionário nº 24)

Ainda ficamos muito no biológico. Tenho dificuldades também em abordar tal assunto com os estudantes. Devemos nos capacitar, estudar também...e muito. (Questionário nº 11)

Difícil dizer! (Questionário nº 24)

??? (Questionário nº 32)

Acho o tema sexualidade importante nos dias atuais devido grande número de homossexuais que atendemos e as dificuldades que nós

*profissionais e estudantes encontram.
(Questionário nº 09)*

Isto desvela mais um indicador, agora referente à formação profissional e docente, tanto inicial, como a continuada e/ou permanente. As respostas de alguns docentes pode ser reflexo da ausência de espaços intencionais para se trabalhar junto a eles o tema numa perspectiva emancipatória, seja num processo de formação profissional onde a compreensão da dimensão sexualidade muitas vezes pode perpetuar-se num viés repressor por meio do currículo oculto e, nos casos dos formados na área médica, também essa ausência de formação específica pode ser fruto de cursos ancorados no paradigma da Medicina Científica – conforme discutido na seção II. Em ambos os casos resultando numa expropriação da consciência positiva dessa dimensão humana, pois na maioria das vezes, vinculados a abordagens ancoradas no discurso “biológico científico”, reproduzem um viés tecnicista, biológicos reducionistas e fragmentados do humano, em suas práticas profissionais.

Na busca por compreender melhor a formação continuada dos docentes sobre a categoria processo de educação sexual emancipatória, a grande maioria relatou nunca ter participado de alguma formação continuada sobre o assunto. Entre os que já tiveram oportunidade(s) de formação, relataram-se diferentes experiências tanto na própria cidade como na região Sul do país em geral, como por exemplo, congressos e palestras. Foi lembrada, especialmente, a formação ofertada no mês de julho/2015 aos docentes do curso – a qual ocorreu por solicitação do próprio colegiado à uma professora pesquisadora da área de Sexualidade e Gênero, devido a conflitos experienciados com estudante transgênero em alguns cenários do curso.

Para finalizar a explicitação desta etapa, muitos dos/as docentes pesquisados consideraram importante a universidade oferecer formação sobre esse tema da educação sexual, sendo que três deles se posicionaram contra e um salientou que antes

dessa decisão, deveria ser feito um levantamento das opiniões dos docentes, para ver se todos concordariam ou não com a formação. Nessa perspectiva fica evidenciada a não compreensão de que existe sempre uma formação sendo realizada via currículo oculto. Entre os demais, todos consideram importante a universidade oferecer formação sobre o tema. Alguns ainda descreveram que o tema deveria integrar intencionalmente a capacitação docente, como vejamos alguns exemplos:

Sim. Sempre buscando mais informações para esclarecimentos de dúvidas possíveis. (Questionário nº 17)

Considero que este tema deva fazer parte da formação docente continuada da universidade. (Questionário nº 20)

As sugestões metodológicas descritas pelos/as docentes foram as mais variadas possíveis, como por exemplo: roda de conversa, seminários, oficinas, palestras, mesas redondas, cursos de extensão e, claro, dentro da própria metodologia do curso, partindo das vivências.

Sim, a universidade pode oferecer oficinas, palestras, mesas redondas e cursos de capacitação. (Questionário nº 25)

Sim. Através do processo de Educação Permanente, partindo das vivências na prática profissional e docente. (Questionário nº 14)

Sim, como um ciclo pedagógico. Levar histórias e realizar questões de aprendizagem. (Questionário nº 11)

Entretanto, mais algumas contradições brotaram ao final dessas análises, quando em uma resposta, após docente salientar que considera importante o tema e que os profissionais do curso

encontram desafios para trabalhá-lo, ressaltou não considerar importante a formação continuada por não achar necessário e porque não vê o assunto com a devida importância. E em outra resposta, docente da área médica ressaltou ser importante a formação continuada sobre o tema, mas para todos os cursos de Humanas, principalmente a Educação. Isso parece apontar para o entendimento de que profissionais da saúde não precisam refletir sobre processos de educação sexual, sendo dispensável a formação continuada.

A análise dos questionários à luz da categoria principal processo de educação sexual emancipatória foi de extrema importância, visto que o levantamento de seus indicadores nos proporcionou sua visualização mais ampla do perfil dos participantes e já dando pistas sobre a compreensão do prescrito e do vivido pela população dos 34 docentes. Passamos agora para a análise das entrevistas.

4.2.2.3 A análise das entrevistas: conversando com os sujeitos

A Análise de Conteúdo realizada nas entrevistas, como descrito inicialmente, foi pautada em Bardin (2014) e Triviños (2012) e, nesse momento, também com as contribuições também de Moraes (2003). De posse das gravações e, dando sequência a análise iniciada relatada anteriormente, realizamos as transcrições e enviamos por *e-mail* aos participantes para averiguação das informações fornecidas. Concomitantemente, a leitura flutuante era realizada nos textos para começarmos a nos impregnar das impressões e estabelecer contato com o material. Após o retorno da maioria das averiguações, imprimimos todas as entrevistas para sistematizar e organizar a desmontagem dos textos e, assim, colocá-los na linguagem do pesquisador – dando início à segunda fase da análise.

Reafirmamos que o uso dos questionários foi extremamente válido para fazer um levantamento diagnóstico do perfil dos 34 participantes, na busca de pistas, de indicadores da

categoria principal, o que levou a um aprofundamento nas entrevistas e, portanto, trouxeram onde as informações brotaram com mais detalhes e riqueza. Por isso, a análise propriamente dita se completa com as entrevistas e contribui para um importante movimento metodológico numa tessitura que foi-se construindo e reconstruindo, até chegar a categoria emergente.

Neste sentido, com vistas à exploração do material coletado nas entrevistas, retomamos o quadro dos blocos estruturais – desenvolvidos para a criação dos instrumentos de coleta – e arbitramos a utilização de cores para a busca de indicadores. É o que Moraes (2003) denomina de “códigos” utilizados durante a desconstrução e unitarização dos textos, para facilitar a origem dos indicadores. Bem como o foco das análises ser direcionado às falas dos/as entrevistados/as. Os códigos podem ser números, letras ou cores – como no nosso caso e representado pelo quadro abaixo, representados pelo quadro a seguir.

Quadro 06 – Blocos estruturais do prescrito ao vivido separado por cores para nortear a busca de indicadores nas transcrições das entrevistas

Blocos Estruturais	Por quem	Como
1- A busca da compreensão do PPC	1.2 Busca da compreensão sobre o PPC pelos sujeitos (prescrito)	1.2.2 Entrevista com questões norteadoras calçadas nas categorias <i>a priori</i> .
2 – A busca da compreensão de como os sujeitos compreendem o seu caminho profissional	2.1 Busca da compreensão dos sujeitos sobre seu perfil (vivido)	2.1.2 Entrevista com questões norteadoras calçadas nas categorias <i>a priori</i> .
	2.2 Busca da compreensão dos sujeitos sobre a trajetória ao	2.2.2 Entrevista com questões norteadoras calçadas nas categorias <i>a priori</i> .

	vivenciarem a proposta expressa pelo PPC (vivido)	
3 – A busca da compreensão de como os sujeitos compreendem a dimensão sexualidade	3.1 Busca da compreensão dos sujeitos sobre a dimensão sexualidade na sua trajetória de vida e no PPC (vivido)	3.1.2 Entrevista com questões norteadoras calcadas nas categorias <i>a priori</i> .
4 – A busca da compreensão de como os sujeitos compreendem o processo de educação sexual	4.1 Busca da compreensão dos sujeitos sobre o processo de educação sexual no PPC (vivido)	4.1.2 Entrevista com questões norteadoras calcadas nas categorias <i>a priori</i> .
5 – A busca de sugestões e/ou contribuições para a pesquisa	5.1 Busca de sugestões e/ou contribuições fornecidas pelos sujeitos participantes	5.1.2 Entrevista com questão finalizadora sobre sugestões e/ou contribuições.

Fonte: produção da autora, Yared (2016).

Para as entrevistas, tivemos uma população de 15 docentes que se ofereceram voluntariamente para contribuir com a pesquisa. Na busca da compreensão do perfil dos sujeitos entrevistados, destacamos que foram 12 mulheres e 03 homens; sendo 02 bacharéis, 06 especialistas, 05 mestres e 02 doutoras; mais especificamente, 09 médicos/as e 06 não médicos/as. Apenas 02 entrevistas ocorreram no local de trabalho dos/as entrevistados/as, todas as demais ocorreram na própria universidade. A entrevista mais longa durou 59 minutos e a mais breve 21 minutos, apresentando um tempo intermediário de 42 minutos por entrevista. Todas as entrevistas foram transcritas pela autora e enviadas aos entrevistados para aprovação. Neste sentido, a autora enviou *e-mail* duas vezes a cada docente, sendo que onze (11) retornaram o contato, alterando ou não algumas informações e os outros quatro (04) docentes não retornaram o

pedido de verificação, subentendendo, portanto, que estavam de acordo com as informações prestadas.

Na fase de descrição analítica realizou-se a exploração profunda do material, onde todas as entrevistas foram exaustivamente grifadas e separadas pelas cores, processo este denominado por Moraes (2003) de unitarização, pela desmontagem dos textos. Compreende realmente a fase mais longa e trabalhosa. Relembramos que a separação por cores também não fragmenta a ótica da totalidade, pois embora houvesse a separação em blocos estruturais, todas as partes estão relacionadas e interligadas.

Este foi um momento de estudo profundo, onde submetemos o *corpus* a uma descrição detalhada, na busca de indicadores sobre a compreensão dos sujeitos referente a categoria principal, para desvelar processos de educação sexual vividos em uma proposta curricular que propõe mudanças paradigmáticas na formação médica.

Todavia, nessa etapa tornou-se necessário, então, estabelecer os pseudônimos dos participantes das entrevistas. Decidimos buscar por nomes de Deuses, Deusas e seres da mitologia grega relacionados à área médica e a área da saúde e da saúde sexual, conforme apresentamos a seguir:

Quadro 07 – Lista de Deuses, Deusas e seres da mitologia grega utilizados para pseudônimos

Hades	Deus da pós-morte. Deus que comanda as almas depois que as pessoas morrem. Deus que comanda o mundo subterrâneo da mitologia grega (ou Plutão, na mitologia romana). Irmão de Deméter.
Áceso	Deusa dos cuidados de Enfermagem.
Asclépio	Deus da Medicina e da cura. (Do latim: Esculápio)
Epione	Deusa da Saúde e do alívio da dor. (Do latim: Salus) Casada com Asclépio, com o qual teve três filhas: Hygeia, Iaso e Panacéia.
Hygeia	Deusa da Higiene (saúde, limpeza e sanidade).
Iaso	Deusa da Recuperação/Cura.
Panacéia	Deusa de todas as curas (medicamentos e ervas medicinais).

Aglaea	Deusa dos bons fluídos.
Quirón	Ser mitológico presenteado por Zeus, com a constelação de Sagitário, na sua busca pela cura e conhecimento filosófico. Reconhecido como médico dos médicos. Mestre centauro que ensinou Ciências Médicas a Asclépio.
Artemis	Deusa protetora das partunientes.
Afrodite	Deusa da beleza e do amor.
Deméter	Deusa da fertilidade, fartura e abundância.
As Moiras	Eram três irmãs que determinavam o destino, tanto dos Deuses, quanto dos seres humanos. Eram três mulheres lúgubres, responsáveis por fabricar, tecer e cortar aquilo que seria o fio da vida de todos os indivíduos. Durante o trabalho, as moiras fazem uso da Roda da Fortuna, que é o tear utilizado para se tecer os fios.
	Cloto: Deusa dos nascimentos e partos. Do grego: “fiar”, segurava o fuso e tecia do fio da vida.
	Láquesis: Deusa que sorteava o quinhão de atribuições que se ganhava na vida. Do grego: “sortear”, puxava e enrolava o fio tecido.
	Átropos: Deusa que determinava o fim da vida. Do grego: “afastar”, cortava o fio da vida.

Fonte: busca realizada na *web*³⁶, quadro criado pela autora, Yared (2016).

Com o propósito de garantir ao máximo o anonimato dos/das participantes entrevistados/as, ponderamos a seguinte conjuntura: esta pesquisa refere-se a um estudo de caso, portanto, a um *locus* específico. O curso de graduação em Medicina *locus* da pesquisa apresenta um corpo docente multidisciplinar e multiprofissional e no ano de 2015 era composto por um universo de 119 docentes, porém, a grande maioria são formados em cursos de Medicina; os/as

³⁶ Links de acesso: <http://www.infoescola.com/mitologia/mitologia-grega/>
<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=174>
<http://aves.edu.pt/tas/?p=449>
<http://eventosmitologiagrega.blogspot.com.br/2010/11/asclepio-deus-da-medicina.html>
<http://eventosmitologiagrega.blogspot.com.br/2010/07/as-moiras.html>
Acessado em: 22/06/2016.

participantes da pesquisa na etapa do questionário compreende uma população de 34 docentes, sendo que os 15 sujeitos voluntários entrevistados compõem esse mesmo grupo; dentre estes 15 sujeitos, 09 são médicos/as, mas 06 são não médicos/as; a autora da presente pesquisa foi docente do referido curso e reconhece a dinâmica interpessoal do corpo docente; logo, entendemos que expor a identidade de gênero e a formação específica de cada sujeito certamente facilitará sua identificação. Por isso, determinamos que os sujeitos serão mencionados apenas por seus pseudônimos e relacionados à informação de “Med” para docentes médicos/as e “Não-med” para docentes não-médicos/as. Como apresentamos no quadro abaixo:

Quadro 08 – Lista de Pseudônimos dos sujeitos entrevistados

Hades	Med.
Áceso	Não-med.
Asclépio	Med.
Epione	Não-med.
Hygeia	Não-med.
Iaso	Med.
Panacéia	Med.
Aglaea	Med.
Quirón	Med.
Artemis	Med.
Afrodite	Não-med.
Deméter	Med.
Cloto	Não-med.
Láquesis	Med.
Átropos	Não-med.

Fonte: produção da autora, Yared (2016).

A seguir apresentaremos o primeiro levantamento de indicadores, fruto da unitarização do *corpus* pelas cores. Neste momento, todavia, amplifica-se a compreensão para além dos blocos estruturais, mas inclusive, ao roteiro semiestruturado das entrevistas. Além disso, ressaltamos que mantivemos a fala original dos entrevistados, respeitando suas pausas, bem como o

uso de parênteses para expressar emoções (se perceptíveis) durante as respostas.

Na busca da compreensão dos sujeitos sobre o PPC – nos blocos estruturais representados pela cor verde – ressaltamos que, mesmo aparentemente não fundamental, a compreensão total da proposta curricular pelos envolvidos representaria um indicador importante, visto que é um projeto que propõe mudanças paradigmáticas na formação médica e, conseqüentemente, aponta para o entendimento de ser humano na sua inteireza, incluída aí, portanto, a dimensão sexualidade como inseparável do humano. Por isso a busca da compreensão dos docentes sobre o PPC prescrito torna-se algo indissociável da pesquisa. Assim, sobre essa compreensão apresentaremos algumas falas a seguir.

Ao questionar os docentes sobre sua atuação no curso, em “Você recebeu alguma formação específica sobre o PPC ao entrar no curso? E sobre o método? E sobre seu cenário de ensino-aprendizagem?”, registra-se que oito docentes estão desde o início do curso, “início” este que pode ser dividido nos seguintes momentos: entre as discussões iniciais da viabilidade de abertura do curso; da intensa capacitação ofertada; e da construção ano após ano da estrutura curricular. Podemos ressaltar, assim, que esses oito docentes são os que estão a mais tempo no curso, porém, alguns desde as discussões iniciais antes de sua abertura, outros desde a intensa capacitação preparatória para sua abertura e outros desde o andamento inicial do curso, com cada início do ano letivo.

Os docentes que estão desde as discussões iniciais de abertura e que participaram das primeiras capacitações ofertadas declararam que participaram de um processo intenso de formação e discussão coletiva sobre o PPC; alguns desde a criação do próprio PPC. Estes docentes ressaltaram que também tiveram formações ofertadas durante o processo de criação do curso, ano após ano, com o apoio de formadores da Faculdade de Marília – FAMEMA e com uma intensa vivência coletiva

durante a trajetória inicial do curso de graduação em Medicina. Como vemos em alguns exemplos:

Sim. Nós passamos... na realidade eu acho que nós fomos...a primeira leva foi a que mais teve capacitação. (...) A gente fazia muitas oficinas. A gente foi muito capacitado. (Hygeia)

A gente começou a capacitação pra criação do curso em 2003 com um grupo de Marília...e tinha bastante pessoas que participaram desde o início. Mas na parte de elaborar o currículo, especificamente, era um grupo um pouco mais restrito. Mas era o grupo que fazia parte, na época, da educação permanente...o grupo de Avaliação...da coordenação. Nós tínhamos um grupo, não lembro como chamava, mas era um grupo ampliado de coordenação que se reunia sistematicamente. A gente foi construindo, com a ajuda do pessoal de Marília, a proposta do projeto. Na época, projeto político pedagógico, que foi reformado depois. Mas quem ajudou muito foi o pessoal de Marília e esse grupo...que ampliado...quando a gente discutiu todo o currículo, toda a proposta curricular e as bases metodológicas e depois sentou mais especificamente sobre a construção do currículo. Um grupo um pouco menor. Mas era um grupo grande, muitas pessoas. (Quirón)

Um currículo orientado por competências, um currículo integrado. Quando a gente fez o primeiro processo seletivo, que foi apresentada a proposta, eu mal sabia o que era. (...) Então, nas primeiras capacitações eu fiz parte e fui conhecendo aos poucos essa proposta. Pela própria maneira em que a capacitação foi se dando...é...eu fui me identificando muito. Eu considero como um marco na minha vida como pessoa, participar de um currículo né...de uma formação de profissionais como é nesse currículo da Medicina. É um privilégio. Tanto

para estudantes, quanto para professores, estar num currículo que tenha uma flexibilidade e uma possibilidade de relações mais horizontais do que verticais. (...) Foi...acho que foi mais de 200h. É que a gente fazia essas dinâmicas mesmo, simular tutoria, discutir casos... (Epione)

Uhum...veio o pessoal de Marília né, a gente teve toda uma preparação. (...) A gente ajudou a escrever no início [PPC]. (Cloto)

Eu tive aqueles cursos né, que eles fazem pros professores. (...) Veio aquele pessoal da FAMEMA né, nos ensinar e a gente foi lendo e praticando...na verdade é na prática. (Asclépio)

Ressaltamos para o que Hygeia denomina de “primeira leva”, pois aponta o grupo de docentes que tiveram formação mais potencializada. Quirón relata que uma formação intensa, a reflexão interdisciplinar e multiprofissional e o compromisso fez-se necessário como caminho que viesse possibilitar a abertura de um curso que propusesse uma mudança de paradigma da formação médica. Em suas palavras:

Sim, uma formação muito intensa pra mudar a concepção da formação de um novo profissional...que inclusive fosse aberto para essas questões. E pra construção de um currículo diferenciado. Isso levou esse grupo todo a mudar muito as suas concepções, de um modo geral. (...) Mas que evoluiu rapidamente. O nosso grupo construiu isso...tinha pessoas de muitas áreas...desde antropologia, sociologia, outras áreas da saúde...então foi uma construção coletiva muito rica. (Quirón)

Todavia, os outros docentes registraram que, de forma geral, não tiveram uma formação intensa e aprofundada como a relatada anteriormente. Alguns relataram que tiveram formação

ao entrar no curso, mas com menor carga horária ou tiveram apenas orientações de como trabalhar as estratégias metodológicas do curso ou simplesmente não tiveram nenhuma formação. Como vejamos alguns exemplos:

Não! No tranco! Totalmente. (Deméter)

Se eu tive alguma capacitação? Não. (Áceso)

Não. Depois...aliás, a gente recebe o caderno do professor, que explica é...como é o método, as formas de avaliação, tudo, mas não teve uma capacitação em si. Embora eu já fui convidado para capacitação várias vezes, (...) sempre que dá, que eu consigo acompanhar, mas via de regra eu tenho plantão (...) e acabo não indo. Né? Mas tem um grupo de capacitação. Agora final de semana teve um. (Hades)

Quando eu cheguei, todo mundo me ensinou... "ah...a metodologia, o PBL é isso, essas são as etapas, a tutoria vai se dar mais ou menos nesse ritmo, nesse processo...". (Láquesis)

Os relatos apresentados pelos docentes que não participaram dos anos iniciais de criação do curso vem ao encontro do que aponta Quirón sobre as lacunas no processo de educação permanente.

Eu acho que falta muito no curso...principalmente o processo da educação permanente. Eu acho que é o que realmente faz diferença. Discutir a prática. (...) Como nós tínhamos toda a quarta-feira a noite. Hoje nós temos uma reunião de colegiado por mês. Nós íamos frequentemente aos cenários...hoje se vai pouco. Eu acho que o curso perdeu muito dessa grande coisa que pra mim é fundamental, que é a educação permanente. (...) O que muda a prática é a educação permanente. (Quirón)

Os plantões aparecem como um empecilho para que Hades participe das capacitações. Ainda, algumas das capacitações que ocorrerem, relatadas por alguns docentes, foram descritas como sendo “simulações de tutoria” ou “simulações de ciclo” na forma de “mini-capacitações” ou durante as reuniões das quartas-feiras. Senão vejamos:

Pelo grupo de tutores. As formações, as capacitações vieram ao longo do...do tempo né. Mas pra início não, foi o pessoal do grupo de tutores que me acolheu e...entramos eu e outra professora e aí eles nos capacitaram assim, porque a gente entrou no 2º semestre. (Átropos)

Fiz uma capacitação para o PBL, pois vim do tradicional. (...) Entrei no PBL e fiz uma mini-capacitação. Simularam uma tutoria comigo, uma abertura de ciclo, na verdade não sabia qual o cenário que eu ia né. Daí eu li umas coisas sobre o tema, metodologia...daí eu gostei sabe, da proposta assim. E hoje gosto bastante, tanto que eu quero continuar nessa área acadêmica. Por isso que quero tentar fazer o mestrado. (Láquesis)

Sim, tinha uma capacitação...como tem todo ano...aí a gente foi apresentado ao método...e...mas não foi nada assim, muito extenso, sabe. Eu não vou lembrar exatamente quantos dias foram. Mas eu lembro que teve, teve uma capacitação e tinha outros professores entrando também na mesma época e a gente fez aquela capacitação basicamente...é...relacionada ao método. Né. E só. (Aglaea)

Sim. Um pouco eu tinha já de casa né, por causa da minha filha (risos) porque ela sempre chegava contando e tudo assim...mas a outra foi a formação que eu...nas reuniões de quarta-feira né. Foi ali realmente que eu conheci o curso.

Então, escutando os colegas né, que já estavam no curso a mais tempo, é...professores que tem bastante conhecimento da metodologia...foi assim. E aí depois eu fiz o curso de capacitação né, de...não lembro agora o nome do curso... (Iaso)

Registramos a motivação de Láquesis provocada pelo novo conhecimento, visto que despertou sua vontade de continuar na área acadêmica e realizar um curso *Stricto sensu* – mestrado. Contudo, as falas sugerem momentos mais pontuais de formação, significativamente curtas – se comparadas com as formações ofertadas durante a criação e o início do curso – e possivelmente focadas nas estratégias de ensino-aprendizagem. Como vemos:

Então, nós tivemos, sei lá...duas, três semanas para nos inserirmos na metodologia, porque pra mim também era novidade né. (Átropos)

Não...eles falaram pra mim...deram os cadernos...assim... [professores] falaram aqui da metodologia, então não sei se é isso...é...a informação, essa informação assim foi passada. Eu participo dos cursos que dão pros professores, só que não foi logo ali no começo, foi depois na metade do ano né. (Áceso)

Eu tive uma primeira orientação (...) me [passaram] uma orientação sobre o método, de uma forma mais formal né...eu tinha uma orientação informal, já tinha lido material sobre o método antes. (Artemis)

Artemis relatou já conhecer as estratégias metodológicas do curso devido ao contato com uma amiga médica, docente do curso, e que lhe enviou os materiais antes mesmo de ser membro do corpo docente. Em suas palavras:

Na verdade, eu tenho uma amiga médica, que trabalha no mesmo posto que eu trabalhava, que também é professora. E ela sempre cutucava... “tamos precisando, vai, você tem perfil, acho que você vai gostar”...e eu conheci o método por ela. E aí ela me deu o material e eu li e gostei, aí vim, deixei meu currículo e quando precisou, [entraram] em contato. Então eu tinha uma noção informal. (Artemis)

Diante das respostas apresentadas pelos professores, que apontavam para a ausência de uma formação mais consistente e aprofundada, como as que os docentes mais antigos relataram, na tentativa de evitar possíveis lacunas, foi perguntado se tiveram acesso ao Projeto Pedagógico do Curso, o PPC. Vejamos algumas respostas:

Como assim...projeto... (Láquesis)

Acesso a que? (Iaso)

O projeto pedagógico? Não lembro na época se eu recebi. (Aglaea)

Sim, sim. Tanto que ali eu...daí eu comprei alguns livros a respeito disso, fui dar uma olhada, entendeu, sobre o método, em alguma coisa que eu tinha dificuldade, daí eu ia pesquisar. (Deméter)

Sim...ao caderno do estudante...me passaram alguns artigos sobre PBL né...e a metodologia em si, bastante referencial da FAMEMA também, que acho que o curso se baseia bastante né. E as próprias experiências assim, casado com toda essa parte teórica, vieram muitas experiências deles né. E isso..fiz toda diferença, porque nada melhor do que a gente ver como funciona no dia a dia né, no papel é muito diferente. (Átropos)

Registra-se a ação pró ativa de Deméter ao relatar sua busca por mais referenciais e leituras devido a dificuldade presenciada.

Porém, diante das primeiras respostas, a pesquisa fez-se uma ação afirmativa ao nome do documento, juntamente com sua exposição em cópia física, para que os/as participantes, se quissem, até folhassem o PPC. Vejamos a seguir algumas das respostas a esta provocação.

Ah sim, esse aqui sim...aham...do método, como que era né...a problematização. [folhando] Uhum...esse aqui eu acho que recebi sim. (Láquesis)

Eu não vou dizer que eu li todo, mas eu já li...algumas partes dele. (folhando)

Aham. Eu acho que não foi logo quando eu entrei no curso. Eu acho que foi depois que...depois, com o passar do tempo, nas outras capacitações que foram se...se fazendo ao longo dos anos...e aí foi que eu entrei em contato com...com o projeto pedagógico do curso. (Aglaea)

Iaso respondeu que não teve acesso ao PPC quando entrou no curso e que nunca leu o documento. Quando questionada sobre uma possível participação em alguma formação específica que falasse do PPC, não somente das estratégias metodológicas, respondeu:

Não me lembro...sinceramente...não me lembro. Dessa vez aí eu não vou saber te responder. (Iaso)

Artemis também relata que, ao entrar no curso, teve uma orientação específica sobre as estratégias metodológicas:

Acho que assim...mais...o que eu lembro assim...quando cheguei...que além de ter lido

isso, de [terem]me falado...que aí eu pedi bibliografia né...aí ele disse “te vira”...(risos)...mas é um “te vira” que eu consegui entender sabe...tenho muitas coisas pra procurar, porque senão acaba sendo contraditório o que o método propõem. Se estou propondo uma coisa pro aluno, porque que vou tratar diferente...de uma certa forma? Quer dizer, eu tive uma informação, tive as apostilas, que dão orientação...eu tive o suporte deles...mas, mais sobre o método...tem muita coisa né... E aí eu acabei indo procurar, lendo, me informar...então a princípio veio assim, mas eu entendi dessa forma também né, de uma certa forma de treinar como é que funciona o método né. (Artemis)

Numa descrição mais aprofundada, registra-se que na fala de Artemis pode ser percebido ser o centro das orientações que recebeu quando entrou no curso, a questão das estratégias metodológicas. Relembramos que a compreensão do PPC como um todo é de extrema relevância, visto que, se o projeto não é vivenciado em sua plenitude, tanto no prescrito como no vivido, a possibilidade de se vivenciar um processo de educação sexual numa perspectiva emancipatória também fica comprometido. Desse modo, as respostas apresentadas parecem apontar para um não entendimento de que a proposta curricular do curso está pautada para além das estratégias metodológicas, mas também e principalmente pautado em seus marcos teóricos, que visam a mudança paradigmática na formação de futuros médicos. As estratégias de ensino e aprendizagem adotadas pelo curso seriam ferramentas metodológicas utilizadas para tornar vivo este processo.

Outro indicador presente em muitas respostas foram as reuniões obrigatória das quartas-feiras, que também resultou em diferentes compreensões. Sobre seu objetivo, tivemos alguns relatos:

Objetivo sempre foi fazer educação permanente mesmo. Olhar a prática. (...) Nós fazemos capacitação docente...fizemos formação docente em forma de projeto de extensão. A gente tem feito capacitações mensalmente, que dura o ano todo. A gente faz todas as quartas-feiras. Às vezes é com os novos...às vezes é com todo mundo...às vezes é só com ano [específico]... No momento nós estamos fazendo...até o final do ano agora...toda quarta-feira...ano. (Panacéia)

Pois é! Eu também não sei...(risos)...quais seriam os objetivos da quarta-feira? Educação permanente, eles falam...a gente vem na quarta pra fazer as provas, pra corrigir, a gente combina entre nós. (Láquesis)

A quarta-feira é pra trabalhar a educação permanente. É onde os professores, todos do curso, teriam que vir pra...pra trabalhar com o núcleo de apoio pedagógico...que seria os profissionais da Avaliação e do EDUPE. (Afrodite)

Nas respostas apresentadas, é possível perceber a contradição existente sobre o real entendimento deste momento de compromisso docente, que são as reuniões das quartas-feiras. Ainda, algumas reclamações são registradas, como por exemplo, a falta constante de colegas e a repetição das abordagens nos encontros devido a entrada de professores novos. Iaso também reflete sobre os encontros:

Ah, bem bom. (Pausa longa) Eu acho assim...é...falta um pouco ainda sabe? Nessas quartas-feiras...porque o que acontece...entra muito professor novo. Então assim...eu sempre digo, tudo o que a gente escuta, a gente agrega...conhecimento...e vai melhorando. Né? Só que chega uma fase assim, que a gente tá sempre voltando atrás. Porque entra um professor novo, aí você tem que voltar.

Então...essa capacitação das quartas-feiras é...é muito boa! Mas eu acho que pra quem já vai ficando a mais tempo ela vai se tornando cansativa. (Iaso)

A constante entrada de professores novos é justificada na compreensão de Afrodite e Panacéia, por haver grande rotatividade no curso. E Panacéia revela a dificuldade de sensibilizar o/a profissional da área médica sobre a importância da formação continuada em sua ação pedagógica.

Alguns ficaram [do grupo inicial]. Alguns ficaram. Hoje nós temos assim, uma...a grande maioria é...são novos profissionais que estão. Há uma grande rotatividade. (Afrodite)

Quando o professor...quando, por exemplo, tem novos professores, a gente sempre faz uma capacitação no começo do ano também. Pra eles que chegam. (...)Alguns vem, outros não. (...) [não vem] porque não tem interesse em melhorar sua prática né, acha que o que tá fazendo tá bom. Então a gente tem que chamar individualmente. (...) Eu tenho que dizer pra ele que aqui ele é professor e não médico. Mas o médico se forma professor ao longo do tempo. E isso demora. (Panacéia)

Ainda assim, Afrodite ressalta que tudo o que existe hoje no curso foi construído coletivamente, inclusive os instrumentos de avaliação ou a necessidade de alguma mudança específica. Porém afirma que um número grande de pessoas dificulta a junção dos grupos. Em suas palavras:

Antes...nós tínhamos...por ser um grupo menor, nós éramos...a questão de agregar era mais fácil. A questão de pertencimento, de estar junto. Depois o grupo começou a crescer...aí veio junto o crescimento do grupo...tanto em número de professores quanto de estudantes...a

dificuldade de fazer a junção dos grupos...de organizar os grupos...os encontros durante a semana. É...imaginava-se...hoje tem cento e poucos profissionais...virão quase todos...uma vez que todos sabem que quando ingressam no curso que nas quartas-feiras tem esses períodos pra discussão. E às vezes não é muito valorizado. Então isso se perdeu um pouco em função desse número de pessoas que está. Não digo que seja o número de pessoas, mas a dificuldade de articular as diversas agendas...e tudo o mais. (Afrodite)

Contudo, as faltas são constantes, seja pela repetição nas formações que geram desinteresse, seja pela não existência de uma motivação financeira no exercício da profissão de professor comparado ao exercício profissional da medicina, seja pelo desafio instaurado pela ação pedagógica ou a falta de discussão sobre o próprio PPC.

Já escutei de tudo. Já escutei assim...“que eu não deixo de ir pro meu consultório, porque eu ganho mais no consultório do que vindo pra uma reunião”...já escutei outros colegas, talvez mais interessados, que dizem a mesma coisa que eu digo, né...assim...você vem na primeira, vem na segunda, aí você começa a ver que tá vendo tudo de novo que você já sabia ou que você já tinha conhecimento. Então não tá crescendo. (Iaso)

Nos cursos de Medicina você tem médicos ensinando. Você não tem alguém que fez...mesmo que fosse um...na medicina tradicional...você não passa por uma capacitação para ser professor. E isso acaba influenciando. Sempre [falam] que a intenção de ter essas reuniões [das quartas-feiras] é exatamente pra tentar formar um pouco mais o profissional médico também professor, mas é que...vai cair naquela questão...poxa, é tão

confortável pra mim...ficar na minha zona de conforto né... (Hades)

A quarta-feira se esvaziou né...é uma reunião de colegiado que é obrigatória, onde se discutem basicamente coisas administrativas...na maioria das vezes, mais alguma coisa...os problemas imediatos. Não se discute estratégia, nunca mais se discutiu currículo. (Quirón)

“Porque eu acho que as reuniões não são muito produtivas. Depende. Por exemplo, quarta passada era a reunião só [do nosso ano] com o EDUPE. E a gente veio...todos...foi muito bom...fiz levantamento...acho que tem que melhorar isso, melhorar aquilo... Beleza. Agora...às vezes tem reunião do PSC com a tutoria...com não sei o que...e desanda sabe? Não desenrola o negócio. Daí a gente vem aqui e às vezes tão falando um negócio que não tem nada a ver com a gente. Então...às vezes por isso que...eu acho que as pessoas faltam. (Láquesis)

Neste sentido, percebe-se indicadores de maneira geral, de como os próprios docentes percebem atuação do próprio colegiado, se está correspondendo à proposta do PPC. Senão vejamos alguns exemplos:

Olha, como eu te disse, é muito segmentado. Eu...alguns professores que a gente tem contato mais perto, eu acho que atende. Eu acho que são bons professores, professores interessados. (...) Mas assim...no geral...eu acho assim...que...os professores atendem ao que é pedido pelo curso assim. Claro, sempre tem aqueles que se sobressaem, tem aqueles que são...é...não digo desinteressados, mas às vezes, de tanto tá naquela mesmice, eu acho que falta assim...uma chacoalhada, uma coisa diferente pra...pra voltar a ver o que era. Sabe...eu não sei se às vezes não vale a pena mudar, mudar...tipo, o professor que faz 10 anos que é tutor. Sei lá...põe

ele no LPP...põe ele no...diferente assim...às vezes um que é só LPP...põe na tutoria. Pra ver se o professor dá uma... (Iaso)

Os espaços que nós tínhamos para fazer essas discussões e as auto avaliações...deles...e a gente fazer esse acompanhamento...seria nessas discussões de quarta-feira. (...) A gente percebe que tem professores que veem bem próximo, desenvolvendo suas atividades pedagógicas muito próximo ou além do que está prescrito no projeto. E há professores ainda...pela questão da formação e pela fragilidade nossa também [do curso]...de não atender nas capacitações essa questão...ainda com aquele olhar muito só conteudista. Muito flexneriana né. (Afrodite)

Relembramos que, referente a proposta de Iaso para que houvesse uma rotatividade de cenários como possível “chacoalhada” aos docentes, acreditamos isso já ser uma realidade frente ao resultado apresentado no Gráfico nº 02.

Destarte, sobre dar vida ao PPC, Quirón vai ao encontro de Afrodite, descrevendo a herança do paradigma tradicional que resulta em desafios na formação dos/as novos/as médico/as, porém, já com resultados positivos.

Ainda essa visão tradicional do médico né...a construção social...a representação social do médico é ainda aquela do médico especialista trabalhando no seu consultório e ganhando muito dinheiro. No hospital, no consultório e ganhando muito dinheiro. Trabalhando de preferência com clientes particulares ou de convênio, longe do SUS. Ainda prevalece essa visão, essa representação social do médico. É difícil modificar porque é uma questão construída ao longo de...de séculos né. Então é difícil mudar. Mas a gente consegue alguns resultados interessantes. Algumas dessas pessoas com uma visão já diferente. (Quirón)

Iaso chama a atenção para o possível desinteresse pela ação pedagógica e reitera que o professor médico/a, em sua opinião, não vê na universidade um espaço pedagógico para priorização de sua atuação.

Porque assim ó...todo ano a gente acaba ficando com o mesmo ano, então não deixa de ser uma repetição. Então...às vezes...eu vejo que tem uns alguns colegas que tem consultório, fazem plantão, então aquilo se torna assim...uma brecha, ele vem na faculdade por uma brecha. Não é o foco principal dele. (Iaso)

E, inclusive, alerta sobre uma possível desvalorização do curso por parte de alguns próprios colegas docentes. Em suas palavras:

Tem muitos colegas que não valorizam o curso. (...) Porque daí sempre tem uma justificativa...“to de plantão”...“to na emergência”...to não sei o que. E infelizmente né, a gente acaba...a gente digo, a coordenação acaba cedendo porque você não tem um número adequado. Tanto é que tem professor que tem que ter duas turmas...tem que ficar se dividindo e tudo...né...porque não tem quantidade de professor adequado assim...pra tá...o curso, digamos assim, dispensando qualquer professor só porque ele tá faltando uma reunião de quarta-feira. (Iaso)

Apesar disso, Láquesis ressalta que falta formação para os professores e Iaso reafirma sua preocupação com a qualidade das formações continuadas, para que sejam mais estimulantes e interessantes, tanto para os que estão sempre presentes, como para possivelmente se tornar um atrativo aos colegas faltantes.

