

Rodrigo Otávio Moretti-Pires

**DOMESTICANDO CORPOS, CONSTRUINDO MÉDICOS:  
das relações de gênero a uma sociologia da profissão**

Dissertação submetida ao Programa de  
Pós-Graduação em Sociologia Política  
da Universidade Federal de Santa  
Catarina para a obtenção do Grau de  
Mestre em Sociologia Política  
Orientador: Profa. Dra. Márcia Grisotti

Florianópolis  
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária  
da UFSC.

Moretti Pires, Rodrigo Otávio

Domesticando corpos, construindo médicos : das relações  
de gênero a uma sociologia das profissões / Rodrigo Otávio  
Moretti Pires; orientadora, Márcia Grisotti – Florianópolis, SC,  
2017.

189 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de  
Pós-Graduação em Sociologia Política.

Inclui referências

1. Sociologia Política. 2. Medicina. 3. Estudantes. 4.  
Gênero. 5. Sociologia das Profissões. I. Grisotti, Márcia. II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós  
Graduação em Sociologia Política. III. Título.




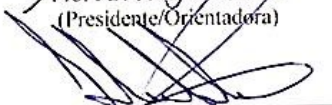
**Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política**  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
Campus Universitário - Trindade  
Caixa Postal 476  
Cep: 88040-900 - Florianópolis - SC - Brasil  
E-mail: [ppgsocpol@contato.ufsc.br](mailto:ppgsocpol@contato.ufsc.br)

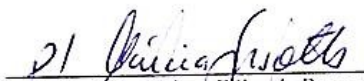
**“Domesticando corpos, construindo médicos: das relações de gêneros a uma Sociologia da profissão.”.**

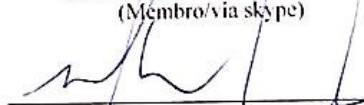
**Rodrigo Otávio Moretti Pires**

Esta dissertação foi julgada e aprovada em sua forma final pela Orientadora e pelos demais membros da Banca Examinadora, composta pelos seguintes professores.

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Marcia Grisotti  
(Presidente/Orientadora)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo  
(Membro)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Nelson Elice de Barros  
(Membro/via skype)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Marcia da Silva Mazon  
(Membro)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Marcia Grisotti  
Coordenadora

FLORIANÓPOLIS, (SC), FEVEREIRO DE 2017.



Dedico este trabalho a Zeno, que cotidianamente subverte o mundo comigo. Nos nossos sonhos, nas nossas práticas e principalmente em nós mesmos.



## AGRADECIMENTOS

À Márcia Grisotti, minha amiga, colega e orientadora, que aceitou estar comigo e me orientando nesse trabalho, suporte sem o qual não teria a menina possibilidade de fazê-lo.

Aos colegas Márcia Mazon e Murilo dos Santos Moscheta, cujas contribuições no Exame de Qualificação foram ímpares e direcionaram de maneira interessante os desdobramentos do projeto original até a consecução da presente dissertação.

Aos queridos Nelson Felice de Barros e Luiz Roberto Agea Cutolo, que toparam participar da banca, guerreiros e agentes de transformação em dois dos mais importantes Cursos de Medicina brasileiros.

À minha turma de Mestrado como um todo, cujo coleguismo e energia me nutriram nesse ano de curso o que, com toda certeza, tornou a trajetória mais agradável.

Aos estudantes de Medicina da UFSC que toparam participar dos grupos focais, além do acesso privilegiado ao mundo deles, sem os quais não seria possível me debruçar sobre esse universo corporativo e humano.

Ao meu querido amigo e colega Douglas Francisco Kovaleski, que esteve ao meu lado nesse um ano de Curso e, de maneira tão gentil e, ao mesmo tempo, crítica, leu o trabalho, com considerações importantes em sua versão previa a defesa.

Ao Zeno Carlos Tesser Júnior, meu companheiro de vida, que esteve ao meu lado em todas as situações e momentos da jornada até a defesa e, sem o qual, tudo seria muito mais difícil e, especialmente, desinteressante. Agradeço ao Zeno por tornar minha vida mais subversiva.





“O sexo, como órgão e prática,  
não é nem um lugar biológico preciso  
nem uma pulsão natural.”

(Beatriz Preciado, 2014)



## RESUMO

A Medicina, mais do que um campo do saber em saúde, é a corporação profissional de maior prestígio social na sociedade brasileira contemporânea, observada sua ampla concorrência vestibular quando comparada com a de qualquer outra carreira. Tanto na conceituação de Eliot Freidson como de Michel Foucault, a partir do advento da Modernidade e de Episteme Moderna é que esse ramo profissional conquistou legitimidade social e passou a estar em uma posição central para entender os mecanismos pelos quais o biopoder opera na Sociedade. As relações de gênero permeiam o mundo interno da profissão médica, sendo o objetivo do presente trabalho investigar as relações de gênero em termos de como o estatuto da Medicina constrói os futuros médicos, desenhando certa uma sociologia da profissão médica. Foram conduzidos três grupos focais com estudantes de um Curso de Medicina público. As categorias encontradas apontam que o curso de Medicina apresenta um currículo oculto que opera na lógica dos excessos, com um ideário médico conservador, masculinista e heteronormativo. Há constante prejuízo e práticas de submissão das mulheres no curso, tanto em termos das relações internas as disciplinas, como entre as estudantes e os estudantes. A violência contra a mulher é operada explícita e implicitamente. Pessoas LGBT são invisibilizadas, tanto em termos curriculares como em termos das relações sociais, em um processo de vigilância excessiva e constante dos estudantes para a adequação a um modelo que privilegia o homem heterossexual e os demais são abjetos.

**Palavras-chave:** Medicina. Estudantes. Gênero. Sociologia das Profissões.



## ABSTRACT

Medicine is more than a field of health knowledge. Medicine is the most prestigious social corporation in contemporary Brazilian society. It has the greatest competition when compared to any other career in the college entrance examination. Eliot Freidson and Michel Foucault conceptualize this profession has gained social legitimacy from the advent of Modernity and Epistemé Moderna. The purpose is to investigate how gender relations appear in medical students drawing certain sociology of the medical profession. Three focus groups were conducted with students from a Public Medicine Course. The categories constructed indicate that the medical course presents a hidden curriculum that operates in the logic of excess, with a conservative, masculinistic and heteronormative medical ideology. There is constant prejudice and submission practices of women in the course. Violence against women is operated explicitly and implicitly. LGBT people are invisible both in terms of curriculum and in terms of social relations in a process of excessive and constant surveillance of students to fit a model that privileges the heterosexual man and the others are abject.

**Keywords:** Medicine. Students. Genre. Sociology of the professions.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Imagem satírica difundida entre estudantes de Medicina da UFSC em 2016.....	112
Figura 2 - Mensagem relativizando o estupro coletivo em 2016.....	125
Figura 3 – Mensagem crítica a relativização do estupro coletivo em 2016.....	127
Figura 4 – Mensagem de docente sobre o estupro coletivo ocorrido em 2016.....	129
Figura 5 – Material de Divulgação da Atlética empregando estupro como desejável .....	130
Figura 6 – Mensagem contrária à misoginia no Intermed .....	138
Figura 7 – Mensagem de apoio das estudantes da FURB à ação das da UFSC.....	139





## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 – Vagas por tempo de criação do curso de Medicina.....	44
Gráfico 2 - Composição de carga horária nas áreas de conhecimento no curso de Medicina da UFSC.....	50



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – *Acquired Immunodeficiency Syndrome*

CALIMED - Centro Acadêmico Livre de Medicina

CFM - Conselho Federal de Medicina

CID - Classificação Internacional das Doenças

DSM - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

DST-AIDS - Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS

COMVEST - Comissão Permanente de Vestibulares da UFSC

GFG - Grupo Focal com estudantes Gays

GFH - Grupo Focal com estudantes Heterossexuais

GFLB - Grupo Focal com estudantes mulheres lésbicas e bissexuais

LGBT- Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e  
Transgêneros

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Evolução do número de vagas do curso de Medicina.....	44
Quadro 2 - Comparação do número de inscrições e relações candidatos por vaga para o Curso de Medicina e os demais cursos da Saúde, nos vestibulares 2016 e 2017 da UFSC.....	47
Quadro 3 - Características dos participantes dos grupos focais.....	66
Quadro 4: características dos estudantes de 1ª a 8ª fase do curso de Medicina da UFSC, 2016.....	70
Quadro 5: características da amostra, com relação a ter sofrido preconceito.....	71
Quadro 6: características da amostra, com relação convivência LGBT.	72



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO .....</b>	<b>09</b>
2.1 Saberes, corpo e gênero .....	09
2.2 Medicina enquanto construção social .....	15
2.3 Medicina enquanto operadora das regulações das sexualidades.....	25
<b>3 ESTATUTO DA PROFISSÃO MÉDICA.....</b>	<b>41</b>
3.1 Características da profissão médica no Brasil.....	41
3.2 Ensino médico, currículo oculto e gênero.....	50
<b>4 DOMESTICAR CORPOS E CONSTRUIR MÉDICOS.....</b>	<b>61</b>
4.1 Estratégias e operações de pesquisa junto aos estudantes de Medicina.....	61
4.2 Perfil dos estudantes do curso de Medicina da UFSC em 2016.....	69
4.3 O médico e o gabarito corporativo.....	72
4.4 Traços do desenho curricular: heterossexismo, machismo e misoginia.....	90
4.5 Vigilância nas relações de gênero.....	105
4.6 Mulheres no curso de Medicina.....	118
4.7 Pessoas LGBT no curso de Medicina.....	145
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>155</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>161</b>
<b>ANEXO 1 – Aprovação ética.....</b>	<b>175</b>
<b>ANEXO 2 – Músicas da Atlética da UFSC utilizadas no Intermed.....</b>	<b>177</b>
<b>ANEXO 3 – Músicas da Atlética da UFRGS utilizadas no Intermed.....</b>	<b>183</b>
<b>ANEXO 4 – Carta do CALIMED sobre relações de gênero.....</b>	<b>187</b>
<b>ANEXO 5 – Carta do CALIMED e da Atlética da UFSC sobre relações de gênero .....</b>	<b>189</b>





## 1 INTRODUÇÃO

No dia 24 de janeiro de 2017, estreou a 17ª do Big Brother Brasil, popular programa de televisão do Grupo “Globo Participações”. Trata-se de um reality show, em que pessoas reais, com características encontradas no cotidiano são selecionadas pela produção do programa para um período de confinamento e, progressivamente, serem escolhidas pela audiência até que reste uma única pessoa vencedora. Nesta 17ª edição, entre os 13 participantes, sete são mulheres e seis são homens. Um deles é o cirurgião plástico gaúcho Marcos de Oliveira Harter, de 37 anos, nascido em Porto Alegre. No vigésimo segundo minuto do programa de abertura, o referido médico cirurgião – diga-se de passagem, uma das mais disputadas e prestigiadas áreas da Medicina, que lida diretamente com a adequação de corpos ao padrão entendido como desejável na estética social cotidiana –, em sua apresentação, declarou.

