

**SEXUALIDADE, BIOPODER E GOVERNO: ACIONAMENTOS NO PROJETO
POLÍTICO PEDAGÓGICO DE UM CURSO DE MEDICINA**

SEXUALITY, BIOPOWER AND GOVERNMENT: ACTIONS IN THE PEDAGOGICAL
POLITICAL PROJECT OF A MEDICAL COURSE

SEXUALIDAD, BIOPODER Y GOBIERNO: ACCIONES EN EL PROYECTO POLÍTICO
PEDAGÓGICO DE UN CURSO DE MEDICINA

Fabíola Jundurian Bolonha¹ 0000-0002-7637-8902

¹Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB, Brasil; E-mail:
fabiola.jundurian@professor.ufcg.edu.br

RESUMO:

Há mais de uma década o Brasil se mantém como o país que mais mata pessoas LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Transexuais e Travestis, Queer, Intersexo, Assexuais +) e a violência se estende aos espaços de saúde, ocupado por profissionais que ainda fazem uma abordagem heterocisnormativa, demonstrando despreparo e preconceito. Partindo deste reconhecimento do presente, gostaria de voltar ao passado para investigar a cruzada moral promovida pelo saber médico na criação das normas da sexualidade humana e a presença de heranças desta invenção na formação médica na atualidade. Meu foco será a análise documental que governa as condutas acadêmicas, inspirada nas teorizações de Michel Foucault. Mostrarei o contexto e modos como a sexualidade foi inventada, definida e situada entre o normal e o patológico pelos discursos médicos e, a partir disto, proponho identificar os corpos e sexualidades acionados neste PPC, que atua como manifestação do biopoder na formação médica.

Palavras-chave: biopoder; discursos médicos; formação médica; sexualidade.

ABSTRACT:

For more than a decade, Brazil has been the country that kills the most LGBTQIA+ people (Lesbians, Gays, Bisexuals, Transgenders, Transsexuals and Transvestites, Queer, Intersex, Asexuals +) and violence extends to health spaces, occupied by professionals who still take a heterocisnormative approach, demonstrating unpreparedness and prejudice. Based on this recognition of the present, I would like to go back to the past to investigate the cross morality that medical knowledge could have in the creation of norms of human sexuality and the presence of legacies of this invention in medical training today. My focus will be on document analysis that governs academic conduct, inspired by the theories of Michel Foucault. I will show the context and ways in which sexuality was invented, defined and placed between the normal and the pathological by medical discourses and, based on this, I propose to identify the bodies and sexualities triggered in this PPC, which act as a manifestation of biopower in medical training.

Keywords: biopower; medical speeches; medical training; sexuality.

RESUMEN:

Desde hace más de una década, Brasil es el país que más mata a personas LGBTQIA+ (Lesbianas, Gays, Bissexuales, Transgênero, Transexuales y Travestis, Queer, Intersex, Asexuales +) y la violencia se extiende a los espacios de salud, ocupados por profesionales que aún toman un enfoque heterocisnormativo, que demuestra falta de preparación y

prejuícos. A partir de este reconhecimento del presente, me gustaría volver al pasado para indagar en la moral cruzada que el saber médico pudo tener en la creación de normas de la sexualidad humana y la presencia de legados de este invento en la formación médica actual. Mi enfoque estará en el análisis de documentos que rigen la conducta académica, inspirado en las teorías de Michel Foucault. Mostraré el contexto y las formas en que la sexualidad fue inventada, definida y situada entre lo normal y lo patológico por parte de los discursos médicos y, a partir de ello, propongo identificar los cuerpos y las sexualidades desencadenadas en este PPC, que actúan como manifestación del biopoder en formación médica.

Palabras clave: biopoder; discursos médicos; entrenamiento médico; sexualidad.

Introdução

Contextualização e reconhecimento do presente

A violência contra a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Transexuais e Travestis, Queer, Intersexo, Assexuais + (LGBTQIA+) no Brasil, atinge proporções sem precedentes, tornando o país com o maior número de pessoas LGBTQIA+ assassinadas, pelo décimo quarto ano consecutivo, com proporção de uma morte a cada 34 horas e uma média de 14 suicídios, segundo dados do ano de 2022 (Oliveira; Mott, 2022).

Esse cenário tenso, intenso e denso de violência contra LGBTQIA+ também se estende ao sistema de saúde. O preconceito nos estabelecimentos de saúde e o despreparo dos profissionais fazem dos espaços de acolhimento e promoção de saúde lugares incapazes de atender às reais necessidades da comunidade LGBTQIA+ (Calazans *et al.*, 2018; Fernandes; Soler; Leite, 2018), representando uma barreira à essa população para o acesso aos serviços de saúde e ao atendimento digno de forma integral.

A garantia de profissionais de saúde capacitados, que compreendam as demandas da população LGBTQIA+, que reconhecem o livre exercício da sexualidade como um direito humano a ser respeitado e promovido, que compreendam que o campo da saúde é um espaço de acolhimento e respeito, principalmente quando as pessoas que o procuram estão em situação de vulnerabilidade, deve estar refletida nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de medicina e nas disciplinas teóricas e práticas deste curso. Essa reflexão corrobora com Lionço (2008), que ressalta que é necessário que os profissionais da área da saúde tenham maior proximidade com as políticas públicas e com as demandas específicas da população LGTQIA+, para a qualificação dos serviços prestados pelas diversas áreas.

Os impactos causados por essa formação, ainda não são os desejáveis, uma vez que, mesmo com melhora significativa na qualidade de vida de alguns grupos, “[...] não temos sido

capazes de fazer com que estas conquistas atinjam majoritariamente a população” (Meyer; Kruse, 2003, p. 335). Isso fica evidente quando pensamos as desigualdades sociais atreladas ao sistema de saúde. Neste contexto, Meyer e Kruse (2003, p.336), enfatizam ser possível pensar:

[...] outras referências para a formação profissional, as quais deveriam estar sustentadas em estratégias de renovação capazes de fazer frente ao desafio de qualificar enfermeiras/os que contribuam, de forma efetiva, para a implantação e/ou aprimoramento de uma proposta de atenção à saúde mais justa, mais igualitária e de melhor qualidade. E isso implica, também, repensar as relações entre enfermagem e sociedade brasileira e, sobretudo, repensar o seu lugar e a sua responsabilidade no contexto das políticas públicas de saúde e educação, em sua configuração atual.

As questões abordadas nos documentos oficiais que norteiam a formação de profissionais em saúde estão inseridas nas teorizações críticas de currículo, mas o currículo não é um artefato neutro e de transmissão desinteressada, pelo contrário, ele enfatiza relações de poder e prioriza alguns conhecimentos em relação a outros.