Não sei te dizer assim...mas eu acho que falta um pouco assim sabe...uma preparação melhor dos professores. (Láquesis)

*Sei lá...se as quartas-feiras dos primeiro três meses fossem pra esses professores novatos e daí pra frente a gente participasse. Senão aqui começa a ser maçante. E aí você vem numa, vem noutra, uma coisa que eu acho que desestimula bastante. Eu acho que mais que...mais que 90% dos professores não vem nessas reuniões. Então é um grande problema que nós temos. (...)
Somos sempre os mesmos. (Iaso)*

Preocupações estas, conforme exposto até o momento diante das respostas apresentadas, que vem ao encontro dos relatos apresentados por docentes que se encontram no curso desde o seu início – especialmente a capacitação docente. Como vejamos alguns exemplos:

Eles fazem uma capacitação muito...assim...eu até nem sei se teve mais...mas eu lembro que alguns anos atrás tinha a...assim...acho que eram duas ou três dias de conversa, o EDUPE...(...) mas eu lembro que alguns anos atrás eu participei de algumas capacitações aonde a gente simulava tutorias. Faz uns três anos que eu não vi mais esse movimento. Eu não posso te falar assim...como que está o treinamento...mas os nossos últimos que entraram, quem teve que dar o treinamento foram nós mesmos. Então a gente conversou, trouxe o material né...(...) mas assim...isso que eu falo...nós não somos preparados pra capacitar. Hoje nós precisamos de capacitação. Então eu acho que isso o curso perdeu muito. Sabe...essa parte do investir em capacitação. (...) Então...assim...capacitação a gente teve muita. E eu, o que eu acho, a fragilidade do curso é isso. Não ter capacitação. (...) Nós até tentamos fazer... (...) mas não é a mesma coisa que você trazer um pessoal que já tá preparado, que dá consultoria...porque eles são profissionais. Eles estudaram muito a

metodologia, eles foram pra fora do país...né...então, eles trazem uma bagagem que nós não temos para repassar. (Hygeia)

Então eu vejo hoje o curso como um...perdeu muita coisa da sua proposta original. E isso vai fazendo com que cada um faça meio do seu jeito. Não tem uma discussão...isso é natural no ser humano. Quando você tem dificuldade para mudar ou alguma dúvida, você faz o jeito que você sempre soube fazer...onde você se sente mais seguro. Então eu vejo...eu acho que é hora...tá na hora do curso retomar muito das coisas que se perdeu. Acho que é fundamental. (Quirón)

Entendemos que a não vivência em plenitude da proposta curricular, poderá, conseqüentemente, resultar no insucesso do desenvolvimento do perfil profissiográfico almejado pelo curso, bem como de seus objetivos específicos, visto que o PPC em si, sem seus docentes dando vida ao prescrito, não garantirá essa formação. Como relatam alguns docentes:

O currículo não garante. O que garante é a implementação do currículo. Que é a grande dificuldade né. (...) O grande problema é, eu repito, a implementação do currículo. A gente não sabe...como nós não estamos avaliando o programa...não sabemos como isso está acontecendo lá na prática. Ele favorece o aprendizado a partir da prática, pelas suas características, quase que como por osmose...mas isso não...no meu ponto de vista não é suficiente para formar um profissional com todos esses requisitos que nós colocamos no currículo. (Quirón)

É. Falta nós colocar...mas a gente põe muita coisa disso em prática. (...) A gente tem cada vez mais estudantes na atenção, médicos que se formam na atenção básica...mas também

continuam com olhar de especialista né. (Panacéia)

Então assim ó...tá se enchendo...vem as pessoas...cada um faz do seu jeito. Tem professores que...não é o processo tutorial, são aulas...né...e assim...tudo o que tu tenta construir, às vezes...(...) lá dentro do hospital se desconstrói tudo. Em alguns momentos...em alguns cenários. Porque assim...se pensar, essa metodologia...ela dá bastante trabalho. Pro professor é bem mais difícil. Porque você tem que estar sempre estudando. Tu sabe. (Hygeia)

Todavia, Asclépio também registra em sua fala que já observou estudantes com discursos contraditórios de suas posturas e aponta para que o processo de humanização do futuro profissional médico ainda está falho. Em suas palavras:

E gente que eu via assim...poxa vida, vão sair bons profissionais. (...) E sai dali, é outra coisa. É o que reflete na nossa sociedade, infelizmente. Não vamos ser hipócritas de dizer que todo mundo é santo. Mas o que eles pensam é assim...é status...vou trabalhar no hospital...vou trabalhar em tal especialidade... Não que todo mundo tenha que sair um médico de família e comunidade. Não tem. Não é obrigado. Pra nós, quanto mais qualidade ficar e gostar, pra mim é ótimo. Não quero um volume lá só pra dizer que tá fazendo especialidade. Eu quero um cara com qualidade e que tenha vontade de trabalhar. Porque realmente aí, dá vontade de você trabalhar com essa pessoa. (Asclépio)

A formação docente, ao que aponta os relatos do/as docentes, se transforma em desafio principalmente aos profissionais da área médica, visto que muitos desses profissionais possuem outros locais de atuação e talvez nunca se imaginaram professores. Senão vejamos alguns exemplos:

Eu nunca me imaginei professora. E de repente...tive uma oportunidade. (Iaso)

Olha...acabei me descobrindo professor (risos) Não era...não imaginava. Se sáisse da faculdade e dissesse que ia ser professor... (...) De início foi a ideia de passar a minha experiência né...aí eu fui aprendendo os passos...depois teve a residência também e acabei me empolgando com a ideia. Gostei da...o transmitir aquilo que tu sabe...o teu saber e ao mesmo envolve...no sentido assim...eu não vou transmitir, eu também vou aprender. Né...que o aluno tá me ensinando também e tá me forçando a estudar. Tu vai só trabalhar, tu acaba se acomodando. E aqui não, tu é forçado a estudar, se ver atualizado né. (Asclépio)

Assim que me tornei professora. Nunca me imaginei professora porque na verdade, o médico, ele...a gente é muito prático, muito...é muito diferente. O ser professora né... (...) E hoje eu sou muito realizada como professora. (...) Minha grande satisfação profissional hoje é estar no curso de medicina! Mais do que ser médica. (Panacéia)

Então...foi...tavam precisando. Sabiam né...como a cidade é pequena e eu conhecia todo mundo. [outra cidade] (...) E eles precisavam porque tinha procura. E aí me ofereceram. E aí eu fui. E comecei assim (risos)...e eu sempre falei assim...eu não me sinto professora sabe? Eu estou professora. Eu me sinto médica e contribuo com a minha experiência né... A [minha especialidade] pra mim era mais tranquilo, porque é uma área que eu domino, que me sinto segura, que tenho paixão, então era muito mais fácil. E aqui é trocar experiência...dizer como se faz...na unidade de saúde mostrar pro aluno como você faz...e na tutoria orientar né...o que que tem pra estudar,

como é que tem que estudar...então é diferente. (...) Mas eu gosto de ser médica. (risos) Não gosto tanto de ser professora...eu acho que a responsabilidade é muito grande! (Artemis)

Porém, Quirón adverte sobre a importância da compreensão crítica sobre a distinção entre ser bom médico/a e ser bom professor/a. Em suas palavras:

Até porque o médico também tem que compreender que, uma das dificuldades que a gente tem [o curso], o médico achar que porque ele é um bom médico, ele é um bom professor. A formação de um bom professor é uma coisa extremamente específica. Exige uma formação, uma dedicação, estudo e preparação pra isso. E é difícil convencer muitos dos médicos até hoje né...de que eles precisam se preparar. (...) Então são coisas que a gente tem que superar. (Quirón)

Nesse ponto de vista, ao final da conversa com Iaso, relembando a ausência de formação na entrada do curso por ela relatada, bem como o possível desconhecimento do projeto curricular e as capacitações das quartas-feiras ditas desmotivadoras, conseqüentemente, isso aponta para o não desenvolvimento da proposta efetivamente, ou seja, em sua plenitude. Ao que ela responde:

Não. Se pensar por esse lado não. (Pausa longa) Se pensar por esse lado acredito que não. E a gente vê muito, justamente pela falta de contato e se o professor não tiver interesse e correr atrás, ele faz tudo errado. A gente cansa de ver isso nas reuniões. (Iaso)

Na busca por mais detalhes sobre a situação por ela relatada, acrescenta:

Digamos assim...tem professores que entram novatos, não tem contato com a metodologia mesmo né...com a estrutura do curso e tudo...e aí vão fazendo tipo de orelhada né. Então daí chegam às vezes na reunião ali e falam uns absurdos assim...que você pensa “ué, mas como que não sabe isso?”. Porque não teve contato. Simplesmente foi contrato e...colocado pra dar aula. Não teve formação. (Iaso)

As contradições aqui desveladas ressaltam possíveis lacunas presentes na compreensão do PPC em sua totalidade, como no processo de formação docente, ambos relatados nas falas dos/as professores/as entrevistados/as. Isso pode ser reflexo dos desafios instaurados em propostas curriculares que se propõe inovadores na formação profissional, em especial na formação médica, visto que muitos de nós, senão grande maioria, fomos formados ainda em um paradigma tradicional de educação e vivemos ainda sob sua forte influência no cotidiano.

Conforme até solicitado por muitos/as docentes, o fortalecimento da formação permanente pode resultar numa possível superação das contradições e lacunas apresentadas, pois resgatar as discussões sobre o PPC, seus marcos teóricos e estratégias de ensino-aprendizagem como caminho de vida desse projeto, pode resultar em práticas pedagógicas vividas também em plenitude com o PPC prescrito. Epione descreve, assim, a importância de refletir filosoficamente:

Não...[formação] do que nós tivemos, quando entramos? Não, não...não tem. [Influencia?] Ah, com certeza. Com certeza. Porque a gente mergulhou nesse processo, nessa formação. Ela não foi uma formação...hum...tradicional. Ela foi um processo de educação permanente mesmo. Foi pensar junto, discutir junto, construir juntos né...e os professores que chegam hoje, eles chegam e se inserem em grupos que já estão caminhando, não tem preparo para isso né...(...) e vão aprendendo à

medida que eles vão é...vendo. Então...(...) eu me sinto uma privilegiada por ter passado por um processo de capacitação né...em que a gente precisou refletir filosoficamente, sabe? Sobre o que é essa proposta curricular...(...)...de formação de profissionais com uma visão mais ampliada. Acho que eles aprendem, claro que aprendem, tanto quanto a gente ou mais, mas deve ser um processo mais...mais assim..traumático...porque é...é no fazer, no dia a dia mesmo. Não tem preparo pra chegar. (Epione)

Ainda, algumas falas ressaltaram a importância de se resgatar a formação docente justamente porque, na atualidade, as demandas apresentadas já são diferentes das anteriores, o que aponta, portanto, para o inacabamento humano, já que estamos em movimento constante de transformação. Senão vejamos:

E é o que eu sempre falo...eu acho que nós precisamos ainda de capacitação. Porque as nossas necessidades hoje são diferentes daquela do início. E isso eu acho que fragiliza o curso. (Hygeia)

Eu acho que o curso perdeu muito hoje, da sua capacidade de qualificar as pessoas. Acho que a educação permanente se perdeu muito nesse tempo. A gente era mais...embora a participação não fosse muito efetiva, mas existia toda semana um grupo de educação permanente à disposição para discutir com as pessoas. Sobre todos os aspectos. Desde a sua...a partir da sua vivência prática. Isso praticamente não acontece mais hoje. Nós tínhamos capacitações...para esses professores...bem mais ampla, bem organizadas, onde se faziam, por exemplo, simulações de tutorias, simulações de ciclos de aprendizagem com os próprios professores. Às vezes até fazemos com a participação de estudantes pra colocar o mais próximo da

realidade. Pra que esses professores se apropriassem da metodologia. Discutimos a parte teórica... Hoje eu vejo que esses professores são chamados...e se explica pra eles como é o currículo...e eles vão pra prática...e eles vão aprendendo meio que por conta. Então eu acho que o curso perdeu muito em relação a isso. (Quirón)

Ressaltamos o relato de Epione, que descreve as formações iniciais que tivera para a abertura do curso como um marco em sua vida, reforçando a importância da formação mais aprofundada como algo que possibilita a verdadeira transformação dos seres humanos, isto é, que possibilitaria a transformação paradigmática, foco inclusive, da proposta do curso. Em suas palavras:

Foi uma mudança...um desconstruir né... Tudo que se acreditava como...é...fundamental pro processo de educação no ensino superior... (...) foi uma mudança de olhar. De uma coisa muito centrada no professor e passa a ser partilhada com os estudantes e com outros colegas também. Não sou eu, sozinha, em uma sala de aula. Sou eu com mais cinco ou dez colegas e mais cinquenta estudantes juntos, pensando em como desenvolver esses conteúdos...em como aprender...em como aprender a se relacionar...a resolver conflitos...a conversar sobre isso...então, é uma mudança. É um paradigma! (risos) (Epione)

Finalizamos estas primeiras explicações com a fala de Quirón, ao reforçar o alerta da importância da práxis pois, assim, possivelmente, este ser o caminho na pretensão do resgate do perfil profissiográfico almejado pelo curso. Em suas palavras:

O sonho era formar um médico generalista, que percebesse a saúde como...determinada por fatores não apenas biológicos, mas sociais,

culturais, econômicos. E que tivesse uma visão crítica, que conseguisse analisar criticamente as informações, de todas as ordens, desde uma produção científica até essa visão mais ampliada de saúde. Na verdade...o que a gente sempre discutia aqui...que esse profissional tivesse uma visão ampliada do processo saúde-doença. Não apenas como uma determinação biológica...mas com todos esses outros ingredientes que fazem parte da nossa vida. E como isso interfere. Que ele não tivesse a visão tão hospitalocêntrica da formação médica tradicional, tão direcionada para as especialidades. E é um desafio que persiste. Continua até hoje. Na verdade o currículo...ele vai muito bem com essa visão até uma altura...na medica que os estudantes começam a ter mais contato com os especialistas, eles...como o médico ainda tem essas...o médicos que estão em exercício, que tem mais sucesso profissional ainda são formados nessa perspectiva...eles acabam induzindo muito o estudante por essa ideia da especialização. Também tem fatores evidentemente econômicos, os especialistas acabam tendo um retorno financeiro muito maior, isso acaba influenciando também. Ainda é uma luta. (Quirón)

Por fim, reforçamos a importância dos destaques feitos sobre a necessidade de compreensão do PPC, por entendermos ser este o cerne do curso, que é o *locus* onde ocorrem os processos permanentes de educação sexual, pois parafraseando Carvalho et al (2012), no entendimento dessa categoria, queiramos ou não, saibamos ou não, somos sempre educadores sexuais uns dos outros, em todos os momentos (CARVALHO et al, 2012).

Constatou-se, de forma geral, a partir das falas dos entrevistados, que os docentes que estão presentes desde as reflexões iniciais do curso, durante os primeiros anos de sua

criação, especialmente aqueles que participaram das formações com maior carga horária, possivelmente apontam para uma compreensão mais aprofundada do prescrito no PPC. As falas sugerem que, ao passar dos anos, as formações docentes perderam força e os professores novos não passam por um processo de reflexão paradigmática, tendo suas capacitações/orientações/formações muito focadas nas estratégias de ensino e aprendizagem, expropriados de discussões epistemológicas, sendo ambas, porém, de extrema importância para a vivência em plenitude do PPC.

Contudo, em nossa análise a partir do método dialético, entendemos que as estratégias de ensino e aprendizagem adotadas pelo curso – o PBL e a problematização, tão citados nas falas dos entrevistados – não representam a reprodução ideal do movimento real do nosso fenômeno em estudo porque não representam o ponto de partida do conhecimento, ou seja, as estratégias metodológicas representam a aparência do objeto, não a essência (NETTO, 2016). E essa essência é que deve ser o eixo paradigmático do curso.

Em sequência, ascendemos às análises dos seguintes blocos estruturais nº 2.2, nº 3 e nº 4, aqui representados também pelas cores azul, rosa e roxo, a relembrar abaixo.

Quadro 09 – Recorte dos blocos estruturais do prescrito ao vivido separados por cores com foco na categoria principal

Blocos Estruturais	Por quem	Como
2 – A busca da compreensão de como os sujeitos compreendem o seu caminho profissional	2.2 Busca da compreensão dos sujeitos sobre a trajetória ao vivenciarem a proposta expressa pelo PPC (vivido)	2.2.2 Entrevista com questões norteadoras calcadas nas categorias <i>a priori</i> .
3 – A busca da compreensão de como os sujeitos	3.1 Busca da compreensão dos sujeitos sobre a	3.1.2 Entrevista com questões norteadoras

compreendem a dimensão sexualidade	dimensão sexualidade na sua trajetória de vida e no PPC (vivido)	calcadas nas categorias <i>a priori</i> .
4 – A busca da compreensão de como os sujeitos compreendem o processo de educação sexual	4.1 Busca da compreensão dos sujeitos sobre o processo de educação sexual no PPC (vivido)	4.1.2 Entrevista com questões norteadoras calcadas nas categorias <i>a priori</i> .

Fonte: produção da autora, Yared (2016).

Neste sentido, retomamos os indicadores da categoria processo de educação sexual emancipatória que sintetizam essa categoria, norteadora da análise, lembrando-os:

1. A dimensão sexualidade é inseparável do existir humano;
2. Somos todos sexuados;
3. Os seres humanos se educam nas relações, sempre sexuadas;
4. Os processos educativos, frutos das relações entre humanos, são sempre sexuados;
5. Portanto, queiramos ou não, saibamos ou não, somos sempre educadores sexuais uns dos outros.

Primeiramente, antes de registrarmos abaixo os indicadores do processo de análise, ressaltamos que a pesquisa se realizou durante um momento tensional no curso. A presença de um estudante transexual gerou muitas inquietações, conflitos e dúvidas especialmente no ambiente hospitalar – conforme relatos. O uso de banheiro/vestiário foi relatado por vários/as docentes como o argumento cerne das discussões. Frente à situação, em julho de 2015 durante a formação docente e início da coleta de dados, foi ofertado ao colegiado do curso uma palestra sobre Sexualidade e Gênero ministrada por professora doutora da área. Conforme relatos, uma pequena parcela do

colegiado esteve presente, mas que a intervenção foi positiva e de grande contribuição.

Em continuidade, num movimento metodológico dialógico, a partir da categoria principal processo de educação sexual emancipatório, com foco no recorte dos blocos estruturais expostos na análise feita, encontramos a “negação” como um forte indicador dessa análise, ou seja, registramos nas falas da maioria dos entrevistados a negação da existência de processos de educação sexual no mundo vivido, bem como a negação das possibilidades da vivência do processo de educação sexual emancipatório.

Durante as entrevistas, ao serem questionados, por exemplo, “Como você percebe a temática da educação sexual no curso?” e “Como você vê a temática da sexualidade presente na Unidade Educacional do 3º ano?”, encontramos falas que apontam, em sua grande maioria, para uma possível compreensão equivocada da dimensão sexualidade e registro uma “inexistência de processos de educação sexual” quando aparecem muitas respostas, tais como, “não percebo”, “não tem”, “deve ser inserido”, “muito pouco” ou “se fosse mais cedo”. Senão vejamos:

Eu não...não percebo... (pausa)...assim...no curso para dar aulas, para ministrar aulas? (Áceso)

Eu acho que ainda é muito...ela é muito, assim...como é que eu posso te falar...não se trabalha. Pra ser bem sincera. Quando se fala...não se fala em sexo. Se pensarmos assim...nos nossos problemas. Fala-se muito pouco, fala-se nas relações interpessoais, mas a sexualidade...pelo menos, nós [no ano em que trabalha]...você não trabalha em nenhum momento...se pensar na grade, você não trabalha. Você fala muito é...tu não tem contato com o estudante pra falar nisso. Algumas vezes eles falam, mas coisa de café. Mas não sobre a

sexualidade. Então eu vejo como nula. Praticamente. Não tem. (Hygeia)

Eu acho que a partir do momento que você tá lidando com ser humano, com corpo, eu acho que isso faz parte...algum momento tem que entrar...acho que é necessário. (Artemis)

As falas apresentadas representam a negação dos indicadores 1 e 2 da categoria principal, apontando para o não entendimento de que a dimensão sexualidade é inseparável dos sujeitos e que assim, somos todos e todas sempre sexuados. No entanto, se retornarmos ao PPC e suas discussões – realizadas na seção III – relembramos que é previsto no documento a formação de um profissional médico/a humanista, cidadão, crítico, reflexivo, autônomo, que realize atendimento de forma integral aos sujeitos, portanto, um ser humano em sua inteireza, logo, sexuado; e, que contribua para a melhoria das condições de saúde da população, incluída aí, a saúde sexual.

Então eu...outro dia eu tava comentando isso. Muito fraca. Muito ruim. A gente trabalha muito pouco isso. Nós temos que melhorar muito. (Panacéia)

Eu vejo em pouquíssimo momentos. (...) Eu não tenho...prática nenhuma. Eu trabalho na área da saúde então...pra mim é muito corriqueiro né...você se deparar com essas situações...mas academicamente minha formação pra essa área é muito pequena. (Átropos)

Raramente é visto. Raramente é abordado. (Deméter)

Eu acho que não é explorado. Deveria ser mais explorado né. (Asclépio)

Eu acho que...não é focado em nenhum momento. Porque assim...tu entende, tu

trabalhou aqui né. 1º ano...tu sabe que é introdutório a medicina...o 2º é a concepção, nascimento...o 3º ano são as fisiopatologias...o 4º é onde já começa o tratamento...eu acho que não é incluso nos problemas. Em nenhum momento. O que eu tento trazer é, tipo assim...tu fez várias conferências ao longo...né.... Uma conferência? Pra seis anos de curso. Teve alguns anos que tu não veio... Eu acho que poderia ser mais embutido, principalmente no 3º ano que eles estudam o adulto. Ou talvez já desde o 2º ano onde você começa com as DST, com a puberdade, com a gravidez...talvez até nesse momento, eu acho. (Cloto)

Geralmente nas consultas. Então aparece...é...o que que a gente faz? A gente atende...depois a gente discute né. Cada paciente, exame físico, anamnese, às vezes os relatos acabam em ciclos né...então acaba sendo abordado dessa maneira. Ou numa consulta onde surgiu o tema, o questionamento, alguma coisa assim...ou as vezes no exame físico quando eles relatam a dificuldade, às vezes de palpar uma mama de uma senhora...ver a região da vulva numa criança...então isso acaba aparecendo e a gente acaba discutindo em cima disso. (Iaso)

Além da negação dos indicadores 1 e 2 da categoria principal, as falas apresentadas sugerem que, quando se trabalha “pouco” ou “raramente”, essas abordagens se apresentam, possivelmente, sob um viés biológico. Como podemos observar mais alguns exemplos:

Quem conversa sobre isso são mais os professores e tutores do 2º ano que estão envolvidos...e são na maioria pediatra e ginecologista. [de que aspecto]...realmente assim...de...adolescente...gravidez na adolescência...de estupro se conversa...sobre...não sei se era isso que tu

queria saber? Sobre...mas não se fala. Tem que melhorar. (Panacéia)

No 2º já tem. Entra a parte do 2º ano onde tratam a saúde da mulher...já entra em parte, não especificamente. Mas em parte (...) já acaba tratando. (Iaso)

Mas também não sei... Mas acho que é um assunto que devia estar em todos os momentos né...não sei o porquê do 3º ano. Mas de repente já entrar desde o início né...em todos os momentos. No 2º ano eles lidam mais com as gestantes de baixo risco, as puericulturas na unidade, então ficam mais direcionados pra essas questões ginecológicas, obstétricas, pediátricas né. (...) Então não sei...acho que é um tema que já devia fazer parte. (Artemis)

Como te falei...enquanto currículo...não posso falar com muita propriedade...eu creio que...é visto muito...eu acho...que na parte biológica...enquanto a cuidados, preservação e tudo o mais. Mas eu não sei...o psicológico ele...ele vai transitando pra além das salas de tutoria, pra além das discussões e dos ciclos. Ele se dá dessa maneira, que a gente percebe. (Afrodite)

É...ele tá com o nome né... “sexualidade”... e aí, lá no 3º ano [discute-se] mais o aspecto da menopausa, do câncer de próstata, da hiperplasia prostática...mas bem no aspecto biológico e não o psicossocial. Então, quando esse tema vem lá pro 3º ano, ele vem muito com esse...essa abordagem biológica...é...do aparelho reprodutor feminino, do aparelho reprodutor masculino, que é diferente de discutir sexualidade, até aonde eu entendo. (Epione)

Durante as falas, nesse sentido, percebe-se que a compreensão da dimensão sexualidade fica em evidência apenas pela associação direta aos aspectos biológicos e, conseqüentemente, às abordagens feitas no 2º e no 3º ano. Todavia, Epione relata que a discussão sobre a dimensão sexualidade poderia dar-se de forma mais ampliada, visto que o âmbito psicossocial intencionalmente não é refletido, assim como também parece apontar Afrodite. Destacamos que Epione, durante sua entrevista, ressaltou em vários momentos que suas opiniões eram baseadas na sua experiência e vivências demonstrando preocupação quanto à generalização de suas informações, visto que estão baseadas em sua singularidade de vida e pode ser que outras pessoas não vejam ou pensem da mesma forma.

Relembramos, nesse sentido, a partir das falas já apresentadas, que a maioria de nós, de todas as profissões, inclusive da Educação e da Saúde, temos muitas marcas de vertentes repressoras da dimensão sexualidade, especialmente da vertente médico biológico que se reitera principalmente por currículos ocultos – tema discorrido na seção I. Especialmente na formação médica, essa herança, se somada ao paradigma da Medicina Científica – tema discorrido na seção II – pode fortalecer o entendimento fragmentado e biologizante de seres humanos. Senão vejamos:

Olha...na verdade...eu só dou aula no [início do curso] né. Eu não tenho contato com...assim...superiores. [Ali] são áreas mais básicas...a gente quase não trata com a sexualidade. A gente trabalha bastante com a parte da gineco, obstetrícia, a gente fala do parto, a gente fala da mama, a gente fala de genitália né...e os alunos até tem bastante maturidade pra tratar com isso como órgãos sexuais assim...órgãos normais do corpo. (Láquesis)

A expropriação da consciência da dimensão humana da sexualidade e a, conseqüente, desumanização relatada por Láquesis é realidade em quase todos nós, frutos de nossos cursos de graduação, seja da Educação ou da Saúde, particularmente em cursos de Medicina, onde, muitos de nós, vivenciamos uma (de)formação inicial sustentada por vertentes repressoras de sexualidade, incluído aí o paradigma da Medicina Científica, que transcorrem por seus currículos ocultos. E, Láquesis acrescenta:

Mas a sexualidade em si a gente não tem um problema, por exemplo...ã...numa família diferente...a gente não trata isso [ali] pelo menos. Eu não sei como que é porque eu não tenho experiência com os outros anos né. Só dou aula [ali]. Aí eu não sei. (Láquesis)

Este é um importante ponto apontado por Láquesis, onde a dimensão sexualidade se vincula ao diferente, no caso, à famílias homoafetivas, pois apresentam-se como um modelo de sexualidade fora da heteronormatividade – conforme discorrido na seção I. Isso vem ao encontro do que Foucault (2008; 2011) caracteriza como “domínio epistemológico” do discurso clínico, quando a partir do século XIX cria um sistema de regulação que promoveu e promove a normalização de condutas aceitáveis e não aceitáveis dos brasileiros – conforme discorrido na seção II. Assim, a medicina, enquanto um dispositivo de poder, classifica e enquadra padrões de normalidade e anormalidade com vistas a um padrão hegemônico de vivência da sexualidade. E este entendimento perpetua-se no mais diversos curso de graduação, seja do campo da Educação ou da Saúde e, possivelmente, reflete em nossas ações. Vejamos alguns exemplos de relatos sobre os cursos de graduação dos/as entrevistados/as:

Pouca...muito pouca discussão sobre isso também. Alguma coisa sempre surgia...muito pouco e com viés muito tradicional ainda

né...muito...ainda uma concepção machista...uma concepção...biologicista né. Até porque [foi a bastante tempo]...essas discussões ainda eram insipientes, essa questão de gênero ainda...praticamente no Brasil ainda não existia né. Claro que essas discussões apareciam...mas eram muito...havia muito tabu ainda...se discutia muito pouco sobre isso. Embora, claro, que ela existia. (Quirón)

Não. Não. Dessa forma assim, não. Eu tive um colega de turma que era homossexual e sofria muito preconceito. (...) Então os grupos que se formavam era...ele sempre conosco. Não tinha um vínculo com os meninos. As meninas aceitavam de uma certa forma bem, os meninos não. Então tinha essa questão que nunca...não lembro em nenhum momento...de ter sido trabalhada. Até porque era o método tradicional...você não tem envolvimento com o professor né...a não ser quando se formam os grupos, ficam grupos pequenos direto com aquele professor...e se é uma área que você gosta você acaba acompanhando aquele professor. Então se estreita um pouco os vínculos. Mas no geral...não. Não teve. Acho que esse método proporciona...mais acolhimento. (Artemis)

Não...não. Na minha graduação...nossa! O curso tradicional você imagina né...a gente não tem essa coisa...explícita...às vezes um paciente ou outro...não tenho lembrança assim...alguma coisa que tenha me marcado. Mas se eu disser que tem alguma coisa relacionada a isso, específica...não. (Aglaea)

Artemis ainda relata que se preocupa muito com o preconceito em relação à homossexualidade, pois considera algo que gera muito sofrimento, não somente aos que são atingidos, mas também nas pessoas que estão sendo preconceituosas.

Ainda, um possível currículo oculto da omissão pode ser registrado, quando preconceitos, discriminações e situações conflitantes não são colocadas em claro debate num paradigma emancipatório. Os relatos acima representam, não somente a negação dos indicadores 1 e 2 da categoria principal, mas os indicadores 3 e 4, quando não temos o entendimento de que os sujeitos se educam nas relações e que todos os processos educativos são sempre sexuados, pois frutos de relações humanas. Como vejamos também:

Mas na verdade assim...a gente...a sexualidade a gente vê na tutoria do 3º ano né...em que...como nosso PPC, o nosso projeto de curso...ele faz...por ciclo de vida, ele começa "Introdução ao Estudo da Medicina", "Nascimento, Crescimento e Desenvolvimento" e no 3º ano ele faz a parte de envelhecimento e sexualidade...mas que eu vejo que nós temos que melhorar muito ainda. A gente aborda clinicamente tudo e...sexualmente pouco. (Panacéia)

Eu não consigo te dizer porque eu não sei qual é a profundidade que eles vão nesse assunto né. Eu acho que indiferente não é...porque em algum lugar tem que se discutir isso. Eu acho importante eles terem...no 3º. De repente deixar como se fosse...uma...a sexualidade aberta pra todos os anos. (Láquesis)

Eu acho que na verdade, é... Isso é meio que visto durante todo o ano. Na verdade assim...eu não planejei isso pro 3º ano, né...eu não planejei abordar sexualidade como foco de 3º ano. No meu curso [de graduação]...eu não me recorde de ter estudado, pelo menos da forma como eu acho que deveria ser estudado, enquanto eu tava cursando...quero dizer, a questão da sexualidade. Eu acho que 3º ano é oportuno, assim como qualquer ano pra estudar, mas eu

acho que talvez poderia ser mais oportuno ainda, se fosse ainda mais cedo. (Hades)

De repente seria interessante a gente se inserir nessas...né...não sei como que isso se dá no 3º ano...mas talvez até...que a gente participasse né... Enfim...desses momentos. Não sei se os tutores [do grupo que trabalha] recebem capacitação pra trabalhar essa temática também...mas acho que seria interessante incluir...incluir a gente. Tem muito chão. Deve tá percebendo né? (risos) E é só a minha percepção ou a nossa cultura é muito machista? Muito... (Átropos)

As falas parecem apontar para uma possível fragmentação existente na compreensão da dimensão humana da sexualidade e do processo de educação sexual quando, visto o não entendimento de que os humanos se educam nas relações, sempre sexuadas, e que os processos educativos, frutos das relações de humanos, são também sempre sexuados. Portanto, os processos de educação sexual estão presentes em todos os anos, em todos os cenários, em todas as capacitações. Trazer à consciência de sua existência e desvelar para qual paradigma aponta, pode possibilitar sua reflexão crítica e a construção de uma abordagem fundamentada pela vertente emancipatória de educação sexual, que pode ser cotidiana na vivência concreta do PPC prescrito para o curso de Medicina. Vamos a mais exemplos:

O quanto que eu penso...o quanto que o paciente perde...pelo médico não estar sendo formado com isso... ou né...mesmo porque, por exemplo, como eu falo... “ah, eu abordo a sexualidade quando eu acho que é oportuno pra doença clínica”...mas muito provavelmente seria muito mais oportuno em muitos outros cenários que eu não to vendo. Né? Então...o quanto isso deveria ser estimulado pros alunos, pra que eles vissem como uma coisa... enfim... pra ser uma coisa tão

importante como tu saber a fisiopatologia do diabetes. Dando um exemplo mais simples possível...mas eu acho que...deveria ser mais sistematizado ou talvez...eu não sei a forma de aplicar isso, mas sim, o fato de constar no programa é importante, mas talvez teria que ter alguma coisa a mais né...pra levar tanto os professores como os alunos, pra levar de uma forma mais séria né. (Hades)

É uma coisa bem interessante né...ninguém debate. Exige que a gente fale muito das doenças sexualmente transmissíveis, mas não entra no mérito da sexualidade. Claro que nesse meio tempo a gente vê algumas opiniões preconceituosas né, mas... (Asclépio)

A compreensão dessa fragmentação também pode ser observada nas falas acima, principalmente pelo entendimento de que a dimensão sexualidade é algo externo ao humano – também discorrido na seção I. Todavia, Hades e Asclépio demonstram preocupação em suas falas reiterando a necessidade de se debater sobre o assunto. Hades, ainda, chama a atenção para a reflexão sobre a importância do tema e que docentes e discentes precisam entender o assunto com mais seriedade.