Eu sou cirurgião plástico. Eu me considero um escultor. Ser cirurgião plástico é uma profissão altamente arriscada. Eu costumo dizer que sou um pit-bull no centro cirúrgico. Em todos lugares que eu andei eu acho que eu devo ter assustado muita gente com a forma que eu trabalho. Eu exijo que as coisas aconteçam. Apesar de eu não ser mais tão vaidoso fisicamente, eu me vejo muito vaidoso profissionalmente. Essa é minha doença. (...) Eu sou competitivo, por que a Medicina me fez assim, o Mercado me faz assim. Eu tenho o gene da competição. Dinheiro, poder e fama. Eu gosto mais do poder. Da fama talvez eu tenha vergonha de dizer que eu goste. Mas lá dentro eu sei que eu gosto também.

Em divulgação prévia dos participantes, Marcos também afirma “Sou um cara difícil. Eu tenho que entender que o normal pras outras

peças é um nível bem mais baixo... Sem me achar o melhor do mundo.”.

Em outra matéria veiculada sete anos antes, também pelo Grupo “Globo Participações”, em sua parceira “RBS”, em 24 de novembro de 2010, também se referia a um integrante da Medicina. Tratava-se de outro homem, ainda estudante da UFSC.

A RBS Notícias teve hoje à tarde acesso as câmeras da casa noturna em Florianópolis onde um estudante de Medicina agrediu três mulheres no sábado. Ele recebeu voz de prisão dentro da boate. (...) as imagens já mostram a confusão depois das agressões. No canto esquerdo da tela um segurança corre para o andar de cima e tira do local o estudante de Medicina. Uma jovem recebe um curativo no ferimento provocado por estilhaços de uma garrafa jogada por ele contra a parede e que também atingiu outra garota que aparece carregada na imagem. Ela levou sete pontos no ombro. Em seguida, a mulher que levou um soco na testa e teve um afundamento na parte frontal do crânio também é socorrida. (...) o responsável pela confusão é levado para um quatinho, até a chegada de um policial civil que leva o rapaz para a delegacia.

Em carta publicada , uma das mulheres envolvidas afirmou o que se segue

Eis os fatos: Fomos eu e mais duas amigas ao Vecchio Giorgio, um barzinho aqui em Floripa que fica na Lagoa da Conceição. Jantamos e subimos para o segundo andar, onde estava tocando uma banda de samba rock. O ambiente estava superlotado, insuportável. Decidimos que iríamos embora, e ainda não passava da uma

da manhã. De repente um rapaz começou a nos empurrar. Uma menina foi pedir para ele parar e ele imediatamente começou a agredi-la. Minha amiga foi separar e ele deu um soco em sua testa. Afundou a testa no mesmo momento. Algumas pessoas foram segurá-lo e ele começou a jogar garrafas nas pessoas. Uma outra menina foi atingida e levou sete pontos.

Em 11 de novembro de 2016, noticiou o Jornal de Santa Catarina a prisão do médico Antônio Gimenez Trevisan, através de um mandado de prisão temporária por suspeita de cometer estupro de duas pacientes. Na reportagem consta que aconteceram outros boletins de ocorrências sobre fatos semelhantes desde 2012.

São três casos que de forma alguma podem ser extrapolados para outras pessoas que fazem parte dessa poderosa corporação profissional - que detém largo reconhecimento social, prestígio e status. Mas, ao mesmo tempo, essas três reportagens me despertaram questões de interesse: como as relações de gênero estão construídas na Medicina e na prática dos médicos?

Uma outra reportagem, quase quarenta anos antes do início do Big Brother Brasil 2017, publicada em outubro de 1978, no quinto número do jornal carioca “O Lampião da esquina”, tinha por título “Transexualismo: quem está no banco dos réus?”. No segundo parágrafo do texto, Silva (1978, p.5) apresenta o centro do debate em questão:

Começemos com uma imagem chocante: imaginem que alguém pudesse empilhar num açougue qualquer, todos os seios sumariamente decepados pelos cirurgiões plásticos, no mundo inteiro, em nome da chamada ‘cirurgia cosmética’: a que conclusão se chegaria? Que milhares de mulheres vêm sendo mutiladas em nome de um conceito abstrato de beleza segundo o qual elas não podem ter seios grandes; e que o seio vem, com isso, perdendo sua função única

no corpo feminino, que é não a de embelezar, mas sim de amamentar. Como se explica, então, que nenhum promotor tenha até hoje resolvido processar um desses cirurgiões plásticos por lesões corporais? Afinal de contas, não há diferença entre cortar uma mão, um seio ou o órgão sexual de alguém – tudo isso é mutilação. E não se diga que o cirurgião plástico recompõe o seio à perfeição, por que o fato é que, recomposto ou não, ele perdeu sua função com a cirurgia, exatamente como acontece nos casos de reversão sexual em que um homem é transformado em mulher (esta é a origem do processo que condenou o Dr. Farina).

A matéria, desse veículo do movimento LGBT da época, apresenta para as arbitrariedades no julgamento de Roberto Farina, primeiro médico brasileiro a realizar uma intervenção cirúrgica de redesignação sexual no Brasil. Alguns aspectos são importantes a serem destacados desse fato, que ilustram de certa maneira minhas inquietações ao construir a presente dissertação: O que é considerado conhecimento médico legítimo? As relações, identidades e expressões de gêneros têm importância para a Medicina, internamente e na ação frente aos pacientes? Quais são os contextos considerados passíveis de intervenção e quais não são? Qual a lógica que opera na corporação médica para sanções frente a intervenções biologicamente corretas, mas moralmente abjetas?

Silva questiona o que estaria em jogo, quando um respeitado cirurgião plástico, seguindo o desejo e autonomia de uma pessoa transexual deseja tal procedimento, que acabou indo parar nos tribunais, segundo a acusação de mutilação.

Segundo Aran (2012), a construção das articulações dos saberes biomédicos nas questões das identidades de gênero pautou-se historicamente na heteronormatividade compulsória, de forma que as políticas públicas se tornam enunciados do discurso patriarcal, machista, sexista e misógina.

Decorre dessa base epistemológica das Políticas Públicas, certas definições de quem é cidadão perante o sistema, ao definir quem é

visível (heterossexuais e pessoas cisgêneras) para as ações dos profissionais, definem-se também quais são as dimensões da saúde abrangidas. Por efeito, ao definir quem é visível como cidadão, e quais são as dimensões da saúde desse sujeito legal definido, operam-se quais são as necessidades que tem possibilidade de existência nos serviços de saúde. Há uma naturalizada garantia de direitos a quem se adequa a heteronormatividade e ao padrão cisnormativo – incluindo aqui Gays, Lésbicas e Bissexuais frente às manifestações e invisibilidades das pessoas Trans - tornando os demais abjetos, nos termos de Butler, e monstruosos, nos termos de Foucault.

O desenvolvimento de campos dos saberes médicos como a psiquiatria, a endocrinologia e a cirurgia foi construído com proeminência nesse debate, não como discurso de inclusão da diversidade para além da heterossexualidade, mas sim como operações que convidam as pessoas que não são heterossexuais a ocuparem o lugar do doente e de quem necessita de cura. Cura essa que a Medicina promete possibilitar e que, conforme aponta Aran (2012), promoveu entre as décadas de 1920 a 1950 um franco desenvolvimento tanto da cirurgia como da endocrinologia como tecnologias de intervenções sobre os corpos de pessoas intersexuais, objetivando a adequação a um dos fenótipos – masculino ou feminino.

Paralelamente, a psiquiatria através de trabalhos de John Money e Robert Stoller pautou suas considerações sobre o fenômeno das pessoas transexuais a partir de uma perspectiva da inadequação dos corpos aos desejos, enquanto doença psiquiátrica, social e exigência de intervenções higienistas (ARAN, MURTA & LIONÇO, 2009). Em seu trabalho foi norteadora a ideia da incurabilidade da inadequação entre a loucura de se sentir no gênero oposto a verdade apresentada pelo corpo biológico e do genital, convidando as pessoas trans ao papel de doentes incuráveis e que, portanto, mereciam a atenção cirúrgica e endocrinológica, de forma a garantir uma vida enquanto pessoa normal. Preconizavam a intervenção do profissional médico para reestabelecimento da normalidade dos sexos binários que, nas palavras de Aran (2012), serve a “(...) um dos mais violentos dispositivos do tecnobiopoder contemporâneo: a construção biotecnológica dos corpos sexuais” (ARAN, 2012, p.144).