Nesse texto, gostaria de voltar ao passado para investigar à exaustiva cruzada moral promovida pelo saber médico na criação das normas da sexualidade humana durante os séculos XIX e XX e, a herança desta invenção presente na formação médica na atualidade. Como esses discursos produziram corpos e sexualidades? E para pensar na formação acadêmica de medicina atualmente, analiso o Projeto Pedagógico do Curso de medicina (PPC) da Universidade onde sou professora há 12 anos, em uma universidade federal localizada no alto sertão paraibano. Quais corpos e sexualidades são acionados nesse PPC? Como o saber médico pode ser lido pelo conceito foucaultiano de “governo” presente no PPC por pretender dirigir as condutas médicas que se formam a partir deste documento? São questões que me proponho discutir aqui, em um texto elaborado a partir das inspirações da minha tese de doutorado intitulada “Dimensões de corpo, gênero e sexualidade na formação médica: disputas e silenciamentos na composição curricular da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida (UACV), do Centro de Formação de Professores (CFP), da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)”.

Para compor a esteira desta análise, trago o filósofo francês Michel Foucault, instigada pelo modo como o filósofo aborda o reconhecimento do presente sem fixar o olhar no passado em busca do que de fato aconteceu, uma vez que para ele não há realidade nem verdade fixas, mas apenas discursos que as constroem de acordo com seus referenciais. Para ele, o passado é moldado pelo poder e pelo conhecimento, sendo influenciado por instituições e discursos

dominantes em uma determinada época e assim, serve para entendermos como nos tornamos o que somos e podermos possibilitar “[...] não mais sermos, fazer ou pensar o que somos, fazemos ou pensamos” (Foucault, 2005, p.348).

Sexualidade, biopoder e o governo a partir de Foucault

No livro *História da sexualidade: A Vontade de Saber*, publicado em 1976, Foucault (2020) desenvolve o conceito de “biopoder”, uma forma de poder que, a partir do século XVII, organizou-se em torno à vida, sob duas formas principais que não são adversativas, mas que estão atravessadas por uma rede de relações que incide sobre os corpos. Por um lado, as disciplinas, uma “anátomo-política do corpo humano”, que atua no corpo individual, considerado o corpo como uma máquina, buscando seu adestramento através de técnicas de vigilância, exames individuais, exercícios repetitivos e disciplinarização. Por outro lado, a partir de meados do século XVIII, uma “biopolítica da população, do corpo-espécie” e seu objeto será o suporte de processos biológicos, como o nascimento, mortalidade, saúde e expectativa de vida. A primeira representa a expressão disciplinar do biopoder, ao passo que a segunda é sua expressão biopolítica.

Destarte, a biopolítica se ocupará, então: da proporção de nascimentos, de óbitos, das taxas de reprodução, da fecundidade da população, ou seja, da demografia; das enfermidades endêmicas, da saúde pública; da velhice, das enfermidades que deixam o indivíduo fora do mercado de trabalho; práticas políticas e observações econômicas. Dito de outro modo, a biopolítica irá agir na regulação da população por intermédio de saberes específicos, como estatística, economia, demografia e medicina. Assim, Foucault (2020) demonstra que essa nova era, do biopoder, alimenta tanto o sistema capitalista quanto o jurídico, ao mesmo tempo. O biopoder foi indispensável para o desenvolvimento do capitalismo ao garantir a sujeição dos corpos e das populações nos processos econômicos. Deste modo, aliado a esse propósito, o poder jurídico ganhou mais importância e se articulou cada vez mais às instituições de intuito regulador, como as médicas, administrativas e de ensino, surgindo uma “sociedade normalizadora” caracterizada pelo “[...] efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida” (Foucault, 2020, p.135).

E é na esteira dessas operações políticas que o sexo se localiza, como dobradiça das duas direções em que se desdobrou o biopoder: a disciplina e a biopolítica. Deste modo, foi inaugurada a temporada de vigilância, exames médicos e psicológicos, de uma microfísica do poder sobre o corpo; ademais, deu-se margem às medidas e estatística que tomaram grupos

sociais para análise. A sexualidade foi, deste modo, dissecada no século XIX em quatro grandes políticas do sexo. Duas delas, de natureza reguladora, se apoiaram na saúde coletiva, e produziram efeitos ao nível da disciplina: sexualização da criança e a histerização do corpo das mulheres. As outras duas, inversamente, apoiadas no adestramento individual, se ocuparam do controle da natalidade e psiquiatrização das perversões. Em suma, o sexo uniu corpo e população para a gestão da vida (Foucault, 2020).

Dito de outro modo, a sociedade do biopoder investiu seus saberes em quatro figuras: a mulher histórica, a criança onanista, o casal malthusiano e o adulto perverso. Assim, as mulheres tiveram seus copos analisados e (des)qualificados por meio de uma patologia que lhes seria intrínseca e que as tornaram objetos de uma intervenção médica que foi feita em nome da mulher que se buscava instituir – a Mãe casta e passiva, dócil e obediente. A masturbação infantil passou a ser entendida como patologia e grande perigo. O sexo deveria ser feito entre casais heterossexuais em busca do controle da reprodução, ora restringindo, ora reforçando. E por fim, os prazeres sexuais foram limitados e colocados, na sua maioria, no território do patológico, necessitado de investigação, diagnóstico e tratamento médico (Foucault, 2020).

Em busca de compreender as estratégias, os esforços investidos para a apropriação da sexualidade, o autor desfaz a ideia de sexualidade como algo que está simplesmente reprimido ou reprimível pela sociedade ou, obscuro e misterioso que o saber tentasse desvelar. Em vez disso, ele argumenta que o poder se apropria da sexualidade, regulamenta seus discursos, define suas normas e estabelece suas fronteiras. A sexualidade é, portanto, um dispositivo que não é inerente ao ser humano, e sim construído e regulado por meio de técnicas móveis e discursos específicos nos quais o conhecimento e a normatização são usados para penetrar e disciplinar os corpos, controlar as populações e, através de uma ciência sexual que produz discursos de verdade sobre a sexualidade. Nas palavras do filósofo:

A sexualidade é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico: não à realidade subterrânea que se apreende com dificuldade, mas à grande rede da superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e poder (Foucault, 2020, p.115).