Hygeia relata que durante o tempo que está no curso, recorda-se de apenas dois momentos onde o tema foi abordado. A primeira no ano de 2010 onde a autora desta pesquisa proferiu uma palestra na semana acadêmica de Medicina e a segunda em julho de 2015 em uma palestra sobre Sexualidade e Gênero ofertada aos docentes. Em suas palavras:

Então assim, eu achei excelente, só que ficou só a nível nosso ali...foi esse momento. Então eu acho, de toda essa vivência no curso, pelo menos...duas vezes eu estive em contato. Uma foi contigo, que foi um...seminário da medicina?...[semana acadêmica em 2010]...meu... pois é...cinco anos...(risos)...mas enfim...eu achei que foi muito legal que você fez

essa...essa conferência...foi ali no salão de atos...e eu estava...veja bem...[todos esses] anos...foram os dois momentos que assim.....que a gente sentou pra ouvir alguma coisa sobre sexualidade. Mas assim, nos nossos problemas...pelo menos não aparece. (Hygeia)

Ainda, Hygeia ressalta que a discussão se restringiu ao corpo docente, não sendo discutido o tema com os estudantes e que, inclusive, se essa prática fosse uma constante, os docentes teriam que estudar mais, denunciando a zona de conforto existente. Em outras respostas esse “não falar” sobre o tema também é registrado, como por exemplo:

Eu acho que assim ó...hoje nós deveríamos ter, mas a gente não tem. Porque se tivesse, digamos essa prática, teríamos que estudar um pouco mais. Pra nós...assim...tá a linha de conforto desse sentido. (Hygeia)

Não. Acho que nós nunca discutimos isso. Esse assunto. [entre professores]...não, nunca foi...nunca foi um tema...que eu me lembre assim...nunca foi um tema abordado. (Iaso)

Eu acho mais difícil com os alunos. Na verdade...com os alunos a gente nunca discutiu isso. Não...não teve momentos exclusivamente pra isso. (Átropos)

Pois é...essa é uma discussão que nunca esteve presente de uma maneira direta e forte né. Nunca se discutiu, que eu me lembre, especificamente...essa questão da sexualidade...ã...no currículo. (Quirón)

Asclépio também reafirma a importância de existir a discussão sobre o tema e Epione acrescenta que as discussões quando existem são pobres e acontecem apenas isoladamente

porque são resultados de possíveis conflitos, dificuldades e discriminação no cotidiano. Senão vejamos:

Eu acho que a sexualidade deveria estar inserida dentro do currículo. Não especificamente no 3º ano. Aquilo que eu disse desde o início, né... debater. O que tem que modificar é a cabeça dos professores. Você discute sexualidade com seu aluno? Por exemplo...quando atende um homem você pergunta sobre a vida sexual dele? Isso eu achei interessante porque teve aqui um...não era nem saúde do homem...era sobre pré-natal...veio um profissional de [fora] que perguntou quantas pessoas na plateia que atendem pacientes...perguntam sobre a sexualidade do homem. Por incrível que pareça [só eu levantei] a mão. Ninguém perguntava. Tá...como é que tu conversa com uma pessoa e não pergunta como é que tá a vida sexual, sabe? E é uma coisa riquíssima. (Asclépio)

Eu não vejo essa inserção...no currículo. Não, não vejo isso. Acho que isso acabou vindo mais...nos dois últimos anos...essa discussão sobre...a sexualidade em si...acho que isso é de uma maneira muito pobre discutida, muito pobre...vejo que a universidade tem essa preocupação maior tá...a capacitação docente, parece que agora de julho discuti isso...eu não estava aqui, não participei né... E a gente vem precisando discutir isso em casos isolados, onde acontece algum conflito, algum aspecto de discriminação ou de dificuldade de relacionamento com estudantes nossos...que sejam homo ou heterossexuais...enfim...a gente acaba discutindo isso no nosso cotidiano, tá... Agora, no currículo...eu não considero que isso seja contemplado no curso...não vejo isso. (Epione)

Continua presente nas falas o não entendimento que o tema está sempre inserido no currículo, sendo visto por muitos como algo externo a ele. Contudo, no decorrer de suas próprias reflexões durante sua entrevista, Epione expressa que:

Eu não to no 3º ano, então na unidade que estou trabalhando não tem essa palavra...(risos)...e eu não vejo...né...ao longo [de] onde eu to trabalhando, eu não vejo que isso esteja inserido...é...explicitamente, tá. Não vejo. Vejo que isso acaba sendo discutido...como eu já te falei...em situações que tem alguma demanda e a gente discute...“o que mesmo eu penso sobre isso?”...“aonde tá meu preconceito?”...“aonde tá minha limitação?”...“aonde tá minha dificuldade como professora?”... Então, eu não vejo isso no currículo Yalin. Não sei se sou eu...mas eu não tenho visto não...não vejo isso explicitamente no currículo. (Epione)

Neste sentido, as falas apontam para o entendimento de que o processo de educação sexual não costuma ser um assunto abordado intencionalmente, visto que, supostamente suas crenças, mitos e tabus continuam a se perpetuar por meio de um currículo oculto onde o não falar representa um falar enfático. A reflexão e a autorreflexão feita por Epione, repensando em suas ações e denunciando o currículo oculto – “não vejo isso explicitamente” – mesmo sem percebê-lo como tal, aponta para pistas de antíteses em seu vivido. Podemos registrar esse processo também em:

E a maioria das faculdades...a formação ela não trata...a maioria das faculdades fala muito pouco sobre o desenvolvimento psicológico do ser humano. Não to falando só da criança. Do ser humano. Aborda muito pouco essas necessidades entendeu. É carente no geral. Currículo no geral é carente. E tem uma coisa que, no geral...que eu acho que isso dificulta

muito...é separado... “isso é biológico e isso é psicológico”. Tu me entendeu? Então assim...ridículo...nós estamos no ano de 2015. Nós estamos quase só nos comunicando virtualmente e ainda fazem isso. Isso, isso...entende, não consigo, é inconcebível. (...) Isso que eu quero te dizer...eu não consigo separar. Pra mim tá junto. Eu não consigo separar... “ai... essa dor é de origem psicológica”... “ai... essa dor é biológica”... (...) Entendeu... Não consigo...ou que nem...é social. (Deméter)

Enquanto currículo, eu...eu não tenho uma proximidade...não posso te falar com tanta propriedade isso. Enquanto currículo, nós temos que é um tema transversal, que perpassa todo currículo. Mas enquanto abordagem nas tutorias ou nas unidades...eu não tenho esse acompanhamento tão próximo né. (...) E aí nós temos que trabalhar pra além do currículo...do que está estabelecido...seria...vamos supor...um currículo oculto...nós trabalharmos com os estudantes...é...enquanto suporte de apoio, na medida do possível...as legislações que tratam sobre essa questão. (Afrodite)

Deméter denuncia as estruturas curriculares por falta de espaços intencionais que proporcionem uma reflexão coletiva sobre a dimensão humana da sexualidade. De maneira em geral, Deméter demonstra muito interesse sobre o tema e, inclusive, muita preocupação sobre a fragmentação do humano, quando entende serem indissociáveis as dimensões biopsicossociais. Estas são também pistas de antíteses em seu vivido, pois, sua crítica reflexiva parece apontar e denunciar a herança flexneriana na ação médica – mesmo sem percebê-la como tal. Portanto, sugere uma denúncia ao paradigma da Medicina Científica, somado aqui à vertente médico-biológico, pois ambas influenciam fortemente processos de educação sexual na formação de médicos e médicas. Por sua vez, Afrodite, ressalta

conscientemente em sua fala o entendimento da dimensão sexualidade como tema transversal e elucida sobre a existência do currículo oculto.

Na sequência das análises, registramos a identificação do uso constante da palavra “opção sexual” por vários docentes, além de termos, como por exemplo, “escolha sexual” ou “optando sexualmente”, por outros/as docentes. Ressaltamos ser este um indicador que também esteve presente nas análises dos questionários.

Trabalhando, portanto, com o indicador “opção sexual”, sua existência nas falas parece contrapor-se ao entendimento esperado de que a dimensão da sexualidade é inseparável do existir humano quando a própria palavra “opção” nos aponta que os sujeitos parecem escolher a maneira de viver e vivenciar seus desejos. Porém, na compreensão do processo de educação sexual emancipatória, a dimensão sexualidade é inerente ao humano, portanto, somos todos sexuados e vivenciamos nossos desejos de várias formas, no conceito chamado de “orientação sexual”. Como afirma Cardoso (2008, p. 73), o conceito de orientação sexual pode variar conforme área ou autor, mas “[...] na maioria das vezes, esse conceito está relacionado ao sentido do desejo sexual: se para pessoas do sexo oposto, do mesmos sexo ou para ambos.”

Como já refletido anteriormente, a maioria de nós, profissionais da Educação e da Saúde, temos muitas marcas da vertente médico-biologista, inclusive somado ao paradigma da Medicina Científica, reforçam um entendimento que contradiz a categoria principal, ou seja, promovem a expropriação da dimensão sexualidade do humano e o não entendimento de que, queiramos ou não, saibamos ou não, somos todos educadores sexuais uns dos outros em todos os momentos. Neste sentido, como podemos falar em escolha? Se somos todos seres sexuados, inclusive no viver adulto dos desejos sexuais, a orientação sexual é parte do existir humano, portanto, não é uma opção.

Isso evidencia um equívoco, talvez insegurança, em acolher e trabalhar o tema por não ter clareza de que somos todos e todas sexuados, erotizados e sensualizados, inclusive no que diz respeito aos Direitos Sexuais (WAS, 2014) enquanto Direitos Humanos universais e fundamentais. Assim, usar o termo “opção” aponta para que o entendimento precisa avançar, pois, mesmo que inconscientemente, expressa o não entendimento da diversidade como riqueza humana, incluído portanto, o não entendimento que as diversas maneiras de amar são diferentes vivências do humano em plenitude em sua orientação sexual. Assim sendo, entendemos que esta nova proposta curricular para a formação médica, prescrita no PPC, onde enfatiza-se a compreensão do humano integralmente, conseqüentemente poderá, no vivido, tomar “[...] como pressuposto o respeito à diversidade, às diferenças, ao reconhecimento dos saberes, às práticas do trabalho coletivo interdisciplinar e contextualizado [...] numa perspectiva humanizadora [...]” onde a “[...] interdisciplinaridade e a contextualização favorecem o diálogo entre as áreas de conhecimento.” (VEIGA, 2015, p. 34).

Assim, até o exposto, entre o prescrito e o vivido, registra-se mais essa contradição, que resulta na não sedimentação do paradigma proposto, inclusive, garantido pelo próprio PPC ao referir-se nos atendimentos de forma integral, portanto, ser humano na sua inteireza e saúde sexual.

O indicador “opção sexual” está presente, de forma geral, por toda a fala daqueles que a utilizam, embora, o apresentaremos aqui concomitantemente, associado a algumas respostas sobre compreensão de sexualidade dos/das docentes, quando questionados: “O que você compreende por sexualidade?”. Como vejamos alguns exemplos:

Acho que...como sexualidade a primeira coisa que vem é a opção sexual né? Com quem você se relaciona. Embora, assim...num conceito muito mais amplo é...também vai do...tipo...do que a

pessoa se identifica né, como que ela se identifica ou como que ela se insere num meio né... É...(silêncio)... Mas acho que assim, a questão chave pra...a primeira coisa que vem na minha cabeça é com quais pessoas você se relaciona. Mas...eu sei que não é tão simples assim. Mas basicamente...o que me vem na cabeça basicamente é isso. (Hades)

Sexualidade? Bom...ah...(pausa) Quando você pergunta em relação a...quando a gente fala de sexualidade né? A opção sexual? Sexualidade...(pensativa)...é que são diversos conceitos né? Opção sexual, sexualidade...dá tem a sensualidade...dá tem...as questões das relações sexuais né...da opção da escolha do gênero, do...(pausa mais longa) O que que eu entendo? Nunca parei pra refletir. (Áceso)

É...opção sexual...é...coisas relacionadas a sexo...é o que vem na minha cabeça. Só que eu acho que a sexualidade ainda é vista com mais tabu, com mais preconceito do que qualquer outra coisa. Porque é cultural, a gente foi criado assim...foi colocado um monte de coisa na cabeça da gente desde que a gente é criança... (Aglaea)

Por meio das falas apresentadas e, nas análises enquanto totalidade, os relatos apontam que a compreensão da dimensão sexualidade está diretamente relacionada à compreensão da diversidade e as formas de vivência dos desejos. Como refletido anteriormente, é a atenção voltada para o diverso, mas como algo que sai do padrão dito normal ou que não corresponde às nossas práticas e ações, entendidas como as únicas possíveis. Essa pode ser uma herança dos paradigmas repressores e reducionistas da dimensão sexualidade, que fragmenta nosso olhar e estabelece à medicina um papel de identificar o estranho, o que sai da norma, o “anormal”, com vistas à reconduzir esses sujeitos à vivência sadia e “normal” da sexualidade. Ainda,

Aglaea, em seu processo de antítese, ressalta que a dificuldade de se discorrer sobre o assunto pode ser cultural, pois identifica que desde a infância já se adotam comportamentos repressivos e/ou omissos, propagando tabus e preconceitos.

Pegando essa questão específica da...da escolha né...sexual de cada um. E...eu vejo que...isso não tem assim grandes problemas pra nós enquanto tratar com o outro. (Afrodite)

E este ano...assim a gente veio...inclusive na medicina...vários se decidindo sexualmente né...optando sexualmente. (Hygeia)

Logo, o indicador “opção sexual” representa a negação de importantes indicadores da categoria processo de educação sexual emancipatório.

Registramos também, o uso da palavra “homossexualismo”, como vejamos:

Nas aulas, às vezes, que a gente tinha de ética e de...como é que era o nome daquela...não era só ética...uma outra cadeira que era um psiquiatra que dava, a gente discutia essas questões. Aborto, gravidez na adolescência...e aí acabava, às vezes, discutindo homossexualismo. (Láquesis)

[sobre ter formação] Tem que fazer! Tu não viu que outro dia chamaram...daí começou a surgir a situação de sexualidade...de homossexualismo...de não sei o que...tavam todos os professores apavorados. (Deméter)

Relembramos que a palavra “homossexualismo” também se fez presente nas análises dos questionários, visto que foi foco em uma das questões. Com discorrido, o termo ainda remete à pessoas homossexuais, incluído também a comunidade LGBTT, como doentes ou desviantes, representando assim, o

reflexo de paradigmas repressores ainda em vivência nos nossos pensamentos e ações.

Ainda, uma possível confusão entre os termos “orientação sexual” e “identidade de gênero” também pode ser apontada durante as análises, por vários docentes. Como por exemplo:

Eu tive um...eu fui professora da...você deve ter sabido [sobre estudante transexual] que hoje fez a opção sexual né... (Aglaea)

Relembramos que orientação sexual diz respeito ao foco dos desejos dos sujeitos e identidade de gênero ao gênero que o qual a pessoa se identifica. E essa compreensão, em nosso entendimento, deve ser obrigatoriamente conteúdo importante no curso em questão.

Diante do exposto, analisando os blocos estruturais nº 2.2, nº 3 e nº 4, também demarcados pelas cores azul, roxo e rosa, a partir da categoria processo educação sexual emancipatória, que é o norte da pesquisa; percebemos ainda, entrelaçamentos entre os blocos estruturais nº 2.2 e nº 4 – azul e rosa. Arbitramos, então, em unir essas falas em um único – e novo – documento, gerando assim, novos rearranjos textuais de análise.

Segundo Moraes (2003), os quadros coloridos representam o entendimento geral, porém ainda caóticos. Contudo, para ampliar a compreensão do fenômeno nesta etapa, durante a desmontagem e remontagem dos textos, iluminados pelos indicadores das categorias *a priori*, bem como, para ampliar a compreensão dos/das participantes das entrevistas; juntamos às falas dos/as entrevistados/as, as informações dadas por eles/as nos seus questionários. Ou seja, neste último rearranjo textual unimos as informações dos questionários e as falas de cada participantes nas entrevistas, deslumbrando assim, de um maior aprofundamento, pois unir essas informações proporcionou uma maior totalidade dos entrevistados.

Então, para facilitar a compreensão desse movimento, o quadro dos blocos estruturais passou por uma nova organização pedagógica e didática, com ênfase nas questões que seriam interligadas às falas dos respectivos participantes. Como demonstrado a seguir:

Quadro 10 – Recorte dos blocos estruturais do prescrito e do vivido separados por cores com foco nos blocos nº 2.2 e nº 4

Blocos Estruturais	Por quem	Como
2 – A busca da compreensão de como os sujeitos compreendem o seu caminho profissional	2.2 Busca da compreensão dos sujeitos sobre a trajetória ao vivenciarem a proposta expressa pelo PPC (vivido)	2.2.1 Uso do questionário com questões abertas em “Prática pedagógica” e em “Situações da vida real”. 2.2.2 Entrevista com questões norteadoras calcadas nas categorias <i>a priori</i> .
4 – A busca da compreensão de como os sujeitos compreendem o processo de educação sexual	4.1 Busca da compreensão dos sujeitos sobre o processo de educação sexual no PPC (vivido)	4.1.1 Uso do questionário com questões abertas em “Prática Pedagógica” e em “Situações da Vida Real”. 4.1.2 Entrevista com questões norteadoras calcadas nas categorias <i>a priori</i> .

Fonte: produção da autora.

Então, nesse novo rearranjo textual, num estreitar entre os blocos estruturais nº 2.2 e nº 4, designados pelas cores azul e rosa, somados às questões dos respectivos questionários, buscamos o mundo vivido dos/as docentes em interfaces com processos de educação sexual emancipatório.

Doravante reconhecida a negação como um forte indicador de permanência no curso do paradigma anterior a esse,

como exposto anteriormente, pois essa negação é apontada em falas que expressam uma “inexistência de processos de educação sexual no vivido”. Registramos que nesse momento a sequência das análises se intensifica ao encontrar nas falas de muitos/as dos/as entrevistados/as que a discussão sobre a dimensão sexualidade – assim como de outros assuntos – depende de “demanda”. Ou seja, de maneira geral, as falas apontam que, a discussão sobre sexualidade, seja entre docentes ou discentes, estaria vinculada à existência de demandas sobre a temática na prática – sendo a rotina nas UBS, talvez, apontado como cenário preponderante.

Retornamos, assim, à fala de Quirón e a ampliamos a partir deste foco, como também apresentamos a fala de Aglaea e Hades:

Pois é...essa é uma discussão que nunca esteve presente de uma maneira direta e forte né...nunca se discutiu...que eu me lembre...especificamente... essa questão da sexualidade...ã...no currículo. Por outro lado, como ele é um currículo aberto e que propõe a discussão sempre a partir da vivência...da prática...dos problemas encontrados no dia-a-dia dos estudantes...ele também permite sempre que isso esteja presente. Sempre que ele surgiu na prática. Mas não houve uma discussão específica sobre isso. Até porque como é um currículo baseado em competências, não é um currículo baseado em conteúdos...ã...nós não discutíamos conteúdos. O que que vai entrar em tal disciplina...porque não tem disciplina no nosso currículo. Então não tinha essas discussões de conteúdos específicos. A gente...a proposta é exatamente que ele esteja aberto. Então nunca houve uma discussão que eu me lembre sobre esse tema...especificamente. A não ser de forma transversal. Eventualmente alguém poderia...ã...claro que essas discussões vieram depois...quando o curso começou a ser implantado e isso surgiu da prática. No início do

curso a gente fazia...até no 3º...4º ano de curso...a gente fazia reuniões semanais com todos os professores...onde se discutiam os problemas que eles estavam enfrentando na prática. E aí claro...esses temas surgiram...mas de forma eventual e a partir das vivências. Não se discutiu especificamente...a inclusão...até porque não é a proposta curricular. (Quirón)

Particularmente assim...e é como te falei...às vezes que já abordei essas coisas...esse tipo de tema relacionado...foi quando a gente viveu situações que levavam a isso. E situações muito pontuais. É...porque...por exemplo...lá no meu cenário a gente acaba vivenciando e abordando o que a gente vivencia. Né? E a gente vivencia o comum praticamente. Por isso que te digo que são situações bastante pontuais. (Aglaea)

Exatamente...é anual [plano de ensino] e depende de demanda. A forma que ele vai ser apresentado pro aluno... (Hades)

Conforme discorrido na seção III e salientado por Quirón, um currículo integrado e orientado por competências, pelo menos no prescrito, permite e promove todas as reflexões que se façam presentes no cotidiano, na prática. E nos temas transversais até registra-se a abordagem da sexualidade humana intencionalmente.

Contudo, o entendimento da sexualidade humana apenas como um conteúdo representa um equívoco, porque a vida é transversal e a temática da sexualidade trasversaliza todos os processos educativos, independentemente de local e intenção – conforme discorrido na seção I. Relembramos que esse entendimento equivocado é reflexo da expropriação que nós, profissionais da Educação e da Saúde, sofremos durante nossa (de)formação inicial sobre a dimensão humana da sexualidade. Além disso, ressaltamos que quando ocorre a possível criação de disciplinas/espacos que privilegiem as discussões sobre o

assunto, seja em cursos tradicionais ou inovadores, não estamos negando a sexualidade como temática também transversal e intrínseca à vida, mas denunciando a urgente e necessária constituição de espaços intencionais que promovam a consciência crítica, a superação de currículos ocultos e onde o debate seja orientado por meio de um paradigma voltado à emancipação dos sujeitos.

Por isso, compreendemos até como trivial o fato das vivências serem percebidas pelos/as docentes como pontuais e/ou incomuns em suas práticas pedagógicas, como relata Aglaea, visto que o indicador negação se apresenta como preponderante e influente em muitas das óticas de mundo expressas no material analisado. Quando “não percebemos”, “não vemos”, “vemos pouco” ou “vemos a partir do viés biológico” processos de educação sexual nas práticas pedagógicas, por um lado, torna-se compreensível a existência de um não reconhecimento no cotidiano até de possíveis demandas ligada à diversidade sexual, sempre existentes nos âmbitos psicossociais, histórico e políticos. O enfrentamento dessa demanda baseado num sólido conhecimento do PPC possibilitaria que ampliassem as discussões sobre o assunto para além do biológico.

Entretanto, por outro lado, essa é uma expressão viva de currículos ocultos em permanência nas práticas e vivências dos/as docentes, porém, entendemos que currículos ocultos são também a forte expressão de um currículo vivido acriticamente. Logo, o currículo oculto é resultado da alienação, de uma educação bancária denunciada por Freire (2005), especificamente quando não temos consciência crítica do que está acontecendo ou em que paradigma vivemos, e se são ou não, decretados por outrem. Por isso, o que determina a existência e vivência de currículos ocultos é a alienação, sendo necessário seu desvelamento para superação da mesma. O não entendimento e a não consciência desses processos pode representar vivências de currículos ocultos de vida, inclusive,

portanto de currículos ocultos em cursos de Medicina, todos esses processos em que não somos sujeitos do que estamos vivendo. Torna-se necessário, nesse sentido, recorrermos à Freire (2005) para refletir sobre a “descodificação” do mundo vivido, porque

[...] a descodificação é análise e conseqüente reconstituição da situação vivida: reflexo, reflexão e abertura de possibilidades concretas de ultrapassagem. Mediada pela objetivação, a imediatez da experiência ludifica-se, interiormente, em reflexão de si mesma e crítica animadora de novos projetos existenciais. O que antes era fechamento, pouco a pouco se vai abrindo; a consciência passa a escutar os apelos que a convocam sempre mais além de seus limites: faz-se crítica. (FREIRE, 2005, p. 10)

Percebemos serem esses dados analisados, portanto, reflexos de dois paradigmas que se contrapõem no mesmo *locus*, em movimentos dialéticos onde, por um lado, registramos ainda ações fundamentadas numa educação tradicional, bancária, acrítica, assexuada e antidialógica em processos de educação sexual; enquanto de outro lado, propõe-se uma proposta curricular onde o ser humano seja entendido na sua inteireza, por meio de uma educação problematizadora, crítica reflexiva, logo, considerando suas dimensões biopsicossociais, históricas e culturais. Nesse sentido, o registro da negação enquanto forte indicador brotado da análise, aponta para possíveis comportamentos ambíguos no mundo vivido dos/as docentes. Assim, recorreremos à Triviños (2012, p. 71), onde negação refere-se à terceira Lei da Dialética, denominada “Lei da Negação da Negação”, que “[...] nos faz saber quais as relações entre o antigo e o novo no processo de desenvolvimento dos fenômenos.” Logo, a negação como resultado das análises até o momento, considerando que a “[...] negação dialética é resultado da luta dos contrários [...]” (TRIVIÑOS, 2012, p. 71), é um

indicador de uma possível ambiguidade existente nas ações e compreensões dos/as docentes entrevistados/as entre o prescrito e o mundo vivido.

Destarte, na sequência das nossas reflexões, a negação da existência de demandas, isto é, a “não-demanda” – como denominaremos – representa não somente o fortalecimento de currículos ocultos, mas também retrata a negação de vivências na prática e, conseqüentemente, a negação da dimensão da sexualidade conquanto humana. Logo, a negação representa o não entendimento de que somos sexuados, que os humanos se educam nas relações, estas sempre sexuadas, e de que todo processo educativo é sempre um processo de educação sexual – herança de modelos de educação tradicional. Assim, a negação registrada nas falas representa uma compreensão da “não existência de processos de educação sexual que sempre existem entre os seres humanos”.

Nesse sentido, a “não-demanda” corresponde o indicador que denuncia a existência de currículos ocultos vivos, pois representa o germinar de sua contradição. Ressaltamos a importância da contradição, pois ela ilumina a nossa reflexão ao fazer parte do movimento dialógico e dialético, em busca da reprodução ideal do movimento real do nosso objeto; portanto, nessa tessitura, essa contradição, no concreto, reforça que o processo de educação sexual no curso de Medicina está vivo e em movimento. Em nosso entendimento, fundamentados pelo método dialético, o que está estabilizado e/ou não tem discussão não está em movimento, conseqüentemente, não apresenta possibilidades de mudanças, dado que as análises estão apontando para uma transição paradigmática no vivido. Isto em permanência, porém, poderá prejudicar o processo de educação sexual vivido, visto que o PPC não estará sendo vivenciado em sua plenitude, pois é fato que a proposta prescrita aponta para possibilidades da existência plena do processo de educação sexual emancipatório no vivido pelos que compõem o curso.

Logo, se anteriormente registramos nas falas dos/as docentes a negação do processo de educação sexual em sua existência, a seguir, registraremos suas contradições, representadas pelo novo indicador que brotou nas análises: as demandas.

Eu já tive pacientes assim...bem interessante...tive um paciente...um travesti...ele se vestia como mulher...tinha voz de homem...mas tinha todo um porte afeminado. E você percebe assim...o quanto é dis...é...o quanto essas pessoas não são compreendidas né...e o quanto sofrem de preconceito. E teve um vínculo legal. Porque eu acho que ele se sentiu à vontade...aí criou também um certo problema porque ele não era da minha área e ele sempre queria passar comigo. E aí a gente acabou trocando com o profissional...até era de uma área que o profissional fazia mais produtividade do que o PSF em si...e aí também...algumas questões dele de você ter que por um limite também, porque acabava vindo pra conversar...pra ele se sentir à vontade...com outras pessoas da equipe também era...ele se sentia à vontade. Então...não sei...acho que a gente acaba deixando né...ficando à vontade e as pessoas que estão do nosso lado ficam à vontade também...independente de como se sente. Mas sempre foi...eu nunca tive nenhum problema assim. (Artemis)

As únicas situações que eu posso te dizer assim...vamos dizer assim...são raras, mas... É até interessante. Uma que eu atendi um travesti em [outra cidade]. Foi a primeira vez que eu atendi um travesti. Né...eu sabendo o que que ele era...no final ele perguntou... “mas [você] sabe o que que eu sou?”...(risos)...achei estranho, porque...que eu conversava tão natural com ele que ele perguntou... “mas [você] sabe...?”... “não, eu sei”...não precisa eu tá dizendo que tu é tal pra gente conversar. Enfatizei a respeito

naquela época também...cuidados...usar camisinha...ter as prevenções. E a outra foi aqui...numa unidade que eu trabalhei...que eu vivenciei um...realmente um transgênero. Ele chegou...nome né...e tu olhava...tu olha pra ele é um homem. Na realidade era uma mulher. (Asclépio)

Segundo Pelúcio (2004) e Davi (2013), embora ainda não haja consenso sobre qual o gênero da palavra travesti, as expressões “um travesti” ou “o travesti” é comumente proferida quando nos referidos às travestis “[...] que são como mulheres, que estas se apresentam e querem ser vistas [...]” (PELÚCIO, 2004, p. 125) como mulheres. O tratamento no masculino é frequentemente usado, mesmo não intencional, devido à normatividade sexo-gênero. Esse tratamento, no entanto, pode ter conotação preconceituosa e, de acordo com esses autores, o uso do artigo feminino pode estar mais de acordo ao se referir às travestis, pois pronomes de tratamento, “[...] substantivos para auto-referirem ou para tratarem aquelas que lhes são próximas é sempre no feminino.” (DAVI, 2013, p. 11). Portanto, “[...] ao construírem para si uma imagem feminina, adotando, inclusive, nome de mulher, me parece que preferem ser tratadas no feminino. Aliás, é assim que se tratam entre si.” (PELÚCIO, 2004, p. 125).

Artemis relata que sua postura diante da travesti foi primordial para que a mesma se sentisse à vontade, resultando num acolhimento ao paciente. A sensibilidade e a humanização são de extrema importância no acolhimento da população trans – “[...] as/os travestis, os transgêneros³⁷, as *drag queens*, os *drag kings*.” (BENTO, 2008, p. 20), como por exemplo.

³⁷ Bento (2008) relata que a expressão “transgênero” é comum para se “designar as experiências de gênero que se deslocam do referencial binário”, (p. 205). Porém, esta é uma discussão que ainda se mantém, tanto na academia como na militância. Bento (2008) afirma que para muitos autores o termo transgênero é utilizado como um “guarda-chuva” e, no seu livro, a

Contudo, vários são os relatos noticiados de casos onde pessoas trans sofrem descaso e constrangimento nos atendimentos de saúde devido ao despreparado dos profissionais da saúde frente à população trans³⁸ – o que pode ser um dos motivos para que as pessoas trans deixem de procurar os serviços de saúde. Realidade esta que, muito provavelmente, se estende às escolas, devido humilhações, agressões e omissão de docentes fazendo com que os/as adolescentes trans desistam de frequentar às aulas.

O segundo paciente atendido por Asclépio, de acordo com seu relato, aponta possivelmente para um homem transexual. A transexualidade, segundo Bento (2008, p. 18), “[...] é uma experiência identitária, caracterizada pelo conflito com as normas de gênero [...]”, ou seja, as pessoas transexuais, assim como a população trans, “[...] rompem e cruzam os limites estabelecidos socialmente para os gêneros.” (BENTO, 2008, p. 20). Desse modo, se no caso supracitado, sendo um homem transexual, ele não se “parece com um homem”, ele “é um homem”.

Aglaea também relata que já teve uma paciente travesti, como vejamos:

A gente tava numa unidade de saúde que (...) tinha um paciente que era...era travesti. E nossa! Ele passava na rua e era muito, muito, muito parecido com uma mulher. Mas era um

autora utiliza o termo “transexuais”, especificamente. Registramos que essa divergência e o debate perseveram, mas que o importante é o direito à diversidade e o reconhecimento dos Direitos Sexuais, pois “a igualdade e a não discriminação são fundamentais à proteção e promoção de todos os direitos humanos”, (WAS, 2014).

³⁸ Luciano Medeiros em entrevista ao sítio online NLucon, intitulada: Médica não acreditou que sou homem trans e pediu para eu tirar a roupa. Abril, 2016. Disponível em: <http://www.nlucon.com/2016/04/homem-trans-saude-denuncia-transfobia-luciano-medeiros.html> Acessado em: 27/06/2016.

travesti. E aí ele passava na rua...já todo mundo do bairro já olha meio diferente...já faz piada e tal. E aí os alunos tiveram que fazer visita naquela casa. Então nossa...eles vieram com uma história riquíssima...eu lembro que...porque o paciente se abriu com bastante facilidade. E eu lembro que a gente fez questão relacionada a isso...a opção sexual...a essas...é...definições travesti...transexual...transgênero...tudo isso a gente foi abordando e...mas mesmo assim alguns alunos ainda achavam que era alguma coisa... “ah, fui pesquisar, foi ruim de pesquisar”... “não sei se a gente devia estar estudando isso”...mas no fundo todo mundo se envolveu. (Aglaea)

As discussões realizadas a partir do ciclo de aprendizagem podem proporcionar momentos de reflexões intencionais sobre a dimensão sexualidade e constituir-se num importante espaço de superação de currículos ocultos existentes quando pautados na emancipação dos sujeitos. Como relatado por Aglaea, o ciclo proporcionou a criação de questões de ensino e aprendizagem e a pesquisa desenvolvida pelos estudantes envolvendo a todos e todas. Registramos que outros/as docentes relataram que seus estudantes não costumam fazer questionamentos sobre a temática. Dessa forma, entendemos que a possível resistência e/ou desinteresse dos estudantes frente ao estudo do tema, incluídos aí os de Aglaea – “não sei se a gente deveria estar estudando isso” –, pode ser reflexo da insegurança e da falta de conhecimento do PPC em sua plenitude, bem como da Declaração dos Direitos Sexuais entendidos enquanto direitos humanos fundamentais e universais (WAS, 2014).

Relembramos que o referido PPC almeja para a formação de profissionais médicos os seguintes objetivos específicos, a destacar novamente alguns pontos: trabalhos voltados à realidade local, realizar prática de saúde de forma integral, reconhecer valores e manifestações sócio-culturais, promover possíveis propostas de ações integradas para melhoria constante

da qualidade de saúde da população. Neste sentido, refletimos: como atender integralmente os sujeitos se o considerarmos assexuados? Como trabalhar a saúde de forma integral se desconsiderarmos a saúde sexual? Como reconhecer valores e manifestações sócio-culturais se considerarmos os aspectos biológicos em detrimentos dos psicossociais? Como garantir a qualidade de vida da população trans se desconsiderarmos o respeito à diversidade?

Na análise do indicador demanda evidenciamos mais relatos, como vejamos:

A gente estava discutindo outra coisa e daí eu falei em relação a isso porque falou no preventivo. E daí a hora que tu falou eu lembrei. Daí eu falei da questão que mulher mesmo sendo lésbica tem que fazer o preventivo.... “Ah é professora?”...falei que tem que fazer...não é porque não tem relação com homem que não tenha que fazer....então...eu fiz algumas discussões assim... (Áceso)

Assim ó...o que que eu tive de experiência...nessa...porque às vezes a gente atende...ã...famílias diferentes...já foram duas mães consultar comigo...com o nenê...com a criança. E eu até achei num primeiro momento que eram amigas ou eram irmãs. A gente nunca pensa que possam ser...um casal. E...daí...às vezes...no primeiro impacto tu pergunta...“ah ele se dá bem contigo” ... “o que você é dele?” ...porque a pessoa tinha ido já anteriormente com o pai das crianças e depois foi com a companheira. Daí isso aí...por isso que me deu uma certa confusão. Mas depois que elas falaram...tranquilo assim sabe. Mas na hora...a gente não quer ter o preconceito...mas na hora tu acaba que dá um baque mesmo. (Láquesis)

Eu passei por isso uma vez. Uma situação. Até foi no início desse ano. Era um estudante...um menino...e que ele tem todos os trejeitos

femininos assim...mas até onde eu pude perceber...talvez pra ele também não seja uma questão muito bem esclarecida. E nunca foi comentado nada a respeito no grupo né...e aí um...um determinado momento...um dos alunos fez uma piadinha insinuando sobre a sexualidade dele e ele reagiu muito mal. E aí...eu me senti muito...muito despreparada pra lidar com a situação...porque você não sabe como conduzir. E aí o que que a gente faz? O que que eu fiz? A gente corta o assunto e parte pro próximo né. Não...eu não consegui...desenrolar de outra forma. E como...por ter sido uma das primeiras vezes que isso aconteceu...me marcou muito. O que que eu poderia ter feito pra ajudar ele naquele momento? Ou de repente...pra esclarecer isso no grupo...pra que não acontecesse novamente...pra chamar a atenção dos alunos que isso é uma realidade...que tá aí no nosso dia a dia...a gente precisa saber conduzir...saber se comportar...saber respeitar principalmente. Então é uma questão...quando eu penso assim...em exemplos...é esse que me vem muito forte...porque é recente. E eu me lembro...muito desconfortável nessa situação...sem saber conduzir. Eu preciso adquirir mais conhecimentos sobre isso...porque eu não consigo conduzir, eu não sei como conduzir. (Átropos)

Por exemplo, eu já atendi um paciente soropositivo que era homossexual...e aí ele...o paciente já diz... “ah, eu não quero que ninguém saiba”...tinha que fazer vacina... “Ah, mas aí a vacinadora vai contar”...sabe...todas essas coisas que acabam...e isso acaba sendo pontual. Algumas situações que você vivencia...e quando acontece e você tá junto com os alunos dá pra gente fazer uma abordagem. Mas não é uma coisa que você perceba que os colegas planejem fazer... “ai, vamos tentar fazer uma abordagem relacionada a isso”...muito difícil. (Aglaea)

As falas apresentadas parecem apontar que as demandas, quando relacionadas à dimensão sexualidade, são associadas ao diverso, ao diferente, ao que foge do padrão, ao “anormal”, conforme discorrido anteriormente. Neste sentido, a diversidade humana e a diversidade sexual são entendidas como um problema, um incômodo e o diverso entendido como um desigual. Isso é reflexo de uma visão hegemônica de sociedade normalizada e normatizada, onde adotou-se por décadas um padrão hegemônico binário na questão de gênero e heteronormativo na questão da orientação sexual, ambos entrelaçados na vivência da sexualidade aliados a vertente médico-biologista. No entendimento de Foucault (2011) esse entendimento estabelece redes de poderes de dominação de uns sobre outros e que acabam norteando nossas ações no cotidiano, enquanto profissionais da Educação ou da Saúde, por meio desse padrão binário e heteronormativo ditos “adequados”, ditos “legítimos”, ditos “normais” e entendidos – consciente ou não – como única forma sadia de ser e vivenciar a sexualidade – conforme discutido nas seções I e II.

Ainda, o relato de Aglaea vem ao encontro dos objetivos específicos do curso de Medicina referente a identificação dos ditos grupos de risco na comunidade. Inclusive apresenta-se como uma possível oportunidade de se discutir sobre grupos de riscos e comportamentos de risco, reflexões importante referentes às doenças sexualmente transmissíveis.

Mas por exemplo...teve um caso esses dias atrás que eu tava com dois alunos no consultório...que era um paciente idoso...que ele falou que tinha se separado da ex-mulher...estava cinco anos separado...estava agora com uma companheira e estava tendo disfunção erétil. Que ele queria um remédio...que ele não podia deixar a parceira na mão, né...então a gente conversou com ele...conversou que poderia ser psicológico...porque realmente de saúde ele não tinha nenhum problema evidente que fosse pensar numa disfunção mais orgânica...e

enfim...conversamos bastante com o paciente e depois eu discuti com os alunos... “o que que vocês acharam?” ... “como vocês enfrentariam isso?” ... “o que vocês acham da conduta?”...mas foi bem pontual assim...longe do que eu acho que deveria ser abordado. Mas também não pensei de que maneira eu poderia abordar isso. (Hades)

Esses dias chegou um paciente “Ah, minha esposa não gosta de ter relação sexual e tal”...tem paciente que se abre. Mas é a exceção. Ainda é a exceção. A maioria dos pacientes fica receoso. (Aglaea)

Em seu relato Hades descreve a preocupação com os aspectos psicológicos de seu paciente, estendendo as discussões com aos seus estudantes, porém ainda se mostra incomodado com a abordagem, pois entende que ainda deveria ser diferente. Contudo, relata que seus estudantes não apresentam interesse sobre o assunto, mas mesmo assim tenta chamar a atenção dos estudantes para coisas que possam passar despercebidas. Aglaea aponta que o receio de abordar a temática também provém de pacientes. Abaixo, vejamos:

Eu procuro sempre mostrar...tentar mostrar pra eles...ou abrir os olhos pra eles...pra questões que às vezes passam despercebidas e podem ser relevantes pro caso clínico. Claro que isso é muito bom pensando num estado de doença, nem no estado de saúde, mas no estado de doença do paciente. Por exemplo...uma senhora tá com depressão e ela tá com problema conjugal. Ou então...esses tempos atrás veio uma senhora que a neta dela...ela falou que não andava muito bem...que andava meio depressiva...e eu acredito que ela estava incomodada porque depois a neta foi consultar, até por outra queixa, ela estava com uma dor abdominal e foi consultar...e a neta dela era gay. Ela estava com a namorada junto. Então eu acho que às vezes

na concepção dela... “ah, mas minha neta...tá nessa vida louca”... Elas não vieram junto. A senhora veio consultar e disse... “acho que minha neta tem que consultar, acho que ela tá com depressão”... Só que a neta não foi consultar. Numa outra oportunidade...a neta dela nem consultou na verdade...só chegou, disse da dor abdominal, eu mediquei ela...ela foi embora, eu disse... “depois retorne pra gente conversar”. E depois quando foi evoluindo que eu vi... “mas a fulana aqui é neta da fulana lá”... (Hades)

Às vezes é...algo que talvez...não sei se se tá relacionado a sexualidade...mas quando chega um paciente que teve contato com uma doença sexualmente transmissível... então isso já gera ...sempre gera um burburinho...uma coisa relacionada assim né. Principalmente entre os alunos...porque é aquela coisa...não que não seja comum...a gente que tá na prática...então...quantos pacientes com DST eu já atendi. Mas eu compreendo eles porque no início é complicado né...porque toda vez que você vai abordar sexo...sexualidade...é difícil. (Aglaea)

Registra-se a fragmentação também sentida e vivenciada por Aglaea, quando não identificamos na sua fala uma correlação entre a compreensão da dimensão sexualidade e priorização de se tratar isoladamente das doenças sexualmente transmissíveis, porém, já identifica o incômodo vivido pelos estudantes diante de tal situação.