Ao mesmo tempo, as mulheres cisgêneras recorrem cotidianamente ao uso de hormônios com finalidade de controle de natalidade, atletas e praticantes de musculação constroem seus corpos com o uso de testosterona prescrita por médicos clínicos gerais e médicos do esporte, idosos ingerem diariamente hormônios prescritos por seus médicos e

geriatrias, como forma de reposição hormonal. No entanto, o uso de hormonioterapia entre pessoas trans ainda é um verdadeiro tabu nos serviços de saúde. A modificação corporal não é entendida pela prática biomédica como parte da autonomia do usuário dos serviços de saúde. Ela é restrita a procedimentos que se pautam na ideia de corpo doente ou que demanda intervenções para cumprir as expectativas sociais do corpo saudável como no caso de praticantes de atividades físicas intensas.

Jorge Leite Jr (2011) analisa que a Medicina vale-se de um paradigma binário que norteia o que considera como saudável e o que vem a se constituir enquanto doente, com determinada equação que resulta em “verdadeiros homens” e “verdadeiras mulheres”, adequando-se a dicotomia do masculino e do feminino, “(...) sendo qualquer perturbação desta equação e linearidade um “desvio”, uma “perversão.” (LEITE JR, 2011, p.96)”. Trata-se de uma batalha epistemológica para esse autor, como efeito de operações discursivas nas quais “(...) nomeação de comportamentos, identidades, desejos ou corpos como “portadores” de complexas doenças ou simples transtornos é menos uma descrição de variações humanas do que uma hierarquização política de graus de humanidade”. (LEITE JR, 2011, p.181).

Acredito ser importante, antes de iniciar o desenvolvimento do presente trabalho, posicionar meu espaço de fala nesse contexto. Sou um homem gay, de classe média, branco, com graduação tanto em Odontologia como em Ciências Sociais, mestrado tanto em Saúde Pública como em Sociologia Política, Doutorado na área de Saúde Mental, docente do Departamento de Saúde Pública da UFSC. Também sou ativista LGBT. Também me considero de esquerda.

Desde muito tempo, tive contato direto com o curso de Medicina, com médicas e com médicos formados, e muitas vezes me questionei como pessoas tão importantes socialmente apresentavam-se de certa forma “amarradas” a uma corporação que me parecia presente em seus corpos, em suas atitudes e em suas formas de interagir com o mundo. Me chamava à atenção isso, dado que minha formação enquanto profissional de saúde me marcou, mas não da forma como via exclusivamente no âmbito da Medicina.

Ao me dedicar ao ativismo LGBT, e no contato com as feministas, passei a reconhecer diversas demandas e dilemas da prática médica frente a essas populações, e a dúvida sobre a formação e de como as relações de gênero ali se apresentavam se tornou mais contundente. Com vistas a essas considerações iniciais, o presente trabalho objetiva investigar como as vivências e experiências compartilhadas enquanto

estudantes de Medicina normaliza a heterossexualidade como norma para a corporação médica.





## 2 FUNDAMENTAÇÃO

### 2.1 Saberes, corpo e gênero

Bourdieu (1996) conceitua que os grupos sociais hegemônicos, sejam quais forem suas naturezas, exercem e garantem a reprodução de suas posições sociais e da coesão que mantém a sociedade através de um *modus operandi*, empregando coerção aos grupos dominados, por processos ideológicos, físicos e econômicos nas trocas simbólicas e nas posições sociais de quem pode dar e quem precisa receber, tanto em aspectos objetivos como nos subjetivos das relações sociais (Bourdieu, 1996).

Esses processos ocorrem na medida em que os grupos apresentam respostas socialmente aprendidas no transcorrer da história individual dos indivíduos, tanto na coletividade como na família através das experiências do correto e do incorreto para determinada sociedade, constituindo-se como *habitus* (Bourdieu, 2004). Nas palavras de Bourdieu, “(...) funciona como engrenagem do campo de maneira a manter a reprodução social das crenças, por meio da incorporação legítima (“*habitus*”) de cada agente e da posição social - e de gênero - que ocupa na estrutura que está inserido.” (Bourdieu, 2004, p.131).

A despeito da naturalização do sexo e do gênero na sociedade, Judith Butler (2001, 2003) afirma que os gêneros são constituídos como os resultados de performances, ou seja, não existe essência/existência em si, mas são realidades provisórias e construídas, processuais e contingentes. Nas palavras de Butler “A performatividade não é, assim, um ato singular, pois ela é sempre uma reiteração de uma norma ou conjunto de normas” (BUTLER, 2001, p.167).

A autora discorre sobre a insuficiência dos aspectos biológicos (e da própria construção social desses saberes)<sup>1</sup> para a constituição do “ser homem” e do “ser mulher”, depende de atos continuamente reiterados socialmente, por exemplo, com a atribuição de nomes e de termos para certa a materialidade de características específicas do gênero, com tecnologias e funcionamentos para o corpo a partir dessas denominações. Os gêneros para Butler é tão socialmente produzidos quanto o sexo, não se constituindo enquanto “inscrição cultural”.

---

<sup>1</sup> Butler concorda com a genealogia e arqueologia de Michel Foucault, especialmente na questão dos dispositivos de poder, base sobre a qual a autora constrói o conceito de matriz heteronormativa, ou seja, uma matriz de sentidos que toma a heterossexualidade compulsória como parâmetro.

A naturalização dos gêneros decorre de determinados atos performativos socialmente aceitos, em uma lógica é binária. Há, assim, a instituição de uma relação de coerência e linha de continuidade de ações, unindo o sexo biológico determinado pelo aparelho genital ao gênero, tanto quanto às práticas sexuais aos desejos, construindo e legitimando uma matriz heterossexual por meio de discursos (BUTLER, 2003, p.38). O que escapa desse binarismo é abjeto e deve ser repreendido socialmente. Um argumento de Butler, a partir dos trabalhos de Thomas Laqueur, é de que o sexo mesmo é produzido socialmente já que, a divisão entre homens e mulheres a partir de genitais é uma escolha social. Afinal de contas, por que os genitais e não as cores de olhos dividem os sexos? A pronta resposta que surge é a da reprodução sexual, apontando para como essa relação de gêneros e reprodução é importante no âmbito da sociedade contemporânea, como já apontado anteriormente por Foucault nos três volumes da História da Sexualidade.

Para Rubin (1984) os sistemas sociais criam hierarquização de valores, reproduzidas nas práticas sociais compartilhadas, sendo que a sexualidade é central na constituição social dessas hierarquias, que retratam posições de inferioridade ou subalternização. As hierarquias promovem diversos preconceitos, que, particularmente na questão de gênero, resultarão em manifestações diversas contra todas as manifestações sociais que não se adequem as regras e normas da heterossexualidade, uma vez que se trata de uma disputa por hegemonia nas hierarquias sexuais (PRADO & MACHADO, 2012).

Warner (2000) discute que desde a Grécia Antiga existe uma cultura de governo da intimidade das pessoas, que se vale da vergonha como um mecanismo político que imputa a alguns indivíduos maiores risco de sanções sociais baseadas em conformidade com as praticas sexuais classificadas como não normais. Assim, segundo o “moralismo”, o sexo “normal” é um dos elementos que mantêm o *status quo*, ao classificar como vergonhoso aquilo e aquelas pessoas que não se encaixam, tanto quanto determina o que e quem é passível de ter vergonha merecida na sociedade (WARNER, 2000). Desse modo, as pessoas marcadas com “selos da vergonha” são tratadas conforme classificações estereotipadas e reduzidas de suas dimensões humanas (JESUS, 2012).

Na temática do gênero, não há como desconsiderar a violência simbólica que sustenta as relações sociais desiguais veladas entre os sexos, em que os indivíduos "(...) submetem-se às normas que definem o que deve ser o corpo, não só na sua configuração perceptível, mas

também na sua atitude, na sua apresentação, etc." (Bourdieu, 1983, p.201).

Na medida em que o *habitus* para Bourdieu (2007) é um sistema de estruturas sociais “estruturadas e estruturantes”, que promove a geração unificada de práticas e ideologias características do grupo dos agentes pode-se entender o contexto de constantes atos de violência simbólica contra pessoas LGBT<sup>2</sup> como performativas do *habitus* que, como tal, implica em representações sobre si e sobre a realidade que parte do descompasso entre o que são e o que deles se exige ser em seu grupo social.

Esse *habitus* se reproduz na desvalorização dessas pessoas, de seus valores, aspirações de mundo, e mesmo de identificações, operando pela incorporação das pessoas por um modelo de ser heterossexual que não se adapta ao que as diversas possibilidades que poderiam compreender as diversas orientações não binárias, excluindo-as e perpetrando constante reprovação pelos agentes, reproduzindo em suas práticas e performances de ser no grupo social, tal como apresentado por Vieira (2015) ao investigar os mecanismos de violência simbólica e instituição do *habitus* entre estudantes LGBT da UFSC.

Sobre esses mecanismos declara Bourdieu (2014) que “a opressão como forma de 'invisibilização' traduz uma recusa à existência legítima, pública, isto é, conhecida e reconhecida, sobretudo pelo Direito, e por uma estigmatização que só aparece de forma realmente declarada quando o movimento reivindica a visibilidade” (p. 143-4).