Infere-se, portanto, que o dispositivo da sexualidade produz e incita práticas e discursos específicos, criando categorias e identidades sexuais, oprimindo o sexo e práticas consideradas desviantes da norma por discursos que estabelecem relações de poder/saber, estabelecendo padrões de normalidade e anormalidade, definindo o que é considerado

legítimo e ilegítimo em termos de práticas sexuais e impondo limites e restrições à expressão sexual. Os pais, presos na cilada desse dispositivo, tornam-se na família os principais agentes do dispositivo de sexualidade que, no exterior se apoia nos médicos, psiquiatras e estes, no interior, buscam patologizar as relações. Surgem desta forma, sujeitos, ou personagens, como refere o filósofo:

Aparecem, então, essas personagens novas: a mulher nervosa, a esposa frígida, a mãe indiferente ou assediada por obsessões homicidas, o marido impotente, sádico, perverso, a moça histérica ou neurastênica, a criança precoce e já esgotada, o jovem homossexual que recusa o casamento ou menospreza sua própria mulher. São as figuras mistas da aliança desviada e da sexualidade anormal (Foucault, 2020, p.120).

O sujeito heterossexual é concebido como regra, ou padrão de normatividade para compor a monogamia heterossexual. Desta maneira, é estabelecida uma relação entre perversão, delinquência e loucura que irá compor os sujeitos com sexualidades periféricas (Foucault, 2020, p.39).

Ora, se a sexualidade foi historicamente construída, significa que a forma como nos relacionamos com ela e a vivenciamos, nem sempre foi a mesma. Provocado a conhecer as vias que autorizaram a interposição do poder-saber que conduziu os corpos a se reconhecerem como sujeitos de uma sexualidade e, que deste modo age até os dias de hoje, controlando-os de modo eficaz, impedindo-os de seguirem seus impulsos, e também, como as atividades e os prazeres ligados a essa sexualidade se tornaram objeto de uma preocupação moral, o filósofo retorna aos antigos, analisando os discursos sobre a sexualidade na Grécia antiga, grande influenciadora do ocidente moderno (Foucault, 2014).

A forma como os gregos se relacionava com a sexualidade era outra, a identidade de uma pessoa não era definida por suas práticas sexuais, homoeróticas ou não. Não importava se a relação sexual fosse feita com uma pessoa do mesmo sexo biológico ou não, o que era considerado, era se fosse feito com alguém livre ou escravo(a), rico(a) ou pobre, jovem ou velho (a), ativo(a) ou passivo(a). O filósofo mostra, a partir destas análises, que a principal questão que era colocada aos antigos era se o indivíduo atingiu a “apatheia”, que se refere ao estado de não passividade, ao domínio de si, transformada pela ideia cristã em “apatia”, referente ao estado de passividade e anulação da própria vontade. Para que isso fosse possível, os gregos estabeleciam orientações e exames de consciência que os auxiliavam ao autoconhecimento. Neste sentido, as falhas que cometessem eram assimiladas em melhorias de condutas e assim, eram administradores de si mesmos, gerindo suas emoções, melhorando suas ações e o cuidado de si (Foucault, 2014).

Com o surgimento do cristianismo, uma nova relação com a sexualidade surge, criando uma modalidade de poder em que os pastores conduzem a conduta de seu rebanho a fim de levá-lo à salvação. Sem o pastor, o rebanho se dispersa e, assim foi criada a ideia de que “[...] certos indivíduos poderiam desempenhar, em relação aos outros, o papel de pastores, guiando-o ao longo de toda sua vida, do nascimento à morte” (Foucault, 2014, p.13). À essa forma de poder, foi dado o nome de “pastorado” e, o poder pastoral, na analítica de poder foucaultiana, quer dizer condução das condutas e, pode ser comparado ao médico dos homens, que se ocupam dos homens individualmente. Por consequência, o poder pastoral não impõe leis gerais, invés disso, ele cria normas, ou seja, tecnologias comportamentais, orientando as condutas do rebanho, estabelecendo assim, uma sociedade normativa. Além disso, o vínculo entre pastores e ovelhas é livre e voluntário, com os pastores conduzindo ovelhas que querem ser dirigidas, fazendo das ovelhas uma alusão de nós mesmos, em crítica de como somos facilmente capturados por estes poderes normalizadores (Foucault, 2014).

Deste modo, o cristianismo desenvolveu técnicas centrais na subjetividade cristã e ocidental, obtendo obediência constante, com práticas de penitência, confissão obrigatória, que Foucault (2020, p.126) chamou de “[...] tecnologia tradicional da carne [...]”. O que está em jogo não é um conjunto de atos que são permitidos ou proibidos, e sim uma técnica para analisar o pensamento que coloca o sexo em discurso fazendo dele um problema fundamental, fazendo com que haja uma obrigação em dizer a verdade e que os indivíduos se vejam constantemente como sujeitos de uma sexualidade. A partir daí, a sexualidade deixa de ser algo que se pratica, que é vivenciado, para ser algo que define a identidade dos sujeitos e, deste modo se esconde em toda parte como um enigma perigoso, que deve ser confessado, corrigido, castigado e renunciado (Foucault, 2020).

Este controle cristão da sexualidade foi apossado, no final do século XVIII, por instituições do Estado, como a pedagogia que teve como objetivo a sexualidade específica da criança; da medicina, com a fisiologia sexual própria das mulheres como objetivo; e o da demografia, com objetivo da regulação espontânea ou planejada dos nascimentos. Foucault (2020, p.127), reforça que este controle da sexualidade, agora um negócio de Estado, ocorre na passagem do século XVIII para o século XIX e, “[...] a partir deste momento, vai se ordenar em torno da instituição médica, da exigência de normalidade e, ao invés da questão da morte e do castigo eterno, do problema da vida e da doença”.

Nas páginas que seguem, trago a parte da medicina que se dedicou a pensar sobre o sexo, a partir do que Foucault chama de *Scientia sexualis*, agindo como uma máquina de

produzir corpos e sexualidades. Corpos e sexualidades focados na normatização da sexualidade humana em todas as faixas etárias e conduzindo a formação de dissidentes, através da patologização destes desviantes da norma. A partir desta análise, identificaremos os corpos e sexualidades acionados no PPC de formação médica atualmente, identificando a influência das tecnologias de biopoder, exibindo a governamentalidade presente durante a vida acadêmica, que irá respingar na vida profissional.

A produção de corpos e sexualidades a partir do saber médico

A colocação do sexo em discurso ordenada no sentido de afastar da realidade as formas de sexualidades insubmissas à economia restrita da reprodução, foi aliada às condenações judiciais das perversões juntamente com a psiquiatria, que atuou disciplinarmente patologizando certas formas de sexualidades, transformando-as em desvios e doenças a serem corrigidas. Desta forma, Foucault (2020, p. 40) sobre isso, afirma que:

Da infância à velhice foi definida uma norma do desenvolvimento sexual e cuidadosamente caracterizados todos os desvios possíveis; organizaram-se controles pedagógicos e tratamentos médicos; em torno das mínimas fantasias, os moralistas e, também e sobretudo, os médicos, trouxeram à baila todo o vocabulário enfático da abominação Foucault.