Durante as análises, podemos registrar que as demandas podem vir também da vivência nos mais diversos cenários do cotidiano, não restrito especificamente às UBS, como por exemplo:

Porque eu não sei se eu não faço...se eu não julgo e aí as pessoas percebem que eu não tenho

juízo com isso. Eles acabam vindo conversar comigo sobre isso. Se acho que eles podem se...falar sobre sua orientação...se eu acho que isso vai prejudicar eles na sua vida profissional...eles vem me falar... “tu sabe que eu sou homossexual”... “Sei sim. E aí?” ... “Mas tu não vai dizer nada sobre isso?”... “Eu não tenho nada pra dizer sobre isso”.... Um até me disse... “tu me ajuda a contar pra minha família?”.... Disse “ajudo”. (Panacéia)

Uma coisa que a uns dois anos atrás chamou bastante atenção foi uma menina que aos dez anos teve um bebê. Isso deixou eles muito...né...porque eu lembro que..acho que faz uns dois anos...ela tinha dez anos e tinha uns estudantes na maternidade...fizeram eletivo e conheceram essa menina. Aí isso chocou bastante...isso eu lembro que foi muito comentado no curso. Porque era uma criança né...dez anos ela foi mãe. Isso eu lembro...mas outros fatos assim...não consigo lembrar... Não [foi debatido] porque ficou uma coisa assim...sabe de café? De corredor. Chegou até a gente...e aí acho que não foi debatido. Não foi...saiu no jornal... (Hygeia)

As falas apresentadas apontam situações no vivido para além dos aspectos biológicos, ou seja, que envolvem também aspectos sociais, psicológicos, familiares, profissionais, etc; relatos estes, portanto, que também podem contribuir nas mais variadas reflexões críticas, inclusive sobre as necessidades de saúde, violência, infância, etc.

Todavia, Epione relata uma apresentação de trabalho que pode prestigiar e chamou muito sua atenção. Vejamos:

Ela [a estudante] trabalhou no ambulatório de endocrinologia, por duas vezes ela fez o eletivo em Porto Alegre...em que eles atendem pacientes já desde oito...nove anos de idade que já fazem essa opção...é...que já nem é mais

opção né... que já buscam tratamento porque já se identificam né...a questão de gênero...masculino se identifica com o feminino, feminino se identifica com o masculino. E na apresentação do eletivo dela...ela trouxe o quanto esses pacientes são atendidos, não só eles, mas a família toda tem um atendimento psicossocial nesse ambulatório de endocrinologia...não me lembro em qual hospital...lá em Porto Alegre...e comparando aos serviços do nosso Estado...que não existe um laboratório ou ambulatório assim...nem na nossa cidade...e ela como estudante de medicina ao longo [desses] anos ela nunca teve possibilidade aqui de atender pacientes que já faziam uso de hormônio ou auto medicação e aí...fazem coisas que não são...é...adequadas sabe...e acabam sofrendo consequências e a diferença de pacientes que procuram desde cedo...às vezes o pai tem resistência ou a mãe tem resistência e vão entendendo o contexto. Ela trouxe a nova classificação do CID também...do CID não...[DSM]...é uma classificação nova que tem né... e que mostra que isso não é uma questão de opção...então isso desmistifica e tira essa ignorância nossa...na compreensão...então, assim...eu falei pra ela...meu, uma estudante...deveria estar apresentando isso no colegiado pra todos os professores...e a gente até sugeri na banca...que a gente estava assistindo...pra que ela procurasse a professora do mestrado...que fez a capacitação docente da universidade...pra elas trabalharem articuladas. Então a gente viu o quanto a gente é ignorante ainda nesse assunto...o quanto a gente não sabe lidar ainda. A gente tá aprendendo...tá aprendendo. Eu vejo que muito mais institucionalmente isso vem sendo trabalhado...do que no próprio curso. Eu vejo iniciativas isoladas no curso. E elas vem de demandas de estudantes. Ou de professores né... que tem opções sexuais diferentes...não são heterossexuais... (Epione)

Apesar de situações conflituosas como relatado anteriormente por Epione, esse relato também representa um avanço e uma possível sedimentação já de indicadores do paradigma novo vivido pela própria estudante, que teve oportunidade e autonomia para buscar identificar e refletir sobre as lacunas por ela própria vivida no curso de Medicina. Devido à sua importância, na opinião de Epione, o trabalho da estudante deveria ter sido apresentado também ao colegiado. Ainda, registra que a dimensão sexualidade apresenta mais abordagens via universidade do que pelo próprio curso de Medicina.

Iaso, contudo, relatou não ter dificuldades de trabalhar e abordar o tema, como vejamos:

Olha...eu nunca tive problemas assim...com isso. Sabe? Eu acho assim...que...talvez um pouco pela experiência...que eu já tenho de clínica a bastante tempo...tanto é que na minha unidade lá eu atendo homossexuais...não...nunca tive problema em atender...nunca tive problema de relacionamento com paciente ou com aluno também...né...que a gente também hoje em dia...é bem frequente. No curso a gente tá vendo a cada ano que passa...é...essa parte tá...tá aumentando assim e antes o que era uma coisa mais mascarada...disfarçada...hoje em dia eles não escondem mesmo. São bem abertos né. Não em falar. Mas a própria postura mostra... Mas eu nunca tive problema em lidar com isso não, assim, sabe. (Iaso)

O indicador demanda também pode ser registrado no relato de Quirón, por exemplo:

Até se discute bastante...porque esse é um problema muito presente hoje né. Principalmente o problema da homossexualidade...hoje é muito presente...e até tem uns casos aí de transexualidade né...um

caso bem...que mexeu bastante né e...e esse ano passou pela gente... Mas eu tenho visto um avanço interessante assim...no sentido...pelo menos na tolerância em relação a isso tem...tem aumentado bastante. As pessoas tem sido mais tolerantes. Ainda tem muita piadinha, muita...que denota exatamente ainda um pré-conceito sobre isso. Mas pelo menos as pessoas não estão sendo agressivas. Como já foi...muitos...a maioria né. Mas ainda existe muito forte ainda né...tradicional...a formação que a gente tem...na construção social...do conceito de gênero...sexualidade...é difícil você superar isso. Precisa de muito trabalho. Mas eu tenho observado muito mais tolerância. Por parte dos estudantes muito mais. Os professores também acho que se evoluiu muito. A gente fez algumas discussões interessantes no colegiado...acho que aliviou bastante as pessoas...quem foi pelo menos aprendeu melhor algumas coisas. Se sentiu mais tranquilo pra lidar com isso. (Quirón)

A reflexão crítica de Quirón sobre a superação da formação tradicional – “precisa de muito trabalho” – representa sua antítese que vem ao encontro do processo de reeducação sexual urgente e necessário aos profissionais da Educação e da Saúde, para que nós, enquanto sujeitos sexuados, possamos “[...] desenvolver constante reflexão crítica e ressignificação de si, dos outros e de sua visão de mundo.” (YARED, VIEIRA e MELO, 2015, p. 158). A visão hegemônica de uma sociedade normalizada e normatizada num padrão binário e heterormativo também pode ser registrada, conforme discutido anteriormente. Porém, registramos o entendimento possivelmente equivocado referente à violência relativa à comunidade LGBTT, lembrando que o número de assassinatos ligados a ela ainda são expressivos no Brasil – conforme discorrido na seção I.

Diante das análises apresentadas, sugere-se que as demandas vivenciadas na prática dos/as docentes se apresentam

e continuam desafiantes. Nesse sentido, refletimos: se a práxis, proposta pelo PPC realmente ocorre em plenitude, como existiram tantos relatos revelando dificuldades, dúvidas e inseguranças na abordagem da temática? As falas apresentadas apontam que os conflitos, dificuldades e vivências demandam do passado e do presente, porém, possivelmente a situação vivenciada a partir do estudante transexual serviu como “gatilho” para se providenciar a palestra aos docentes para refletirem intencionalmente sobre a dimensão sexualidade. Ainda, ressaltamos que durante as entrevistas, frente aos relatos de vivências e experiências, foi sugerido a alguns docentes que transformassem suas demandas em “problemas de papel”³⁹, por exemplo. E todos/as responderam: “nunca havia pensado nisso”.

Na sequência das análises, outro indicador registrado refere-se à autonomia docente. É quase unânime entre os/as docentes a compreensão de ser necessário ampliar o debate sobre a temática da sexualidade, inclusive, com vistas à mudanças no comportamentos dos sujeitos, docentes e discentes. Foi constatado também, por meio de suas falas, que consideram necessária a oferta de formação para discutir intencionalmente sobre o assunto. Ressaltamos, todavia, como essencial um espaço intencional que proporcione a discussão sobre a dimensão sexualidade fundamentado num paradigma que visa a emancipação dos sujeitos, proporcionando assim, a reeducação sexual de profissionais da Educação e da Saúde – como já discorrido na seção I.

³⁹ Relembrando, conforme descrito na seção III, o cenário Tutoria, que ocorre do 1º ao 4º ano do curso semanalmente, é um espaço onde os estudantes são divididos em pequenos grupos sob a coordenação de um professor-tutor para cada grupo. Assim, são realizadas sessões tutoriais onde a estratégia de ensino e aprendizagem é a PBL. Portanto, o eixo principal baseia-se no estudo de situações problemas reais de saúde-doença, mas problemas de papel, onde a aprendizagem é concebida em resposta ao desafio que o estudante tem ao enfrentar estas situações, contribuindo assim, na construção do conhecimento.

Esse reconhecimento consciente da necessidade de formação docente, para promover transformações, discussões e problematizações, nos apontam possibilidades de avanços pelos/as docentes que sugere um caminhar mais crítico e revigorado do novo paradigma proposto pelo PPC. Movimento este que vem ao encontro do que propõe Freire (2005, p. 71, grifos do autor), quando afirma que os seres humanos são “[...] seres da busca e se sua vocação ontológica é humanizar-se, podem, cedo ou tarde, perceber a contradição em que a educação bancária pretende mantê-los e engajar-se na luta por sua libertação.”

Entretanto, contraditoriamente, a grande maioria dos/as docentes não se vê como protagonista das mudanças que almejam. As respostas parecem apontar que compreendem o avanço como necessário, apoiam as possibilidades de mudanças, mas a grande maioria não se percebe como autônomos e responsáveis por essa inalteridade. Nesse sentido, as falas apontam para o entendimento de que muitos não se veem capazes de realizar as mudanças que desejam e acreditam ser necessárias, porque também muitas respostas apontam para a consonância de que os sujeitos estão a espera de alguém que provoque essa transformação. Isto é, alguém que proponha o caminho a seguir, assim como no modelo tradicional de educação, onde, na maioria das vezes, esperamos pela aprovação e/ou autorização de outrem, ao invés de assumirmos uma postura de professor/a formador/a, de professor/a problematizador/a.

Nós, profissionais da Educação e da Saúde, como docentes de uma maneira em geral, como sujeitos históricos que somos, na maioria das vezes somos destituídos de agirmos como sujeitos no mundo, frutos de processos formativos que transcorreram (e transcorrem) na contramão da emancipação de sujeitos, ou seja, na contramão de ações libertadoras e acríicas. Freire (2005, p. 70, grifos do autor) nos alerta que “[...] pensar autenticamente é perigoso. O estanho humanismo desta concepção bancária se reduz à tentativa de fazer dos homens o

seu contrário – o autômato, que é a negação de sua ontológica vocação de ser mais.”

Registramos, portanto, essas contradições que brotam do mundo vivido, a partir do indicador autonomia docente, representando novamente um possível movimento de transição paradigmática, um reflexo da busca da uma mudança de visão de mundo que ainda não está sedimentada. Fato que é próprio de uma proposta curricular nova e que se propõe revolucionária, possivelmente desafiante, visto que muitos de nós, ainda formados num modelo tradicional de ensino e aprendizagem, percorreremos um laborioso caminho à emancipação e promoção de uma educação verdadeiramente libertadora. Pois como afirma Freire (2005, p. 17, grifos do autor), “[...] reencontrar-se como sujeito, e libertar-se, é todo sentido do compromisso histórico. Já a antropologia sugere que a *práxis*, se humana e humanizadora, é a prática da liberdade.”

Registraremos a seguir, outro indicador professor formador, pois a grande maioria dos/as docentes relataram ter dificuldade para trabalhar a temática da sexualidade porque não sentem-se preparados e, conseqüentemente, não conseguem conduzir discussões ou as consideram insatisfatórias. Como vejamos:

E eu confesso que pra mim é uma dificuldade bastante grande...porque a gente não sabe como lidar, como conduzir. (Átropos)

Mas foi bem pontual assim...longe do que eu acho que deveria ser abordado. Mas também não pensei de que maneira eu poderia abordar isso. (Hades)

Eles [os estudantes] sabem lidar mais com...essa mudança de...né? (...) Eles sabem lidar muito bem com isso. A gente que não sabe. (Cloto)

Os professores estão bem atrapalhados e não sabem como trabalhar. (Panacéia)

Porque a gente vê relatos de professores que...que não conseguem saber qual que é o jeito melhor de lidar...a gente tem relatos...a gente ouve conversas né...de...até mesmo de situações de preconceitos assim, sabe. Então a gente acaba não estando preparados. Na realidade assim...ninguém tá preparado. (...) Porque quando é tudo normal, beleza. Tudo normal. E quando não é? (Aglaea)

Entendemos que o desconhecimento e as dúvidas promovem inseguranças, que intimidam e limitam o diálogo. Cloro relata que os estudantes, entre si, conseguem lidar melhor com o assunto. Mas os docentes justificam que, por não se sentirem preparados, a dimensão sexualidade acaba sendo evitada em possíveis discussões. Como por exemplo:

E quando a gente não sabe o que fazer com essas questões...geralmente vai pra baixo do tapete né. Não mexe...porque se eu não sei trabalhar com isso...não vou trazer em pauta. Então...acaba que a gente sempre joga pra escanteio. Deixa de lado...deixa à margem das discussões pra não ter que precisar mexer. (Átropos)

Então...muitas vezes acaba passando batido várias coisas né. E...via de regra...a sexualidade é uma coisa que eu...a menos que eu veja que o paciente tá me dando essa oportunidade de explorar, eu acabo não explorando. (Hades)

E tanto é que...eles falam...dos namoricos...normal né...e tal. Então assim...isso que eu acho...os namoricos daqui a gente fica sabendo...eles falam. Mas a parte homossexual deles, eles não falam. Entende? Então eu não sei até que ponto...nós também...eles não olham a gente...né...uma barreira. Não sei quem poderia nos ajudar ou se

isso é normal. Não sei. Porque eu também não acho...porque como é uma coisa diferente...nós não somos preparados pra isso, Yalin. Eu me sinto...complicado...vou tocar num assunto que eu não sei se tá confortável pra pessoa. Será que é confortável? Não sei. Então...a gente deixa e passa. (Hygeia)

Muitos/as docentes entrevistados/as relatam também que consideram a temática da sexualidade muito desafiante, inclusive, de abordagem complexa. Como por exemplo:

Em função deste aluno [transexual] já estar em outros cenários... hospitalar...unidade de saúde...e os próprios profissionais...os próprios colegas não saberem conduzir também lá né. Usa vestiário feminino ou usa masculino? Trata como nome...é...que recebeu...trata como nome que adotou? Então...eu vejo que é uma...uma dúvida geral. Percebo poucas pessoas preparadas pra...até pra te darem subsídio no sentido de olha... “faz assim, conduz assado”... É bem difícil. (Átropos)

Ainda é uma coisa difícil de abordar. E...assim...daí tem a questão ainda pessoal...de cada aluno. (Aglaea)

Átropos destaca a necessidade da oferta de formação docente na temática, inclusive pela justificativa de profissionais colegas que são formados há muitos anos. Asclépio chama a atenção para o preconceito ainda presente entre os/as docentes e que a temática deveria ser discutida de maneira séria para possivelmente despertar interesse. Ainda, Aglaea descreve que o preconceito sofrido pelas travestis é culpa de uma normalizadora. Como vejamos:

Eu sinto falta e acho que a maioria também. Porque...eu me graduei não faz muito tempo...faz um tempinho...mas não faz tanto.

Tem profissionais que se graduaram a bastante...a mais tempo que eu...e eu acredito que...eu não tive! Eu imagino assim...quem se formou...a gente tem colegas que se formaram a quinze...vinte anos...que tão aí...que são profissionais que trabalham com isso...que tem contato com isso...com as questões sexuais dos indivíduos que atendem todo dia e que também não tem subsídio...não tem chão pra conseguir lidar com essas situações. (Átropos)

Deveria ser mais explorado. (...) As cabeças ainda são muito preconceituosas. (...) Se tu debater de uma maneira séria vai ter interesse. As pessoas vão procurar saber o que é...ver de outra forma. Agora, eu to tirando? To tirando porque aquilo me incomoda. E isso pra mim...é um tipo de preconceito. (...) Então, prepara esses professores pra isso. Pra preparar os seus alunos a teres essa experiência. E não esperar assim... “ah, eu vou fazer urologia no 6º ano...agora vou me interessar”... (Asclépio)

Acho que a sociedade é responsável por esta situação [preconceito às travestis nas UBS] por estabelecer padrões de certo e errado e exigir que sejam seguidos à risca...e isso se perpetua quando o assunto continua sem abordagem adequada nas famílias, nas escolas e universidades. A orientação dada aos alunos seria aprofundar-se no tema para a busca de soluções possível em nossa área de atuação. (Aglaea)

Outro exemplo pode ser registrado no que diz respeito a (de)formação profissional realizada na contramão de sujeitos autônomos e emancipados, que resulta num não entendimento consciente desse sujeito formador, também participante e responsável em processos educacionais, sempre sexuados, no mundo vivido. Ao relatar suas opiniões sobre a temática da

sexualidade presente na Unidade Educacional do 3º ano, Deméter e Aglaea expõem que:

Eu acho que tá lá só pra constar...(risos) É minha opinião até o momento. Eu posso estar enganada...eu to falando uma opinião totalmente pessoal. Não de abordagem...não fui falar com nenhum professor do 3º ano pra perguntar isso...não fiz pesquisa com os alunos no final do 3º ano pra saber...tu me entendeu? Eu quero dizer assim...é só o que eu to vendo assim...quando eles chegam aqui [anos seguintes] se ele...tu vê se tem alguma habilitação, não tem. É isso que eu vejo. E daí não sei te dizer. Porque a gente tem...nunca trabalhei com o 3º ano...então é só numa reunião pontual lá, de colegiado...então eu não me sinto habilitada a realmente expressar uma opinião a respeito. Eu posso te falar sobre os alunos que chegam [aqui] e que a abordagem deles em relação a isso...ela é muito pequena. (Deméter)

Eu acho que é uma coisa bastante...que vai ser bastante benéfico pra formação dos alunos...dos nossos próximos...vão ser nossos colegas. Talvez eles estejam mais preparados pra lidar com situações como essas. Tanto na vida profissional como na vida pessoal. Só que claro...isso depende de formação de quem tá formando eles. (Aglaea)

Alguns docentes ressaltaram não perceber transformações nos estudantes referente à dimensão sexualidade após cursarem o 3º ano do curso de Medicina, inclusive na opinião de docentes que trabalhavam com turmas de 1º e/ou 2º ano, como em docentes de 4º, 5º e/ou 6º ano. Nas falas apresentadas anteriormente, Deméter é assertiva ao registrar que não há diferença nos estudantes que chegam ao final do curso,

sendo que também é docente de estudantes dos anos iniciais do curso. Artemis também relata que não percebe diferença.

Ao contrário, Aglaea acredita ser benéfico e que os estudantes podem, inclusive, estar mais preparados futuramente, mas que o sucesso desse processo dependerá da formação ao formador. Aglaea também é docente de turmas iniciais como intermediárias e, durante sua própria entrevista, reelabora seu entendimento:

Por exemplo...tenho alunos [antes do 3º ano] e [depois do 3º ano] percebo que a dificuldade é a mesma. Tanto pros alunos [antes]...claro, com as devidas correções do ano...do tanto que já evoluíram, mas...os alunos do [depois] ainda tem aquela ressalva assim de... “bha, peguei um paciente que é uma queixa que tá relacionada...vou ter que fazer perguntas relacionadas à sexualidade” ...aí já fica...eles já ficam meio nervosos. (Aglaea)

Ah...não...não acho que interfere no meu...método assim. Até porque eu não percebi diferença. Nem nesses alunos do [início] que ainda não tiveram contato [com o 3º ano], nem dos que estão [após o 3º ano]. (Artemis)

Registra-se que muitas falas apontam para o entendimento de que a passagem pelo 3º ano do curso não interfere no conhecimento dos estudantes sobre a temática da sexualidade, como proposto na estrutura curricular do PPC. Contudo, principalmente docentes que trabalham antes e depois do 3º ano que apontam essas fraquezas, mas não se veem como protagonistas por essa (de)formação dos futuros médicos e médicas. Sendo assim, não percebem que o coletivo também é responsável por este processo de educação sexual, não somente os/as docentes do 3º ano.

Nesse sentido, mas como fator positivo, os/as docentes assumem, humildemente, suas dificuldades e inseguranças

perante a temática, compreendem como necessária a oferta de formação docente, porém, não assumem, na grande maioria, uma postura autônoma enquanto sujeitos capazes de promover mudanças. Registramos, inclusive, que no bloco estrutural nº 5, espaço concedido à sugestões, muitos docentes apontaram aguardar o *feed back* com as contribuições da pesquisa de doutoramento ao curso, retorno esse justo e democrático, porém, não estanque e singular. Como vejamos um exemplo:

Eu acho que apresentar essa proposta no final...da tua tese...botar essa proposta pra que ela possa ser inserida com mais clareza dentro do curso. Nem que faça um debate...um curso...um seminário com os professores pra que...acho que tem que inserir isso mais. E até pros alunos. Trazer isso...o que que pensam...como é que agem...né? (Asclépio)

Que você traga um feed back pra gente de capacitação...de tudo assim sabe...porque eu vejo que a gente...que eu preciso muito. (Átropos)

Essas recaídas ao modelo tradicional, portanto, são contradições no mundo vivido que representam uma ambiguidade numa mudança paradigmática ainda não sedimentada. Colocam a responsabilidade da mudança que desejam para outrem, mas não se veem como parte dessa mudança. Ou seja, representa a ambiguidade entre o prescrito, sobre o qual os/as docentes acreditam que deveriam estar preparados, com a posição de sujeitos que constroem e reconstróem a proposta curricular e são os responsáveis pelas mudanças almeçadas, assumindo assim, o papel de formadores. Por outro lado, as falas representam a ambiguidade entre o vivido, onde os/as docentes se colocam na posição de estudantes, no modelo daquele que aponta mas não realiza, aquele que espera por outrem, como no paradigma tradicional de

ensino e aprendizagem, logo, não assumem a posição de formadores, de sujeitos ativos.

As falas apresentadas parecem apontar para que os sujeitos estão pouco pró ativos e pouco sujeitos, visto que eles também **são** o curso de Medicina. Como relembramos em Veiga (2015, p. 37), um currículo integrado, “[...] emancipador, interdisciplinar nega o caráter fragmentado dos ambientes, rompe barreiras e quebra o isolamento e a rigidez das grades curriculares [...]”, por isso, “[...] exige estruturas de funcionamento articuladas entre coordenadores, professores, tutores e outros profissionais especializados [...]” que, conseqüentemente, poderá favorecer espaços colegiados de integração compartilhados, não centralizados, que desenvolvam a autonomia e o empoderamento dos sujeitos envolvidos.

Posicionar-se como estudante num modelo tradicional ao invés de formadores sujeito ativo, pode representar indícios da categoria alienação, entendível quando nós, profissionais da Educação e da Saúde, assumimos que somos (de)formados numa perspectiva sócio historicamente construída onde não nos vemos como sujeitos dos processos vividos, pois muitas vezes, assumimos a posição de expectadores e não de protagonistas, quando esperamos por outrem na solução dos nossos desafios do cotidiano.

Ainda, outra herança do modelo tradicional diz respeito ao uso constante por alguns poucos docentes da expressão “dar aula”. Também registramos relatos que também denunciam a existência de colegas que insistem em “dar aulas” no curso.

Outro indicador é o uso constante do termo “professor mediador”. Esses são exemplos de transição paradigmática, contudo, ainda com insuficiente entendimento do PPC, assim como a possível ausência da reflexão crítica sobre a verdadeira proposta de Paulo Freire – conforme discorrido na seção III. O professor entendido como mediador vai contra às liberdades, pois continua sendo um narrador de conteúdos. Logo, “[...] o diálogo é o encontro dos homens, mediatizados pelo mundo,

para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu.” (FREIRE, 2005, p. 91, grifo do autor). Os indicadores “dar aula” e “professor mediador” são palavras simples, porém não simplórias, pois palavras são sempre carregadas de sentidos e significados.

Até aqui, finalizando as análises, trabalhando com os indicadores e fundamentadas pela categoria principal desse trabalho, ou seja, o processo de educação sexual emancipatório como norte da pesquisa, se desvela uma categoria emergente que brota do processo vivido. Percebemos que as análises gerais mostram o mundo vivido e suas contradições, frente ao prescrito inclusive, vistas em nosso entendimento do movimento dialético como saudáveis, representando a tensão dialética entre o prescrito e o mundo vivido que proporcionou o desvelamento de um macro movimento, aquele que se refere à ambiguidade dos sujeitos imersos numa mudança paradigmática.

Este caminho percorrido no processo de análises dos micros movimentos na busca da ampliação da compreensão do fenômeno, faz parte de “[...] um processo reiterativo em que, num movimento espiralado, retomam-se periodicamente os entendimentos já atingidos, sempre na perspectiva de procura de mais sentidos.” (MORAES, 2003, p. 205). E nesse dinamismo, torna-se imprescindível a presença constante do questionamento e da reflexão crítica, pois “[...] impulsionam o processo, possibilitando reconstruir argumentos já formulados, submetendo-os novamente à crítica e reconstrução.” (MORAES, 2003, p. 205).

Por isso, a partir das contradições que brotaram durante as análises, dessa tensão dialética entre o prescrito e o mundo vivido dos sujeitos, percebemos suas inconsistências na transição paradigmática como sinal de vida, como a essência e a aparência em movimento e como força que desvelaram um macro movimento: a ambiguidade num processo de transição paradigmática. Assim, a categoria emergente se desvela quando percebemos um espaço de mudança paradigmática que está

sendo buscado, porém ainda latente e, talvez, se fortalecendo. Determinamos, desse modo, nossa categoria emergente: a ambiguidade vivida na transição paradigmática como sinal de esperança.

As categorias emergentes, segundo Moraes (2003, p. 198), “[...] são construções teóricas que o pesquisador elabora a partir das informações do *corpus* [...]”, sendo esse processo, em nosso estudo, associado a movimentos indutivos e intuitivos que visaram uma “[...] compreensão aprofundada dos textos-base da análise e, em consequência, dos fenômenos investigados.” (MORAES, 2003, p. 198). A categoria emergente foi resultado do processo de análise de conteúdo (TRIVIÑOS, 2012; BARDIN, 2014), a partir da desconstrução do *corpus* textual, da impregnação das novas impressões, de sua posterior unitarização em indicadores, que possibilitaram emergir, num meio caótico e desordenado, *flashes* que iluminaram o fenômeno em estudo (MORAES, 2003). Esse movimento, que partiu do caos e da desordem, revelando novas teorizações, novos entendimentos, novas compreensões, possibilitou *insight* de luz emergirem durante todo processo de análise, que representa o novo emergente (MORAES, 2003).

Assim, a categoria emergente é desvelada durante o movimento dialético, da contradição entendida como contraponto entre uma tese e outra, entendido como um movimento necessário para diagnosticar contradições e possibilitar a percepção dos avanços. Portanto, a categoria emergente surge da compreensão dos indicadores, das expressões, das falas trabalhadas, pois apontam o movimento dialógico do processo de educação sexual vivido, mesmo que inconsciente e acriticamente compreendidos pelos sujeitos.

A negação, primeiramente registrada como indicador mais forte, confirma-se agora como uma das categorias das Leis da Dialética, pois “[...] nos faz saber quais as *relações entre o antigo e o novo* no processo de desenvolvimento dos fenômenos,” (TRIVIÑOS, 2012, p. 71). Assim, como afirma

Triviños (2012, p. 71), a negação dialética “[...] é resultado da luta dos contrários [...]” e nesse contexto, possibilitou apontar para o não compreensão em plenitude, pelos entrevistados de que a dimensão sexualidade é inseparável do existir humano. Conseqüentemente, a negação dialética resultado das análises aponta para o não entendimento que somos todos e todas sempre sexuados, que os seres humanos se educam nas relações, sempre sexuadas, portanto, que os processos educativos, frutos das relações entre humanos, são sempre sexuados. Logo, também sobre a negação, reafirmamos ou não que queiramos ou não, saibamos ou não, inclusive, gostemos ou não, somos sempre educadores sexuais uns dos outros.

As demandas registraram também um indicador que desvela o entendimento da dimensão sexualidade focada no diverso, porém, como algo desarmônico que precisa ser reconduzido ao harmônico, hegemônico, normalizado e normatizado. Contudo, essa compreensão representa o estático, nega movimento, portanto, nega possibilidades de transformações, como aponta o PPC – prescrito.

Portanto, a categoria emergente nos desvela que o mundo vivido encontra-se em luta paradigmática, num embate dialético de momentos de contradição entre o prescrito e o vivido desvelando já sinais de um processo de transição paradigmática, descrito por Marx e Engels (2008, p. 21) como uma “[...] cosmovisão sistêmica baseada na contradição/conexão dos contrários ou na unidade e luta dos contrários.” Entendemos que a categoria emergente traz a beleza da reprodução ideal do movimento real do nosso fenômeno em estudo (NETTO, 2016), movimento este calcado no método dialético, onde a contradição é entendida como saudável e importante e a ambigüidade registrada e arbitrada por nós como sinais de esperanças no mundo vivido. Nesse sentido, entendemos o “movimento dialético consciência-mundo” (FREIRE, 1992) como propulsor de transformações, visto que

[...] o movimento de contradição de duas engrenagens existe para garantir o movimento de transformação. O mais importante, então, não é a contradição pela contradição, mas a transformação gerada pelo movimento. A tese representa a afirmação, e a antítese sua negação. No processo de negação da afirmação também a negação deve ser negada. Da negação da negação é que surge a síntese. Ou seja, a superação dialética do conflito em prol da construção de uma nova realidade. (MARX e ENGELS, 2008, p. 21).

E é sobre a categoria emergente, a ambiguidade vivida na transição paradigmática como sinal de esperança, que discorreremos a seguir.

5 PROCESSO DE EDUCAÇÃO SEXUAL DO PRESCRITO AO VIVIDO: A AMBIGUIDADE VIVIDA NA TRANSIÇÃO PARADIGMÁTICA COMO SINAL DE ESPERANÇA

Neste momento, vamos novamente ao encontro das falas nos *corpus* dos textos dos/as entrevistados/as, porém, em sua integralidade. Anteriormente, registramos nas análises as contradições que apontaram para a negação parcial ou total da categoria principal processo de educação sexual emancipatório no mundo vivido dos sujeitos. Assim, das análises também registramos que na vivência dos sujeitos ainda estão presentes em suas ações pedagógicas fortes influências do paradigma tradicional de ensino-aprendizagem e do paradigma da Medicina Científica somado à vertente médico-biologista na formação médica, porém, com sinais de antíteses críticas-reflexivas em muitos relatos. Arbitramos ser nesse movimento, entre a contradição posta e a antítese como pista, a ambiguidade laboriosa como marca de um processo de transição paradigmático vivido, pois, conseqüentemente, os sujeitos entrevistados apresentam em suas vivências, reflexões e ações que apontam que o paradigma anterior persiste, mas que o novo paradigma proposto pelo PPC e à categoria principal estão surgindo e se sobrepondo. Portanto, atualmente, muitos dos docentes entrevistados, transitam efetivamente entre os paradigmas, uns mais, outros menos, simbolizando o embate do movimento dialógico entre o prescrito e o vivido.

Destarte, nesta última seção, apresentaremos a comunicação da categoria emergente, registrando as falas que apontam a ambiguidade, porque é contradição, mas que agora representam os avanços sobre a categoria principal e a vivência do PPC numa possibilidade de plenitude, mesmo latente. Avanços esses, mesmo postos como contradições, mas que entendidos a partir do método dialético de análise de mundo como marcas positivas e com riqueza no processo de vida, por

isso entendido por nós como sinal de esperança. São falas que representam desconfortos, inquietudes, incertezas, inseguranças, intuições que apontam para uma possível superação da alienação, vindo ao encontro dos diferentes níveis de reflexão descritos por Schön (2000), que nos apontam para o entendimento da necessidade e possibilidade de mudança frente ao registrado.

Diante das diferentes reflexões apresentadas pelos/as entrevistados, recorremos a Schön (2000, p. 32), onde o autor explica que diante de todas as experiências vivenciadas pelos sujeitos, agradáveis ou desagradáveis, existe um “[...] elemento *surpresa* [...]”, no sentido de que “[...] algo não está de acordo com nossas expectativas.” Então, podemos responder às situações de duas formas: as ignoramos ou as refletimos – sobre a ação ou no meio da ação.

Em ambos os casos de reflexão, Schön (2000, p. 32, grifos do autor) afirma que a reflexão não tem ação com o presente, mesmo em um “[...] presente-da-ação, um período de variável com o contexto, durante o qual ainda se pode interferir na situação em desenvolvimento, nosso pensar serve para dar nova forma ao que estamos fazendo, enquanto ainda o fazemos.” Nesse casos, refletimos-na-ação. A reflexão sobre a ação, diz respeito quando refletimos “[...] retrospectivamente sobre o que fizemos, de modo a descobrir como nosso ato de conhecer-na-ação pode ter contribuído para um resultado inesperado.” (SCHÖN, 2000, p. 32).

A surpresa leva à reflexão dentro do presente-da-ação. A reflexão é, pelo menos em alguma medida, consciente, ainda que não precise ocorrer por meio de palavras. Levamos em consideração tanto o evento inesperado como o processo de conhecer-na-ação que levou a ele, perguntando-nos O que é isso? e, ao mesmo tempo, Como tenho pensado sobre isso?. Nosso pensamento volta-se para o fenômeno

surpreendente e, ao mesmo tempo, para si próprio. (SCHÖN, 2000, p. 33, grifos do autor)

Logo, esse movimento reflexivo, seja pensar sobre a ação ou no meio da ação, foi apontado na grande maioria dos/as entrevistados, principalmente, durante a própria entrevista, numa tentativa de compreender criticamente seus conhecimentos. Nesse sentido, entendemos que no ato reflexivo e, inclusive, na reflexão sobre a ação que “[...] tomamos consciência do conhecimento tácito e reformulamos o pensamento na ação tentando analisá-la.” (DORIGON e ROMANOWSKI, 2008, p. 14).

De acordo com Schön (2000), as reflexões e as ações podem apresentar diferentes níveis e o autor fez uma analogia com degraus de uma escada para simbolizar nossas “subidas” e/ou “descidas” diante de incompreensões ou impasses. A seguir, representamos os degraus da escada da reflexão descrito por Schön (2000):

4. Reflexão sobre a reflexão sobre a descrição do processo.
3. Reflexão sobre a descrição do processo.
2. Descrição do processo.
1. Processo. (SCHÖN, 2000, p. 95-96)

Porém, o autor salienta que o processo de aprendizagem não precisa necessariamente subir os “[...] degraus da escada” da reflexão, porque “o trabalho de reflexão-na-ação [...] pode acontecer muito bem sem o recurso a níveis mais alto de reflexão.” (SCHÖN, 2000, p. 96). Contudo, se os sujeitos não conseguem ir adiante em alguma situação de impasse ou incompreensão, “[...] sua habilidade de subir ou descer a escada abre novas possibilidades na busca da convergência do significado.” (SCHÖN, 2000, p. 96). Isto posto, entendemos que os/as docentes participantes apresentaram diferentes níveis de reflexão durante suas entrevistas e que esses momentos em busca de uma auto consciência crítica sobre suas ações e

vivência do cotidiano, apontando para nós pistas de antíteses em seus relatos, representam os avanços registrados nessa última seção.