Uma questão central nesse íterim são os dispositivos de assujeitamento às normas sociais, definindo Foucault que se trata de

(...) um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais filantrópicas. Em suma, o dito e o não

---

<sup>2</sup> Se empregará a sigla LGBT para designar pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgênero, tal como definido pelo Conselho de Combate à discriminação e promoção dos direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, a partir da 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos LGBT, em 2011.

dito são elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos. Em segundo lugar, gostaria de demarcar a natureza da relação que pode existir entre estes elementos heterogêneos. Sendo assim, tal discurso pode aparecer como programa de uma instituição ou, ao contrário, como elemento que permite justificar e mascarar uma prática que permanece muda; pode ainda funcionar como uma reinterpretação dessa prática, dando acesso a um novo campo de racionalidade. Em suma, entre esses elementos discursivos ou não, existe um tipo de jogo, ou seja, modificações de funções, que também podem ser muito diferentes. Em terceiro lugar, entendo dispositivo como um tipo de formação que, em determinando momento histórico teve como função principal responder a uma urgência. O dispositivo tem, portanto, uma função estratégica dominante. (FOUCAULT, 2002, p.244).

Para Foucault (2002) constroem-se regimes de verdade a partir da articulação, produção e sustentação de redes de dispositivos, a exemplo da sexualidade nos séculos XVIII e XIX.

A sexualidade é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico: não à realidade subterrânea que se aprende com dificuldade, mas à grande rede de superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, à formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e poder (FOUCAULT, 2011).

Foucault afirma que onde há poder, há resistência, uma vez que o poder tem caráter de rede capilar e relacional, ocasionando a existência de “(...) alma da revolta, foco de todas as rebeliões, lei pura do revolucionário” (FOUCAULT, 2002, p.91). As resistências são “possíveis, necessárias, improváveis, espontâneas, selvagens, solitárias, planejadas, arrastadas, violentas, irreconciliáveis, prontas ao

compromisso, interessadas ou fadadas ao sacrifício”, distribuindo-se no tempo e no espaço de modo irregular, pulverizada, transversais às estratificações sociais e aos sujeitos. Nesse aspecto, Butler (2015) afirma que as ficções reguladoras estão inseridas nos regimes de poder: univocidade do sexo, coerência interna do gênero, e estrutura binária para o sexo e gênero.

Concordando com Foucault, Butler (2015) defende que “(...) ser sexuado é estar submetido a um conjunto de regulações sociais, é ter a lei que norteia essas relações situada como princípio formador do sexo, do gênero, dos prazeres e dos desejos, e como o princípio hermenêutico de auto interpretação.” (BUTLER, 2015, p.168), situando que o machismo, o sexismo e a heterossexualidade compulsória são regimes de poder, já que há regulação e controle sociais da sexualidade, produzindo o sexo como unívoco, em que “a pessoa é de um sexo e, portanto, não é de outro” na construção social da sexualidade.

(...) o corpo não é ‘sexuado’ em nenhum sentido significativo antes de sua determinação num discurso pelo qual ele é investido de uma ‘ideia’ de sexo natural ou essencial. O corpo só ganha significado no discurso no contexto das relações de poder. A sexualidade é uma organização historicamente específica do poder, do discurso, dos corpos e da afetividade. Como tal, Foucault compreende que a sexualidade produz o ‘sexo’ como um conceito artificial que efetivamente amplia e mascara as relações de poder responsáveis por sua gênese. (BUTLER, 2015, p.162).

O sexo é, portanto, um efeito, não uma causa. A sexualidade trata então, de um sistema histórico aberto e complexo de discurso e poder, sendo o sexo uma parte da estratégia para ocultar e perpetuar essas relações do poder. A categoria sexo e das diferenças sexuais são construídas sobre bases discursivas e epistemológicas, justificadas pelas necessidades e aspectos de diferenciações biológicas que pautam-se em certa normatividade. Reforçando esse argumento, indica Butler (2015) que a construção de identidades parte da produção de sujeitos estabilizados, na medida em que identidade é ser idêntico a um ideário

normativo. Dessa forma, há construção relativa à ordem compulsória sexo/gênero/desejo.

(...) a ‘unidade’ do gênero é o efeito de uma prática reguladora que busca uniformizar a identidade do gênero por via da heterossexualidade compulsória. A força dessa prática é, mediante um aparelho de produção excludente, restringir os significados relativos de ‘heterossexualidade’, ‘homossexualidade’ e ‘bissexualidade’, bem como os lugares subversivos de sua convergência e ressignificação. (BUTLER, 2015, p.67).

Assumindo a definição Butler (2015), gênero é processual, devir, prática discursiva contínua aberta à intervenção e ressignificações, “(...) insistente e insidiosa, sustentada e regulada por vários meios sociais.” (BUTLER, 2015, p.69). É “(...) a estilização repetida do corpo, um conjunto de atos repetidos no interior de uma estrutura reguladora altamente rígida, a qual se cristaliza no tempo para produzir a aparência de uma substância de uma classe natural de ser.” (BUTLER, 2015, p.69).

Paralelamente, sexo é uma operação da heterossexualidade compulsória, relacionada a um sistema de sentidos e de moralidades que indica a normalidade da reprodução sexual e de sua compulsoriedade. Para tanto, há que se ter um sistema binário, tanto visual, como funcional e, especialmente, de significados sociais, que designe o que seja o homem e o que seja a mulher.

(...) A marca do gênero parece ‘qualificar’ os corpos como corpos humanos; o bebê se humaniza no momento em que a pergunta ‘menino ou menina?’ é respondida. As imagens corporais que não se encaixam em nenhum desses gêneros ficam fora do humano, constituem a rigor o domínio do desumanizado e do abjeto, em contraposição ao qual o próprio humano se estabelece. (BUTLER, 2015, p.193).

Sobre a relação entre gênero e prática médica, Connell e Pearse (2015) apontam que há um franco descompasso entre as reivindicações dos movimentos sociais, e dos estudos universitários sobre gênero e diversidade sexual, e aquilo que a Medicina toma como conhecimento válido para suas práticas, de forma que “(...) a maioria dos médicos ainda mantém ideais heteronormativas e homofóbicas” (p.89).

## **2.2 Medicina enquanto construção social**

O interesse das ciências sociais sobre as profissões acompanha o próprio desenvolvimento deste campo do conhecimento. Durkheim (2003) caracterizou o profissionalismo como uma forma de comunidade moral baseada na filiação ocupacional. Também Parsons (1951) se ocupou dessa temática, sendo que em seus argumentos o treinamento profissional deveria cultivar um equilíbrio entre os interesses pessoais e os interesses coletivos em dada atividade profissional, criando uma interação vital para a ordem social, na medida em que as ocupações referem-se a atividades e serviços necessários a determinada comunidade.

O primeiro curso de Medicina no Brasil foi criado em 1808, na cidade de Salvador, por ocasião da chegada da Família Real Portuguesa e a necessidade de formação de médicos para a consolidação do Primeiro Reinado, segundo Amaral (2007). Mesmo assim, os filhos da aristocracia destinavam-se à Europa para sua formação em Medicina, tal como aponta Gilberto Freyre (2002) considerando uma herança da colonização portuguesa. “O próprio anel no dedo, com rubi ou esmeralda, do bacharel ou do doutor brasileiro (...) os óculos ou pincenê também são usados como sinal de sabedoria ou de requinte intelectual e científico.” (FREYRE, 2002, p.350).

Freyre (2002) apresenta que os títulos universitários (bacharel, mestre e doutor) tinham importância por garantir prestígio social, especialmente para pessoas que não eram da aristocracia ou eram das colônias sendo “uma maneira de se aristocratizarem” (FREYRE, 2002, p.350), referida pelo autor como a “(...) mania de sermos todos doutores em Portugal e sobre tudo no Brasil (...)” (Freyre, 2002, p.350).

Além da questão própria da prática Médica, Freyre (2002b) aponta um aspecto interessante da importância social dos “doutores médicos”: na disputa discursiva pelas explicações da sociedade brasileira, ao retornarem de seus estudos na Europa os doutores traziam consigo “(...)

as últimas ideias inglesas e as últimas modas francesas” (FREYRE, 2002b, p.1216), garantindo sua legitimidade social e prestígio.

Freyre (2002) ressalta a importância do “doutor médico” naquela sociedade, entendendo que o médico da família substituiu progressivamente o padre como confessor e conselheiro nos assuntos sobre o desenvolvimento do biológico das pessoas, assim como sobre o nascimento, a saúde e a morte. Em suas palavras “(...) a mulher do sobrado foi encontrando no doutor uma figura prestigiosa de homem em quem repousar da do marido e da do padre” (FREYRE, 2002b, p.830).

Entre os sociólogos que se dedicaram ao estudo da Medicina e do profissionalismo médico, destaca-se Eliot Freidson, que construiu uma base teórica das mais influentes nesse campo ao longo de sua trajetória acadêmica. Uma das características dos trabalhos de Freidson se refere às suas críticas ao modelo parsoniano, considerando que se trata de um dispositivo teórico abstrato e, assim, com fragilidades para a explicação do fenômeno social cotidiano.

A questão de ir ao cotidiano da prática médica e, dali, construir sua teorização, é uma característica defendida por Freidson, inclusive por que o autor afirma que tanto as regularidades como as irregularidades observadas nos fenômenos sociais devem importar na construção das explicações sociológicas, em uma postura de pensar e teorizar a partir do empírico e dos seus sentidos produzidos (FREIDSON, 2009).

Na obra “Profissão Médica: um estudo sociológico do conhecimento aplicado” (FREIDSON, 2009), Freidson imerge nas relações cotidianas que constroem a Medicina enquanto profissão, diferenciando-a das ocupações profissionais<sup>3</sup>. A cura em si não se constitui uma característica que construa a Medicina como profissão, na medida em que os leigos e outras ocupações (incluindo curandeiros) detêm possibilidades de realizá-la.