Desta forma, os tribunais podiam condenar a homossexualidade, os “hermafroditas”¹, o adultério e a sodomia, por exemplo. Neste momento, o filósofo identifica o surgimento de um mundo de perversão que, do final do século XVIII até o XX, persegue as consideradas “sexualidades periféricas”, representadas por:

Crianças demasiado espertas, meninas precoces, colegas ambíguos, serviços e educadores duvidosos, adolescentes com genitálias ambíguas, maridos cruéis ou maníacos, colecionadores solitários, transeuntes com estranhos impulsos (FOUCAULT, 2020, p.45).

Estes sujeitos passam a povoar os conselhos de disciplina, as casas de correção, as colônias penitenciárias, os tribunais e asilos, à mercê de médicos e juízes. Neste momento, as experiências que subvertiam o feminino e o masculino normativo ou que contrariavam o sexo reprodutivo e heterossexual são transformadas em transtornos médico-psiquiátricos. A homossexualidade surge como identidade ao ser transferida, da prática da sodomia, para “[...] uma espécie de androgenia interior, um hermafroditismo da alma” (Foucault, 2020, p. 48). A

¹ O autor refere que durante muito tempo os hermafroditas foram considerados “[...] criminosos ou filhos do crime, já que a sua disposição anatômica, seu próprio ser, embaraçava a lei que distinguia os sexos e prescrita sua conjunção” (FOUCAULT, 2020, p.42).

diferença sexual tornou-se patologia, com riscos de conduzir a uma série de distúrbios mentais, daí a importância de colocá-la sob o olhar atento do médico, de classificá-la e especificá-la, fazendo com que a identidade do indivíduo seja a sua sexualidade. Sobre isso, Foucault (2020, p.49) coloca que:

A mecânica do poder que ardorosamente persegue todo esse despropósito só pretende suprimi-lo atribuindo-lhe uma realidade analítica, visível e permanente: encrava-os nos corpos, introduz-lo nas condutas, torna-o princípio de classificação e de inteligibilidade e o constitui em razão de ser e ordem natural da desordem. Exclusão desses milhares de sexualidades aberrantes? Não, especificação, distribuição regional de cada uma delas. Trata-se, através de sua disseminação, de semeá-las no real e de incorporá-las ao indivíduo.

Assim, o exame médico, a investigação psiquiátrica, o relatório pedagógico e os controles familiares passam a funcionar como mecanismo de prazer. Prazer em exercer um poder que questiona, fiscaliza, espia, investiga e não menos, um prazer em “[...] escapar a esse poder, fugir-lhe, enganá-lo ou travesti-lo” (Foucault, 2020, p.50). Deste modo, o olhar atento do médico faz com que modos de vida sejam tornados casos, e casos que capturam a minúcia da existência: o parente neurastênico, o sonho lascivo, o pensamento perverso, uma anatomia de um determinado tipo ou até mesmo um gosto por gatos, uma verdadeira caça às sexualidades.

Esta metodologia finda por escancarar os respingos das técnicas de poder cristãs no saber médico, sobretudo as formas de direção e exame baseadas na obediência total e no dizer tudo de si mesmo. Com o diagnóstico, era instituído um tratamento que conduzia a renúncia de si para alcançar a salvação, ou seja, a cura. Nesta mesma época, Foucault (2020) identifica a análise da hereditariedade, a partir do histórico familiar e que fazia das perversões sexuais, degenerações congênitas e hereditárias. Deste modo, o filósofo mostra que o discurso da hereditariedade colocava o sexo em posição de “[...] responsabilidade biológica com relação à espécie, de maneira que o sexo poderia ser afetado por suas próprias doenças e, se não fosse controlado, poderia transmitir doenças ou criá-las para as gerações futuras” (Foucault, 2020, p. 128).

Surge a teoria da degenerescência, que entendia que a espécie humana se degenerava em função de certos caracteres que eram transmitidos hereditariamente. Ou seja, todo degenerado tinha um degenerado na árvore genealógica, assim como levaria a degeneração para gerações futuras. Os degenerados eram o homossexual, a mulher hipersexualizada, a mulher ociosa, a mulher nervosa, a criança masturbadora, anarquistas, criminosos. Eram os que fugiam da normalidade colonial branca, europeia, heterossexual, normativa e misógina.

Corpos que o saber médico, ao relacioná-los a uma anormalidade inata e hereditária, legitimou que fossem perseguidos, internados, medicalizados, esterilizados e até mesmo exterminados por políticas eugênicas e higienistas. Corpos que comprometiam a existência de um mundo teórico no qual haveria apenas lugar para o homem heterossexual, branco, cisgênero e seu objeto útil – a reprodutora.

É evidente, portanto, que a própria Medicina passa por um processo de normalização, selecionando saberes normais e anormais dentro de seu próprio campo, teorias e práticas, de forma que “[...] antes de aplicar a noção de normal ao doente, se começa por aplicá-lo ao médico. O médico foi o primeiro indivíduo normalizado na Alemanha” (Foucault, 2017, p.149). Esses mecanismos de poder relacionam-se, para Foucault (2014), diretamente com o conceito do anormal, construído através de saberes-poderes disciplinares como os da Medicina, não apenas através dos diagnósticos e classificações, mas fundamentalmente de seu motivo de ser: a garantia de possibilidade e condições de que, através do diagnóstico, promova-se a modificação, a regulação, a intervenção nos corpos, no ímpeto de corrigir os desvios e os desviantes segundo ao sadio vigente e socialmente de interesse ao capital.

Em terras brasileiras, este discurso encontrou um solo fértil. País subjugado e colonizado, o Brasil buscou sua identidade de nação e povo, assim como de formação médica, na cultura europeia. Portanto, teremos nas páginas que seguem como foco a formação médica no Brasil e, com a herança deste saber médico, aciona até os dias atuais como uma máquina de produzir corpos e sexualidades. A partir da patologização dos prazeres perversos que fizeram com que os indivíduos passassem a se reconhecer como sujeitos de uma sexualidade, patológica ou normal, a formação médica ainda segue efetivando dispositivos de controle, de governo e biopoder. Deste modo, as identidades dissidentes continuam a se submeterem à renúncia de si mesmas, e a medicina, ainda, ainda se propõe a curá-las.