Portanto, buscamos registrar neste momento o que possivelmente representa alguns avanços dos/as docentes, enquanto seres de rupturas paradigmáticas, como sinais de esperança num processo vivo de transição e tensão paradigmática. Neste contexto, amparamo-nos em Freire (2000) para abrir essas comunicações:

Tornamo-nos seres condicionados e não determinados. É exatamente porque somos condicionados e não determinados que somos seres da decisão e da ruptura. E a responsabilidade se tornou uma exigência fundamental da liberdade. Se fôssemos determinados, não importa por quê, pela raça, pela cultura, pela classe, pelo gênero, não tínhamos como falar em liberdade, decisão ética, responsabilidade. Não seríamos educáveis, mas adestráveis. Somos ou nos tornamos educáveis porque, ao lado da constatação de experiências negadoras da liberdade, verificamos também ser possível a luta pela liberdade e pela autonomia contra a opressão e o arbítrio. (FREIRE, 2000, p. 55, grifo do autor).

Inicialmente, encontramos em Panacéia uma das representações docentes que estiveram presentes desde as primeiras discussões sobre a viabilidade da abertura do curso de graduação em Medicina. Consideramos importante ao longo desta seção, registrar esses depoimentos dos/as docentes que foram participantes dessas reflexões iniciais por entendermos que suas falas são parte da memória do curso, portanto, pela importância histórica de materializar as falas frutos de um processo de transição paradigmática.

Primeiramente, apresentamos sua postura inicial, em suas palavras:

Nessa época eu era só uma ouvinte, eu era contra o curso. Contra a abertura do curso. Contra não...eu nem sabia lá o que era metodologias ativas...eu achava isso um absurdo...a gente aplicar algo que nem conhecia. (...) Eu conversei com o professor e falei... “ó, se eu conseguir formatar meu winchester eu volto. Se eu não conseguir, eu não volto”...e eu me encantei desde o primeiro dia. (Panacéia)

De um posicionamento contrário para outro a favor, ou mais – “me encantei desde o primeiro dia” – ressaltamos a efetiva ressignificação por si feita após participar das discussões iniciais sobre a referida proposta curricular. Hoje, a partir de sua fala, essa vivência apresenta-se como sua grande satisfação profissional.

Mas minha grande satisfação profissional hoje é estar no curso de Medicina! Mais do que ser médica. (Panacéia)

Essa mudança aponta possivelmente para a importância das discussões e reflexões coletivas sobre a Proposta Curricular do Curso de Medicina, ou seja, uma proposta curricular que se propôs superar paradigmas tecnicistas e cartesianos de ensino para formação médica. São processos de reflexão e ressignificação necessários para se atuar com consciência crítica num caminho que busque plenitude no referido PPC, pois ao se propor currículos integrados e especialmente com metodologias PBL, faz-se necessário

[...] alterações nas concepções e nas práticas dos professores e dos estudantes, porque o objetivo fundante dessa metodologia da problematização é formar o estudante por meio de temas e conhecimentos de seu mundo, para atuar conscientemente em direção a uma sociedade

que permita uma vida mais digna e justa para o próprio homem. (VEIGA, 2015, p. 38)

E justiça, dignidade e solidariedade em formações de profissionais médicos podem se potencializar quando o foco se desloca do âmbito biológico para o entendimento de um ser humano integral, conseqüentemente, sexuado.

É um médico que é mais voltado pras questões sociais...não só biológicas. A gente percebe que a cada ano que passa, isso melhora. (Panacéia)

Contudo, Panacéia revela que a formação desse novo profissional médico, mais humano, solidário e cidadão ainda não está sendo alcançada. Relata que o profissional médico precisa mais compaixão e reconhece que como necessário repensar ações que alcancem o perfil profissiográfico do curso.

Eu vi...que não é suficiente. Não é porque assim... (...) Ele sabe que ele tem que ser crítico, reflexivo, humanitário...blá, blá, blá...mas eu já perguntei pra muitos deles o que é ser humanitário pra ti...o que é humanização pra ti. "Eu fiz a minha parte quando dei a receita." Falei... "não. Teu paciente tomou o remédio? Se ele não tomou o remédio tu não fez a tua parte"... A gente só faz a parte da gente quando o outro faz a parte dele. Então eu sinto que falta um pouco de compaixão sabe...um médico sem compaixão não é médico. Ele precisa se colocar mais no lugar do outro. Eu acho que isso a gente...de alguma forma...nós vamos ter que rever algumas coisas que nós estamos fazendo que não está cumprindo com o papel que a gente tá querendo ver. (Panacéia)

O modelo do especialista e a preocupação com o retorno financeiro na atuação médica também é relatado como motivador preponderante e exemplo para estudantes. Inclusive, relata um caso onde um estudante presenciou a forma como seu

professor apresentou o diagnóstico de câncer ao seu paciente, em suas palavras:

O modelo que o estudante tem é justamente o modelo que ele segue né. Que é dizer assim... “volta no outro dia”...poxa...o cara tá ali pra ser atendido...o que que te custa? Tu tá ali tomando café. Então assim...o modelo que ele tem... “mas meu professor também fazia assim né”. Aí outro dia um estudante...que hoje é residente...ele me disse... “eu tenho alguns modelos assim, que eu sigo, que eu vejo, por exemplo, tu não fala em dinheiro e tu ganha dinheiro...e tu não deixa de atender ninguém que não tenha dinheiro”... Eu disse...é isso mesmo...o dinheiro é muito bom e todo mundo gosta...mas ele vem. Não precisa correr atrás dele. Ele vem. É só tu fazer direitinho. Olhar pra cara das pessoas, se importar com o outro. Acho que falta mais o se importar com o outro. Por exemplo, noutra dia eu estava conversando com um estudante no internato...e ele estava junto com o professor que foi dar uma notícia que o paciente tinha câncer. Então assim...eu fico me imaginando como que eu gostaria de receber essa notícia. E eu vou lá e digo pro paciente como eu gostaria de receber. E aí esse estudante conversou comigo e disse... “nossa, eu não gostei como o meu professor falou...ele foi lá e disse assim...o senhor tem um câncer de estômago...assim, assim, assim e puf!...saiu da sala”... E aí ele disse... “eu não consegui acompanhar o professor, eu fiquei na sala, fiquei lá com o paciente...aí ele chorou...ele me perguntou...aí eu respondia...aí eu fui de novo”... Então assim...eu disse...pois é...nem sempre o teu professor é teu modelo...às vezes tu tem que fazer aquilo que tu tá sentindo mesmo... “Mas fala que o cara tá com câncer e vaza da sala?? Eu não consegui sair... (...) porque parecia que ele estava sendo abandonado ali, naquela situação”... (Panacéia)

O relato de Panacéia aponta para a importância da “[...] sensibilização do médico pelas mudanças sentidas e refletidas, momento a momento, pelo paciente.” (COSTA e AZEVEDO, 2010, p. 261). É o que se denomina de empatia, mais especificamente de empatia médica. Costa e Azevedo (2010, p. 262) afirmam que a empatia “[...] é um processo psicológico conduzido por mecanismos afetivos, cognitivos e comportamentais frente à observação da experiência do outro [...]”, contudo, não sendo limitada “[...] aos profissionais do contato diário, como enfermeiros, mas englobando, sobretudo, os profissionais que diagnosticam e tratam.” Logo, a empatia pode ser vista, de forma mais ampla, como “[...] um verdadeiro interesse pelo paciente.” (PROVENZANO et al, 2014, p. 20). Panacéia ressalta também que falta comunicação entre o médico e o paciente e, em suas palavras, a necessidade do profissional médico “se entregar”, como vejamos:

Falta muita comunicação no médico. O médico não se entrega. Ele tem que se entregar. (...) Ele precisa sofrer junto. Essa história de que não sof...eu soffo junto! Outro dia tinha uma criança que tinha um tumor na barriga...choramos eu, chorou a mãe, choramos todo mundo! E mandamos operar a criança...a criança tá bem...graças a Deus...mas, entendeu? Eu não me acho menos médica porque eu encho os olhos de lágrimas. Acho que isso falta. (Panacéia)

A busca por um profissional mais humano e sensibilizado por meio de um contato contínuo com seus docentes e de criação de vínculos com os pacientes exercendo uma medicina que veja o ser humano de forma integral ainda consta como um desafio. E neste caminho, a empatia médica aparece como conceito fundamental para sua concretização.

A empatia médica é um conceito multidimensional, que engloba aspectos tanto

nos campos emocionais e subjetivos quanto nos cognitivos e objetivos. Quatro dimensões básicas foram definidas: emocional, moral, cognitiva e comportamental. Dessa forma, empatia corresponderia à habilidade de imaginar os sentimentos do paciente (emocional), à motivação pessoal de ser empático (moral), à capacidade de identificar e entender as reações do paciente (cognitivo) e, por fim, à técnica de transmitir ao paciente essa compreensão (comportamental). A boa prática médica passa a ter na empatia médica uma questão crucial. (PROVENZANO et al, 2014, p. 20)

Ainda, Panacéia demonstra preocupação com a temática da sexualidade no curso e diz que a presença desta pesquisa de doutoramento suscitou reflexões.

Eu vejo assim mesmo...que a gente é...tu faz a gente pensar com a tua tese assim...poxa...eu escrevo sexualidade ali e...escrevo... "Sexualidade"... (risos)...tanto é que quarta-feira tem educação permanente com os professores do 3º ano. Então...de repente...(...) por exemplo...como é que nós vamos abordar a sexualidade...como é que nós estamos abordando a sexualidade? Nós estamos organizando isso pro ano que vem. Então...nós temos que ver o que eles trabalharam sobre sexualidade. (Panacéia)

Reforça, também, a necessidade de formação continuada e que o médico não pode ter preconceitos com seus pacientes.

Precisamos estar capacitados e que o médico não pode ter preconceito ou deve se despir deles...pois tratamos com pessoas...seja lá qual o gênero. (Panacéia)

Encontramos em Afrodite um depoimento que também relata a participação nas discussões iniciais para a abertura do

curso. Afrodite descreve que esse processo teve muita resistência, contudo, hoje o curso já encontra-se bem visto na comunidade. Em suas palavras:

Só cabe lembrar que, por ser uma metodologia diferenciada, ele [o curso] apresentou muita resistência...muitas pessoas apresentaram resistência. A própria comunidade da saúde aqui da região. Ai hoje não...hoje ele já é visto com outros olhos né...tanto que...pra muitos hoje considera-se até status estar trabalhando aqui...dos profissionais sabe? (Afrodite)

Afrodite reconhece que o processo de formação docente foi enfraquecendo ao longo do curso e diz que precisam refletir sobre isso. Descreve que o aspecto biológico vai se fortalecendo ao longo dos anos em detrimento dos âmbitos psicossociais, o que parece apontar para o desafio de se romper com paradigmas repressores, reducionistas, fragmentados e dicotomizantes do humano e, conseqüentemente, de sua dimensão sexualidade.

Mas enquanto prática...a gente percebe que o que está proposto no projeto...ele vai se diluindo e enfraquecendo ao longo do curso. A parte psicossocial...ela vai afunilando. É assim que a gente percebe. Vai perdendo espaço. E o biológico vem ampliando. Mas nós temos...como nós não podemos ter o olhar somente...a da grande maioria da opiniões...tem sim, profissionais que saem daqui com um perfil que seria muito mais próximo do que está objetivado. Mas isso você também...eu vejo também que além da questão do curso é uma questão atitudinal. Porque nos cursos tradicionais, você também às vezes percebe profissionais que saem com esse perfil. É porque nós somos as nossas relações. Ao longo desses seis anos [de curso]...se as relações que eles vivenciam contribuem para que isso aconteça... Porque se eles não...se ainda está distante essa

questão...nós temos que nos rever enquanto profissionais formadores. Onde que está essa lacuna. Se eu interfiro na formação do outro. (Afrodite)

O referido curso de Medicina, de acordo com a fala de Afrodite, se destaca no Brasil, pois mantém-se íntegra a proposta original. E relata avanços na postura de muitos docentes. Contudo, Afrodite denuncia também a existência de docentes resistentes, que insistem em trabalhar no paradigma tradicional ou simplesmente banalizam as estratégias metodológicas adotadas pelo curso.

Eu acho que ele [o curso] se destaca hoje...apesar de todas as dificuldades que nós temos, ele é o único a nível de Brasil que é íntegro. Ele mantém a sua integralidade enquanto proposta...por maior que sejam as dificuldades e as adversidades que nós tenhamos...professores que resistem...professores que dão aula ao invés de problematizar...ou banalizam a problematização achando que o aluno é autodidata... (...) Mas ele ainda é único a nível de Brasil que não é híbrido, que não tem a mistura do tradicional. Ele mantém a sua essência. É nós temos que lutar muito pra manter a essência do projeto. Pra que ela não se perca. Porque é comum ao menor obstáculo você voltar ao teu conforto...você voltar ao tradicional. Então tanto na avaliação quanto no trabalho em sala...nas tutorias...em ciclos...se o professor não for disciplinado...ele não consegue trabalhar isso com o estudante também. Daí fica um vale tudo. Eu acho que é isso. Nós temos uma coordenação bem pró ativa, dinâmica...nós temos profissionais que estão buscando...fazendo doutorado...fazendo pesquisa...isso é muito bonito sabe? Mudou. Relatos de profissionais no início do curso que disseram... “eu mudei a minha maneira de

perceber o paciente e de recebê-lo no meu consultório depois que eu entrei no curso, enquanto professor”. Então ajudou, agregou. (Afrodite)

A reflexão sobre as relações vivenciadas por docentes e discentes com vistas a possibilitar a formação de um profissional médico mais próximo do estabelecido no perfil profissiográfico do curso apresentam-se como urgentes e fundamentais, inclusive tratando-se de docentes que trabalhem na contramão do proposto pelo PPC. Os obstáculos e a zona de conforto, já reelaborados por Afrodite, podem representar a força do paradigma tradicional existente, muitas vezes, em todos nós, profissionais da Educação e da Saúde e que mudanças paradigmáticas não são lineares e ocorrem em embates dialéticos. Neste cenário revela-se, portanto, a importância do fortalecimento da formação permanente como caminho para identificação e superação de suas lacunas e a transformação da realidade. É o que vem ao encontro do proposto por Freire (2005) sobre o processo de práxis autêntica:

Libertar-se de sua força exige, indiscutivelmente, a emersão dela, a volta sobre ela. É por isso que só através da práxis autêntica que, não sendo blábláblá, nem ativismo, mas ação e reflexão, é possível fazê-lo. (...) A práxis é reflexão e ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo. (FREIRE, 2005, p. 42, grifos do autor)

Assim, pode ser possível a emersão das consciências, voltadas então, para uma consciência crítica e, inclusive, “[...] contribuir para romper com o paradigma flexneriano, predominante no desenvolvimento do ensino da medicina e das demais áreas da saúde no século XX e que, no limiar do século XXI, dá sinais de esgotamento.” (VEIGA, 2015, p. 30).

Em Cloto encontramos outro depoimento de participante presente desde a abertura do curso, porém, nos revela em sua

fala que, embora acreditasse na proposta curricular, a potencialidade do mesmo se amplificou ao ocupar outra posição que não a de docente, mas quando acompanhou a experiência a partir do olhar de seus filhos enquanto estudantes, reconhecendo assim, as transformações vivenciadas por eles. Em suas palavras:

Eu vou te falar uma coisa bem sincera. Como eu estou desde o início, a gente construiu cada ano. Foi conseguindo o 1º ano, o 2º ano, depois o 3º...depois o 4º...depois o 5º...e assim...muitas fragilidades existiam e existem ainda, é claro. Mas assim...a partir do momento que eles entraram [filhos], eu comecei a perceber que o curso...ele é muito melhor do que eu mesmo achava que ele era! Sabe? Acho que o curso...essa metodologia proporciona ao estudante...aquele estudante que realmente quer aprender...aquele estudante que realmente vai atrás...to falando desse estudante. Aquele que não vai atrás, não sei como é que ele consegue ir até o fim. Mas assim...pelo que eu vejo deles comentando...eles dizem muito assim... “mãe, é muito bom porque o que a gente busca é o que a gente precisa aprender. Não é o que o professor traz pra mim. E aquilo tem um significado, aquilo eu jamais vou esquecer”... Então eu acho que o curso proporciona ao aluno sair daqui muito seguro. Muito seguro. (Cloto)

Seu relato vem ao encontro da educação problematizadora proposta por Freire (2005, p. 112), onde a construção do conhecimento ocorre a partir da problematização da realidade do dia-a-dia dos estudantes, portanto, uma metodologia conscientizadora que “[...] além de nos possibilitar sua apreensão, insere ou começa a inserir os homens numa forma crítica de pensarem seu mundo.”

Cloto relata ainda, que o profissional médico está muito fragmentado.

O que eu vejo hoje do médico? Eu acho que o médico tá tão fragmentado... (...)...as subespecialidades...e isso faz com que o médico veja apenas só o que? Aquela queixa...queixa e conduta. Ele vê a queixa e conduta. E eu acho que o nosso estudante aqui...ele sai pra ver o paciente de uma maneira mais...de uma maneira como é pra ver mesmo...pra ver o paciente como um todo. (Cloto)

A partir da sua vivência então, como docente e como mãe, acredita que o esta lacuna pode ser superada a partir da vivência no PPC, o que estaria em transição, onde apontam estudantes que já apresentam perfil diferenciado, com uma visão mais holística sobre os pacientes e mais segurança. Seu posicionamento vai ao encontro do que aponta Veiga (2015) sobre currículos integrados com estratégias metodológicas fundamentadas no PBL:

A expectativa é a de que os processos formativos vivenciados na metodologia PBL promovam a reflexão geradora de conflitos, não o conflito pelo conflito, mas o conflito para sua superação dialética e a revisão/ressignificação dos conhecimentos que os estudantes de medicina têm e dos que necessitam ter para se tornarem bons médicos. (VEIGA, 2015, p. 30, grifos da autora)

Encontramos em Iaso a ambiguidade de querer voltar a conviver com ambos os paradigmas, coexistindo pacificamente no curso. Relata que acredita mais no modelo “meio a meio” do que no modelo em que trabalha.

Aqui, digamos é 100% PBL. E lá em BH é meio a meio. Então eu vejo que o meio a meio seria assim...acho que o ideal. Porque ele tem contato com o paciente já desde o início como eles tem aqui...só que ele tem a parte teórica

junto...sabe? então eu acho assim...como vou te dizer...que acrescenta mais ao estudante. Porque muitos tem maturidade pra buscar...pra ir atrás...mas tem alguns que você tem que tá...empurrando. E daí essa parte tradicional faz isso. Porque o professor tá lá com a matéria e tal...então é mais fácil pra esses que tem dificuldade. (Iaso)

Eu vejo assim...eu vejo o método do PBL excelente...até porque os estudantes saem muito mais preparados...com o contato do paciente ali...do que o método tradicional. Só que, como eu te disse, existem...a gente vê bem isso...existem estudantes que estão muito preparados e que vão atrás de todo conteúdo que precisa e existem aqueles que ficam sempre esperando...ou ficam aguardando pelo colega...ou que o professor tome iniciativa né... Então nesse método assim...eu acho que ele consegue contemplar as duas coisas. O meio a meio. (Iaso)

Em sua fala, registramos movimentos de antíteses que apontam para o entendimento da categoria principal, mesmo que inconsciente, de que a dimensão sexualidade é inseparável do existir humano, portanto, não podendo ser tratada à parte. Entendimento este que também aponta para a compreensão de que somos todos e todas sexuados. Além disso, a preocupação de Iaso com a criação de vínculos com o paciente vem ao encontro de uma prática médica compromissada com o cuidado e com a integralidade das ações (GOMES e REGO, 2011), que promova portanto, uma saúde integral dos sujeitos, logo, indubitavelmente, saúde sexual (WAS, 2014).

Procuro sempre assim...orientar pra eles qual é o melhor momento. (...) Eu digo...você não pode tocar assuntos é...que possam melindrar a pessoa. Então digamos assim...relação sexual...tua primeira vez assim, de cara! O

paciente chega lá com uma queixa e de cara tu pergunta isso. Falei não...a gente tem que achar...se a paciente se sentir à vontade pra te falar tudo, aí você vai perceber e vai conseguir. Senão você primeiro vai criar um vínculo com a paciente pra depois você entrar nos pormenores. Eu procuro pelo menos fazer assim...como eu faço na minha prática médica mesmo. Então eu acho assim...não é tratar com...digamos assim... “ah, a sexualidade é uma coisa a parte”... mas eu acho que você tem que tratar com respeito...é uma forma de respeitar a pessoa. E eu, assim, da mesma maneira, respeito se a paciente ou o paciente não quiser falar sobre isso...eu também deixo ele à vontade pra hora que ele sentir que tá confiando e que quer falar, vai falar. (Iaso)

Iaso também declara que a formação ofertada aos docentes em julho/2015 sobre Sexualidade e Gênero frente aos conflitos existentes referentes ao estudante transexual no curso, proporcionaram um ambiente produtivo ao debate no corpo docente. Momentos como este, que estimulem a reflexão coletiva podem contribuir para uma análise crítica sobre a realidade vivenciada, pois “[...] é o próprio pensar que exige a sua fundamentação crítica porque se abre à necessidade da procura dos seus fundamentos.” (CASTRO, 2014, p. 28). Como Iaso esclarece:

Ela sempre declarou a vontade de ser menino. Então eu acho que foi assim...acho que o pouco que espanta a gente é...é a transformação brusca assim né. Então você estava habituado com a forma...como dizer...você usar sempre cabelão e de repente vim com o cabelinho raspado. Então...na hora assim...surpreende. E na verdade...uma das questões que foram levantadas naquele dia [palestra]é...eu não acho que a gente tem que fazer disso um problema. Eu acho que a gente tem que tratar isso com...digamos...de forma natural. É...talvez

agrida um pouco, de início, mas eu acho que isso tem que ser tratado de forma natural. (Iaso)

Registramos, todavia, momentos alternados de tese-antíteses nas contribuições de Iaso quando, num primeiro momento afirma não ser necessário um processo de formação docente sobre a temática, pois não vê o assunto com esta importância. Após, fazemos outro registro daquele que declara que a temática da sexualidade é importante nos dias atuais devido ao número grande de homossexuais atendidos nas UBS e das dificuldades que profissionais da saúde e estudantes encontram em sua abordagem. Depois, também registramos em sua fala que a sexualidade deve ser tratada “como um assunto normal” porque “quanto mais se valoriza o tema, mais conflitos gera”. Ainda, conseguimos registrar também a afirmação que nunca teve problemas para abordar temas relacionados à sexualidade. Por fim, apresentamos:

Se a gente abordasse temas mais diferenciados eu acho que agregaria mais a participação dos professores. Em termos de sexualidade...talvez...que fosse um tema também mais abordado...que a gente tivesse mais possibilidade de conduzir isso...que não fosse assim...tanta surpresa né. A gente tem que estar enfrentando...já que isso vem sendo temas assim...tão atuais. (Iaso)

Diante de todo o exposto, considerando também a preocupação de Iaso já firmada nas análises sobre a formação permanente e a ausência constante de colegas nas reuniões, a fala anterior parece apontar para uma tentativa de unificação de suas inquietações, num esforço consciente para promover melhoria nas reuniões e defrontações aos desafios do cotidiano. Nesse sentido, aponta como sugestão para potencializar as formações de docentes a inserção de temas diferenciados – neste caso a temática da sexualidade – que já favoreça na construção de um

ambiente onde possam refletir criticamente sobre o assunto e contribuir para suas ações cotidianas.

Percebemos que esse movimento dialético de Iaso, da negação para o reconhecimento da importância da temática da sexualidade, mesmo que latente e instável, concordamos com Freire (2005) em sua ideia de que a captação e compreensão da realidade se reelaboram, possibilitando num pertencimento ontológico com a realidade. Nas palavras do autor:

A análise crítica de uma dimensão significativo-existencial possibilita aos indivíduos uma nova postura, também crítica, em face das situações-limites. A captação e a compreensão da realidade se refazem, ganhando um nível que até então não tinham. Os homens tendem a perceber que a sua compreensão e que a razão da realidade não estão fora dela, como, por sua vez, ela não se encontra deles dicotomizada, como se fosse um mundo à parte, misterioso e estranho, que os esmagasse. (FREIRE, 2005, p. 112, grifos do autor)

Encontramos em Átropos o entendimento de que, atualmente, há mais debates sobre a temática, contudo, ao mesmo tempo apresenta intensa preocupação, pois reconhece o conhecimento de senso comum como predominante, resultando não em diálogos libertadores e emancipatórios dos sujeitos, mas em comunicações anti-dialógicas, onde se perpetua o preconceito e o machismo.

Mas eu vejo aqui que...é muito... vem se fazendo um movimento, como nos últimos anos, de mudar um pouco isso...e conversar mais sobre isso né. Mas eu percebo ainda que é um tabu muito grande. As pessoas não tem conhecimento mesmo pra discutir. E quando a gente ouve alguns comentários... são extremamente machistas... extremamente discriminatórios no sentido de é ou não é e...e a minha verdade é a

única e...na área que eu trabalho...na área da saúde...é nosso dia a dia. (Átropos)

Ainda, Átropos apresenta a consciência crítica da dimensão sexualidade ainda como um tabu, o que vem ao encontro do significado da palavra, de origem do polinésio, referente a sagrado, invulnerável, perigoso. Logo, na definição de tabu “[...] passa a prevalecer o componente da discriminação e do preconceito para o conjunto de palavras, atitudes, práticas e valores morais que a sociedade não aceita, conferindo-lhes significados negativos.” (FURLANI, 2003, p. 87). Átropos também acredita que há muitos docentes incomodados no curso devido a situação do estudante transexual, por representar uma situação incomum. E ressalta que a compreensão da dimensão sexualidade e de processos de educação sexual enquanto autorreflexão é o primeiro passo para a formação docente, para depois conseguirem conduzir essas questões. Em suas palavras:

O quanto nós precisamos de capacitações nesse sentido pra entender o assunto né. Acho que o primeiro assim...primeiro passo é entender, compreender e aí depois sim, saber como que a gente precisa conduzir essas questões. (Átropos)

Seu relato, portanto, vem ao encontro do processo de reeducação sexual apontada por Nunes (1996) e Figueiró (2006), pois para se trabalhar a dimensão sexualidade e promover processo de educação sexual intencional e emancipatório é imprescindível estudo, reflexão crítica e ressignificação de si, dos outros e de sua visão de mundo – como discorrido na seção I. Por isto, a reflexão crítica de Átropos corrobora com Nunes (1996), pois educar é proporcionar crescimento e compreensão sobre si, logo, docentes e discentes.

Acreditamos que educar é convocar todo homem a crescer como pessoas e projeto humano e a compreender-se como tal. Educar é produzir condições, a partir da sua própria experiência de

evocar a existência na sua gratuidade, na dimensão da convivência com o outro e na possibilidade da felicidade. Fazer um discurso lógico do erótico, a partir de contornos históricos, não torna-se, portanto, uma tarefa fácil. A razão histórica e a razão lógica não podem ser contrapostas ao discurso ético ou subjetivo, erótico e individual, se considerarmos a tensão dialética fundante da condição humana. (NUNES, 1996, p. 290)

Por fim, Átropos relata que já encontrou em seu ambiente de trabalho egressos do curso e que já apresentam avanços em relação ao perfil profissiográfico objetivado pelo PPC.

Eu espero que seja um médico sensível às necessidades da comunidade, até porque é a vivência que eles tem...desde o 1º ano. (...) Eu convivo bastante com egressos do curso então...a gente vê que são profissionais diferenciados sabe...nessa questão de relacionamento interpessoal. A maioria. (Átropos)

Em Áceso encontramos a preocupação com a diversidade humana, quando problematiza que as pessoas necessitam refletir mais criticamente sobre a relação feita no senso comum entre orientação sexual e caráter dos sujeitos. Em suas palavras:

Às vezes tem umas pessoas...tem algumas pessoas que julgam a relação caráter com a relação sexual né. E na realidade...caráter é uma coisa e a opção sexual é outra. Então eu acho que falta reflexão em relação a isso. Então...tem muitas pessoas que são homossexuais que tem um bom caráter...e não necessariamente por causa da opção sexual vai mudar a questão da índole. (Áceso)

De acordo com Furlani (2003, p. 155), a homossexualidade em nossa sociedade é entendida como um tabu, “[...] repleto de preconceito e discriminação, em algumas outras culturas, essa prática sexual pode se apresentar-se institucionalizada (por exemplo, entre os esquimós).” Porém, a autora salienta que não há relações entre orientação sexual e as mais diversas escolhas da vida, como por exemplo, a profissão, valores morais ou até qualidade de bondade e maldade. Como afirma:

Não há qualquer relação entre prática sexual que uma pessoa apresenta com o seu caráter. Muitos dos valores morais são cultivados na família, posteriormente, na escola. Aquilo que aprendemos a valorizar e a guardar como valores de vida, nada tem a ver com a nossa orientação sexual. A bondade e a maldade são qualidades inerentes ao ser humano e não escolhem a homossexualidade, a heterossexualidade, o travestismo para se manifestar. Devemos escolher as pessoas com quem convivemos pelo seu caráter e por suas qualidades. (FURLANI, 2003, p. 163)

Nesse sentido, a preocupação de Áceso com o julgamento e o respeito às diversidades, aponta para o entendimento da diversidade como riqueza humana, logo, sua contextualização e problematização reelaborada por Áceso como sujeito no mundo vem ao encontro de Silva (2012) que também entende a diversidade humana, especificamente a diversidade sexual, como riqueza, devendo ser respeitada, valorizada e inferida o entendimento de cidadania.

Ainda, Áceso apresenta em sua fala a preocupação com o estereótipo da mulher enquanto objeto sexual para satisfazer o prazer dos homens, tendo relações sexuais não por prazer, mas por obrigação. Em suas palavras:

Então também...essa questão de utilizar a mulher sempre como um objeto sexual...pra satisfazer o prazer, porque a sexualidade...o sexo...teria que tá...na minha visão ligado como um prazer que proporciona...e não como a obrigação que muitas vezes é imposto pra mulher... “Ah, ela tem que tá disposta a fazer sexo porque ela é mulher...porque ela é minha esposa...porque ela é minha namorada...porque não pode tá com dor de cabeça”...nem aquela questão da relação com o homem né, satisfaz? Não satisfaz? Eu [conheço mulheres] que nunca sentiram prazer na cama. Com 40 anos, que não sabem como. (Áceso)

Seu relato parece apontar para o mito da diferença do prazer entre homens e mulheres relatado por Furlani (2003, p. 31), sendo que as relações de desigualdade entre homens e mulheres em nossa sociedade alimentam esse mito e “[...] reforça uma assimetria sexual no prazer e no desejo, que não é real.” Segundo Furlani (2003), o termo mito tem origem grega *mithus*, que significa “fábula” e é um conceito que pode exprimir ideias falsas, falácias criadas, superstições. As relações desiguais entre homens e mulheres e o mito do prazer também vem ao encontro do que aponta Louro (2011, p. 45, grifos da autora) sobre as diferentes maneiras que produzem, reproduzem e “[...] instituem gestos, modos de ser e de estar no mundo, formas de falar e de agir, condutas e posturas apropriadas (e, usualmente, diversas) [...]” onde homens e mulheres se constroem “[...] nas e pelas relações de poder [...]” numa sociedade capitalista. Por este ângulo, nos pautamos em Nunes (1996), num caráter utópico de uma sociedade mais justa e igualitária

[...] que deve superar a repressão sobre os corpos, materializados nas formas de exploração e alienação do desejo e do ser, consubstanciados pelo modelo social que dilacera, que anula a corporeidade, que aliena o desejo e a própria

vontade jogando-a para o nível das coisas e objetos, só poderá ser alcançada quando superarmos a experiência de sofrimento e isolamento individualista que o próprio capitalismo impôs, em sua marcha histórica, a homens e mulheres. (NUNES, 1996, p. 289)

Desse modo, para a superação de um mundo de objetos e banalizações em que vivemos, Áceso aponta para a necessidade de problematização dos aspectos culturais, sociais e as relações de poder entre os gêneros. Ainda, de acordo com Furlani (2003, p. 34, grifos da autora), o mito do prazer pode reforçar na sociedade e na cultura “[...] de que é natural a mulher sentir menos interesse e prazer sexual [...]”, e conseqüentemente, este entendimento pode “[...] levar alguns homens a desenvolverem um conveniente comportamento de aceitação e conformismo, justificando seu não empenho na busca do prazer da mulher, especialmente nos casos de relacionamentos heterossexuais.”

Ainda, a dificuldade de mulheres obterem prazer sexual pode estar relacionado ao desconhecimento de seu próprio corpo e ao estigma que Freud (2002) reforçou na hierarquia nas práticas auto-eróticas – masturbação – femininas, quando relacionou o orgasmo clitoriano à imaturidade e o orgasmo vaginal à adulez. Contudo, atualmente, práticas auto-eróticas podem contribuir significativamente para a obtenção de prazer na mulher, pois se antigamente era visto como marca de infantilidade, hoje, “[...] a manipulação genital é um passo importante para o autoconhecimento corporal, para percepção das sensações prazerosas e para gratificação sexual, quer seja ela individual ou com parceiros/as.” (FURLANI, 2003, p. 35).

Portanto, determinismos biológicos e normas culturais e sociais que visam determinar comportamentos dos sujeitos, mais precisamente, sobre o prazer masculino e feminino, também podem ser refletidos e ressignificados em processos de educação sexual intencionais e emancipatórios, porque corroborarmos com Nunes (1996, p. 283) que “[...] não há educação sexual sem

uma ampla reflexão sobre o que é ser homem e ser mulher numa sociedade de desigualdade e diferenças brutais de formas de apropriar-se até da condição humana.”

Encontramos em Láquesis o registro de uma fala sua onde brota a negação da categoria processo de educação sexual emancipatória. Nessa fala não percebe que a pessoa é sexuada nem as relações sociais como constituintes desse processo educativo. Contudo, já percebe a existência do que chamou de tabu quando se refere a atitudes preconceituosas.

Eu acho que agora...antes não se falava nada disso...por isso que eu acho que tá meio moderno. Que antes era meio que um tabu assim...as pessoas tinham mais preconceitos...eu acho...do que agora. Porque tá...tá mais moderno ouvir falar disso. Antigamente, meu Deus...na minha época! (Láquesis)

Em Hygeia, encontramos novamente um relato de docente que participou das discussões iniciais para a abertura do curso. Hygeia ressalta que nunca planejou a docência, mas que atualmente adora o que faz.

Eu caí na docência de...paraquedas! Assim...eu não sonhava... (...) quando eu comecei a dar aula, eu vi o outro lado. Então hoje eu adoro. Adoro o que eu faço. (Hygeia)

Ressalta também a angústia que sentiu quando o grupo se preparava durante as formações para a abertura do curso de Medicina, processo este que pode ser compreendido como desafiante para todos nós, que somos, na grande maioria, frutos de cursos tradicionais de ensino-aprendizagem. Porém, ressalta que já percebe resultados positivos entre os estudantes de Medicina e relata o quando a vivência dentro dessa proposta curricular, que propõe superação paradigmática, contribuiu para a transformação de sua prática pedagógica também em outros cursos de graduação. Em suas palavras:

Então a gente ficava ali, vendo e ensaiando. E eu pensava... “será que isso vai dar certo?”... Porque eu vim de uma faculdade muito tradicional...que professor...“nossa”...nós tínhamos medo de professor...parecia que eles eram os deuses né...é diferente. Diferente do nosso relacionamento que temos aqui ...fora a medicina...acho que hoje os professores são muito mais próximos dos estudantes...na nossa época não era assim. (...) Então eu ficava sempre muito apreensiva...tanto é que eu não assumi a tutoria. Porque eu fiquei no morfo...eu até substituí um tutor ou outro...mas eu não me sentia segura. Pensava... “meu Deus, será que isso vai dar certo?”... E depois quando a gente...que eu comecei a ver assim...olha aqui ó, estudando! [apontou para um garoto que estava numa sala de estudo ao lado da nossa, no momento da entrevista, estudando sozinho numa sexta-feira à noite] Uma sexta à noite...então a gente começou a ver resultados...(...)...então essa mudança...a gente convivendo com eles e vendo...mesmo que eles não consigam ver todo o conteúdo, mas o aprender a procurar. Então isso é...assim a olhos vistos que funciona sabe. Hoje eu sinto isso, até às vezes é meio desmotivante chegar numa sala de aula com quarenta estudantes. E eu pensar... “não vou dar conta”...no sentido não dar conta, mas como que vou prender a atenção destes estudantes...cem minutos? Impossível. Então assim...eu mudei bastante a minha metodologia no tradicional com o curso de medicina. No sentido de trazer mais trabalho em grupo, sabe... (...) ...eu trago muito...eu digo atividade complementar...fazer em dupla...discutir...a gente apresentar...porque é muito estressante. Não tem como hoje você querer...pensar que você tem o poder de ensinar uma turma...o pessoal que trabalha o dia todo...você tem que ser meio malabarista né. E por isso eu acho hoje que o nosso ensino tá tão defasado. Porque as

peessoas não estão investindo em didática...as coisas mudaram Yalin. O mundo mudou. Hoje os alunos sabem mais do que você. Você tá falando um negócio eles tão com o celular ali...é dois toques ele pega aqui...tá mais interessante aqui do que o que tu tá falando. Na minha época não existia nem celular. (Hygeia)

Hygeia também lembrou uma situação referente a alguns estudantes que estavam fazendo eletivo na época em hospital em outro Estado e, ao perguntar como corriam as atividades destes estudantes, ouviu a seguinte expressão: “nossa, o professor tá apavorado. Eles moem os livros”. Percebemos ser este um exemplo notório e que vem ao encontro do que afirma Freire (2005, p. 67), pois “[...] quanto mais se exercitem os educandos no arquivamento dos depósito que lhes são feitos, tanto menos desenvolverão em si a consciência crítica de que resultaria a sua inserção no mundo, como transformadores dele.” E, ao contrário, “[...] quanto mais se problematizam os educandos, como seres no mundo e com o mundo, tanto mais se sentirão desafiados.” (FREIRE, 2005, p. 80). Hygeia ressalta, portanto, que os estudantes “vão à luta” e não ficam esperando, passivos, como numa educação bancária.