---

<sup>3</sup> Para Freidson (2009), existem diferenças sociológicas importantes entre as ocupações profissionais e as profissões. Destacam-se características como o monopólio do saber e das técnicas, a auto-regulação profissional, a existência de autarquia profissional que regule e seja a guardiã da ética profissional e a legitimidade/prestígio social de determinadas atividades que garantam a identidade da profissão com as expectativas sociais sobre essa. Esses requisitos controem o que Freidson (2009) conceitua como aspectos esotéricos da profissão, que demandam monopólio. Para Freidson são condições de uma profissão a existência de conhecimentos e técnicas conquistados e reconhecidos socialmente através de “(...) procedimentos profissionais especiais para diferenciarem-se do homem leigo – maneiras peculiares de se vestir, falar e utilizar nomes profissionais especiais quando trabalham” (FREIDSON, 2009, p.29).



A Medicina é retratada por Freidson (2009) com características de construção histórica que a fizeram transitar de uma ocupação secundária para uma profissão central no âmbito do capitalismo. Foucault (1980) também aponta que, ao construir-se enquanto campo de saber diferenciado da Filosofia, a Medicina aliou-se ao movimento que estava ocorrendo na Europa no advento da Epistémé Moderna e ganhou a proeminência que nunca detivera na história europeia.

Freidson (2009) identifica que o desenvolvimento do reconhecimento social da ciência como explicação para os fenômenos cotidianos na sociedade foi uma condição indispensável para a construção da legitimidade médica, ao ponto de que na contemporaneidade a Medicina conquistou o controle sobre as condições de uso e administração de certas técnicas e procedimentos que progressivamente garantam valorização na vida social, frente a outros saberes de diagnóstico, explicação e cura.

Ainda traçando certo paralelo, Foucault (1980) afirma que somente quando o médico deixou a posição de quem não detinha o privilégio do saber sobre a doença e, assim, indagava ao paciente sobre estava acontecendo, para a realidade em que o saber é de seu monopólio, e passa a indagar onde estão os sintomas e procurar onde estão os sinais, é que nasce a clínica como a sociedade contemporânea concebe com privilégios sociais e hierárquicos a Medicina.

Segundo Freidson (2009), os historiadores da Medicina enfocaram seus trabalhos teorizando sobre os desenvolvimentos técnicos que foram considerados socialmente bem sucedidos ao longo da história ocidental, desconsiderando que até o advento do Iluminismo a Medicina era uma atividade de relevância pequena, dada sua “frouxa e variável conexão com as crenças culturais gerais” (FREIDSON, 2009, p.32), caracterizadas por um *corpus* de conhecimento constituído por “(...) descobertas de pequenos feitos isolados que nós consideramos agora serem cientificamente verdadeiros” (FREIDSON, 2009, p.33). Para o Freidson

(...) não é fácil ver que no passado (como hoje, também) essas verdades fragmentárias eram frequentemente confundidas com uma quantidade de procedimentos ineficazes e até mesmo nocivos, alguns dos quais foram simplesmente utilizados de forma empírica (...). O benefício era, sem

dúvida, pequeno para o paciente atendido pelo médico que fazia ou usava uma descoberta válida, mas que na prática, estava inserida no conjunto de falsas convenções. (FREIDSON, 2009, p.33).

O autor defende que as crenças culturais gerais progressivamente assumiram a ciência como explicação legítima no final do século XIX e, pelos progressos enquanto corpo organizado de conhecimentos e sentidos práticos, a Medicina passou a deter base científica própria e com reconhecimento social suficiente para que seu trabalho fosse considerado superior ao dos curandeiros. Nessa perspectiva de Freidson, a partir desse momento histórico a educação geral passou a aceitar os serviços médicos como profissionais de consulta<sup>4</sup> diferenciados dos recebidos de outras ocupações. Nas palavras do autor

Na prática o trabalho do médico é, antes de tudo, dirigido concretamente à solução de um problema prático, da mesma maneira que o trabalho do feiticeiro. Até possuir fundamento científico, o trabalho do médico podia oferecer a seus consumidores pequenos benefícios a mais se comparado a muitos outros curandeiros. (FREIDSON, 2009, p.33).

Na passagem do século XIX para o século XX, Freidson encontra acontecimentos que estabilizaram a Medicina enquanto profissão. Um aspecto é a necessidade e institucionalização do diploma como autorização social e legal para o exercício da Medicina, retratando o agrupamento de conhecimento, critérios práticos e intervenções clínicas coerentes à corporação, que passam a desenvolver o credenciamento

---

<sup>4</sup> Segundo Freidson, as chamadas profissões de consulta dependem diretamente da aceitação dos sujeitos que a elas se submetem, sendo que a eficácia na percepção desses últimos é fundamento da perpetuação da profissão. Segundo o autor “As profissões de consulta têm de passar pelo teste de resolver problemas práticos apresentados por sua clientela leiga” (FREIDSON, 2009, p.42).

através das universidades. A instituição universitária passa, então, a ser a depositária da sólida base técnica e do ensino e transmissão de conhecimento.

Mais do que uma questão entra corporação, Freidson defende que “(...) o público desenvolveu conhecimento e crença que mais se assemelhavam as dos médicos em si, tornando-se mais receptivos ao seu trabalho” (FREIDSON, 2009, p.41) e, nesse processo, a institucionalização do ensino e requisitos para conquista do diploma médico encontrou consonância nas práticas de reconhecimento e legitimação social da época.

O monopólio das técnicas de diagnósticos e de interpretação dos resultados sobre a saúde das pessoas é uma característica importante para o entendimento da legitimidade da Medicina após a revolução industrial, segundo Freidson (2009). Paralela a essa característica, a Medicina detém as condições de controle e comando sobre os conteúdos considerados adequados e seleção de métodos efetivos dentro da racionalidade da ação profissional que determinam o que, como e quem pode desempenhar a atividade de consulta, intervenção e cura. Assim, parte do monopólio médico sobre a saúde e sobre os corpos pode ser explicada para Freidson (2009) na medida em que existe o entendimento tanto da corporação como da Sociedade, de maneira autorizada pelo Estado, que os médicos são a primeira fonte para estabelecer os critérios que os qualificam ao trabalho de maneira socialmente aceitável no âmbito das atividades de saúde.

Particularmente, Freidson argumenta que o entendimento intra corporativo sobre a atividade profissional não é suficiente para o estabelecimento do monopólio sobre as atividades, sendo fundamental a existência da crença geral e pública sobre determinada profissão, tanto no âmbito do conhecimento e das habilidades, especialmente em profissões que sejam caracterizadas pela consulta como é a Medicina.

O desenvolvimento das crenças gerais na profissão se baseia para Freidson na percepção social de congruência do trabalho possível ao médico com as crenças gerais sobre como esse trabalho deve ser desempenhado, processo que se torna reforçado pela compatibilidade entre as práticas médicas e o que Freidson (2009) nomeia de “sistema cultural de crenças”. Paralelamente, nesse sistema cultural de crenças, especialmente no que se refere ao diagnóstico e a cura, diversas explicações, procedimentos e operadores de saberes distintos são concorrentes, a exemplo das demais ocupações de saúde, curandeiros, terapeutas e práticas holísticas.

No entanto, o principal concorrente da Medicina, assim como das demais ocupações de consulta, se trata do próprio paciente, na medida em que existindo a possibilidade do autocuidado, os pacientes não recorrerão a ocupações ou profissões para a cura. É nesse sentido que Freidson (2009), de certa maneira, descola sua teoria da perspectiva normativa de que as profissões e saberes por si mesmos garantem funções na sociedade.

Em outro aspecto da constituição da Medicina como profissão, Freidson analisa que a autonomia é uma característica fundamental, seja na concorrência com outras profissões e ocupações de consulta sejam na prática individual de cada um dos profissionais médicos. Nessa dimensão de análise, a autonomia é também decorrente da relação da profissão com o Estado Soberano, sem o qual ela jamais poderia ser autônoma.

Nas relações entre o Estado e a profissão, os agentes e as agências formais, assim como os profissionais e os funcionários do Estado formalizam os limites e o controle da profissão sobre o próprio trabalho, havendo um papel estratégico das associações profissionais enquanto estrutura organizacional dentro da qual o trabalho profissional é exercido e regulado economicamente, eticamente e tecnicamente. As associações profissionais também tem a função de garantir o prestígio social da profissão, como porta-voz legitimado na sociedade.

Na conceituação de Freidson, a ética profissional que circunscreve os limites da profissão é construída nessas associações profissionais, ao redor da dimensão da autonomia da técnica profissional. É justamente na reivindicação da posição de posse de perícia esotérica e complexa, que não está à disposição dos leigos, e sim nas associações profissionais e no exercício dos profissionais a elas afiliados, que se garante a autonomia, haja vista que a função dessas autarquias no Estado é zelar pela segurança no manejo das atividades profissionais.

O estabelecimento de critérios avaliativos sobre o que é exclusivo ao médico, o que é do médico e dos demais profissionais de saúde, e o que é do leigo, constroem as relações de reprodução exclusiva do exercício médico em distinção aos demais, sejam profissionais de saúde, curandeiros ou pacientes.

Freidson argumenta que a compreensão social de que o trabalho inadequado em termos de consulta, diagnóstico e intervenção técnica nos corpos, ao lado da idéia consolidada de que a Medicina detém as condições adequadas para tal, constitui um importante e poderoso processo de proteção dos privilégios médicos sobre os demais. Essa

característica é distintiva da Medicina frente às demais atividades de cura, segundo Freidson (2009), uma vez que poucas são as ações e

missões do médico que não poderiam ser executadas por outros profissionais não médicos. No entanto, o autor afirma que o desenvolvimento paralelo dessas outras atividades profissionais organiza-se na sociedade capitalista tomando a Medicina como sua referência e, em última instância e de maneira finalística é controlada pelos saberes médicos.

A institucionalização da formação médica no âmbito das universidades garantiu, segundo Freidson (2009), a necessária “aura de formação e ciência” e diferenciação em posição de status superior as demais atividades e ocupações de consulta. Com isso, a Medicina garantiu maior poder político e potencial de persuadir o Estado ao monopólio de certas práticas e representações da sociedade, controlando seus concorrentes.