Acionamentos na formação médica

A medicina foi tradicionalmente instituída no Brasil conforme uma linha, delimitada por fatores econômicos, sociais e culturais, que direcionou quem seriam os médicos do país e a que famílias pertenceriam, traduzindo-se em uma profissão sob a influência das famílias da elite. Historicamente, o acesso à universidade não foi idealizado como um direito universal e não apenas no Brasil, mas sim, como característica global. Segundo Silva e Souza (2020, p.60), “[...] o paradigma acadêmico foi gestado com base em um projeto ideológico para dotar a nova elite burguesa das habilidades características do Iluminismo”. No Brasil, destaca o

autor, a instituição universitária é resultante do colonialismo, marcado pela dependência cultural, econômica e política e com acesso fortemente limitado, uma vez, diferentemente de outras colônias na América Latina, aqui foi proibida a criação de universidades.

Mesmo após a criação do primeiro curso de medicina no Brasil, em 1808 em ocasião da chegada da Família Real Portuguesa e assim, a necessidade de formação de médicos para a consolidação do Primeiro Reinado, os aristocratas e a alta hierarquia de funcionários da colônia enviavam seus filhos - portugueses nascidos no Brasil, para os estudos universitários em Portugal, tal como relata Gilberto Freyre (2002).

Ainda hoje, 35 anos após a Constituição Federal, a formação de médicos no Brasil, majoritariamente, estimula uma atuação no mercado privado, fundada em especialidades mais rentáveis e dependentes de sofisticados insumos tecnológicos, em desigual relação aos interesses humanitários, escancarando a vigência do sujeito médico branco de elite eurocêntrico heterocisnormativo (Silva; Souza, 2020). Dito de outro forma, infiro que o corpo que importa em nossas sociedades ocidentais contemporâneas e o corpo que porta uma medida inteligível, é o corpo de uma superfície lisa, branqueada, viçosa, ágil e heterossexual.

O que fica exposto é que o curso de medicina no Brasil, desde sua criação até os dias atuais, está convencionado e motivado pela cultura do status e da ascensão social, já que a profissão médica, em todo seu processo conduz a uma consagração social das elites (Coradini, 2005; Silva; Souza, 2020). A profissão dentro de uma lógica de poder, proporciona coesão interna do grupo, e assim constrói uma imagem social do que é o exercício de determinada profissão, estabelecido na própria cultura daquela categoria profissional e que também diferencia um grupo profissional (médicos) em relação a outro.

Quando teve início, no Brasil, de uma formação científica da medicina propondo concepções de corpo como foco de ajuste e controle para o aprimoramento e a saúde do povo, começaram a entrar em cena os médicos formados neste novo cenário e que “[...] efetivaram a representação da sexualidade sustentada em doutrinas higienistas e eugenistas” (Oliveira, 2007, p.16). Deste modo, a partir da fascinação pelo corpo burguês europeu, a higiene e a disciplina passaram a ser categorias marcantes na distinção social brasileira. Destarte, a Medicina, na cultura ocidental se desenvolveu amplamente a partir de um modelo com ênfase na dimensão biológica sobre as dimensões social e psicológica, chamado de modelo biomédico.

Pode-se afirmar, portanto, que no Brasil o biopoder é acionado e fortalecido a partir da intervenção médica orquestrada pelo discurso higienista a partir do modelo biomédico,

propagador de um padrão binário de complementação de gêneros opostos, trazendo sujeitos de uma sexualidade específica dita normal e com concepção mecanicista do corpo humano – ações que influenciam muitas das condutas humanas até os dias atuais, segundo Yared e Melo (2015). Os autores afirmam que no Brasil, a aliança entre a medicina e a educação instaurou-se na Primeira República² e perpetua até os dias atuais, elo que talvez explique a reprodução de muitas dessas concepções de sexualidade estarem atualmente presentes na sociedade em geral e, particularmente, nas escolas, incluindo nos cursos de formação médica.

Porém, ao lidar com o corpo comparado a uma máquina, o modelo biomédico se revela como um método reducionista de educação, condicionador do olhar discente no aspecto anatomoclínico, com predominância de aulas teóricas, com foco no ensino da doença e o conhecimento de modo fragmentado em disciplinas, além de possuir o processo de ensino-aprendizagem centrado no professor que, por sua vez, tem sua capacitação docente centrada na competência técnico-científica, sustentado em aulas expositivas e demonstrativas, de tornar obrigatório o ensino centrado no hospital, oficializar a separação entre ciclo básico e profissional e imprimir características mecanicistas, biologicistas e individualizantes ao ensino médico (Santos, 1995).

Deste modo, no sistema do biopoder, saúde, política e educação se articulam. “Todo sistema de educação é uma maneira política de manter ou de modificar a apropriação dos discursos, com os saberes e os poderes que eles comportam” (Foucault, 1996, p. 45-46). Sucedeu-se que, o modelo biomédico, após uma proliferação de críticas e tensionamentos, foi sendo gradualmente substituído por um modelo biopsicossocial. No ínterim desse processo está a Constituição Federal de 1988, que tornou pública a criação de um sistema único de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) nº 9394/1996, que permitiu a flexibilização dos currículos educacionais. Entre os anos de 2001 e 2004, o Ministério da Educação (MEC) em parceria com o Ministério da Saúde (MS), através das reuniões do CNS e Conselho Nacional de Educação (CNE) aprovaram as DCN em 2001. Elas são documentos oficiais que definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos(as) para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC) dos cursos da saúde pelas Instituições de Ensino Superior (IES). Para tanto, foram instituídas com

² Período da história do Brasil registrado da Proclamação da República em 15 de novembro de 1889 até a Revolução de 1930 quando inicia-se o governo de Getúlio Vargas.

“[...] o objetivo de oferecer uma formação que possibilite a qualificação do cuidado da assistência à saúde, contemplando os princípios do SUS” (Costa *et al.*, 2018, p. 2).

No caso da Medicina, essas estratégias se encontram expressas na instituição do Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), ocorrido em 2002, numa parceria entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação (Brasil, 2002), e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde I) em 2005³. Este programa tem por objetivo incentivar os cursos de medicina no país a incorporarem em sua elaboração curricular, as DCN de 2001 visando a transição do modelo biomédico para o biopsicossocial.

Ao elaborar o PPC de curso, seu conteúdo passa a ser composto de verdades essenciais, que foram selecionadas e, por sua vez, organizam e orientam nossas práticas profissionais e cotidianas e constroem também nossos entendimentos de certo/errado, normal/patológico, bom/ruim circunscrevendo nossa inteligibilidade para as relações. Lembrando do pressuposto de que “[...] a verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a coerções múltiplas. E ela possui nele efeitos regrados de poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua política geral da verdade [...]” (Foucault, 1994, p.112), o que observamos no PPC é fruto de disputas de poder, no qual determinados saberes são eleitos como essenciais em detrimento de outros, seguindo uma ordem de discurso que reflete as prioridades e interesses dominantes. Percebe-se que essa seleção de conteúdo curricular não é neutra, mas sim arbitrária (Meyer, 2014).