Esse fato deles [estudantes] aprenderem...buscarem o conhecimento e eles tem o vínculo que eles tem que fazer nas unidades...com os colegas...deixam eles mais abertos sabe. Eles vão mais à luta. Não ficam esperando. Eu vejo assim, a diferença dos profissionais desse tipo né...então eu acho positivo. (Hygeia)

Seu relato parece apontar, assim, para a inserção crítica que os estudantes conseguem fazer a partir de um processo de educação problematizadora, crítica e reflexiva em suas ações de mundo, assumindo assim, um papel de protagonista em sua aprendizagem. E nesse contexto, a mudança paradigmática

também pode promover mudanças nas ações docentes, como o relatado por Hygeia, porque o/a professor/a problematizador assume um papel “[...] totalmente diferente quando se adota a metodologia PBL. Ele deixa de ser mero transmissor para ser o professor que estimula a construção e a apropriação do conhecimento pelo estudante, preferencialmente de diversas fontes.” (VEIGA, 2015, p. 271). Logo, o papel do/a professor/a problematizador é

[...] proporcionar, com os educandos, as condições em que se dê a superação do conhecimento no nível da doxa pelo verdadeiro conhecimento, o que se dá ao nível de logos. Assim é que, enquanto a prática bancária, implica uma espécie de anestesia, inibindo o poder criador dos educandos, a educação problematizadora, de caráter autenticamente reflexivo, implica um constante ato de desvelamento da realidade. A primeira pretende manter a imersão; a segunda, pelo contrário, busca a emersão das consciências, de que resulte sua inserção crítica na realidade. (FREIRE, 2005, p. 80, grifos do autor)

Registramos em Hygeia também a consciência admitida, humildemente, da necessidade de buscar conhecimento sobre a dimensão sexualidade. Esse pode ser um primeiro passo que aponta ao que Freire (2000, p. 42) comenta sobre “[...] constatação crítica e rigorosa dos fatos [...]” e que este movimento “[...] aguça ou desafia no sentido da possibilidade de intervir no mundo.”

Até quando você...que preenchi teu questionário online...tinha coisas que eu ficava pensando na ignorância no caso minha...em relação a esse assunto. E mesmo com esse questionário eu não fui buscar. Entendeu? Porque daí você tem uma coisa...tem outra...né? (Hygeia)

Porém, ressaltamos que “[...] constatamos para mudar e não para nos acomodar.” (FREIRE, 2000, p. 42). Esse primeiro passo dado por Hygeia, representando uma auto crítica importante e entendemos que a crítica “[...] está presente constantemente como metodologia adequada a uma reflexão que se quer autônoma, sustentada, livre e responsável.” (CASTRO, 2014, p. 28). Assim, constatamos para mudar. Pois como afirma Freire (2000, p. 42, grifos do autor),

[...] seria uma desolação para mim, se, enquanto ser humano tivesse de reconhecer a minha absoluta incapacidade de intervir eficazmente na realidade. Se tivesse de reconhecer que a minha aptidão de verificar não se alonga na de mudar o contexto em que verifiquei, provocando futuras verificações diferentes. (...) Refiro-me à constatação de que mudar é difícil, mas é possível.

Registramos que durante sua própria entrevista, Hygeia afirma não perceber influência da temática da sexualidade em sua prática pedagógica, pois não tem esse tema explicitamente na sua unidade sistematizada. Inclusive, relata a existência de uma possível zona de conforto. Porém, posteriormente, durante sua fala, ressignifica seu próprio pensamento.

Mas como “não tem” [fazendo sinal entre aspas com as mãos] não está se trabalhando. (Hygeia)

Essa sexualidade que tá expressa...se isso é sexualidade...que a gente não vê isso. (Hygeia)

Encontramos em Artemis uma grande preocupação com o preconceito contra a diversidade sexual. Seu relato aponta para o entendimento de que muitos homossexuais não possuem uma vida tranquila, resultado do potencial preconceito a que são submetidos. Descreve também muita empatia em sua prática

médica e que a proposta curricular do curso de Medicina proporciona mais acolhimento.

Uma questão em relação a homossexualidade que me preocupa é o preconceito. A maioria das pessoas não são ou às vezes até são bem resolvidas...mas o preconceito é tão grande que elas assumem uma postura de...pra se defender elas tem uma postura agressiva...então são aquelas pessoas que são muito reativas, porque acham que vão ser agredidas...então estão sempre na defensiva. Ou são as pessoas que acabam sempre se escondendo com receio de ser agredida de alguma forma...às vezes até com um silêncio...uma omissão. Então, isso me preocupa...porque é um ser que precisa, igual qualquer um, conviver... Eu tive contato com poucos e esses tinham uma vida social e profissional muito tranquila. Mas eu acho que a maioria não tem. Eu acho que...não sei se a maioria...mas acredito que muitos ainda não tem. (Artemis)

Entendemos que numa dimensão emancipatória, a dimensão sexualidade “[...] decorre de uma ética humanista que deve ser alcançada através de uma investigação do que é ser homem, do que significa viver em sociedade, conviver, do que é entender as diferenças sexuais como diferenças complementares.” (NUNES, 1996, p. 293). Logo, como já mencionado anteriormente, compreender a diversidade como riqueza humana.

Registramos também que Artemis parece viver na ambiguidade de papéis entre sua atuação médica e sua atuação enquanto docente problematizador. Em suas palavras:

Foi uma experiência diferente...porque eu achei que ia ser mais fácil...por eu ser médica na unidade...mas a hora que entra o aluno... assim...eu não consigo agir igual. Sabe? Eu sinto que são duas responsabilidades...é o

paciente que tá ali comigo e é o aluno que eu tenho que auxiliar. Pra mim foi muito difícil no início. Então eu achei melhor largar a prefeitura e ficar só com alunos. Mas é uma coisa que eu não dou conta...não ser médica é complicado pra mim...(risos). Então eu vou voltar e agora acho que dá pra levar os dois. Mas no início foi diferente...porque eu não conseguia...dar conta de duas responsabilidades no mesmo consultório...no mesmo tempo...então foi um pouco diferente. (Artemis)

Relata que há muita resistência entre os/as docentes que possivelmente dificulta o debate sobre a dimensão sexualidade, visto que percebe o desconforto provocado ao se abordar o tema. Contudo, reconhece, com muita sensibilidade, que a resistência de muitas pessoas frente a estas discussões podem ter origem em situações pessoais conflitantes e difíceis. Sua empatia promove em sua própria reelaboração, mesmo ainda inconsciente, a necessidade de que um processo de reeducação sexual pode vir a contribuir nos avanços destas reflexões. Em suas palavras:

Eu não sei...eu penso coisas assim...quando penso na sexualidade eu acho que teria que ser uma coisa aberta. Assim...talvez alguém falar sobre a sexualidade...não sei se ajudaria. Acho que a partir...as pessoas tinham que estar dispostas...de uma certa forma você se expõe. O que você pensa...o que você sente. Acho que a gente tem também que respeitar o que o outro quer...às vezes as pessoas tem uma certa resistência em aceitar algumas questões por motivos pessoais e que acabam sendo conflitantes e difíceis. Então às vezes trabalhando essas questões eu acho que seria uma oportunidade dessas pessoas que tem mais dificuldade em lidar com esse tema...de entenderem o porquê que elas tem dificuldade de lidar com isso. Eu acho que a questão é aí. Não sei se é algum curso...só dando orientação...mas que abrisse...pra essa pessoa ter espaço pra

tentar identificar...porque que tem tanta resistência em lidar com algumas coisas. (Artemis)

Demonstra responsabilidade e respeito junto ao curso, inclusive, em defesa aos direitos sexuais ao referir-se à diversidade sexual, quando sua fala aponta para o entendimento de que as pessoas têm direito a expressar sua orientação sexual de forma igualitária e sem sofrer discriminação. Nesse sentido, julga necessário a oferta de espaços para discussão do assunto.

Acho que em termos de abrir espaço pra inserção sabe...de todo mundo, de mais pessoas. Eu acredito que existam pessoas, mesmo entre a gente assim...que tem essas questões e não se sentem à vontade de se abrir. Então de repente se tem um espaço assim que comece com um curso ou com alguma coisa...isso vai e aparece como natural. (Artemis)

Encontramos em Asclépio, primeiramente, o que aponta para uma possível concretização da proposta de Paulo Freire em suas ações, um dos teóricos base do PPC.

Gostei da...o transmitir aquilo que tu sabe...o teu saber e ao mesmo envolve...no sentido assim, eu não vou transmitir...eu também vou aprender né? Que o aluno tá me ensinando também e tá me forçando a estudar. Tu vai só trabalhar, tu acaba se acomodando. E aqui não...tu é forçado a estudar, se ver atualizado. (Asclépio)

Se relato representa com beleza a reciprocidade de consciências relatada por Freire (2005, p. 10, grifos do autor), em suas palavras temos:

No círculo de cultura, a rigor, não se ensina, aprende-se em reciprocidade de consciências; não há professor, há um coordenador, que tem por função dar as informações solicitadas pelos

respectivos participantes e propiciar condições favoráveis à dinâmica do grupo, reduzindo ao mínimo sua intervenção direta no curso do diálogo.

No depoimento de Asclépio também encontramos uma das participações presentes nas discussões iniciais do curso, contudo não da sua abertura, mas após, durante sua criação ano por ano. Registramos em sua fala o que aponta para um possível assumir-se como professor problematizador autônomo, quando relatou que levou seus estudante para assistir a um seminário sobre transexualidade. Em suas palavras:

Quando eles estavam [mais no final do curso] teve um seminário...mas foi aqui...[na própria universidade]...sobre diversidade sexual. E daí...por curiosidade...vou levar os alunos pra ver como é que vão se comportar. Né? (...) Era sobre transexualidade...é...veio um pessoal de [outra cidade]...uns transexuais de...veio uma professora transexual... Tinha uns alunos da rede pública aqui também participando. E eu trouxe mais pra observar a reação deles e ver né...até pra eles aprender a lidar com o diferente. Não gosto muito dessa palavra, o "diferente"...pra mim o ser humano é tudo igual. Mas é...pra eles veem essas coisas de...que tem outras vivências...outras práticas que as pessoas tem. E achei bem interessante a reação de alguns... (risos)...é...uns ficaram assim...meio tímidos. E outros que eu esperava um pouquinho mais de preconceito, muito pelo contrário. Gostaram. Interessante porque eles viram o outro lado...como é que era apresentado. Foi mostrado a violência contra o homossexual, contra o travesti. O comportamento deles era...como é que eles faziam a...não vou dizer assim como é que fazia, mas é...como eles se identificavam no gênero que eles estavam. Achei bem interessante. Mas o

debate assim, sobre...a sexualidade na escola é zero né. (Asclépio)

Sua preocupação com a temática para que seja debatida com maior amplitude, parece apontar que provém de sua experiência no ambiente escolar. Asclépio defende que a escola é um local onde a dimensão da sexualidade já deveria ser discutida, porém, sua vivência escolar parece ser ter sido marcada, como na maioria de nós, por paradigmas repressores da dimensão sexualidade, onde se perpetuaram abordagens fundamentadas no âmbito biológico reducionista. Em suas palavras:

E na minha escola também, realmente pensando no...no meu passado...também foi muito...olha, foi muito...vou dizer quase nada discutido. Quase nada. Essa coisa de debate de camisinha, de use camisinha e coisa...com o advento da Aids...antes disso...na escola não falavam nada. Era aquela coisa... “ah, vai perguntar pro teu irmão mais velho, vai...” Sabe? É uma coisa parece que escondida...parece que...um tabu...tu ficava com dúvidas...não sabia onde tirar as dúvidas. E, infelizmente hoje, com todos os meios de comunicação acho que ainda tem esse ranço. Não sei se ficam com medo de conversar sobre isso...debater. (Asclépio)

Nesse sentido, assim como a maioria dos profissionais da Educação e da Saúde, suas memórias escolares são também reflexo de um currículo oculto em ação, pois o “não falavam nada”, pode representar um falar enfático. Ainda, reconhece o tema como um tabu e descreve a sensação que sentia em relação a dimensão sexualidade como uma coisa escondida ou fobia.

Encontramos nas análises de Foucault (2011) o que parece apontar para o contrário, ou seja, com o dispositivo de sexualidade e suas tecnologias de poder-saber, o sexo não se mantém como um segredo, mas sim, incitado à fala. “Por volta

do século XVIII nasce uma incitação política, econômica, técnica, a falar do sexo. E não sob a forma de uma teoria geral da sexualidade, mas sob forma de análise, de contabilidade, de classificação e de especificação.” (FOUCAULT, 2011, p. 30). Assim, a intencionalidade caminhou pela regulação, pelo controle, pela utilidade, visto que “[...] o sexo não se julga apenas, administra-se. Sobreleva-se ao poder público; exige procedimentos de gestão; deve ser assumido por discursos analíticos.” (FOUCAULT, 2011, p. 31).

Nesse sentido, para muitos de nós, as vivências nos ambientes escolares passaram por esse processo de administração do sexo, pois, embora a dimensão sexualidade se apresente como um segredo, em sua essência, incita-se ao seu discurso porque “[...] não se fala menos do sexo, pelo contrário. Fala-se dele de outra maneira; são outras pessoas que falam, a partir de outros pontos de vista e para obter outros efeitos.” (FOUCAULT, 2011, p. 33). Nas escolas aprendemos que falar sobre sexualidade é falar sobre reprodução, ato sexual, sistemas reprodutores masculinos e femininos, DST’s e métodos contraceptivos. Porém, enquanto sujeitos em construção, vivemos rodeados por dispositivos de controle da sexualidade e disciplinamento dos corpos que influenciaram e influenciam o nosso ser, existir, viver, portar-se que, inclusive, podem dar a impressão de que “não é falado” ou “não se deve falar”.

Como apresentado nas análises, Asclépio relatou que vivenciou uma experiência de atendimento a um paciente transexual e, por iniciativa própria, convidou este mesmo paciente para participar de um ciclo de aprendizagem junto aos estudantes. Como relata:

Peguei alunos na época [dos anos finais do curso]... levei ele pra consulta e não disse nada. Daí eu disse... “ô, eu trouxe um paciente pra vocês conversarem”. E conversaram, conversaram, conversaram. E... “tá o que ele tem de diferente?”...e ele também aceitou né... E ninguém se deu conta. Daí ele contou a

experiência dele...que era mulher...que até tinha uma filha...não foi um caso absurdo, porque ele foi atrás de um profissional... Segundo relato dele...foi atrás de um profissional pra tirar as dúvidas, porque a cabeça dele...e o profissional acabou estuprando ele e ele acabou tendo a filha. E aí ele tem a filha...e realmente a filha acompanha ele...e ele é...tu olha é um homem. E ele contando a história dele, é bem interessante. Então esses são os fatos que eu posso te contar assim...acho interessante. (Asclépio)

Também registramos em seu relato a empatia na convivência com o estudante transexual presente no curso, como vejamos:

Outro contato que eu tive foi realmente com um aluno que a gente teve...esse ano...que realmente ele estava assumindo a mudança de sexo dele. Eu agi da maneira mais natural possível. Cheguei...a primeira coisa que eu fiz foi chamar ele e perguntei... “como é que tu quer chamado?”... E era uma menina... “tá, mas qual o nome que você quer?”... “ah, eu quero ser [fulano]”... Então, Fulano. Porque eu acho assim...tem que colocar a pessoa à vontade...não tô ali pra julgar ninguém. (Asclépio)

Asclépio insiste na importância de promover debates explicitamente sobre a temática da sexualidade, não somente na universidade, mas na escola e na vida toda. Além disso, afirma de que a presença da palavra “sexualidade” na unidade sistematizada no 3º ano é indiferente, pois é uma realidade do cotidiano e deve ser refletida.

Não só no 3º ano...a vida toda. Isso deveria ser debatido lá na escola. Lá no ensino médio. (Asclépio)

Não vai fazer diferença nenhuma tu botar ou tirar. Só pelo nome não. Acho que tem que ser debatido...indiferente dele estar no currículo ou não. É uma realidade que nós vivemos no nosso dia a dia e tem que ser debatido. (Asclépio)

Sua entrevista ainda relata para o que parece apontar em heranças do paradigma tradicional de formação médica, visto que “muita coisa não muda”, contudo, afirma que a experiência vivenciada pelos estudantes nesta proposta curricular é muito mais rica do que num curso tradicional.

Mas tem muita coisa assim...que não muda do método tradicional não. A formação sim, eles saem um pouquinho mais preparados...porque eles têm uma experiência rica que nós não tínhamos. (Asclépio)

Reforça a importância da humanização, do respeito e da empatia pelo diverso como caminho para possivelmente alcançar o perfil profissiográfico proposto pelo curso. Podemos registrar que suas palavras refletem em suas ações por uma educação libertadora junto aos estudantes na busca da formação de profissionais médicos mais críticos e mais humanos.

No momento que você se torna mais humano você começa a compreender o outro. No momento que você tem uma formação mais pensando no ser e não no ter, tu vai pensar no outro. Como uma pessoa diferente. Porque as pessoas podem e são diferentes. Né? Eu acho que tem uma influência muito grande sim. (Asclépio)

Encontramos em Quirón mais uma representação docente que esteve presente desde as primeiras discussões sobre a viabilidade da abertura do curso de graduação em Medicina. Registramos em detalhes sua fala por entendermos que

representa memórias tensionais de um processo que ousou sugerir mudanças paradigmáticas na formação médica. Não somente o caminhar deste curso novo gera inquietudes, mas a própria sugestão de sua existência já representa o quanto pode ser laborioso processos de transformações paradigmáticas.

Foi um desafio muito grande. Quando especificamente me chamaram a primeira vez, eu estava fazendo um curso de especialização em saúde da família. Uma noite na [universidade] e aí me chamaram lá na Reitoria e eu encontrei lá com algumas pessoas...e o Ricardo Kornatsu que foi a pessoa contratada pra elaborar o currículo. Construir o currículo. E em princípio eu era contra abertura de cursos de Medicina. Inclusive na minha fala inicial eu já falei... “eu até topo, desde que seja uma metodologia diferenciada. Fazer um curso tradicional não”... E aí foi exatamente o que falaram... “mas é exatamente isso que a gente quer, a gente não quer um curso tradicional”... E aí houve identificação grande com o projeto e a partir daí eu passei a me envolver...e esse grupo foi muito grande, ampliado, uma construção muito interessante, muito aprofundada. Um ano a gente discutia, no mínimo uma vez por mês, depois os primeiros anos do curso foram muito pesados...a gente teve muitas resistências no início...das instituições médicas...dos médicos [da cidade]. Foi muito difícil. Mas havia um grupo muito fechado, muito dedicado, que aprofundou mesmo as discussões. Pra chegar a um currículo que, na época, certamente era um dos mais avançados do Brasil. Porque vinha de experiências...as grandes experiências de metodologias ativas eram da FAMEMA e de Londrina, da UEL...e o nosso currículo estava à frente desses dois em função da experiência que traziam de lá. Então foi um processo muito interessante. (Quirón)

Relata a dedicação e o desafio de se trabalhar em um proposta que promova um paradigma diferenciado.

A gente foi tendo essa visão...bem aprofundada da proposta. Difícil, porque era muito diferente de tudo o que a gente via e de como a gente foi formado. Mas muito, muito interessante. (Quirón)

Muita tensão, preconceito e luta permeou a abertura do referido curso. Entendemos que o relato de Quirón pode representar o quão desafiante as transformações paradigmáticas podem ser e o grau de comprometimento desencadeado nos sujeitos envolvidos, desafios esses que, mesmo com carências diferentes, perduram até os dias atuais.

Nós sofremos muito...pressões do Conselho Regional de Medicina...pressão com os estudantes. A primeira turma também... quem chegava...os estudantes tinham muita dificuldade pra compreender isso né... Hoje não, hoje essa discussão é bem ampliada, mas na época era muito difícil. Mas a pressão do CRM...teve um presidente do Conselho Regional de Medicina [aqui do Estado] que reuniu os estudantes e falou que eles não saíam médicos, saíam “enfermeirões”. Foi a palavra que ele utilizou. Fora o preconceito...então foi uma briga muito grande. Felizmente os estudante rapidamente, até hoje acontece isso, eles rapidamente pegam a metodologia e gostam. E a partir do 2ºano, 3º ano eles não querem modificar. A grande maioria deles adoram a metodologia e se adaptam perfeitamente e não aceitam...tem até dificuldade de trabalhar da maneira antiga. Mas foi uma luta muito difícil. Muito difícil. Aí em função disso, muitos profissionais não queriam...a maioria dos profissionais não queriam se envolver com o

curso...então a dificuldade pra conseguir professores foi...foi muito batalhado. (Quirón)

Após 12 anos de trajetória, o curso apresenta muitos avanços e resultados positivos, mas o desafio diante de uma representação construída por séculos ainda apresenta forte influência.

Eu estou no [final do curso]. Então eu vejo lá...ainda essa visão tradicional do médico. A construção social...a representação social do médico é ainda aquela do médico especialista trabalhando no seu consultório e ganhando muito dinheiro. No hospital, no consultório e ganhando muito dinheiro. Trabalhando de preferência com clientes particulares ou de convênio, longe do SUS. Ainda prevalece essa visão...essa representação social do médico. É difícil modificar porque é uma questão que está aí...construída ao longo de séculos né. Então é difícil mudar. Mas a gente consegue alguns resultados interessantes. Algumas dessas pessoas com uma visão já diferente. (Quirón)

E Quirón afirma: o grande marco que o curso representa foi a quebra paradigmática.

O grande marco foi a briga do grupo. Acho que o grande marco pra região foi a briga que nós compramos. Com o apoio aí...teve o apoio da instituição, apoio da reitoria na época. (...) Bancou a proposta e esse grupo que conseguiu mostrar e provar que essa metodologia...é...eu gosto de falar assim...que ela é no mínimo tão boa quanto a outra. Porque a outra não se exclui, nós somos formados nessa outra metodologia né...somos na maioria, bons médicos. Então não é que ela não tenha funcionado, mas essa metodologia funciona. No mínimo tão bem quanto a outra de uma forma muito mais prazerosa de aprender, de

ensinar...é bom professor...é bom pro estudante. Então, o grande marco foi quebrar paradigma. Não só aqui, mas principalmente numa região tradicional como a nossa. Quebrar todos esses paradigmas me parece um grande marco. O resultado que hoje é incontestado, sobre esses aspectos. (Quirón)

Também descreve que os desafios surgiram por partes dos estudantes, pois queriam ter aulas, sendo um desafio muito grande a articulação entre a teoria e a prática.

Um cenário de prática...então é muito rico pra articular no grande eixo do curso que é a articulação teoria e prática. Não separado. Num curso tradicional você separa. Você recebe toda uma formação teórica antes. Então...essa coisa da articulação teoria e prática é muito...no cenário de prática é muito rico. E é superando exatamente aquilo que o tradicional separava, teoria e prática...metade do curso é um pouco mais de teoria, depois ir pra prática. Isso foi uma grande dificuldade também.....as pessoas queriam ter aula. Sobre anatomia... queriam ter cadáver...foi uma briga. Como é que um estudante do 1º ano não viu toda anatomia? Foi difícil. Hoje essa discussão, felizmente, já avançou bastante e as práticas já nos trazem crescimento do...é tão eficiente quanto o outro e muito interessante...na questão...no mínimo tão eficiente quanto o outro, o tradicional, mas muito mais prazeroso e muito mais interessante para o aprendizado do estudante. (Quirón)

O depoimento de Quirón aponta para o entendimento de que precisa muito comprometimento e trabalho em conjunto para superar o paradigma da formação tradicional, por isso, em sua fala, sugere o resgate da intensidade das discussões que eram realizadas no passado, do andar coletivo, das decisões coletivas e das construções coletivas.

Depois fiz parte do grupo da educação permanente...que era um grupo muito...muito...muito dedicado ao curso...no início né...a gente estudava muito, discutia muito diariamente. E organizávamos as discussões de educação permanente e educação continuada. (Quirón)

Eu acredito que se esse curso tivesse continuado aquele processo de educação permanente real, efetivo, que a gente fazia no início, ele certamente seria um dos melhores cursos do país. Eu não tenho nenhuma dúvida disso. (...) E a gente discutia muito...o tempo todo...e isso se perdeu. A gestão era ampliada...tinha um grupo gestor. O nome do grupo se chamava “grupo gestor”. (...) Onde tinha representantes de todos os cenários. (...) Era um grupo ampliado. (...) Então era uma gestão colegiada, onde a gente acompanhava tudo o que estava acontecendo no curso. (Quirón)

Quirón reafirma, inclusive, que a proposta curricular é formar um profissional médico com uma visão ampliada e não com aquela visão biologicista. Contudo, é um caminho desafiante.

Muito forte ainda né...tradicional...a formação que a gente tem, na construção social...do conceito de gênero...sexualidade...é difícil você superar isso. Precisa de muito trabalho. (Quirón)

As falas de Quirón sobre a abertura de um curso de graduação com uma proposta curricular integrada parece apontar para o que Veiga (2015) relaciona com espaços solidários que visam a emancipação humana. Um currículo integrado proporciona um relacionamento mais próximos dos

estudantes, assim como a construção coletiva do conhecimento, logo, “[...] envolve o diálogo de conhecimentos visando a emancipação humana. Um currículo como espaço solidário, ao assumir uma educação médica emancipatória, inclui os diferentes conhecimentos da formação e permite o diálogo para produzir novos conhecimentos.” (VEIGA, 2015, p. 38-39). E nesse contexto, o processo educativo torna-se possivelmente um processo de desalienação dos sujeitos, pois como nos lembra Rezende (1990), a educação é

[...] processo-projeto de humanização desse sujeito, que não seria simplesmente objeto-passivo, mas sujeito-ativo da história e da cultura. Nesse sentido, mais do que um mero processo, a educação pretende ser um projeto de personalização dos sujeitos, de desalienação tanto individual como coletiva. (REZENDE, 1990, p. 69).

Em Aglaea encontramos o relato de um representante discente que entrou no curso durante o processo de construção ano após ano. Mesmo com receios e insegurança, hoje relata que se apaixonou pela docência.

E aí foi que eu comecei...por indicação desse colega, desse amigo. Aí comecei e gostei...me apaixonei...virou vício... (risos)...não me vejo deixando de dar aula...assim...não é bem dar aula o que a gente faz aqui. Mas é legal compartilhar o que a gente sabe e aprender um pouquinho com eles também. É bem legal, gosto muito disso. (Aglaea)

Em seu relato, demonstra preocupação e muita empatia frente a situações com estudantes homossexuais, apresenta consciência de que espaços intencionais de discussão sobre a dimensão sexualidade contribuiriam não apenas em sua atuação profissional, mas a todo instante, dando pintas de antíteses nesse

momento de que a dimensão sexualidade é inseparável do existir humano e que nossas relações também, são sempre sexuadas.

A gente sabe que tem colegas que já estão anos na profissão e...não sei se isso tá relacionado com a cultura...não sei...mas tem gente que está aberta a discutir o tema, a aprender com o tema, aprender a lidar com situações e tem gente que não. Pra mim seria muito bom. Serviria pra minha prática profissional, docente, pessoal, tudo. (...) Só que eu acho que a sexualidade ainda é vista com mais tabu, com mais preconceito do que qualquer outra coisa. Porque é cultural, a gente foi criado assim.
(Aglaea)

Também apresenta pistas de antíteses sobre consciência da dimensão sexualidade ainda vista como um tabu e sobre a influência da cultura nas nossas relações sociais. De acordo com Nunes (1996, p. 281), os valores culturais e a normalização e normatização de padrões comportamentais, realizados pelos povos e sociedades nas mais diversas épocas, “[...] determinaram algumas matrizes para abordarmos a articulação entre sexualidade, poder e dominação.”. Nesse sentido, as relações sociais determinam e são determinadas por formas singulares de vivenciar a dimensão sexualidade, inclusive, diferente entre homens e mulheres. Assim, muitas das instituições básicas sociais, que compõem diferentes grupos de sujeitos em sociedade, apresentam semelhanças na forma de compreender e transmitir o “ser homem” e o “ser mulher” de cada época. Portanto, “[...] constituíram seus modelos sexuais dominantes, sob significações religiosas, mitológicas e institucionais diversas. Estas relações se estabeleceram como relações marcadas pelas estruturas ideológicas de poder.” (NUNES, 1996, p. 282).

Aglaea também relatou que considerou importante a colaboração em todo processo da pesquisa, inclusive ser

voluntária da entrevista e demonstra abertura e disposição à novos conhecimentos.

Foi bem legal te ajudar assim...eu demorei um monte! Todo dia chegava o teu email... “preencha o questionário”...ah, depois e preencho... (risos)... Ai um belo dia... “vou preencher logo senão eu nunca mais vou fazer isso”... (risos)... Ah, agora que preenchi, vou ajudar em tudo! Ai tava lá... “você tá disponível pra uma entrevista?”... Então vamos né? E é bom...eu gosto...é legal você pensar que isso pode virar uma realidade na nossa prática...pra te ajudar...com tudo. Tanto é...na abordagem do tema com os alunos, às vezes você tá pesando se isso tá relacionado...se isso não tá...e tudo serve pra crescimento. Eu acho. Eu penso assim. (Aglaea)

Em Epione também encontramos uma representação docente que esteve presente durante as primeiras formações do curso de graduação em Medicina. Nas análises registramos seu relato com detalhes das formações e do processo coletivo de reflexão e ressignificação que o grupo docente vivenciou. Em sua opinião, após esses anos de vivência, o curso não proporciona a discussão da temática da sexualidade intencionalmente. As discussões que ocorrem são oriundas de situações conflitantes existentes no cotidiano. Ainda, que a universidade enquanto instituição, promove mais ações intencionais sobre o assunto do que o próprio curso de Medicina. Compreendemos que neste contexto, portanto, o curso estaria fortalecendo um currículo oculto.

A gente viu o quanto a gente é ignorante ainda nesse assunto, o quanto a gente não sabe lidar ainda. A gente tá aprendendo né...tá aprendendo. Eu vejo que muito mais institucionalmente isso vem sendo trabalhado,

do que no próprio curso. Eu vejo iniciativas isoladas no curso. (Epione)

Seu relato demonstra, humildemente e com beleza, a consciência crítica quanto à necessidade de potencializar as reflexões sobre a dimensão sexualidade. Sua fala demonstra a consciência de sua desumanização e, assim, relaciona-se à consciência de seres humanos como “[...] seres inconclusos e conscientes de sua inconclusão.” (FREIRE, 2005, p. 32).

Em suas vivências, Epione relata pelo menos duas vivências, um com estudante e outra com colegas docentes, que apontam para o entendimento de que o diverso e a diversidade humana ainda não são vistas como riqueza humanas, mas sim como um incômodo. Relata também a dificuldade de professores em lidar com pessoas diferentes de si e que possivelmente, ao se referirem à estudantes homossexuais, misturam desempenho acadêmico com orientação sexual. Sua fala denuncia, portanto, a perpetuação de um currículo oculto no curso de Medicina. Em suas palavras:

Então, nesse ano eu tive uma estudante em que no primeiro encontro ela imediatamente trouxe...ela disse... “olha, eu queria deixar claro pro grupo que eu sou homossexual, sou casada com uma outra mulher e se alguém tiver algum problema eu já deixo claro”. Então isso já traz pra discussão né... e isso assustou o grupo de início...mas depois o grupo foi entendendo que ela tá bem posicionada...é uma questão dela...então foi de uma forma muito respeitosa e muito bonita, muito afetiva...essa maneira que se deu. Mas em outros momentos, percebo...o quanto a nossa dificuldade, enquanto professores, de lidar com essas situações, ela vem. Nós tivemos uma reunião de conselho integrado em que essa estudante..foi discutida as dificuldades de desempenho dela numa determinada unidade de ensino...e o professor que trabalha com essa estudante trouxe que acha que ela é uma

peessoa...usou até um termo pejorativo né...por ela ser...não me lembro o termo que ele usou...mas assim...que achava que por ela ser homossexual, ela não se assumia, não conseguia resolver isso. E eu vejo que é um outro aspecto. Não tem a ver com a sexualidade né...tem a ver com a maneira como nós temos dificuldade de lidar com isso. Não é da pessoa, não é do estudante, é o nosso olhar, ainda formatadinho, ainda quadradinho, que se incomoda muito de conviver com pessoas que tenham opções diferentes...que pensam diferente...que sejam diferentes da gente. E isso incomoda a gente ainda, sabe...a gente mistura desempenho do estudante com a minha dificuldade de...ou a dificuldade dos outros colegas...de ter na nossa presença pessoas que são...que tem opções sexuais diferentes... Então eu vejo, aí sim!...mas não vejo que isso seja pelo currículo...isso seja por um olhar nosso...a gente vem sendo convidado a discutir mais isso...a pensar mais isso...porque tá aqui no nosso cotidiano, a gente convive com pessoas. Mas não que o currículo de Medicina proporcione isso não. Não vejo. Absolutamente. É o meu olhar né? (Epione)

A consciência de seu inacabamento faz com que Epione reflita sobre sua própria prática, seu olhar e as pessoas que estão ao seu redor. Esse movimento parece favorecer um processo constante de busca de reinvenção do si e de sua visão mundo. Nesse sentido, apoiamos-nos em Freire (2000, p. 49) novamente, pois entendemos que seres humanos, enquanto sujeitos históricos e sociais, são “[...] capazes de intervir no mundo, de recriá-lo, como seres inacabados, mas conscientes de seu inacabamento, por isso inseridos num permanente processo de busca e de reinvenção do próprio mundo e de si mesmos.”

O entendimento da sexualidade como dimensão intrínseca aos seres humanos também está presente na fala de Epione, como vejamos:

Sexualidade...eu acho que...ela é um aspecto...da minha...da minha inteireza, né... Agora o conceito não saberia te dizer...(risos)... o conceito de sexualidade...é...ela é uma dimensão...do meu ser como um todo...mas ela tem muito a ver com a minha intimidade...com o ato sexual em si...com as minhas relações sexuais né...com meu parceiro... mas ela tem a ver com...a minha afetividade...com a maneira como eu me relaciono com os outros...tudo isso tá dentro da minha sexualidade. Então...ela é mais um aspecto...ou ela é o todo... não consigo te dizer...mas ela tem a ver com a minha inteireza né...da minha manifestação como pessoa. Tem a ver com a minha espiritualidade...com a maneira como me relaciono com todo mundo. (Epione)

Sua fala vem ao encontro da compreensão emancipatória dos sujeitos representada pela vertente Dialética e Política descrita por Nunes (1996) – como discorrido na seção I – onde a sexualidade representa uma dimensão ontológica humana, constituinte das expressões e da condição humana.

Ainda, Epione salienta que essa é uma temática que está presente no nosso cotidiano, porém, que o “novo” assusta as pessoas.

Eu acho que esse é mais um tema contemporâneo né, que tem vindo, ele sempre esteve aí, mas agora ele tem vindo... (Epione)

E as pessoas se assustam muito...a gente também se assusta muito com isso porque é novo...é abrir mão de uma educação, não sei se repressora ou não, mas acredito que sim...é...pra um diálogo mais aberto, mais franco, de maior liberdade né. Então é um tema que tá vindo mais...e a gente vai precisar discutir mais, com certeza. E se apropriar mais, entender mais sobre isso. (Epione)

Ressaltamos em sua fala, durante sua própria reelaboração e ressignificação, a consciência de uma possível educação repressora. Sua reflexão vem ao encontro de Freire (2010) ao descrever que os seres humanos não devem apenas estar *no* mundo, mas *com* ele. Assim, essa relação com a realidade resulta na captação dos dados da realidade, porém, não somente dados são captados, mas “[...] juntamente com o problema, com o fenômeno, capta também seus nexos causais. Apreende a causalidade.” (FREIRE, 2010, p. 113). Ainda, Freire (2010) afirma que quanto mais autêntico for a apreensão dos dados da realidade, *causalidade autêntica*, mais crítica será a compreensão sobre sua análise.

Esse movimento de Epione parece apontar para um movimento vivo de transição paradigmática, pois também fica evidente quando relata, no começo de sua entrevista, que não vê a inserção da temática da sexualidade no currículo. Mas logo no decorrer de suas próprias reflexões durante a entrevista, ou seja, na sua “reflexão-na-ação” (SCHÖN, 2000), termina dizendo: “mas não vejo isso explicitamente”. Nesse sentido, Epione aponta que, não necessariamente como uma formação, mas que a temática precisa aparecer, precisa ser discutida intencionalmente.

Eu não digo formação...eu penso que esse é um tema que ele tem que aparecer...eu acho que até isso né...quando tu me pergunta assim... “o que é sexualidade pra você”...até discutir isso. Então isso estar dentro do currículo...pra gente poder discutir o que eu compreendo como sexualidade, como professora, como estudante. (Epione)

Então...eu não vejo isso no currículo Yalin. Não sei se sou eu, mas eu não tenho visto não...não vejo isso explicitamente no currículo. (Epione)

A consciência de que a dimensão sexualidade não está explícita, aponta para uma possível reelaboração do conceito de

currículo oculto feito por ela mesma, mesmo que só intuitiva, pois registra sua existência, denunciando portanto, ainda não em plenitude, a existência desse currículo oculto.

Encontramos em Hades o entendimento de que o aprendizado é gradual, não estático e sua fala parece apontar para um notável sentimento de empatia pelos estudantes, em reunião docente, pois relata que muitos deles têm dificuldade de sociabilidade, independentemente da idade e devido a aproximação com o paciente que ocorre desde o início do curso.