Freidson (2009) defende que a Medicina cumpre as condições formais para ser conceituada como profissão, uma diferenciação necessária em relação à prática em si frente aos pacientes.

A primeira condição refere-se à constituição de um programa estável de conhecimentos e estágios do mesmo, tendo por efeito um treinamento prolongado – tanto geral como especializado – a partir de um repertório teórico abstrato e esotérico. No entanto, se compararmos com a filosofia – talvez a mais hermética das formas teóricas contemporâneas – essa condição não torna suficiente a explicação do poder médico na sociedade capitalista. Para Freidson (2009), deve haver a crença coletiva e social de que esse conhecimento tenha validade e status superior aos demais, o que é patente em termos da profissão médica.

A segunda condição refere-se à autonomia da profissão. A Medicina, através de suas instâncias, associações e relações com o Estado, detém a capacidade de determinação dos próprios padrões de educação e treinamento, sendo ou não justificados pela relevância social, havendo ou não aplicabilidade para as pessoas em seu cotidiano. Podemos pensar que essa característica também é um elemento do esoterismo médico, seja em termos de saberes quanto de práticas.

Também a profissão deve apresentar uma forma de credenciamento legal, através de conselhos de licenciamento e admissão compostos por membros da própria profissão, e que regulam os processos através de legislação própria. Ainda sobre a autonomia, a profissão deve ser livre da avaliação e controle dos leigos.

Segundo Freidson, “A profissão possui um crédito obtido junto ao público. (...) convenceu a sociedade a consentir e apoiar sua autonomia” (FREIDSON, 2009, p.104). Novamente, em Freidson é a confiança das pessoas na figura do médico que lhe garante uma hierarquia especial frente às demais atividades e ocupações concorrentes, incluindo as ações e avaliações do próprio paciente.

Estes aspectos sociais e corporativos que constroem a Medicina estão diretamente implicados na prática cotidiana do médico, segundo Freidson (2009), que mais que um núcleo comum de conhecimentos e técnicas, defende que a Medicina se constrói através de comportamentos sociais e atitudes individuais comuns no cotidiano do contato entre profissional e paciente.

Diferente e crítico à Parsons, para o qual existem papéis e desempenhos esperados do profissional, Freidson (2009) apresenta que “A análise do trabalho médico exige normas mais concretas” (FREIDSON, 2009, p.183), na medida em que o autor defende que é no cotidiano e nas práticas que fogem as regularidades gerais que deve se buscar o entendimento sociológico das profissões.

Na base de sua análise, Freidson (2009) posiciona a formação profissional como uma variável menos importante “(...) que o meio onde o trabalho é exercido” (FREIDSON, 2009, p.111), no sentido de que a construção da autoridade médica e das condições para sua atividade se dá pela aceitação (e ousamos: submissão) dos pacientes e de seu grupo social ao médico. Mais do que a teoria, a legislação e a formação em si, os pacientes entregam os rumos clínicos de suas condições de doença aos médicos por acreditarem que há algo que esses possam fazer pelos primeiros e que nem eles mesmos ou demais ocupações de consulta concorrentes poderiam fazer.

Nesse sentido, Freidson (2009) tenciona que a análise da profissão, mesmo que se relacione a aspectos amplos como a constituição da corporação e das regulações legais, não pode desconsiderar que o cotidiano das relações entre o médico e o paciente é fundamental, e norteia o processo mais amplo, na medida em que “A atividade médica baseia-se na simples relação entre o profissional e o cliente, não em uma organização. Caracteristicamente, se dá em intimidade, em locais fechados.” (FREIDSON, 2009, p.111). Mas aponta que “Ela é, entretanto, muito mais do que uma simples revelação: é uma prática inserida em uma estrutura organizada que influencia o comportamento do médico e dos pacientes” (idem).

Para Freidson o diagnóstico médico parte de um mecanismo indubitável socialmente que provoca a missão médica de descobrir e

tratar “(...) uma forma de desvio cuja objetividade não é questionada.” (FREIDSON, 2009, p.286), de forma que, ao determinar moralmente sobre o paciente, mais do que a ação física, há uma verdadeira organização de identidade social imputada pelo médico ao leigo.

Já que o status biofísico dos sinais médicos é confundido com o status moral e social do significado de doença, nenhuma questão séria é levantada sobre a Medicina, como tem sido frequentemente levantada sobre o tribunal de justiça a respeito do perigo social e moral de se denominar (ou diagnosticar equivocadamente). A Medicina preocupa-se em grande parte (embora existam algumas exceções) com as consequências biofísicas do diagnóstico e do tratamento – se eles são precisos e eficazes. Ela não está preocupada com as consequências sociais. (...) As consequências sociais sobre a identidade que sofre a pessoa que foi denominada de doente raramente são levadas em consideração pela Medicina. (FREIDSON, 2009, p.286-7).

Ao transformar quem procura o médico em paciente, a Medicina, mais do que a aparente objetividade biológica, opera tomando decisões sociais com relação às pessoas, inexistindo para esse autor a possibilidade de “decisões puramente médicas” no trato com os leigos frente à autoridade social da profissão médica.

Freidson (1988) afirma que a dimensão de construção social das doenças tem tanto no cotidiano como nas instituições de conhecimento suas condições de existência, de forma que a corporação médica deve também ser analisada como criadora e proponente de “corpos particulares de conhecimento” com papéis sociais importantes que operam nos modelos tanto das políticas sociais como das instituições da vida cotidiana. Analisa que se trata, portanto, de uma relação de poder já que os médicos “(...) e seus conhecimentos são ditos como tendo poder. O conhecimento torna-se poder, e a profissão sustenta-se como a conexão entre os dois (*políticas sociais e vida cotidiana*)” (FREIDSON, 1988, p.ix).

Para Freidson (1988), para a análise do poder das profissões nas regulações das políticas sociais e do cotidiano é imprescindível atentar-se para como ambas as instâncias da vida social são postas em articulação, como trabalham, como as pessoas que participam são diferenciadas por posições e perspectivas, e como as posições institucionais influenciam na criação, transmissão e aplicação dos conhecimentos.

A despeito de sua teorização própria e não se incluir enquanto foucaultiano, Freidson (1988) concorda com as considerações sobre o Poder e a regulação dos corpos de Michel Foucault, considerando que o conhecimento é um instrumento empregado para o propósito de controlar ou dominar a vida cotidiana, modulando-se aos propósitos do estado.

O autor afirma que as técnicas e racionalidades inerentes ao conhecimento formal regulam e estruturam as possibilidades de escolhas e ações das pessoas ao pressuporem escolhas antecipadas. “As pessoas se tornam uma função do sistema criado por outros para controlá-las” (FREIDSON, 1988, p.6). Freidson (2001) chama a atenção para uma distinção importante no cômputo do presente trabalho entre o currículo de formação profissional e a prática no cotidiano. Para Freidson (2001), o treinamento formal nas profissões sustenta-se por meio Medicina é responsabilizar a própria profissão de teorias e conceitos abstratos, que se distanciam da demanda prática imediata no cotidiano do trabalho.

A concordância com Foucault em Freidson localiza-se nos aspectos da análise da disciplinarização dos corpos e da vida cotidiana, na medida em que referenda a análise histórica de como a dominação, as regras impostas, foram geradas no curso do desenvolvimento de uma variedade de instituições a partir do crescimento da relevância das disciplinas formais ou científicas. “O conhecimento formal das disciplinas modela o caminho das instituições humanas organizadas e o caminho dos comportamentos humanos pré-concebidos, provendo justificações para os métodos particulares de interpretação e disposição do espectro dos comportamentos humanos” (FREIDSON, 1988, p.6).

Define-se, portanto, como os corpos devem se conformar, assim como o que podem ou não desejar, assim como as operações possíveis a partir desses desejos, com técnicas, ritmo e eficiência pré-determinados, no ímpeto das disciplinas em produzirem sujeitos e práticas corporais (FREIDSON, 1988). Para tal, ainda concordando com Foucault, Freidson (2001) afirma que a disciplinarização das profissões sobre os corpos atua como coerção a serviço do Estado, de forma que as profissões como a Medicina operam sob esse princípio por possuir



instrumentos pelos quais as populações se submetem e regulam suas vidas cotidianas.

Portanto, Freidson (1988) aponta que o conhecimento formal deve ser pensado como um instrumento de poder, uma fonte que dirige e facilita o exercício do poder, mas não é o poder em si mesmo, na medida em que se trata de abstrações. Na concepção de Freidson (1988), para ter qualquer impacto tanto no mundo material como no mundo social, o conhecimento deve ter agentes humanos ou veículos, de maneira que deva ser influenciado em parte pelas características desses agentes. “Assim nós não podemos entender o papel do conhecimento formal em nosso mundo sem entender as características daqueles que o criam e o aplicam” (FREIDSON, 1988, p.8).

### **2.3 Medicina enquanto operadora das regulações das sexualidades**

A despeito das considerações específicas de Freidson sobre o profissionalismo médico, suas considerações tratam das generalidades que constituem a profissão e sua relação em sociedade. Especialmente sobre o papel do médico, a teoria desenvolvida por Michel Foucault detém centralidade, destacando-se suas relações entre o poder, à ciência e discurso.

Antes de prosseguir, entendo ser importante o registro de que Foucault trabalha a questão da Medicina em duas perspectivas diferentes, e que, para fins teóricos, não tem uma relação tão direta como pode parecer em princípio. Há um processo amplo e societário no que se refere ao nascimento da Medicina social e aos dispositivos que operam no controle das populações, especialmente através do uso da estatística (FOUCAULT, 2002). Por outro lado, Foucault trabalhará especialmente no “Nascimento da Clínica” (FOUCAULT, 1980) sobre as condições de emergência para que a Medicina e a prática clínica médica se constituíssem a partir da *epistemè moderna*. Ainda, cabe a “História da sexualidade” relações entre Medicina e a regulação das sexualidades (FOUCAULT, 2015).