É presumível que o interesse do discurso médico na transição de uma invenção de modelo biomédico para um modelo biopsicossocial, seja parte de uma das estratégias contemporâneas de gerenciamento biopolítico (Foucault, 2005). A sexualidade encontra-se, neste ponto de cruzamento destas duas tecnologias políticas, do corpo e da espécie; do corpo produtivo e dócil, e da regulação das populações que visam o corpo social como um todo (Foucault, 2020). De um lado um sujeito médico ultrapassado para as realidades culturais que adentram os consultórios e hospitais e, também obsoleto para a complexidade política do SUS e os questionamentos que volumosamente surgem da sociedade possibilitados pelo fácil acesso às mídias virtuais que tencionam e fragilizam a autoridade dos saberes médicos. E do outro lado, o discurso médico, que cria um “novo” sujeito médico, com visão holística, humanizada, postura ética, comprometido com a cidadania, responsabilidade social e promoção de saúde.

³ Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/sobre_o_pro_saude.html

Um PPC arbitrário – corpos generificados

O PPC médico analisado, foi inspirado e norteado pelas DCN de 2001 e, deste modo, buscando se aproximar do modelo biopsicossocial, apresenta inserção e aprofundamento das Humanidades médicas, observadas nos módulos complementares obrigatórios. Entretanto, o discurso observado no PPC qualifica o corpo tanto em termos de gênero como de sexualidade. É percebido que ele divulga o que se considera adequado e normal para um corpo designado masculino ou feminino nos conteúdos de patologia relacionados às genitálias, desenvolvimento morfofisiológico e endócrino congruentes às características sexuais, assim como na semiologia dos sistemas urinário e reprodutor, abordando o tema de infecções sexualmente transmissíveis como possíveis para o relacionamento heterossexual, como também dissemina o modo de se comportar condizente ao corpo masculino ou feminino em um amplo cenário para vivências e práticas que proporcionam modelos de orientação heteronormativos e generificados aos sujeitos deste currículo. Este cenário de vivências e práticas, embora não sejam contemplados nos documentos oficiais da grade curricular, são sustentados pelo discurso médico, pelo saber médico, que age “[...] governando condutas, produzindo práticas, incluindo e excluindo, hierarquizando, normalizando e dividindo os sujeitos” (Paraíso, 2011, p. 152).

Além disso, em busca de ressignificar a visão tecnicista e especializada da Medicina, apresenta duas disciplinas chamadas de Saúde da Crianças e do Adolescente e Saúde da Mulher. Entretanto, é de se estranhar que o PPC médico analisado, que se propõe a dividir o corpo em faixas etárias, não apresentar outras disciplinas como Saúde do Adulto e Saúde do Idoso, onde a saúde da mulher também seria inserida.

Os conteúdos de Saúde da Mulher são: Ginecologia e Obstetrícia. Observa-se no PPC que existe a construção de um estigma de “natural” /” normal” entre os corpos, o que implicou a atribuição de um corpo particular às mulheres. E isso chama a atenção para o fato de o corpo medicalizado ter-se tornado um referente privilegiado para a construção de identidades pessoais generificadas. Percebe-se nesta disciplina a atuação de uma das grandes linhas em que se desenvolveu o dispositivo da sexualidade, onde se efetivou, inclusive, o processo de histerização da mulher, exposto por Foucault (2020). De acordo com o filósofo, a respeito da histerização da mulher, afirmou que “[...] levou a uma medicalização minuciosa de seus corpos, de seu sexo, fez-se em nome da responsabilidade que elas teriam no que diz respeito à

saúde de seus filhos à solidez da instituição familiar e à salvação da sociedade” (Foucault, 2020, p.159).

Ainda sobre os conteúdos desta disciplina, é evidente a presença do discurso médico que define as mulheres, que constrói identidades pessoais generificadas a partir das partes do seu corpo: útero, ovários, vagina, vulva, mamas. Lançando olhar essencialmente clínico sobre esses corpos, apoiado num essencialismo, naturalismo e biologicismo, o pensamento misógino expresso neste conteúdo curricular, confina as mulheres às exigências biológicas da reprodução, do controle dos seus corpos e regulação dos seus prazeres. Corroborando com esta reflexão, Meyer (2005) observa que com efeito, a vagina, as mamas e o útero têm orientado uma lógica de politização do feminino e da maternidade que posiciona a mulher como mãe dócil, a fêmea bem materna, no centro das políticas de gestão da vida nas sociedades ocidentais modernas. É observado que esta formação médica vai conduzindo o coletivo imaginário e acadêmico a partir destas referências, onde a mulher cujo corpo e sua identidade são lidos como “normais”, é a mulher heterossexual, adestrada, fértil, branca (não há menções de outros corpos que não sejam brancos em todo o PPC), cisgênera e reprodutora.

Na afluência das teorias biologizantes e coloniais, que certamente influenciam o conteúdo desta disciplina de Saúde da Mulher, eram anormais todas aquelas que, nas lentes do patriarcado cristão-hetero-normativo, iam contra o que era considerado a “natureza da mulher”. Estou me referindo às prostitutas, moças-velhas (mulheres que se mantinham sem relação sexual por toda a vida), masturbadoras, lésbicas, ninfomaníacas. À estas mulheres, nenhuma Saúde da Mulher neste PPC. Fica evidente que a sexualidade da mulher em toda as suas expressões, é retirada de debate e reflexões.

A medicina da mulher não encontra correspondente para o sexo masculino. No documento analisado, o homem encontra-se pulverizado ao longo dos componentes curriculares, desmembrado em próstata e performance sexual. Na unidade de Urologia presente na disciplina de Clínica Cirúrgica I, é abordado o tema “Androgenia básica: impotência, infertilidade masculina e ejaculação precoce” (UFCG, 2017, p.80). Observa-se a abordagem biomédica sobre o corpo do homem. Uma abordagem anátomo-fisiológica da sexualidade, que insere os urologistas em espaço cada vez mais abrangente no tratamento relacionado à sexualidade do homem heterossexual.

Podemos perceber que a saúde sexual dos homens é focada na disfunção erétil, ou seja, na impotência, caracterizada pela incapacidade de penetrar uma vagina, evidenciando o registro heterossexual desta definição. Atentemos que, os homens eram percebidos pelo saber

biomédico como naturalmente propensos ao sexo e, por isso, a terapêutica para tratar problemas sexuais seria baseada no equilíbrio fisiológico e na retomada da ereção por via hormonal (Rohden, 2008). A disfunção erétil ficou associada à antiga preocupação masculina ligada à impotência e, com isso, à perda da virilidade.