Uma coisa que eu tenho batido bastante nas reuniões...que às vezes os professores falam... “Ah, mas como é que o aluno chega lá no 3º ano e não sabe fazer uma entrevista clínica? Como é que o aluno chega no 2º ano e tem dificuldade para fazer um preventivo?”. Eu falo...mas pessoal, tem gente que chega com dezoito anos na faculdade, não sabe direito nem o que é a vida....e pô...eu por exemplo [no início de sua graduação] tinha muita vergonha de conversar com as pacientes mulheres, de perguntar quantos dias ela fica menstruando. Então assim...se para algumas coisas simples como essas já é difícil, lidar com um tema que envolve tanto...tanto preconceito...tantas ideias...assim...que estão em mudança, eu acho que não é muito fácil. (Hades)

Registramos em Hades seu embate dialético *no mundo e com* quando começa a realizar, num movimento de autorreflexão pessoal e profissional, uma ressignificação de seu próprio pensamento, aparentemente num processo intuitivo que vai superando a alienação. De acordo com Dorigon e Romanowski (2008, p. 09), a reflexão “[...] oportuniza voltar atrás e rever acontecimentos e práticas [...]”, e de acordo com as autoras, numa prática reflexiva “[...] é necessário rever constituição do pensamento reflexivo, inerente ao ser humano, que ocorre nas

relações sociais, portanto, constitui-se em um processo historicamente situado.”

Tanto meu pai como minha mãe sempre foram muito “caxias” com as questões da sexualidade. Então...o que eu estava falando com [cônjuge] era o seguinte...que como é difícil lidar com a sexualidade com os alunos...porque o que que acontece...eu me acho...e aí é a questão que a gente ficou discutindo muito...eu me acho uma pessoa tolerante com diferenças sexuais. Mas como assim tolerante? Eu entendo que, por exemplo, tanto eu como [cônjuge] temos amigos gays né. Então...e eu acho um sarro. Mas assim, não é bem assim. O que que acontece...poxa, tem casal de amigos que a gente sai junto...é legal...mas assim, eu não posso dizer que eu não sou preconceituoso...porque eu faço piada de gay. Então se eu faço piada de gay eu sou preconceituoso. Entendeu? Então eu sou preconceituoso seletivo? Umás coisas eu aceito e outras não? Sabe? E isso querendo ou não vai influenciar na hora de você... falar de sexualidade com os alunos... (Hades)

Na posição de docente, entende-se como exemplo aos seus estudantes e demonstra preocupação frente aos seus próprios valores, por isso chama a atenção da necessidade de uma abordagem ancorada por um conhecimento científico junto aos estudantes. Esta inquietação vem ao encontro de Nunes (1996, p. 285-286) que, em sua pesquisa, também aponta a importância de “[...] elementos científicos, dado que a ciência é uma forma de superarmos o senso comum, mas que não se reduza a um conjunto asséptico de descrições empíricas frias e desencarnadas [...]”, porque assim, a sexualidade “[...] alarga as possibilidades de auto-realização pessoal, social, e torna-nos capazes de refazer a admiração própria da reflexão humana.”

Então...o que que acontece...eu me sinto na obrigação de dar o melhor exemplo possível.

(...) Mas ao mesmo tempo eu também não posso deixar de seguir os meus conceitos né...minhas ideias...então é uma situação complicada...porque eu acho que é assim...nessas horas que é interessante você ter um conhecimento teórico...ter um embasamento científico de saber como abordar isso...sabe? De saber o que você tá falando. De não levar só...o senso comum...o teu senso comum na hora de falar isso para os alunos. (Hades)

Então...o quanto isso deveria ser estimulado pros alunos...pra que eles vissem como uma coisa...enfim...pra ser uma coisa tão importante como tu saber a fisiopatologia do diabetes. Dando um exemplo mais simples possível. (Hades)

Eu abordo a sexualidade quando eu acho que é oportuno pra doença clínica, mas muito provavelmente seria muito mais oportuno em muitos outros cenários que eu não tô vendo. (Hades)

Hades apresenta uma inquietude fruto de sua prática profissional e uma grande preocupação com reflexões epistemológicas, inclusive, relatando conhecimentos da área da Psicologia e que deveriam ser mais abordados no curso de Medicina. O depoimento de Hades parece apontar para uma constante prática do pensamento crítico, visto que reflexão, autoconhecimento, posicionamento questionador, analisar argumentos, fazer e avaliar juízos de valor, reconhecer contradições, etc., são algumas das atitudes identificadas em Yared, Melo e Vieira (2015, p. 236) como necessárias em processos de educação sexual que promovam a “[...] formação de cidadãos livres, com consciência verdadeira, com participação democrática, com ações sensatas e responsabilidade social em uma sociedade plural.” Como vejamos em sua fala:

Eu acho que durante a medicina...a gente em nenhum momento vê a forma de raciocínio do paciente. Em que sentido? Por exemplo, dentro da sexualidade, talvez, um dos debates mais antigos ou as maiores bobearas...que a gente encontra com a questão das igrejas é que a homossexualidade seria uma doença. Tá? Mas aí...tu vai perguntar pra um aluno e vai dizer... “não...não tem nada a ver”... só porque ele pensa dessa maneira...mas eu acho que bem no fundo o aluno não tem ideia do que é um pensamento. Que quer dizer pensamento? O que eu quero te dizer é o seguinte Yalin...eu acho que tem muito pouca Psicologia dentro do curso da Medicina. Sabe? Talvez não só [aqui]... talvez em todos os cursos. Você estuda tudo...que é neurônio, sinapse, você sabe quando o paciente tá acordado ou não...daí você coloca lá que o paciente tá lúcido...mas qual é o conceito de lúcido? Qual é o conceito de consciente? Que quer dizer consciência? Entendeu? Isso eu nunca vi aqui! Eu fui ver quando eu comecei a pesquisar sobre todas essas coisas e que daí eu comecei a ver um pouco de Psicologia. Talvez se tivesse em algum momento do curso alguma coisa mais focada pra esse lado...até porque a gente trabalha tanto com humanização... trabalhar mais no sentido de entender o paciente...não sei em que momento do curso...isso seria inclusive mais fácil depois pra lidar com sexualidade. No sentido que... você não vai ver sexualidade como... “ah, é uma deficiência do hormônio x”... Entendeu? Você vai ver como um... é...na verdade nem sei como definir porque não é uma questão de opção. Não é uma opção do paciente. Não é uma coisa que ele decidiu. Não é porque o sujeito pense dessa maneira. (...) Então eu acho que uma das coisas que poderia ajudar era ter uma abordagem mais nesse sentido...é...psicológica assim dizer...pra depois poder abordar esses temas que não são completamente...objetivos da medicina.

Objetivo no sentido que quero dizer, existe tratamento. (Hades)

Hades se mostra bastante preocupado e descreve que tem refletido sobre a forma como os pacientes compreendem as informações, inclusive sobre a qualidade da influência do profissional médico sobre o paciente em sua qualidade de vida. Isso vem ao encontro do que Silva (1998) ressaltou em sua pesquisa sobre a influência que os/as médicos/as têm sobre a sociedade e, ainda, refletimos como este poder pode ser utilizado a favor de processos de educação sexual emancipatório que combatam o preconceito, à discriminação e às desigualdades.

Em nenhum momento antes eu tinha pensado que o paciente podia simplesmente não entender o porquê que “aquilo era importante pra aquilo”. Ou seja...ele não ter a capacidade de não ver um erro que ele estava cometendo, porque ele...ou às vezes porque nunca teve estudo...ou que nunca teve tempo... Então, eu só me dei conta que isso faria tanta diferença depois que eu entendi um processo de raciocínio no qual um indivíduo que não sabe que está errando, não vai saber que ele tem que fazer o certo, porque ele não sabe que ele tá fazendo errado. Eu não sei...eu não sei nem me expressar direito sabe...porque uma coisa assim...isso pra mim nunca foi explicado. O quanto que você pode modificar o raciocínio de alguém. Entendeu? A forma de que...poxa, esse paciente não tem como ver que ele tá fazendo uma coisa errada porque ele não sabe que é errado. E porque ele não tem como ver que é errado. Sabe? Então, se fala tanto em humanização, em você ter o contato como paciente, empatia, né...mas no entanto você não sabe que o paciente não vai entender o que você tá falando porque ele não tem uma...ele não consegue ver o erro que ele tá cometendo. Sabe? (Hades)

As reflexões de Hades também vem ao encontro das interpretações de Schön (2000), pois seu relato aponta para um intenso processo de reflexão e reflexão-na-ação. Senão vejamos mais uma situação em que vivenciou enquanto estudante e que hoje já analisa de maneira diferente na atualidade.

Nos últimos tempos eu tenho mudado muito minha forma de pensar. Eu tenho visto tudo de uma forma muito diferente. Mas como estudante eu nunca me vi dessa maneira. Eu acho que talvez...a situação mais inusitada nesse sentido foi uma vez [enquanto estudante] no ambulatório de cirurgia...alguém do grupo perguntou pro coloproctologista qual que era a opinião do proctologista sobre sexo anal...(risos) E daí ele falou e tal... tanto é que agora não me lembro da explicação, mas me lembro da situação. Mas ele deu uma resposta normal...assim...(...)... Não, ele só falou que tem que ter os cuidados...tudo sabe... Mas eu acho que, talvez, possa ter sido tendenciosa....no sentido de que... “ah, não é pra isso”...sabe....mas nem por isso você não deve ganhar a explicação. (...) Eu não digo essa questão nem pelo homo nem pelo hetero...mas exatamente por isso...pode chegar uma paciente e te perguntar! Entendeu? Como é que eu vou fazer? Ou ainda...pode chegar um paciente e outro paciente e os dois perguntarem como que eles vão fazer. E daí? Essa é a questão...aí lá no fundo do inconsciente né...o aluninho vai pensar assim... “ah não, mas se fosse um homem e uma mulher ia ser tranquilo. Mas se é dois homens já não sei”. Sabe? O quanto que isso vai influenciar. (...) Então, eu acho que...talvez isso poderia ser abordado de alguma maneira...abrir os olhos pra esse ponto de vista. Pra ter o ponto de vista de...como é que você tá raciocinando e o quanto que você, como pessoa, vai influenciar o quanto você, como médico. Né...talvez seja mais por aí. (Hades)

Seu relato aponta para uma reflexão sobre a ação, pois ocorre retrospectivamente a uma situação ocorrida, e conseqüentemente, tomou consciência do conhecimento e reformulou seu próprio pensamento na ação na tentativa de interpretá-la.

O exposto até o momento representa, mesmo em diferentes níveis de reflexão, os movimentos dialéticos de esperança realizados pelos/as docentes como partícipes de um processo de transição paradigmática. Com beleza e humildade nos confiaram suas angústias e suas esperanças, onde a contradição posta nos aponta para a existência de processos vivos, em transformação, em mudança.

Trabalharemos agora com uma marca muito forte de esperança. Encontramos em Deméter uma figura docente que assume o papel de protagonista diante de seus desafios, mesmo na vivência de contradições, de negações e de percalços ao caminhar, apropria-se enquanto sujeito transformador, autônomo, rompendo com velhos olhares paradigmáticos, em busca de promover a mudança que deseja. Recorremos novamente a Paulo Freire, pois “[...] reencontrar-se como sujeito, e libertar-se, é todo o sentido do compromisso histórico. Já a antropologia sugere que a práxis, se humana e humanizadora, é a prática da liberdade.” (FREIRE, 2005, p. 17, grifos do autor). Nesse sentido, no reconhecimento enquanto sujeito autônomo, em sua práxis para uma prática da liberdade, tanto para docentes como para discentes, traduz-se na sua humanização, porque “[...] existir, humanamente, é pronunciar o mundo, é modificá-lo.” (FREIRE, 2005, p. 90).

Inicialmente, registramos que Deméter, durante seu relato, declarou que há muitos anos teve que voltar a estudar devido a demandas do cotidiano, mas que lhe deu grande estima, pois fez pós-graduação, participou de congressos, etc. Sua fala aponta que, no atendimento a muitos de seus pacientes, começou a perceber que muitas relações conflituosas, que influenciavam na sintomatologia clínica dos pacientes, estavam relacionadas

com o ambiente escolar. Assim, dedicou seus estudos também a área da Educação e resolveu estudar o funcionamento escolar. Relatou que aprendeu sobre Pedagogia, sobre dificuldade cognitiva e dificuldade escolar, chegando a conclusão que as escolas não estão preparadas para trabalhar com crianças e adolescentes, especialmente no que diz respeito ao desenvolvimento biopsicossocial do adolescente. Em suas palavras:

Vou dizer assim ó...as escolas elas não estão preparadas pra...elas atendem crianças e adolescentes. E elas não são preparadas pra atender adolescente. Tanto que no curso de professor, de pedagogo, tem lá...assim...criança com tantos anos faz isso, isso, não sei o que...tem todo o desenvolvimento emocional, psicológico e cognitivo da criança. Do adolescente tem? Não. Tu entendeu? No curso de pedagogia não é passado nada sobre o desenvolvimento (...) biopsicossocial da adolescência. (Deméter)

Desde então, demonstra forte inquietação com a formação dos professores nas escolas e apresenta consciência que uma palestra, ou seja, uma ação pontual, não faz-se necessário para solucionar os problemas.

Daí talvez depois...eu pense em fazer a pós-graduação de educação sexual porque utiliza muito na área que eu trabalho. (...) E há uma necessidade assim...impressionante. De informação. Principalmente assim...a gente teria que abordar melhor em escola...mas abordar, não é ir lá fazer palestrinha...é abordar com os professores. Sabe...eu sou contra...a gente tem que trabalhar com quem tá todo dia com eles. Não é? Eu chego lá...uma pessoa pontualmente...uma vez na vida deles...entende. E quem tá todo dia com eles...essas pessoas que tem que habilitar. E a gente divulgar mais isso...como é que vou dizer...trabalhar mais com

as famílias...trabalhar mais com o médico que trabalha na unidade de saúde. (Deméter)

Deméter então, a partir de seu relato, declara a procura da escola por profissionais da saúde, especialmente da área médica, pra fazer palestra aos estudantes. E neste contexto, relembramos das discussões realizadas na seção I refere ao profissional autorizado em processos de educação sexual nas escolas.

Aí começava assim... “ah, nós precisamos que tu venha dar uma palestra pra tá tá tá”... Até vou te dizer, eu acho que dei umas duas ou três palestras sobre prevenção do uso de drogas pra grupo de adolescente...sobre sexualidade...duas ou três vezes na vida. (Deméter)

(...) daí que me dei conta...não adianta eu tá...é professor que tá faltando. Aí eu fiz capacitação para professores trabalharem com adolescentes...rodei o Estado dando curso. Daí tudo dependia da necessidade das escolas...dos locais. (Deméter)

Registramos a constatação crítica apresentada por Deméter da realidade em que se inseria, porém, para além de uma simples constatação, para talvez simplesmente se adaptar, optou por “[...] mudar ou melhorar as condições objetivas através de [sua] intervenção no mundo.” (FREIRE, 2000, p. 41).

Ao explicar como funcionavam os cursos que ofertava aos docentes, demonstra interesse e prioridade pela possibilidade de diálogo e interação com os professores das escolas. Como relata:

[duração dos cursos] Depende da necessidade. Por exemplo, tinha locais...tinha escolas...[numa cidade do interior do Estado]...a gente fez um curso, por exemplo, de cinco dias. Era uma semana. Daí dava mais

tempo...eu posso fazer dinâmica de grupo...tu agrega mais... Por exemplo, tinha locais que era 8h. Só. 4h de manhã e 4 horas de tarde. Digamos assim, era variado, porque...mas menos...eu não trabalho com nenhuma escola menos do que 8h. Nunca fui. Porque senão eu vou chegar lá...eu vou conseguir passar uma falinha que daí não vai dar pra gente interagir...entender...e cada um pode pegar só um ganchinho que eu falei lá e achar que aquilo é uma verdade, entende. Eu não acho produtivo. Claro, tinha escola que eu já tinha feito cursos de capacitação de todos os professores...daí às vezes eles me pediam pontualmente... “nós estamos com tal situação, dificuldades assim, tu poderia fazer?”... Posso. Por que? Porque os professores já estavam habilitados a receber a minha fala ali e não ia sair distorção. Entende? (Deméter)

Ainda, relatos da sua prática médica apontam para uma possível leitura crítica de mundo onde percebe a importância de que desenvolver ações com vistas a potencializar o compromisso da UBS onde trabalhava com a comunidade pode impactar na qualidade de saúde da população; o que vem ao encontro, por exemplo, dos objetivos específicos descrito no PPC. Ainda, durante suas consultas, mesmo não sendo sua função, apresentava preocupação e abordava a vida sexual das pacientes. De acordo com Freire (2000, p. 21), a leitura crítica de mundo “[...] é um que-fazer pedagógico-político indicotomizável do que-fazer político-pedagógico, isto é, da ação política que envolve a organização dos grupos e das classes populares para intervir na reinvenção da sociedade.”

Em unidade que eu trabalhei...geralmente a gente fazia uma reunião uma vez por mês com enfermeira, com o outro médico que trabalhava...pra tentar abordar melhor essas situações de sexualidade. Daí não só...em criança e adolescente...por exemplo...a mãe ganha bebê...cheguei a perguntar... “a senhora

já retornou...já começou a transar de novo...tá pensando em engravidar logo ou não...o que tá fazendo pra isso..."... o básico tu me entendeu? Que geralmente não era abordado. Porque aí eu atendia a pediatria. Eu não atendia medicina de família. Então não era minha função. Mas o que eu via...atendendo a criança eu perguntava... "a senhora já fez a consulta de volta do...a consulta de puerpério?"... "Já."... "E daí, como é que tá? Já viu o que teu médico resolveu? Tá usando anticoncepcional? Vai querer ter outro filho logo?"... Daí ela... "não."... Sabe...assim que a gente abordava. (Deméter)

Encontramos durante todo o relato de Deméter a possível busca da realização de muitos dos objetivos específicos do referido PPC e, aqui, podemos listar alguns, como por exemplo, “[...] conhecer os interesses, a cultura, as condições de vida e a forma de atuação da comunidade com a qual irá trabalhar [...]” (UNIPLAC, 2012, p. 13), ao propor aos estudantes o reconhecimento do bairro em que estavam inseridos. Em sua fala:

[quando estava com estudantes] A gente fazia acompanhamento de pré-natal e de puericultura...a gente fazia a abordagem de tudo...de sexualidade...de desenvolvimento. Com os alunos e na escola também. A gente ia pra creche, ia pra escola...que eu acho inadmissível tu trabalhar em uma unidade básica de bairro e tu não te inteirar do bairro. Daí com eles a gente fazia as atividades. (Deméter)

Também podemos listar o seguinte objetivo específico que pode estar em busca durante as ações de mapeamento de bairro proposto por Deméter aos estudantes: “[...] identificar, conhecer, analisar e propor alternativas de ação apropriadas à realidade vivida, através da leitura e da análise do cotidiano, tendo este como o verdadeiro espaço e objeto de intervenção

profissional.” (UNIPLAC, 2012, p. 13). Contudo, após todo o trabalho realizado por um ano junto aos estudantes na UBS, com sua saída da unidade o trabalho encerrava-se. Vejamos:

Eu mandei eles assim... “vamos mapear aí”...tem a associação de bairro...que é o presidente...o que eles precisam...onde é a creche... Vamos lá...vamos lá...mas eu tenho que deixar eles protagonistas. Vão lá...falem com a diretora...quando que a gente pode fazer uma visita...pra creche e na escola. Me descubram que escolas que tem aqui...vão lá... (...) A unidade me sedia pra trabalhar. Eu não era médica da unidade. Eu não atendia...eu não era médica, entendeu? Eu não era contratada pela unidade. Eu ia lá só pra trabalhar com os alunos. Então, a unidade me fazia a gentileza de ceder os pacientes pra gente fazer o acompanhamento. Tanto que eu fiquei um ano lá e depois saí. Então eu chego lá e quero revolucionar tudo e no ano seguinte eu saio. Tu me entendeu? É diferente. E daí o médico que tá lá, eu entrego depois um projeto pra ele seguir...que não era o que ele... Então isso que eu quero dizer. Eu...me sentia...meio amarrada. (Deméter)

Registramos que Deméter orientava seus estudantes no desenvolvimento de um projeto de ação na comunidade e acompanhava-os durante as mesmas. A seguir Deméter descreve as ações que ocorreram na escola. Relembramos, todavia, novamente das discussões da seção I, refletimos: será esse a reprodução daquele profissional autorizado? Vejamos sua fala:

Daí na escola...a mesma coisa...os professores queriam que se falasse primeiro sobre sexualidade... Daí eu disse... “eu não sou bombeira”...uma engravida e eles lembram que tem que fazer isso. Geralmente é assim. Daí eu disse... “eu não sou bombeira, me nego a fazer

isso, eu não faço isso”... E eu perco, vou te dizer, até financeiramente de fazer palestra, porque eu não faço isso. E é bem assim...tanto escola particular quanto pública. Uma engravida ou tem uma situação de que descobrem de violência...aí todo mundo quer uma palestra. Achando que a palestra vai resolver. Não é assim! Eu não faço. Mas de jeito nenhum. Daí eles também pediram [na escola do bairro] e eu disse... “não, vão lá, falem com os professores, qual é a dificuldade, vejam os professores que gostariam de ser habilitados”... aí a gente trabalhou com os professores...mas eu fiz os alunos fazerem um projeto...eu orientava. Aí não fui eu lá fazer...entendeu? A gente faz que nem o método lá PBL...a gente fez tipo um seminário...não de eu ficar lá... Os alunos protagonizaram isso e eu fazia, digamos assim, eu fazia o arremate. Contava as experiências que eu tinha, como que a gente trabalhou em determinadas situações, o professor levantava uma situação a gente fazia uma orientação...entendeu. Porque o meu objetivo era fazer os alunos se antenarem pra isso. Eu estava trabalhando na verdade como professora dos meus alunos, entendeu? Claro que...vendo o perfil da comunidade e daqueles alunos...que tinha essa necessidade...os professores também...mas eu não podia tirar do meu foco que lá eu era professora. E eu até poderia fazer um trabalho à parte, digamos assim, com a escola...mas eu acho assim...eu como professora não posso tirar do meu foco de que os alunos que eu tenho...eles é que tem que aprender. Daí foi bom, porque os meus alunos foram pesquisar sobre sexualidade, os alunos foram atrás. (Deméter)

O relato de Deméter aponta para um significativo sinal de esperança que registramos aqui como pistas de um **novo** já autorizado pleno. Embora, durante as análises, registrássemos ainda a força de currículos ocultos e da presença dos paradigmas

repressores da dimensão sexualidade nas falas e práticas pedagógicas dos/as docentes, Deméter denuncia com segurança que “não sou bombeira”, portanto, “me nego a fazer isso”, se recusando a proferir palestras aos estudantes da escola. Nesse sentido, num processo de educação sexual ressignificado por ela e vivido juntamente com seus estudantes, vão à escola como profissionais da área, mas tecnicamente autorizados pelo novo paradigma, demonstrando significativos sinais de emancipação dos sujeitos, como fato do seu interesse em trabalhar com os professores de escolas.

Ainda, relata que seu objetivo na ação, para além do trabalho com os professores da escola, era “antelar” seus estudantes para a importância da abordagem da dimensão sexualidade, porém, com responsabilidade e comprometimento, também conscientes do entendimento do que caracteriza uma palestra e de abordagens junto a estudantes ou a professores.

Por fim, Deméter apresenta-se como um dos docentes que trabalha com turmas antes e depois do 3º ano, conforme discorrido nas análises. Porém, mesmo diante de suas ações desenvolvidas junto às UBS, relatou que não observava diferença nos estudantes ao final do curso, pois não apresentavam preparo para trabalhar com as questões que envolviam a temática da sexualidade. Relembramos porém, que nas Unidades Educacionais, em cada cenário de aprendizagem, os docentes trabalham em grupos e os estudantes são divididos em pequenos grupos, sendo cada docentes responsável por um grupo de estudantes. Como ocorre um revezamento no meio ano, cada docentes terá contato com um maior número de estudantes, mas nunca com todos de uma mesma turma.

Destarte, decidiu desenvolver um projeto piloto e criou, assim, um ambulatório de adolescência que desenvolve seus trabalhos num hospital da cidade, duas vezes por semana, como estudantes sextanistas. Em suas palavras:

Então...o fato de eles chegarem no 6º ano...a gente começa a ver aonde que ficaram as

fraquezas. Também as fortalezas. Isso me permite avaliar. Geralmente...quando eles entram no ambulatório...eu faço um pré-teste. No ambulatório de adolescência. Daí ontem a gente foi corrigir o pré-teste que eles fizeram. A fala de todos eles era assim... “ai, professora, ainda bem que veio isso aqui”... na verdade, no pré-teste não estava avaliando sexualidade. Eu estava avaliando só desenvolvimento físico da puberdade. Porque eu precisava saber...é pouco tempo que eu tenho e eles precisam sair com uma noção. Aí eles... “bha professora, se a gente não visse isso agora a gente ia sair sem ter essa mínima noção e olha como eu preciso isso, isso e isso”. Então, a gente atende uma criança...eu chego e pergunto... a criança tem dois meses, por exemplo... “mãe, a senhora quer ter mais filho?”... porque eu, na anamnese, faz parte... “a senhora quer ter mais filho?”... “não.”... “e daí o que que a senhora tá fazendo pra não engravidar?”... Boa parte delas não tá usando nada. Eu digo... “mãe, a não ser que a senhora não transe, a senhora corre o risco de engravidar, mesmo a senhora estando amamentando exclusivamente”. Então eu digo pros meus alunos... “ó, na alta, cartinha que tem que ir especificamente...de anticoncepção ou vocês já vão prescrever...se já se acham aptos pra avaliar”. Aí a maioria deles... “mas isso não é...eu não tenho que mandá-la pra unidade? Isso não é do médico de lá?”. Eu digo...vocês podem achar que não. Eu não acho. Se a mulher engravida logo em seguida, ela tem condições...então o problema não é...o problema é nosso! É do pediatra. No caso, eu estava ali como pediatra. É do pediatra. Então assim...não tem a noção que isso faz parte de abordar. Não tem essa noção. Isso em todos. É muito pouco abordado. (Deméter)

Assim como a grande maioria dos/as docentes participantes das entrevistas, Deméter apresenta bastante

inquietação – “o problema é nosso” – frente à dimensão sexualidade e assumiu-se como docente responsável criando o ambulatório de adolescência. Assumiu-se portanto, como docente formadora, com atitudes de pensamento crítico, como sujeito autônomo que, mesmo diante de desafios, de suas contradições e de um processo, muitas vezes, doloroso de transição paradigmática, optou por ir em busca das mudanças que almeja. Logo, busca dar vida ao paradigma proposto pelo referido PPC.

6 VERDADES PROVISÓRIAS E A TRANSIÇÃO PARADIGMÁTICA COMO SÍNTESE DA CONCLUSÃO DE UMA TRAJETÓRIA

Retomando o início da caminhada, percebemos que o objetivo geral de investigar a compreensão de docentes que atuam num Curso de Graduação em Medicina sobre a dimensão humana da sexualidade para desvelar processos de educação sexual vividos em uma proposta curricular que propõe mudanças paradigmáticas na formação médica foi alcançado. Isso foi possível pela realização dos objetivos específico; pelo levantamento de indicadores que retomaram a fundamentação teórica explicitada nos indicadores das categorias *a priori* que se materializam na categoria principal; e pela Análise de Conteúdo realizada sobre os dados coletados que desvelou a categoria emergente.

Referente aos objetivos específicos, relembramos pontualmente, onde o primeiro pretendia identificar processos sócio-históricos de construção do saber médico que determinaram sua transformação em autoridade legitimada junto às instituições escolares em processos de educação sexual; e o segundo que pretendia desvelar o contexto histórico paradigmático na formação médica; foram contemplados no desenvolvimento da segunda seção da pesquisa.

Foi possível compreender que o domínio epistemológico provocado pelo discurso clínico pautado na concepção higienista promoveu a normalização e normatização de condutas sobre a vida íntima dos brasileiros. Consequentemente, no ambiente escolar se potencializou a reprodução de paradigmas repressores em processos de educação sexual, principalmente a vertente médio-biologista, tendo como figura autorizada na abordagem da dimensão sexualidade os profissionais da saúde, em especial, os profissionais da área médica.

Durante todo o árduo trabalho de materializar esta pesquisa, nos deparamos com a inquietante e desafiadora

necessidade de retornar à História, ao passado, também próprio do método dialético de análise da realidade. Fato este, contudo, de extrema relevância em auxiliar no despertar de uma consciência crítica e histórica sobre a dimensão humana da sexualidade e o processo de educação sexual emancipatório em interface com a formação médica e seus paradigmas.

A compreensão sobre o contexto histórico do paradigma da Medicina Científica foi de extrema importância para promover a consciência crítica sobre uma atuação médica que se pautava – e se pauta atualmente em muitas escolas médicas – no modelo biomédico centrado na doença e numa visão hospitalocêntrica. A retrospectiva histórica potencializou o nosso entendimento da necessidade urgente de superação paradigmática, pois esse modelo cientificista tecnicista também promove a desumanização dos sujeitos, com visão dicotomizada e fragmentada do humano, destacando seus aspectos biológicos em detrimento dos aspectos psicológico, histórico, político e social. Somado à vertente médico-biologicista, fortalece a alienação da dimensão sexualidade, pois promove seu entendimento como expropriada dos sujeitos, ou seja, o não entendimento de que a sexualidade é uma dimensão ontológica ao seres humanos.

O terceiro específico objetivava desvelar indicadores do processo de educação sexual no projeto pedagógico do referido curso de Medicina. Foi alcançado ao ser identificado em sua missão, objetivos, perfil profissiográfico e marcos teóricos uma educação problematizadora, dialógica, reflexiva e crítica, centrada no estudante, com vistas à autonomia, emancipação e responsabilidade social e afetiva dos sujeitos. O PPC espera ao final do curso um profissional médico humanizado, cidadão, com pensamento crítico, que promova a abordagem do humano integralmente. Assim, suas bases epistemológicas se alinham ao paradigma emancipatório de sexualidade, tornando possíveis processos de educação sexual emancipatórios no curso.

O quarto objetivo específico pretendia investigar e analisar a compreensão dos docentes sobre o processo de educação sexual vivido em suas práticas pedagógicas. Emergiram das análises a existência de contradições entre o prescrito – o Projeto Pedagógico do Curso – e o mundo vivido dos docentes participantes. As contradições identificadas pelos indicadores representaram que o processo de educação sexual no curso está ainda fortemente ancorado por paradigmas repressores de sexualidade, especialmente a vertente médico-biologista, somado ao paradigma da Medicina Científica que perpetuam-se por meio de currículos ocultos.

Contudo, as contradições identificadas nas análises representam, no método dialético, que o processo está em movimento, ou seja, não está estático. Pois a contradição é a essência da dialética e entendida não como um aspecto negativo nas ações dos/as docentes, mas como sinais de esperança. Porque é sinal de que o curso de Medicina está em movimento, em transição, e conseqüentemente, o que-fazer docente também está em movimento, em mudanças, todavia, cada docente no seu nível de reflexão. Nesse sentido, a contradição representa um processo de saúde pedagógica do curso, pois a ausência de contradições nos revelaria um curso cristalizado e determinado, paralisado numa verdade sem movimento.

Os docentes que lá estão, caminham em suas vivências pedagógicas influenciados concomitantemente por dois paradigmas: o velho olhar, que representa uma formação tradicional, cartesiana, tecnicista, fundamentado pelo paradigma da Medicina Científica; e o novo olhar, que representa uma educação problematizadora, centrada no estudante, que almeja a formação de profissionais médicos críticos, humanos, cidadãos e autônomos, representando neste contexto, portanto, uma mudança paradigmática almejada. E sua compreensão do processo de educação sexual lá vivido refletem isso. A categoria emergente surge no desvelamento desses processos ambíguos nas ações dos sujeitos participantes, na contradição posta pela

luta dos contrários, que representam um caminhar norteado por ambos os paradigmas, o que sinaliza um processo de movimento e transição paradigmática.

Assim, a categoria emergente desvelada, fruto das contradições identificadas pelos indicadores nas análises, representa uma mudança em ação, num movimento ambíguo presente em todos os/as docentes, em alguns mais, em outros menos. Nesse contexto, se a contradição representa a saúde pedagógica para o curso, a ambiguidade aponta para a esperança. Para nós, profissionais da Educação e da Saúde, seres inacabados e consciente de nosso inacabamento, muitas vezes expropriados da consciência sobre a força da dimensão sexualidade em nosso ser, a existência de contradições nos mostra que o curso está vivo e em transição, porque estamos em busca de uma mudança paradigmática, em busca da vivência do PPC em plenitude.

Lembramos nesse momento de Freire (2000, p. 21) quando nos afirma que “[...] não pode contentar-se com o ensino da leitura e da escrita que dê as costas desdenhosa à leitura de mundo.” Ora, se somos (de)formados em nossas formações enquanto seres humanos e profissionais, sem a consciência crítica dessa dimensão como inerente inseparável do humano, portanto, alienados em relação à dimensão sexualidade, se nós pesquisadores e pesquisadoras e os/as docentes participantes desta pesquisa, mesmo em diferentes níveis de reflexão, também apresentarmos a mesma alienação, logo, “[...] se não conseguimos ler com consciência o mundo, como estamos no mundo como pessoas e profissionais?” (MELO, 2001, p. 270, grifo da autora).

O desvelamento das contradições representam o embate entre o prescrito e o vivido no mundo dos docentes e, nesse sentido, a categoria emergente representa, num entendimento dialético da realidade, a reprodução ideal do movimento real do nosso objeto (NETTO, 2016). Não se trata porém, de um retrato da realidade, mas sim de captar da realidade seu movimento. A

ambiguidade surge quando conseguimos desvelar a reprodução ideal do movimento real entre o prescrito e o vivido dos/as docentes do curso de Medicina nesta pesquisa. Portanto, sua essência, não sua aparência.

As contradições representam, portanto, o inacabamento humano, o movimento dialético que aponta estarmos sempre em transformação, sempre em mudanças. E revisitando todas as categorias que compuseram a tessitura desse trabalho, compreendemos então que as contradições constituem parte importante para a compreensão de cada movimento, num movimento dialógico, onde cada intuição ou rearranjo representam possíveis antíteses num caminhar coletivo em busca de mudanças. Assim, da análise dialética brotam sim lacunas, entendidas como marcas positivas e riquezas no processo de produção de vida.

Os professores e professoras participantes, em sua maioria, apresentam enorme comprometimento com o curso e todos e todas, com beleza e humildade, nos confiaram suas fraquezas e suas fortalezas. Enfrentam corajosamente o processo de expropriação vivido por nós todos em relação a sexualidade, na busca da potencialização da compreensão do humano na sua inteireza, portanto, sempre sexuado.

Surge também dos indicadores das análises algumas sugestões. A pesquisa aponta para fortalecimento urgente e necessário da formação permanente e continuada do corpo docente. Sugere-se retomar as ações e decisões coletivas, resgatando o **com** e superando o **para**, numa gestão colegiada efetiva, pois esse pode ser um caminho para auxiliar na construção de uma *práxis* verdadeira, ou seja, para um processo efetivo e permanente de ação-reflexão-ação, na busca da vivência plena da proposta prescrita.

Particularmente, compreendi efetivamente o curso em que estava inserida como docente quando busquei seu histórico e seus marcos teóricos. Para além do histórico do curso *locus* deste estudo, foi a partir da reflexão crítica do contexto histórico

da formação médica que pude desenvolver uma consciência crítica e fundamentada sobre a importância da superação paradigmática em cursos de Graduação em Medicina; tanto para a formação de docentes médicos e não médicos que serão membros ativos na execução da proposta curricular e constituirão o grupo que auxiliará na formação de um/a profissional médico/a mais crítico, humano e cidadão; como para a superação do paradigma da Medicina Científica e da vertente médico-biologista reducionista que se reproduzem por meio de currículos ocultos e legitimam o saber médico e a figura médica como “autorizado” em processos de educação sexual. Esse movimento de tese-antítese-síntese que realizei contribuiu de fato para a mudança de meu olhar, inclusive de que o curso não pode ser reduzido às suas estratégias metodológicas, em especial a PBL – como havia aprendido inicialmente.

Ao final dessa trajetória reafirmo minha tese: há sim possibilidade no Projeto Pedagógico desse Curso de Medicina, portanto no prescrito, de se vivenciar com plenitude pedagógica um processo de educação sexual emancipatório. Afirmo isto porque o prescrito e o vivido, mesmo com contradições, apontam essa possibilidade, que já está acontecendo. Isso se expressa na categoria emergente: processo de educação sexual do prescrito ao vivido, a ambiguidade vivida na transição paradigmática como sinal de esperança.

Como mensagem final, mas não da trajetória investigativa, registramos uma reflexão de Paulo Freire,

Toda prática educativa libertadora, valorizando o exercício da vontade, da decisão, da resistência, da escolha; o papel das emoções, dos sentimentos, dos desejos, dos limites; a importância da consciência na história, o sentido ético da presença humana no mundo, a compreensão da história como possibilidade jamais como determinação, é substancialmente esperançosa e, por isso mesmo, provocadora da esperança. (FREIRE, 2000, p. 23).

Parafrazeando Paulo Freire, espero que minha tese seja provocadora de cada vez mais esperanças, para práticas educativas libertadoras tanto no Curso de Medicina investigado, como nos demais espaços educativos na sociedade em que vivemos hoje. É a nossa utopia e o nosso desafio.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. Tradução da 1ª edição brasileira coordenada e revista por Alfredo Bossi; revisão da tradução e tradução dos novos textos Ivone Castilho Benedetti. – 5ª ed. – São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ADORNO, Theodor W. **Educação e emancipação**. Tradução Wolfgang Leo Maar. – 3ª. Ed. Rio De Janeiro: Paz e Terra, 2003.

AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. 136f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG, Faculdade de Medicina, 2003.