A despeito de se constituírem enquanto panoramas e temáticas específicas optei em trazer elementos dessas diversas abordagens de Foucault, por entender que se mostram úteis para entendermos processos como o da disciplinarização dos estudantes no curso de Medicina, um aspecto muito trabalhado pelo autor em “Vigiar e punir” (2012), cuja relação com esses outros contextos apresentados de sua

obra não seja tão direta quando talvez possa parecer no presente trabalho.

A Medicina é discutida nas principais obras de Foucault, sendo que o autor afirma que se trata de “(...) uma prática social que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente. (...) Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A Medicina é uma estratégia biopolítica” (FOUCAULT, 2002, p.80).

A hipótese de que, com o capitalismo a Medicina teria deixado de pensar-se em termos de população e coletividade é refutada por Foucault, para quem o desenvolvimento do capitalismo, no período do fim do século XVIII e início do século XIX, ocorreram concomitantes com a socialização do corpo enquanto força de produção e força de trabalho, na medida em que “O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo.” (FOUCAULT, 2002, p.80).

Em uma perspectiva sobre o desenvolvimento do saber médico tal como a de Freidson (2009) para quem a Medicina tomou um papel central durante o desenvolvimento do capitalismo, mas vinha de uma história antes da Modernidade que não se referia à compreensão atual de ciência e muito menos de legitimidade social, Foucault (2002) apresenta que a corporação médica passa a ter nas universidades a decisão sobre a formação médica e a certificação através de diplomas. Segundo o autor, esse foi um importante processo de “(...) normalização da prática e do saber médico. (...) Aparece a idéia de uma normalização do ensino médico e, sobretudo, de um controle, pelo Estado, dos programas de ensino e da atribuição dos diplomas.” (FOUCAULT, 2002, p.83).

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 aplica-lo ao médico. O médico foi o primeiro indivíduo normalizado na Alemanha.” (FOUCAULT, 2002, p.83).

Na tessitura do poder a serviço do processo de construção de corpos dóceis ao ímpeto e a serviço do capital, Foucault analisa que o movimento de normalização na Europa iniciou-se no século XVIII, no âmbito militar na produção dos canhões e dos fuzis, seguindo-se da normalização de professores e de seu tipo de formação. Por fim, a normalização dos médicos.

Da relação entre a Medicina e o Estado, surgiram as condições de poder do médico na sociedade contemporânea, na medida em que

O poder político da Medicina consiste em distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isola-los, individualiza-los, vigia-los um a um, constatar o estado de saúde de cada um, ver se está vivo ou morto e fixar, assim, a sociedade em um espaço esquadrihado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível completo, de todos os fenômenos. (FOUCAULT, 2002, p.89).

Em uma perspectiva que amplia a de Freidson (2009), para o qual, como registrado anteriormente no presente trabalho, apenas após o século XIX a Medicina ganhou a legitimidade social conferida e seu status, Foucault (2002) apresenta que o processo, pelo qual a Medicina adquiriu gerência sobre os corpos e os indivíduos, se deu não através de um enfoque mais atento a vida privada, mas sim através da inserção do saber médico no próprio discurso e saber científico mais amplo, na medida em que dispunha de conhecimentos adequados à urbanização da sociedade e, assim, socializou-se enquanto “(...) uma Medicina das condições de vida e do meio de existência” (FOUCAULT, 2002, p.92) por que se passa a se preocupar, explicar e intervir em elementos como os homens, corpos e organismos, mas também enquanto “Medicina das coisas: ar, água, decomposições, fermentos” (FOUCAULT, 2002, p.92), ampliando seu foco explicativo e, assim, interventivo. “A Medicina passou da 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, 2002, p.93).

Decorrente dessas condições, a preocupação e ida ao nível do indivíduo se fizeram através das disciplinas. Foucault (2002) conceitua que

A disciplina é o conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade. É o poder de individualização que tem o exame como instrumento fundamental. O exame é a vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julga-los, medi-los, localiza-los e, por conseguinte, utiliza-los ao máximo. Através do exame, a individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder. (FOUCAULT, 2002, p.107).

O processo de disciplinarização em Foucault não se restringe ao ensino em si, ou a formação de profissionais. Antes, é um processo amplo, desenvolvimento através da *epistémè* moderna, de contornos aparentemente descontínuos, mas que relacionada às práticas sociais e o espaço social, a partir de dispositivos discursivos. No centro do pensamento disciplinar está o indivíduo, enquanto fim, mas o processo disciplinar vai além.

A disciplina é, antes de tudo, a análise do espaço. É a individualização pelo espaço, a inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório, combinatório. A disciplina exerce seu controle, não sobre o resultado de uma ação, mas sobre seu desenvolvimento. (...) é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos. Não basta olha-los às vezes ou ver se o que fizeram está conforme a regra. É

preciso vigiá-los durante o tempo todo da atividade e submetê-los a uma perpétua pirâmide de olhares. (FOUCAULT, 2002, p.106).

Foucault (2012) sustenta que a disciplina surge como operação do biopoder no momento em que “(...) nasce uma arte do corpo humano” (FOUCAULT, 2012, p.133), que tem a aparência de conquistar a ampliação de habilidades, mas que, ao mesmo tempo, demanda sua maior sujeição e uma relação que “... no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente. (...) O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe.” (FOUCAULT, 2012, p.133).

Uma ‘anatomia política’, que é também igualmente uma ‘mecânica do poder’, está nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos ‘dóceis’. (FOUCAULT, 2012, p.133).

No que Foucault (2012) conceitua como “dispositivo disciplinar” decorrente da anatomo-política, os indivíduos constantemente estão localizado em relações frente aos demais em hierarquias, “(...) onde cada indivíduo é constantemente localizado, examinado e distribuído entre os vivos, os doentes e os mortos”. É nesse âmbito que se desenvolve a figura do Panopticon, trabalhada por Foucault (2012).

Ao redor da idéia da disciplina, Foucault (2012) aponta que foram desencadeadas diversas ações justificadas por meio de seu conteúdo, processo no qual se deu possibilidades políticas importantes que se pautavam na ideia de “verdadeiro”, unindo o elemento médico ao elemento político, em uma construção do real através da discursividade ficcional da doença em que “Atrás dos dispositivos disciplinares se lê o terror dos ‘contrários’, da peste, das revoltas, dos crimes, da vagabundagem, das deserções, das pessoas que aparecem e desaparecem, vivem e morrem na desordem.” (idem, p.188).

Ao médico, como operador das disciplinas, cabe “(...) a determinação a cada um de seu ‘verdadeiro’ nome, de seu ‘verdadeiro’ lugar, de seu ‘verdadeiro’ corpo e da ‘verdadeira’ doença.” (idem, p.188). Esses mecanismos de poder relacionam-se para Foucault (2012) 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.

Para Foucault (2012) “Uma sujeição real nasce mecanicamente de uma relação fictícia. De modo que não é necessário recorrer à força para obrigar o condenado ao bom comportamento, o louco à calma, o operário ao trabalho, o escolar à aplicação, o doente à observância das receitas.” (FOUCAULT, 2012, p.192). Nesse sentido, afirma que dessa relação normalizada sobre saúde e corpos, ambientes e processos vivenciais, “(...) é o indivíduo que será observado, seguido, conhecido, curado. O indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médica” (FOUCAULT, 2002, p.111). A idéia de que existe um corpo social constituído por categorias universais é uma das características das disciplinas para Foucault (2001), objetivando regulação da vida, na medida em que “(...) a materialidade do poder se exerce sobre o próprio corpo dos indivíduos” (idem, p.146).

O domínio, a consciência de seu próprio corpo só pôde ser adquirida pelo efeito do investimento do corpo pelo poder: a ginástica, os exercícios, o desenvolvimento muscular, a nudez, a exaltação do belo corpo... tudo isto conduz ao desejo de seu próprio corpo através de um trabalho insistente, obstinado, meticuloso, que o poder exerceu sobre o corpo das crianças, dos soldados, sobre o corpo sadio. Mas, a partir do momento em que o poder produziu este efeito, como consequência direta de suas conquistas, emerge inevitavelmente a reivindicação de seu próprio corpo contra o poder, a saúde contra a

economia, o prazer contra as normas morais da sexualidade, do casamento, do pudor. E, assim, o que tornava forte o poder passa a ser aquilo por que ele é atacado... O poder penetrou no corpo, encontra-se exposto no próprio corpo... Lembrem-se do pânico das instituições do corpo social (médicos, políticos) com a idéia da união livre ou do aborto... Na realidade, a impressão de que o poder vacila é falsa, porque ele pode recuar, se deslocar, investir em outros lugares... e a batalha continua. (FOUCAULT, 2001, p.146).

Foucault (2001) defende que a ação médica desde o fim do século XVIII passa a ser pautada na moralidade, que está discursivamente aliada a conceitos como corpo sadio, limpo e puro, tomado como saudável. Dai, a moralidade antes religiosa passou a deslocou-se por uma moralidade medicalizada.

O estudo da centralidade da sexualidade para compreensão da sociedade contemporânea e dos mecanismos de regulação dos corpos é uma das principais contribuições teóricas dos trabalhos de Foucault. Para Foucault (2012) foi durante a época clássica que o corpo foi descoberto como objeto e alvo do poder, ambigualmente constituído entre a submissão e a utilização, entre o funcionamento e a explicação, no ímpeto do saber de torna-lo “corpo útil, corpo inteligível” (FOUCAULT, 2012, p.132), constituindo-se o enfoque e direção das ações de poder “(...) ao corpo que se manipula, modela-se, treina-se, que obedece, que responde, torna-se hábil ou cujas forças se multiplicam.” (FOUCAULT, 2012, p.132).