Em suma, ao garantir a leitura do corpo do homem em Urologia e do corpo da mulher como Saúde da Mulher, esse currículo atualiza formas de heteronormatividade no discurso médico, pressupondo dois tipos de corpos generificados como naturais e complementares entre si e organizando a própria natureza da sexualidade.

Historicamente, o discurso científico e médico sobre a sexualidade pode ser visto como uma das dimensões centrais da construção social e histórica da sexualidade. No entanto, as categorias organizativas do discurso médico ao falar da sexualidade mostram como os saberes e as visões sobre esses fenômenos ainda são moldados pelos pressupostos heterossexuais que fundamentam a sociedade. Sem contextualizar os aspectos psicológicos e sociais dos corpos em relação a sexualidade durante a formação acadêmica, este PPC silencia a diversidade das sexualidades humanas, das identidades e expressões de gênero que são presentes em todas as faixas etárias. Deste modo, temas como transgenitalidade, homossexualidade, intersexualidade, travestilidade, bissexualidade e pansexualidade surgem inseridos em uma taxonomia que subjuga estas vidas, que patologiza e medicaliza sujeitos, que são automaticamente classificados como “anormais”, desviantes, degenerados, abjetos e, conseqüentemente, tratáveis pela medicina.

Sobre o silenciamento no dispositivo da sexualidade, Foucault (2020) afirma a necessidade de determinar as diferentes maneiras de não dizer, identificar que tipo de discurso é autorizado ou que forma de discricção é exigida a uns e outros. Não existe um só, mas muitos silêncios e são parte integrante das estratégias que apoiam e atravessam os discursos. Ou seja, o silêncio é produtivo. Conforme alerta Louro (2007), o lugar em que são nomeados os sujeitos é fundamental para ao entendimento dos feixes de relações sociais que possibilitam ou não sua visibilidade e existência. É o lugar do incômodo, o que atrapalha, o que desvia. Ela afirma que tão ou mais importante do que escutar o que é dito sobre os sujeitos, parece ser aquilo que não é dito, que é silenciado, tornando-se sujeitos que não são, seja porque não podem ser associados aos atributos desejados ou seja por não poderem existir por não poderem ser nomeados.

Observa-se no PPC em questão, a ausência de discurso médico e científico acerca da sexualidade e suas relações às categorias da cultura, da historicidade e da diversidade humana.

Mostra-se impregnado de saberes biologicistas, de manifestação de biopoder atrelados aos discursos morais, religiosos, binários e de gênero, governando as condutas e saberes, os modos de agir, reagir, ver e saber dos sujeitos da medicina que nele estão inseridos e por ele são produzidos.

Conclusões

Foi no biológico que os currículos se mantiveram por muito tempo e para o modelo biopossocial que se deseja deslocar. Porém, é evidente que ainda são carregados de discursos biologizantes e masculinos, onde as relações de poder operam e se mantem de forma fortalecida abraçando um sistema que se mantem influenciando e influenciado.

O curso analisado segue as normativas comprometidas em uma lógica na qual há valorização da vida biológica reprodutiva que promove a base dos cuidados em saúde – as DCN de 2001. E esses sujeitos produzidos nessa norma masculina, heterocisnormativa, constituem-se como profissionais do cuidado fragmentado pois, seguem um modelo de formação em saúde fortemente influenciada pelo modelo biomédico de ensino. Não é só com essa visão de mundo biológico que facilmente normatiza e dita as regras em currículo, mas pela forma de suas relações com outros aspectos formativos, criando-se uma imagem que está posto para as relações sociais, o que observamos é uma base biológica que se coloca muitas vezes isolada e ditando os caminhos.

Um currículo de formação médica que seleciona os corpos que acolherão no seu cuidado, é exemplo de violências curriculares que reforça e perpetua o sistema de relações assimétricas de poder.

Enquanto a normalização e normatização de corpos forem pautadas em um estereótipo de músculos, virilidades sobre as demais identidades e corpos possíveis, ou seja, um padrão hegemônico de representação de beleza, saúde, sucesso e inclusão baseado em corpos heterocisnormativos, homens, brancos, corponormatizados, elitizados e jovens - sujeito dito “não marcado”- , o corpo negro, o corpo das bichas, dos viados, dos/as velhos/as, das travestis, dos transgêneros, das sapatões, dos/as deficientes físicos, dos/as gordos/as e outros tantos, continuarão sendo invisibilizados. Corpos cuja própria humanidade é negada, cujas vidas não são consideradas vidas e cuja materialidade é entendida como não importante. São vistos pela medicina como corpos anormais, “monstros”, patologizados, necessitados de salvação e, para estes corpos: ah, braços abertos! Uma gama de opções de resgate, todas oferecidas nas dependências de suas instituições (hospitalar, clínica, psiquiátrica,

farmacológica). Caso essas instituições falhem, outras estão de braços abertos à espera por obliterar essas existências.

Reflico que por trás destes investimentos todos de poder-saber médico acerca da sexualidade há uma série de continuidades das técnicas de poder cristãs que ainda hoje são atuantes. Técnicas estas de governo, moldando as formas de dirigir as condutas, os saberes, impondo verdades, anulando identidades dos sujeitos e impondo formas de existir. Em outros termos, não podemos, segundo essa perspectiva, colocarmo-nos em um local fora das relações de poder. Não há um lugar do Fora do poder. Nesse sentido, a liberdade só pode acontecer no interior da própria dinâmica do poder, rastreando no interior de uma situação as potencialidades de criação. Considerando que o pastorado apenas se mantém se houver ovelhas que queiram ser conduzidas, e governo se houver dirigidos, Foucault (2014, p. 209) nos lembra que: “O dirigido quer sempre ser dirigido, e a direção só se manterá na medida em que o dirigido quiser continuar a ser dirigido. E ele é sempre livre de não querer mais ser dirigido”. A forma de poder atuante em nossa sociedade é de tipo (neo)liberal, ou seja, necessita de sujeitos “livres”. A estratégia do governo neoliberal é dar forma a indivíduos que se enxergam como livres, dotados de “escolha”, impondo a si mesmos regras de conduta. Foucault (2005) ressalta que esta forma de governo, ao contrário, cria muitas outras formas de dominação, de exercer o poder. O neoliberalismo promoveu uma noção de liberdade pessoal condicionando o exercício dessa liberdade a uma submissão a novas e insidiosas formas de autoridade, a mecanismos de controle internalizados cada vez mais profundamente. Esse tipo de poder, em pleno funcionamento em nossas sociedades, nos produz enquanto subjetividades egoístas, concorrenciais e consumistas, reproduzindo ações altamente performáticas e normativas.