ALARCÃO, Isabel. “Dilemas” do jovem investigador. Dos “dilemas” aos problemas. In: COSTA, António Pedro; SOUZA, Francislê Neri de Souza; SOUZA, Dayse Neri de (Org.). **Investigação qualitativa: inovação, dilemas e desafios**. São Roque/Portugal: Ed. Ludomeia, 2014. Cap. 05.

ALTHUSSER, Louis. **Aparelhos ideológicos do Estado**: nota sobre os aparelhos ideológicos do Estado (AIE). Tradução de Walter José Evangelista e Maria Laura Viveiros de Castro; introdução crítica de José Augusto Guilhon Albuquerque. – Rio de Janeiro: Edições Graal, 2ª edição, 1985.

ANASTASIOU, Léa das Graças Camargos; ALVES, Leonir Pessate. **Processos de ensinagem na universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 9. Ed. – Joinville, SC: UNIVILLE, 2010.

ANDRADE, Elizane de. **Jogo do strip quizz: análise dos conteúdos pedagógicos de educação sexual em um quadro do programa televisivo amor & sexo.** 2011. 165 p. Dissertação (mestrado) - Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de Educação e Cultura, Mestrado em Educação, Florianópolis, 2011.

AZIBEIRO, Nadir Esperança. Movimentos sociais, paradigma da complexidade e intercultura: algumas considerações para discussão em sala de aula. In: **Cadernos do NEPP.** n. 1 maio de 2001, Florianópolis: NEPP, 2001.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. – 4ª. Ed. Lisboa/Portugal: Edições 70, Lda. 2014.

BERNARDI, Marcello. **A deseducação sexual.** São Paulo: Summus, 1985.

BARROS, César Mangolin de. **Ensino superior e sociedade brasileira: análise histórica e sociológica dos determinantes da expansão do ensino superior no Brasil (décadas de 1960/70).** Dissertação (mestrado em Educação) – Faculdade de Educação e Letras da Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2007.

BENTO, Berenice Alves de Melo. **O que é transexualidade.** São Paulo: Brasiliense, 2008. – (Coleção Primeiros Passos; 328.)

BORTOLINI, Alexandre. **Diversidade sexual na escola.** 1ª Ed. Pró-Reitoria de Extensão/UFRJ. Rio de Janeiro, 2008.

BOWLE, S.; GINTIS, H. **La instrucción escolar en la América capitalista.** Madrid: Siglo Veintiuno, 1981.

BRASIL. Relatório – Ensino médico: bases e diretrizes para sua reformulação. In: **Revista Brasileira de Educação Médica – Abem**, v. 10, n. 2. Brasília: Ministério da Educação, 1986.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Resolução nº 4, de 07/11/2001. **Diário Oficial da União**, 09/11/2001, Brasília, Seção 1, p. 38, 2001.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Resolução nº 3, de 20/06/2014. **Diário Oficial da União**, 23/06/2014, Brasília, Seção 1, pp. 8-11, 2014.

CABRAL, Juçara Teresinha. **A sexualidade no mundo ocidental**. Campinas, São Paulo: Papirus, 1995.

CARDOSO, Fernando Luiz. O conceito de Orientação Sexual na Encruzilhada entre Sexo, Gênero e Motricidade. In: **Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology**. Vol. 42, Num. 1 pp. 69-79, 2008.

CARVALHO, Fabiana Aparecida de. Que saberes sobre sexualidade são esses que (não) dizemos na escola? In: **Educação sexual: em busca de mudanças**. FIGUEIRÓ, Mary Neide Damico (org.) – Londrina: UEL, 2009.

CARVALHO, Gabriela Maria Dutra de; et al. **Educação sexual: interfaces curriculares: caderno pedagógico**. Florianópolis: UDESC/CEAD/UAB, 2012.

CARVALHO, José Murilo de. **Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi.** – São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

CASTRO, Gabriela. Pensamento crítico é filosofia. In: VIEIRA, Rui Marques; TENREIRO-VIEIRA, Celina; SÁ-CHAVES, Idália; MACHADO, Celeste. (Org.) **Pensamento Crítico na Educação: perspectivas atuais no panorama internacional.** Aveiro: UA Editora, 2014.

COSTA, Fabrício Donizete da; AZEVEDO, Renata Cruz Soares de. Empatia, Relação Médico-paciente e Formação em Medicina: um olhar qualitativo. In: **Revista Brasileira de Educação Médica.** 34(2): 261-269, 2010.

COSTA, Glauciaglivian Erbs da. **Aonde se esconde o currículo oculto?** Dispositivos e rituais que silenciam vozes no currículo escolar. 2009. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI. 2009.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar.** Rio de Janeiro: Graal, 2004.

COUTINHO, Clara Pereira. **Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática.** 2ª Ed. Coimbra: Almedina, 2014.

DABBOUS, Samira Mohamad; FRANÇA, Maria Dulce de. Conferências. In: SOUZA, Patrícia Alves de; SUBTIL, Maria Cristina Mazzetti. (Org.) **Reflexões, inovações e práticas: curso de Medicina da Uniplac.** Florianópolis: Editora Tribo da Ilha, 2016.

DAVI, Edmar Henrique Dairell. **Belíssima: um estudo merleau-pontyano da corporalidade travesti;** Orientadora:

Profa. Dra. Maria Alves de Toledo Bruns. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/USP. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. 183 pps. 2013.

DAVINI, María Cristina. **Currículo integrado**. CADRHU. Consultoria à OPAS, Brasília, para a Capacitação Pedagógica do Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio em Saúde, 1983. Disponível em: http://moodle.stoa.usp.br/file.php/1216/Encontro3/Curriculo_Integrado_Davini.pdf Acessado em: 28/03/2016. Versão original em Espanhol disponível em: https://cursospaíses.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/61063/mod_folder/content/0/2.%20Davini_Curriculo_integrado_-_espanol.pdf Acessado em: 28/03/2016.

DECKER, Isabel Cristina Uarthe. **A categoria emancipação em Paulo Freire e suas contribuições para um processo de educação sexual emancipatória**. 2010. 200f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Centro de Ciências Humanas e da Educação-FAED, Universidade do Estado de Santa Catarina-UDESC, Florianópolis, 2010.

DEL PRIORI, Mary. **Histórias íntimas: sexualidade e erotismo na história do Brasil**. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2011.

DORIGON, Thaisa Camargo; ROMANOWSKI, Joana Paulin. A Reflexão em Dewey e Shön. In: **Revista Intersaberes**. Ano 3, n. 5, p. 08-22, jan/jul, Curitiba, 2008.

ENNIS, Robert H. **The nature os critical thinking**: an outline of critical thinking dispositions and abilites. This is a several-times-revised version of a presentation at the Sixth International Conference on Thinking at MIT, Cambridge, MA,

July, 1994. Last revised May, 2011. Disponível em: http://faculty.education.illinois.edu/rhennis/documents/TheNatureofCriticalThinking_51711_000.pdf Acessado em: 20/06/2016.

FAUSTO, Boris. **História do Brasil**. – 2. Ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, Fundação do Desenvolvimento da Educação, 1995.

FEYERABEND, P. K. **Adeus à razão**. Tradução de Vera Joscelyne. São Paulo: Ed. da UNESP, 2010.

FIGUEIREDO, Camila Detoni Sá de. **Adolescentes na sociedade do espetáculo e o sexting: relações perigosas?** Um estudo exploratório na busca de subsídios para programas de prevenção. 2015. 194f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Centro de Ciências Humanas e da Educação – FAED, Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, Florianópolis, 2015.

FIGUEIRÓ, Mary Neide Damico. **Formação de educadores sexuais: adiar não é mais possível**. – Campinas, SP: Mercado das Letras; Londrina, PR: Eduel, 2006.

FIGUEIRÓ, Mary Neide Damico; MOLINA, Luana Pagano Peres. **Quanta falta está fazendo a educação sexual nas escolas!** Junho, 2016. Disponível em: http://www.folhadelondrina.com.br/?id_folha=2-1--2205-20160626 Acessado em: 01/07/2016.

FLEXNER, Abraham. **Medical Education In The United States and Canada: a report to the Carnegie Foudation for the advancement of teaching**. Bulletin number four. 1910.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber.** Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e José Augusto Guilhon Albuquerque. – 21ª reimpressão. Rio de Janeiro, Edições Graal, 2011.

_____. **Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento.** Organização e seleção de textos de Manoel Barros da Motta. Tradução de Elisa Monteiro. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

_____. **Microfísica do poder.** Organização e tradução de Roberto Machado. – Rio de Janeiro: Edições Graal, 4ª. Ed. 1984.

FURLANI, Jimena. **Mitos e tabus da sexualidade humana: subsídios ao trabalho em educação sexual.** – 2.ed. – Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Esperança: um reencontro com a Pedagogia do Oprimido.** Notas: Ana Maria Araújo Freire. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia da indignação.** Cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: UNESP, 2000.

_____. **Pedagogia do oprimido.** 29ª. Ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2005.

_____. **Educação como Prática da Liberdade.** Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2010.

_____. **Extensão ou comunicação?** Tradução de Rosiska Darcy de Oliveira. – 15. Ed. – São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FREUD, Sigmund. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade.** Tradução de Paulo Dias Corrêa. – Rio de Janeiro: Imago Ed., 2002.

GADOTTI, Moacir. Pressupostos do projeto pedagógico. **In: MEC, Anais da Conferência Nacional de Educação para Todos.** Brasília, 1994.

GIAMI, Alain. A medicalização da sexualidade. Foucault e Lantéri-Laura: História da Medicina ou História da Sexualidade? In: **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(2): 259-284, 2005.

GIROUX, Henry A. **Os professores como intelectuais:** rumo a uma pedagogia crítica da aprendizagem. Trad. Daniel Bueno. – Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

GOMES, Andréia Patrícia; REGO, Sergio. Transformação da Educação Médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? In: **Revista Brasileira de Educação Médica.** 35(4): 557-566, 2011.

GUBER, Rosana. **El salvaje metropolitano:** reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. 1ª Ed. – Buenos Aires: Paidós, 2004.

GUIMARÃES, Anderson Fontes Passos. O desafio histórico de “tornar-se um homem homossexual”: um exercício de construção de identidades. In: **Temas em Psicologia.** Vol. 17, nº 2, 553-567, 2009.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa.** Instituto Antônio Houaiss. Produzido e distribuído por Editora Objetiva, 2009.

IGLESIAS, Alessandro; CALEGARI, Marta Aparecida de Lima Machado; LORENZINI, Vanir Peixer. Avaliação. In: SOUZA, Patrícia Alves de; SUBTIL, Maria Cristina Mazzetti. (Org.) **Reflexões, inovações e práticas:** curso de Medicina da Uniplac. Florianópolis: Editora Tribo da Ilha, 2016.

KONDER, Leandro. **O que é a dialética.** 28ª reimpressão. – São Paulo: Brasiliense, 1997.

KORNATZKI, Luciana. **Educação sexual intencional em livros para a infância:** um estudo de suas vertentes pedagógicas. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de Ciências Humanas e da Educação, Mestrado em Educação, Florianópolis, 2013.

KUHN, Thomas S. **A estrutura das revoluções científicas.** 5ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 1998.

LEÃO, Andreza Marques de Castro; RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. A (In)existência da sexualidade no curso de pedagogia: o currículo oculta em evidência. In: **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação.** V.8, n.1, 2013.

LOURO, Guacira Lopes. **Currículo, gênero e sexualidade.** Porto - Portugal: Porto Editora, 2000.

_____. **O corpo educado:** pedagogias da sexualidade. Guacira Lopes Louro (Org.); Tradução dos artigos: Tomaz Tadeu da Silva – 2ª. Ed., 3ª reimpressão – Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

_____. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista.** 12.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MACHADO, Roberto. **(Da)nação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MAIA, J. A. O currículo no ensino superior em saúde. In: BATISTA, N. A. e BATISTA, S. H. S. (Orgs.) **Docência em saúde: temas e experiências.** São Paulo: Senac, 2004.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã.** Feuerbach – a contraposição entre as cosmovisões materialistas e idealista. Tradução: Frank Muller. 3ª Ed. São Paulo: Ed. Martin Claret Ltda, 2008.

MATTAR, João. **Metodologia científica na era da informática.** – 3.ed., rev. e atualizada. – São Paulo: Saraiva, 2008.

MELO, Sonia Maria Martins de. **Corpos no espelho: a percepção da corporeidade em professoras.** 2001. 355f. Tese. (Doutorado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, 2001.

_____. **Corpos no espelho: a percepção da corporeidade em professoras.** Campinas, SP: Mercado de Letras, 2004. – (Coleção Dimensões da Sexualidade)

_____. Pocovi, Rosi. **Educação e Sexualidade.** 2ª Ed. [Caderno Pedagógico, v.1], Florianópolis: UDESC, 2008.

_____, et al. **Educação e sexualidade.** 2.ed.rev. – Florianópolis: UDESC/CEAD/UAB, 2011.

MÉSZÁROS, István. **A educação para além do capital.** Tradução Isa Tavares. – 2ª ed. – São Paulo: Boitempo, 2008.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção.** São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8ª Ed. – São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAES, Roque. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. In: **Ciência & Educação.** V. 9, n. 2, p. 191-211, 2003.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** Tradução de Catarina Eleonora Ferreira da Silva e Jeanne Sawaya. Revisão técnica de Edgard de Assis Carvalho. 12.ed. São Paulo: Cortez ; Brasília: UNESCO, 2007.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao método de Marx.** Universidade de Brasília/UNB, 2016. – Palestra proferida ao Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS) da UNB em 19/04/2016. Primeira parte. Duração 2h e 50min. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=2WndNoqRiq8> Acessado em: 21/06/2016.

NUNES, César Aparecido. **Filosofia, sexualidade e educação: as relações entre os pressupostos ético-sociais e histórico-culturais presentes nas abordagens institucionais sobre a educação sexual escolar.** 1996. 319f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

_____. **Educar para a emancipação.** Florianópolis: Sophos, 2003.

_____. **Desvendando a sexualidade.** Campinas, SP: Papirus. 7ª Edição, 2005.

OLIVEIRA, Leandra Sobral. **Representação de sexualidade que orienta práticas educativas no Brasil desde o final do século XIX.** 2007. 81f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado em Educação e Cultura Contemporânea, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2007.

OLIVEIRA, Marilice Trentini de. **Prescrições médicas sobre higiene e sexualidade e suas relações com a educação: 1920-1930.** 2004. 129f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

PACHECO, José Augusto. **Estudos curriculares:** para a compreensão crítica da educação. Porto – Porto Editora, LTDA, 2005.

PACHECO, Raquel Da Veiga. **Escola de Princesas:** um estudo da compreensão de professoras sobre a influência de filme da boneca Barbie na educação sexual de crianças. (Dissertação de mestrado em Educação). Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, 2014.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. In: **Revista Brasileira de Educação Médica.** 32(4): 492-499, 2008.

PAIVA, Vera. **Fazendo arte com camisinha.** – São Paulo: Summus, 2000.

PAUL, Richard; ELDER Linda. **Critical Thinking: concepts and tools.** The miniature guide to critical thinking concepts and tools. Foudation for Critical Thinking, 2006.

PELÚCIO, Larissa Maués. Travestis, a (re)construção do feminino: gênero, corpo e sexualidade um espaço ambíguo. In: **Revista Antropológicas**, ano 8, volume 15(1): 123-154, 2004.

PERRENOUD, Philippe. Construindo competências. Depoimento. [Setembro de 2000]. Brasil: **Nova Escola**. pp. 19-31. Entrevista concedida a Paola Gentile e Roberta Bencini. 2000. Disponível em: http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2000/2000_31.html Acessado em: 24/04/2016.

PICCOLO, Gustavo Martins. **Contribuições a um pensar sociológico sobre a deficiência.** Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, 2012.

PROVENZANO, Bruna C; et al. A empatia médica e a graduação em Medicina. In: **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, 13(4): 19-25, 2014.

REZENDE, Antonio Muniz de. **Concepção fenomenológica da educação.** São Paulo: Cortez, 1990.

REZENDE, Kátia Terezinha Alves; et al. Implementando as unidades educacionais do curso de Enfermagem da Famema: relato de experiência. In: **Interface** – Comunic, Saúde, Educ. v. 10, n. 20, p. 525-35, jul/dez, 2006.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. (org) **Sexualidade e educação: aproximações necessárias.** São Paulo: Arte & Ciência, 2004.

ROMERO, Leonardo. **Elementos de sexualidade y educación sexual**. Colombia: CAC, 1998.

SANCHOTENE, Mônica Urroz; NETO, Vicente Molina. *Habitus* profissional, currículo oculto e cultura docente: perspectivas para a análise da prática pedagógica dos professores de Educação Física. **In: Pensar a Prática** 9/2: 267-280, jul./dez. 2006.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. p.23-71
In: SANTOS, B. de S.; MENESES, M. P. (Org.). **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez, 2010a.

_____. **Um discurso sobre as ciências**. 7. Ed. – São Paulo: Cortez, 2010b.

SANTOS, Claudiene; BRUNS, Maria Alves de Toledo. **A educação sexual pede espaço**: novos horizontes para a *práxis* pedagógica. São Paulo: Ômega Editora, 2000.

SAVIANI, Demerval. **Escola e democracia**: teorias da educação, curvaturas da vara, onze teses sobre a educação e política. São Paulo, Cortez/Autores associados, 1983.

SAWAIA, Bader Burihan. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. SAWAIA, Bader Burihan. (Org.) Petrópolis: Vozes, 4^a ed, 2002.

SCHÖN, Donald A. **Educando o profissional reflexivo**: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Tradução:

Roberto Cataldo Costa – Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

SILVA, Edna. **Medicina e Sexualidade Humana:** estudo crítico do currículo atual dos cursos de Medicina e suas implicações na formação do médico. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação da PUC-Campinas. 1997.

_____. A escola, a clínica e a sexualidade humana. In: **Revista Perspectiva.** Florianópolis, v. 16, n. 30, p. 115 – 142, jul./dez. 1998

_____. **Filosofia, Educação e Educação Sexual:** matrizes filosóficas e determinações pedagógicas do pensamento de Freud, Reich e Foucault para a abordagem educacional da sexualidade humana. 2001. Tese (Doutorado) Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 2001.

SILVA, Jackson Ronie Sá da. **“Homossexuais são...”:** revisitando livros de medicina, psicologia e educação a partir da perspectiva *queer*. 400f. Tese (Doutorado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Educação, 2012.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Documentos de identidade:** uma introdução às teorias do currículo. – 3. Ed. – 1. Reimp – Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

STAKE, Robert E. **A arte da investigação com estudos de caso.** 3ª Ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2012.

TEIXEIRA, Elizabeth. **As três metodologias:** acadêmica, da ciência e da pesquisa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

TENREIRO-VIEIRA, Celina. Perspectivas futuras de investigação e formação sobre pensamento crítico: potenciais convergências com as literacias Científica e Matemática. In: VIEIRA, Rui Marques; TENREIRO-VIEIRA, Celina; SÁ-CHAVES, Idália; MACHADO, Celeste. (Org.) **Pensamento Crítico na Educação**: perspectivas atuais no panorama internacional. Aveiro: UA Editora, 2014.

TENREIRO-VIEIRA, Celina; VIEIRA, Rui Marques. **Promover o pensamento crítico dos alunos**: propostas concretas para a sala de aula. Porto Editora, 2000.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. – 1. Ed. – 21. Reimpr. – São Paulo: Atlas, 2012.

UNIPLAC. Universidade do Planalto Catarinense. **Projeto pedagógico do Curso de Graduação em Medicina**. Universidade do Planalto Catarinense: Lages, 2012.

VARELA, Cristina. Monteggia. **Jogos online e educação sexual**: o que as crianças aprendem quando jogam. 2014. 207f. Dissertação (Mestrado em Educação). Centro de Ciências Humanas e da Educação – FAED, Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, Florianópolis, 2014.

VIEIRA, Luciana Leila Fontes. As Múltiplas Faces da Homossexualidade na obra freudiana. In: **Revista Mal-Estar e Subjetividade**. – Fortaleza, Vol. IX, nº 2, p. 487-525, 2009.

VIEIRA, Rui Marques; TENREIRO-VIEIRA, Celina. Investigação sobre o pensamento crítico na educação: contributos para a didática das Ciências. In: VIEIRA, Rui Marques; TENREIRO-VIEIRA, Celina; SÁ-CHAVES, Idália; MACHADO, Celeste. (Org.) **Pensamento Crítico na**

Educação: perspectivas atuais no panorama internacional. Aveiro: UA Editora, 2014.

VIEIRA, Rui Marques; VIEIRA, Celina. **Estratégias de ensino/aprendizagem:** o questionamento promotor do pensamento crítico. Coleção: Horizontes pedagógicos, sob a direção de António Oliveira Cruz. Instituto Piaget: Lisboa, 2005.

VEIGA, Ilma Passos Alencastro. Inovações e projeto político-pedagógico: uma relação regulatória ou emancipatória? In: **Cad. Cedes**, Campinas, v. 23, n. 61, p. 267-281, dezembro 2003.

_____. (Org.) **Formação médica e aprendizagem baseada em problemas.** – Campinas, SP: Papirus, 2015.

_____. Projeto político-pedagógico da escola: uma construção coletiva. In: VEIGA, Ilma Passos Alencastro (Org.) **Projeto político-pedagógico da escola:** uma construção possível. Campinas, SP: Papirus, 1995.

WAS. **Declaração dos Direitos Sexuais.** 2014. Acessado em 13/04/2015 em <http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/DSR-Portugese.pdf>

YARED, Yalin Brizola. **A educação sexual na escola:** Tensões e prazeres na prática pedagógica de professores de Ciências e Biologia. 2011. 140f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado em Educação, Universidade do Planalto Catarinense, Lages, 2011.

YARED, Yalin Brizola; MELO, Sónia Maria Martins de; VIEIRA, Rui Marques. Relevância do pensamento crítico para a educação sexual intencional emancipatória. In:

DOMINGUEZ, Caroline, (Coord. Ed.) **Pensamento crítico na educação: desafios atuais.** Vila Real: UTAD, 2015. p. 233-239. Disponível em:

<https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/4818/3/Pensamento%20Cr%C3%ADtico%20na%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20-%20Desafios%20Atuais%20%5B2015%5D.pdf> Acessado em: 20/06/2016.

YARED, Yalin Brizola; VIEIRA, Rui Marques; MELO, Sonia Maria Martins de. Princípios e orientações para uma proposta de programa de formação docente de educação sexual emancipatória promotora do pensamento crítico. p. 156-160. In: **XVI Encontro Nacional de Educação em Ciências.** Livro de Resumos e Artigos Completos. Lisboa, Portugal. Instituto de Educação da Universidade de Lisboa, 2015. Disponível em: <http://www.ie.ulisboa.pt/pls/portal/docs/1/557435.PDF> Acessado em: 20/06/2016.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** Tradução Ana Thorell; revisão técnica Cláudio Damascena. – 4.Ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICE

Lista de levantamento prévio de teses e dissertações no portal da CAPES

DISSERTAÇÕES

Orientador	Autor	Título	Área do conhecimento	IES	Ano
Maria Herminia Marqu Domingues	Mariluzia Terra Silveira	Formandos de medicina: conhecimentos, comportamentos e atitudes frente a sexualidade	Educação	Universidade Federal De Goiás – UFG	01/11/1993
Siomara Borba Leite	Nailda Marinho Da Costa Bonato	Educação (Sexual) e sexualidade: o velado e o aparente	Ciências Humanas Educação Política Educativa Tópicos específicos de educação	Universidade Do Estado Do Rio De Janeiro – UERJ	01/10/1996
César Aparecido Nunes	Edna Aparecida da Silva	Medicina e Sexualidade Humana: estudo crítico do currículo atual dos cursos de medicina e suas implicações na formação do médico	Currículo Medicina Psicologia Social	Pontifícia Universidade Católica De Campinas – PUC	01/10/1997
Maria do Carmo de	Patrícia Alexandra Santos	Perfil dos Profissionais de Saúde que Trabalham com	Multidisciplinar Sexologia	Universidade Gama Filho	01/08/2002

Andrade-Silva	Schettert do Valle	Educação Sexual de Adolescentes			
Amabile Rodrigues Xavier Manco	Eleusa Gallo Rosenberg	A Formação em Sexualidade Humana nos Cursos de Medicina e Psicologia do Estado de São Paulo no ano de 2002	Educação Psicologia Saúde Coletiva	Universidade De São Paulo/ Ribeirão Preto	01/02/2003
Vera Regina Beltrão Marques	Marilice Trentini de oliveira	Prescrições médicas sobre higiene e sexualidade na escola paranaense: 1920-1940	Educação	Universidade Federal do Paraná – UFPR	01/08/2004
Elbens Marcos Minoreli De Azevedo	Daniel Martins Neto	Ensino da sexualidade nos cursos de medicina brasileiros	Ginecologia E Obstetrícia	Universidade Estadual De Londrina – UEL	01/03/2006
Paulo Rennes Marçal Ribeiro	Giselle Volpato dos Reis	Sexologia e educação sexual no Brasil nas décadas de 1920-1950: um estudo sobre a obra de José de Albuquerque	Educação	Universidade Est.Paulista Júlio De Mesquita Filho/Araraquara	01/03/2006
Tarso Bonilha Mazzotti	Leandra Sobral de Oliveira	Representação de sexualidade que orienta práticas educativas no Brasil desde o final do século XIX	Psicologia Social Tópicos Específicos da Educação	Universidade Estácio de Sá	01/03/2007

Eduardo de Souza; Mary Uchiyama Nakamura	Teresa Cristina Souza Barroso Vieira	Comportamento Do Médico Residente Diante Das Questões Sobre Função Sexual No Ciclo Gravídico-Puerperal: Comparação Entre Três Especialidades – Ginecologia/Obstetrícia, Psiquiatria E Clínica Médica	Medicina Obstetrícia Saúde Materno-Infantil	Universidade Federal de São Paulo	01/12/2010
---	--------------------------------------	--	---	-----------------------------------	------------

TESES

Orientador	Autor	Título	Área do conhecimento	IES	Ano
Nome não Informado.	Carmita Helena Najjar Abdo	Aspectos da sexualidade de uma população universitária	Psiquiatria	Universidade de São Paulo – USP	01/08/1989
Isabel Maria Frederico Rodrigues Loureiro	Sara Quenzer Matthiesen	A educação em Wilhelm Reich: da psicanálise à pedagogia econômica-sexual	Educação	Universidade Est. Paulista Júlio De Mesquita Filho/Marília	01/12/2001
Daniela Riva Knauth	Leonardo Fabiano Sousa Malcher	"Aos Cuidados de Príapo": impotência sexual masculina, medicalização e	Antropologia	Pontifícia Universidade Católica De Campinas – PUC	01/03/2007

		tecnologia do corpo na medicina do Brasil			
Luigi Bordin	Karina Serra Gouvêa Poignard	Scientia sexualis na sociedade biopolítica em Foucault	Filosofia	Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ	01/07/2007
Joel Birman	Cristiane de Oliveira Santos	A Regulação Política da Sexualidade no Âmbito da Família por Saberes e Instituições Médicas Brasileiras (1838-1940)	Saúde Coletiva	Universidade Do Estado Do Rio de Janeiro – UERJ	01/04/2010
Maria Odila Leite Da Silva Dias	Marcelo Ribeiro de Castro	Escravas, prostitutas e médicos: normalizando modos de vida da Corte do Rio de Janeiro	História	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC	01/06/2011

Questionário

Estimado/a professor/a:

Gostaríamos de contar com a sua colaboração no preenchimento do presente questionário. Estamos realizando uma pesquisa de doutoramento intitulada "ESTUDO DA COMPREENSÃO DE DOCENTES DE UM CURSO DE MEDICINA SOBRE O PROCESSO DE EDUCAÇÃO SEXUAL" e a sua contribuição é fundamental.

O questionário é anônimo e toda informação recolhida é confidencial, não sendo divulgada a terceiros e utilizada somente no âmbito desta tese de doutoramento. A presente pesquisa teve seu projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEPSH/UDESC) e apresenta parecer nº 848.757. Além disso, podes interromper o preenchimento do questionário e desistir da sua participação a qualquer momento. O questionário demorará em média 17 minutos.

Agradecemos a sua imprescindível contribuição!

Yalin Brizola Yared - Doutoranda PPGE/UDESC/FAED
Sonia Maria Martins de Melo - Profa. Dra. orientadora

*Required

Identificação pessoal

1. Data de nascimento

.....
Example: December 15, 2012

2. Estado civil *

3. Tem filhos? Se sim, quantos. *

4. Como você se identifica quanto a sua identidade de gênero?*

- Homem
- Mulher
- Travesti
- Transgênero
- Queer
- Other:

5. Como você se identifica quanto a sua orientação sexual? *

- Homossexual
- Heterossexual
- Bissexual

6. Qual sua origem étnica?

7. Segundo classificação do IBGE, qual sua cor?

- Amarela
- Branca
- Indígena
- Parda
- Preta

8. Segundo classificação do IBGE, qual seu rendimento?

- Mais de 2 a 5 salários mínimos
- Mais de 5 a 10 salários mínimos
- Mais de 10 a 20 salários mínimos
- Mais de 20 salários mínimos

Formação Profissional

9. Qual seu curso de Graduação? *

.....

10. Pós-Graduação Lato sensu *

Possui curso de Especialização? .

- Sim, concluído.
- Sim, em andamento. .
- Não.

Pós-Graduação Stricto sensu – nível Mestrado

11. Possui curso de Mestrado? *

- Sim, concluído.
- Sim, em andamento.
- Não.

Mestrado concluído

Informações sobre sua dissertação:

Descreva abaixo qual o nome do Programa de Pós-Graduação, o ano de conclusão e o tema central do projeto.

.....

.....

.....

.....

Mestrado em andamento

Informações sobre sua dissertação:

Descreva abaixo qual o nome do Programa de Pós-Graduação, o ano de provável conclusão e o tema central do projeto.

.....

.....

.....

.....

Pós-Graduação Stricto sensu - nível doutorado

12. Pós-Graduação Stricto sensu *

Possui curso de Doutorado?

- Sim, concluído.
 Sim, em andamento.
 Não.

Doutorado concluído

Informações sobre sua tese

Descreva abaixo qual o nome do Programa de Pós-Graduação, o ano de conclusão e o tema central do projeto.

.....
.....
.....
.....

Doutorado em andamento

Informações sobre sua tese

Descreva abaixo qual o nome do Programa de Pós-Graduação, o ano de provável conclusão e o tema central do projeto.

.....
.....
.....
.....

Atuação Docente

13. Há quantos anos desenvolve atividade profissional como professor/a universitário/a? *

.....

14. Registre abaixo qual(is) Cenário(s) de Ensino e Aprendizagem e/ou Núcleo de Apoio Pedagógico que você participa ATUALMENTE (ano 2015) no Curso de Medicina da UNIPLAC: *

- Unidades Educacionais Sistematizadas (Tutoria)
- Unidades Educacionais de Prática de Saúde na Comunidade (PSC)
- Unidade Educacional Eletivo
- Unidades Educacionais do Internato
- Laboratório de Prática Profissional (LPP)
- Laboratório Morfofuncional (LMF)
- Consultoria de Inglês
- Consultoria de Português
- Consultoria de Informática
- Consultoria de Metodologia Científica
- Núcleo Docente Estruturante (NDE)
- Grupo de Educação Permanente (EDUPE)
- Grupo de Avaliação
- Other: _____

14.1 Registre abaixo qual(is) Cenário(s) de Ensino e Aprendizagem e/ou Núcleo de Apoio Pedagógico que você JÁ PARTICIPOU no Curso de Medicina da UNIPLAC: *

- Unidades Educacionais Sistematizadas (Tutoria)
- Unidades Educacionais de Prática de Saúde na Comunidade (PSC)
- Unidade Educacional Eletivo
- Unidades Educacionais do Internato
- Laboratório de Prática Profissional (LPP)
- Laboratório Morfofuncional (LMF)
- Consultoria de Inglês
- Consultoria de Português
- Consultoria de Informática
- Consultoria de Metodologia Científica
- Núcleo Docente Estruturante (NDE)
- Grupo de Educação Permanente (EDUPE)
- Grupo de Avaliação
- Other: _____

15. As Unidades Educacionais do Curso são trabalhadas ao longo de seis (6) anos. Assinale em qual(is) você participa ATUALMENTE.

- 1º ano
- 2º ano
- 3º ano
- 4º ano
- 5º ano
- 6º ano
- Não se aplica.

Prática Pedagógica

16. De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina, no Brasil existem dezenove (19) cursos da área da saúde oferecidos por instituições públicas e privadas que apresentam uma proposta de currículo diferenciada. As DCNs incentivam e estabelecem orientações para a elaboração dos currículos. Neste sentido, o curso de Graduação em Medicina da UNIPLAC traz em seu Projeto Pedagógico um modelo curricular orientado por competências. * Descreva abaixo o que você conhece sobre esse projeto curricular.

.....

.....

.....

.....

.....

17. Entre os objetivos da formação médica – presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) – apresentam-se as questões de gênero, de identidade de gênero e de orientação sexual como algumas das dimensões que compõem o espectro da diversidade humana. O Curso de Medicina da UNIPLAC apresenta no 3o ano a Unidade Educacional Sistematizada “Vida adulta, reprodução, sexualidade e envelhecimento”. * Qual sua opinião sobre a inclusão do tema da sexualidade no currículo? Por qual(is) razão(ões)?

.....

.....

.....

.....

.....

18. Durante sua ação pedagógica no curso de Medicina da UNIPLAC você percebeu temas relacionados à sexualidade? Se sim, descreva. *

.....

.....

.....

.....

.....

19. Existe alguma formação docente em sexualidade e/ou educação sexual ao longo do curso? Justifique.

.....

.....

.....

.....

.....

Situações da vida real

20. Em uma escola pública, os estudantes do 9º ano (antiga 8ª série) apresenta m muitas dúvidas sobre sexualidade, além de

fazem constantes brincadeiras de 'mau gosto' com os colegas e com os professores, também fazem desenhos pornográficos nas carteiras. Os/as professores/as têm dificuldades de trabalhar esse tema junto aos alunos, dizem que estão muito 'precoces' e que não levam o assunto a sério. Deste modo, a diretora resolveu pedir ajuda a unidade de saúde do bairro, convidando um médico ou uma médica para fazer uma palestra sobre sexualidade para todos os estudantes do 9º ano. Na sequência, o profissional médico encaminhou seus estudantes do curso de Medicina da sua Universidade, que estavam na Unidade Básica de Saúde, para realizar a intervenção na escola.

*

Como você compreende essa situação? Justifique.

.....

.....

.....

.....

.....

21. Durante uma intervenção sobre sexualidade com alguns estudantes de medicina, enfatizando o tema da diversidade sexual, surge o seguinte comentário no grupo: "não entendo porque precisamos falar sobre isso, o preconceito não existe mais, tenho vários amigos gays". Logo após, outro comentário é manifestado: "isso não me entra na cabeça, para mim o certo é homem e mulher e se eu tiver um paciente homossexual vou tratá-lo como doente, porque para mim, é o que ele é". *

Se em sua ação pedagógica, se defrontasse com os referidos comentários ou semelhantes, como você conduziria o diálogo com os estudantes? Por quê?

.....

.....

.....

.....

.....

22. Pesquisa científica buscou conhecer o processo de transformação de sujeitos transgêneros, suas características e experiências (Silva, 2008). A partir de entrevistas realizadas, identificou-se que as travestis participantes relataram evitar procurar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) por preconceito. Relataram também, fazer uso de hormônios sem nenhum acompanhamento médico, além de aplicarem silicone industrial em seus corpos como alternativa na busca da transformação pela aspiração ao feminino. *

Qual sua opinião sobre essa situação e como poderia orientar seus estudantes?

.....

.....

.....

.....

Formação continuada *

23. Você já participou de alguma formação continuada (mini curso, curso de extensão, etc) sobre sexualidade e/ou educação sexual? Se sim, quando e em qual instituição?

.....
.....
.....
.....

24. Considera importante a Universidade oferecer formação sobre este tema aos docentes? Se sim, como acredita que deveria ser? Se não, justifique o porquê.

.....
.....
.....
.....

25. Aproveite o espaço abaixo para deixar sua contribuição para esta pesquisa.

.....
.....
.....
.....
.....

26. Você gostaria de participar de uma entrevista para contribuir nesta tese de doutoramento? *

Sim.

Não.

27. Por favor, marque a seguir na seguinte declaração final:

Sim, autorizo o uso desses dados que forneci neste questionário para o uso da presente pesquisa, mantido o meu anonimato.

Não.

Contato para a entrevista

Deixe seu contato (nome, celular e/ou endereço de e-mail)

Powered by



Roteiro de Entrevista

Questões norteadoras:

1. Trajetória profissional e acadêmica:
 - a) Pode contar um pouco sobre sua formação?
 - b) Pode contar um pouco sobre sua atuação na área médica? (se bacharel em medicina)
 - c) E sobre sua trajetória acadêmica?

2. Atuação no curso:
 - a) Quando entrou no curso? Como entrou para a docência?
 - b) Como você compreendeu o curso com esta proposta diferente de currículo?
 - c) Você recebeu alguma formação específica sobre o PPC ao entrar no curso? E sobre o método? E sobre seu cenário de ensino-aprendizagem?
 - d) Como você vê as suas contribuições para o curso?

3. Educação Sexual:
 - a) Como você percebeu ou percebe a temática da educação sexual no curso?
 - b) Como você vê a temática da Sexualidade presente na Unidade Educacional do 3º ano?
 - c) Há reflexos na sua prática pedagógica?
 - d) O que você compreende por sexualidade?
 - e) Este tema é discutido com seus colegas docentes?

4. Deseja acrescentar alguma informação/sugestão que considere importante para esta pesquisa?