Para um entendimento das questões de gênero e sexualidade e como a conduta médica é cúmplice nas desigualdades e relações assimétricas de poder que têm como consequência corpos cuja vida é investida e favorecida e, no contraponto vidas que são deixadas à própria sorte e morte, uma nova cultura de saber médico teria que ser criada. Apesar de ser um dos maiores desafios para a criação de uma contra-cultura, porém é preciso considerar, que a forma política do capitalismo contemporâneo dissolve nossa solidariedade, nossa empatia e nossos laços com os outros. Nesse sentido, dificulta ou mesmo impossibilita a criação de relações livres de dominação de gênero e/ou sexualidade.

Ainda assim, considero fundamental cravar o pé nas fissuras deste sistema, fazendo brotar o musgo entre as rachaduras. Como educadora que também sou, insurgir e tensionar

nossos currículos colonizados e propor estratégias de emancipação e decolonização. (Re) criar, (re) existir num lugar onde vivamos os corpos e prazeres. Nos corpos os prazeres.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 610**, de 26 de maio de 2002. Institui o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED). Disponível em: http://www.pp.ufu.br/Port_Inter.htm Acesso em: 1 jul. 2023.

CALAZANS, Gabriela Junqueira; AMADOR, Salete Monteiro; BERETTA, Gláucia Renata; FIGUEIRA JUNIOR, Nelson; CAVALCANTI, Ana Lúcia. A experiência de implantação da Política de Saúde Integral para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) no município de São Paulo. **BIS. Boletim Do Instituto De Saúde**, v.19, n.2, p. 105–115, 2018. Disponível em <https://periodicos.saude.sp.gov.br/index.php/bis/article/view/34601>. Acesso em: 1 jul. 2023.

CORADINI, Odaci. Luiz. A formação da elite médica, a Academia Nacional de Medicina e a França como centro de Importação. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 1, n.35, p.3-22, 2005.

COSTA, Dayane. A. S.; SILVA, Roseli, F.; LIMA, Valéria, V.; RIBEIRO, Eliana, C. O. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n.67, p.1183–1195, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/GZsw79s7SZGBXZ3QNBhNppn/?lang=pt>. Acesso em: 1 jul. 2023.

FERNANDES, Marisa; SOLER, Luiza, D.; LEITE, Maria Cecília, B. P. Saúde das mulheres lésbicas e atenção à saúde: nem integralidade, nem equidade diante das invisibilidades. **BIS. Boletim Do Instituto De Saúde**, v.19, n.2, p. 37–46, 2018. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/index.php/bis/article/view/34590> Acesso em: 1 jul. 2023.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 02 de dezembro de 1970. 3. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

FOUCAULT, Michel. **Dits et écrits. 1954-1988**. Édition de Daniel Defert, François Ewald e Jacques Lagrange. Paris: Gallimard, 1994.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I**: a vontade de saber. 9ª ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2020.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade II**: o uso dos prazeres. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2014.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 5ª ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2017.

FOUCAULT, Michel. O que são as Luzes. In: FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos II: arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

FREYRE, Gilberto. **Casa-grande & senzala**. Nanterre: ALLCA XX, Université de Paris, Sudamericana, 2002.

LIONÇO, Tatiana. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde E Sociedade**, v. 17, n. 2, p.11–21, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/NdCpsvRwnJVYHZhSwRNhfs/?lang=pt>. Acesso em: 1 jul. 2023.

LOURO, Guacira. L. Gênero, sexualidade e educação: das afinidades políticas às tensões teórico-metodológicas. **Educação Em Revista**, v. 46, p.201–218, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edur/a/5mdHWDNFqgDFQyh5hj5RbPD/?lang=pt> Acesso em: 1 jul. 2023.

MEYER, Dagmar. E. A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. **Revista Gênero**, v. 6, n. 1, p. 81-104, 2005.

MEYER, Dagmar. E. Abordagens pós-estruturalistas de pesquisa na interface educação, saúde e gênero: perspectiva metodológica. In: MEYER, D.E.; PARAISO, M.A. (org.) **Metodologia de pesquisa pós- crítica em educação**. 2.ed. Belo Horizonte: Mazza, 2014, p. 49-63.

MEYER, Dagmar. E.; KRUSE, Maria. H. L. Acerca de diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: um início de reflexão. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. v. 56, n. 4, p.335-339, 2003. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/61847>. Acesso em: 1 jul. 2023.

OLIVEIRA, José Marcelo D.; MOTT, Luiz. (org.) **Mortes violentas de LGBT+ no Brasil: relatório 2021**. 1 ed. Salvador: Grupo Gay da Bahia, 2022.

OLIVEIRA, Luiz. S. **Representação de sexualidade que orienta práticas educativas no Brasil desde o final do século XIX**. 2007. Dissertação (Mestrado em Educação e Cultura Contemporânea). Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá, 2007.

PARAÍSO, Marlucy. A. Raciocínios generificados no currículo escolar e possibilidades de aprender. In: LEITE, C. *et al.* (org.) **Políticas, fundamentos e práticas do currículo**. Porto: Porto Editora, 2011. p. 147-160.

ROHDEN, Fabíola. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15, p. 133-152, 2008.

SANTOS, Pedro M. Profissão médica no Brasil. In: MACHADO, Maria.Helena (org.) **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. p. 97-117 Disponível em: <https://books.scielo.org/id/t4ksj/pdf/machado-9788575416075-07.pdf> Acesso em: 1 jul. 2023.

SILVA, Maria. P.; SOUZA, Nathan. M. Currículos de medicina no Brasil e em Cuba e a invenção de modos de ser médico. *In*: PARAÍSO, M. A.; SILVA, M. P. (org.). **Pesquisas sobre currículos e culturas: tensões, movimentos e criações**. 1.ed. Curitiba: Brazil Publishing, 2020, v. 1, p. 55-82.

UFCG. Universidade Federal de Campina Grande. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina**. Campina Grande: UFCG, 2017.

YARED, Yalin. B.; MELO, Sônia. M. M. de. Processos de educação sexual em cursos de medicina: reflexões sobre a construção do saber médico. **Revista Ibero-Americana De Estudos Em Educação**, v.10 (esp2), p. 1561–1582, 2015. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/8337> Acesso em: 1 jul. 2023.

SOBRE A AUTORA

Fabiola Jundurian Bolonha. Doutora em Educação pela UFS. Docente do curso de Medicina na UACV/CFP/UFCG. Líder do grupo MedQueer. Contribuição de autoria: autora. <https://lattes.cnpq.br/7457581825080857>

COMO CITAR:

BOLONHA, Fabíola Jundurian. Sexualidade, biopoder e governo: acionamentos no projeto político pedagógico de um curso de medicina. **Revista Práxis Educacional**, Vitória da Conquista, v.19, n.50, 2023. DOI: 10.22481/praxisedu.v19i50.13166