Foucault (2002, 2015) afirma que por volta no final do século XIX a psiquiatria torna a homossexualidade um objeto de interesse do saber médico, condição necessária para intervenções e novos controles sobre os corpos. Foucault (2002, 2015) analisa que nesse período iniciaram-se as iniciativas de internação de homossexuais em asilos e em hospícios, com finalidade tanto de estudo como de testes e propostas de técnicas de “cura”, a partir de um entendimento de que a homossexualidade relaciona-se ao ato de masturbação e a parafunção sexual, a partir da regulação de que o sexo tem como única finalidade a procriação, e que descola o prazer e a possibilidade de prazer da natureza e da autonomia.

Na medida em que os homossexuais são entendidos como desviantes da norma do sadio, do sexo para reprodução, e fogem das amarras das famílias tradicionais, a Medicina os assumiu enquanto delinquentes e libertinos e, por isso, “(...) todos serão percebidos no interior de um parentesco global com os loucos, como doentes do instinto sexual” (FOUCAULT, 2002, p.234).

A partir do século XVII, a questão da verdade foi colocada em relação ao prazer sexual, através do desenvolvimento do dispositivo da sexualidade (FOUCAULT, 2015). Assim como na questão da loucura, em que o discurso de verdade foi erigido com base em estatutos e funções de discursos verdadeiros a partir do discurso científico, houve uma sucessão de enunciados, desde o sexo como uma realidade prévia na qual a sexualidade se conformava conforme formações discursivas e institucionais que a articulavam com o sexo,

(...) recobrando-o e mesmo ocultando-o. (...) O discurso de sexualidade não se aplicou inicialmente ao sexo, mas ao corpo, aos órgãos sexuais, aos prazeres, às relações de aliança, às relações interindividuais, etc... (...) um conjunto heterogêneo que estava recoberto pelo dispositivo de sexualidade que produziu, em determinado momento, como elemento essencial de seu próprio discurso e talvez de seu próprio funcionamento, a idéia de sexo. (...) Vemos aparecer o sexo, creio, durante o século XIX. Existe uma sexualidade depois do século XVIII, um sexo depois do século XIX. Antes, sem dúvida existia a carne. (FOUCAULT, 2001, pp.258-9).

O dispositivo da sexualidade foi construído também no século XVIII e da epistemè moderna. Foucault (2015) refuta as hipóteses que se valem da conceituação de que o sexo é proibido e interdito, mas, diferentemente, defende que nunca se falou e se precisou falar tanto de sexo como na Idade Moderna, com profusa proliferação de discursos a respeito do sexo. No entanto, a fala é direito exclusivo de sujeitos



autorizados, tais como a Igreja, a Medicina, a Escola e a Família. Nessas instâncias autorizadas, o discurso tem contornos bem delimitados do sexo “bom, saudável e lícito”, na medida em que “(...) cumpre falar do sexo como de uma coisa que não se deve simplesmente condenar ou tolerar, mas gerir, inserir em sistemas de utilidade, regular para o bem de todos, fazer funcionar segundo um padrão ótimo. O sexo não se julga apenas, administra-se.” (FOUCAULT, 2015, p.30).

Para Foucault (2015, 2009), o poder não é algo em si, que tem possibilidade de posse ou acumulação. Antes, o poder é exercício de algo em alguém ou alguma coisa, relacionando-se diretamente com os corpos. É nesse sentido que o discurso sobre o sexo passa a ser institucionalmente ser produzido nos discursos médicos e jurídicos que exercem poder nos corpos e na sexualidade, especialmente direcionados aquelas e aqueles percebidos como dissidentes (ou “más”, “pervertidas”, “doentias”, “ilícitas”), como por exemplo, as pessoas LGBT.

A temática do poder e da produção pelos seus dispositivos são caras na obra de Foucault. Em *Microfísica do Poder*, Foucault (2002) define que “As relações de poder são, antes de tudo, produtivas” (p.236), tanto em termos dos efeitos como de produção de “verdades”, se preocupando com a política do “verdadeiro” que não transparecem suas relações de maneira óbvia, afinal de contas, para o autor “As relações de poder estão talvez entre as coisas mais escondidas no corpo social” (p.237).

As formas principais de desenvolvimento do poder sobre a vida se interligam por um feixe Intermediário de relações, dando imensa importância no corpo como máquina e o corpo social como corpo-espécie (FOUCAULT, 2015, 2012, 2002). São empregadas disciplinas da anatomo-política do corpo humano como máquina, no adestramento, ampliação das aptidões, extorsão das forças, crescimento da utilidade e docilidade, integração dos sistemas de controle eficazes e econômicos, enquanto o corpo-espécie servirá como mecânica do ser-vivo e suporte dos processos biológicos que produzirá um saber que prioriza a proliferação, nascimentos e mortalidades da população, a concepção do ideário de nível de saúde, longevidade e examinará as condições de variações.

Houve uma ruptura no regime do discurso científico que atravessou e redistribuiu a ordem da epistemè clássica, na dupla problemática da vida e do homem. Uma primeira consequência é a proliferação das tecnologias políticas que investem sobre os corpos, saúde, maneiras de alimentos e moradia, condições de vida e todo o espaço de existência. A segunda consequência foi à norma presente através de mecanismos

contínuos, reguladores e corretivos, que distribuiu os vivos no domínio do valor e da utilidade. Assim, passou-se a se ter uma distribuição dos vivos em torno da norma, e a existência de aparelhos com funções, sobretudo reguladoras.

O sexo passa a ser o foco de disputas políticas nas tecnologias políticas da vida. A necessidade de disciplinas do corpo opera através do micropoder sobre os corpos e da vida do corpo. A regulação das populações implica então em medidas maciças no corpo social a partir do ideário da vida da espécie.

Para Foucault “O dispositivo da sexualidade deve ser pensado a partir das técnicas de poder que lhe são contemporâneas”. Na medida em que as tecnologias modernas de poder tem por alvo a vida, na história dos corpos e não das mentalidades, há uma complexidade crescente que liga o biológico a história. Enquanto na época do Soberano tratava-se de uma sociedade do sangue, em que o poder falava através do sangue, a Sociedade do sexo/sexualidade o poder fala da e para a sexualidade, que é objeto e alvo, não símbolo.

A Política do sexo terá como composição as técnicas disciplinares e as exigências de regulação, tendo como linhas de ataque a sexualização das crianças, a histerização das mulheres, o controle da natalidade e a psiquiaticização das perversões. As duas primeiras referem-se às exigências de regulações para obter efeitos no nível das disciplinas, enquanto as duas últimas referem-se à intervenção de natureza reguladora, apoiada nas exigências de disciplinas e adestramentos individuais. “É o dispositivo de sexualidade que, em suas diferentes estratégias, instaura essa idéia do ‘sexo’ e o faz aparecer em quatro grandes formas”, a histeria que ao focar no masculino cria a dicotomia de tudo/parte, o onamismo e sua presença/ausência e oculto/manifesto, o fetichismo e a psiquiaticização; e o coito interrompido e a socialização das condutas procriadoras.

Foucault afirma que o “... sexo nada mais é do que um ponto ideal tornado necessário pelo dispositivo de sexualidade e por seu funcionamento” (p.169), na medida em que foram suas funções no dispositivo de sexualidade:

- 1) Sexo agrupou em uma unidade artificial anatomia, funções, biologia, condutas e sensações.
- 2) Sexo como linha de contato entre um saber sobre a sexualidade humana e as ciências biológicas da reprodução.

- 3) Reversão essencial em que o sexo permite pensar o poder como lei e interdição.

Por fim, Foucault afirma que

(...) O sexo, essa instância que parece dominar-nos, esse segredo que nos parece subjacente a tudo o que somos, esse ponto que nos fascina pelo poder que manifesta e pelo sentido que oculta, ao qual pedimos revelar o que somos e liberar-nos o que nos define, o sexo nada mais é do que um ponto ideal tornado necessário pelo dispositivo de sexualidade e por seu funcionamento. (...) O sexo é, ao contrário, o elemento mais especulativo, mais ideal e igualmente mais interior, num dispositivo de sexualidade que o poder organiza em suas captações dos corpos, de sua materialidade, de suas forças, suas energias, suas sensações, seus prazeres. (p.169).

Segundo Jorge Leite Jr (2011), desde a Antiguidade à Contemporaneidade as junções do masculino e do feminino no mesmo corpo foram objeto de atenção da ciência e da Sociedade, analisando a produção e transformações discursivas sobre esses corpos com base em Foucault, vez que "(...) as matrizes conceituais que fecundaram o solo em cima do qual hoje nós plantamos e colhemos novas ideias" (p. 25), de forma que a invenção (e não a origem) dos corpos trans das sociedades contemporâneas foi fruto de disputas, contradições, rupturas e mudanças, ressaltando o autor que "(...) definições únicas e definitivas sobre corpos e identidade sexuais e seus limites entre masculinidades e feminilidades nunca existiram, variando conforme os grupos e os discursos (médicos, religiosos, políticos) mesmo em uma época específica" (LEITE JR, 2011, p.25).

Até 1973, a homossexualidade era listada como doença no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), sendo retirada após uma ampla história de lutas pelos movimentos sociais. No entanto, ser homossexual não implica necessariamente em mudanças corporais, na medida em que é do desejo e de uma prática ajustadas as expectativas sociais. Na década de 1990, quase um quinto dos médicos na pesquisa

de Smith e Matthews (2007) apresentaram indicativos de homofobia, e 18% relataram sentirem-se desconfortáveis ao atenderem pacientes homossexuais.

Dados da Kaiser Family Foundation (2002) em uma pesquisa nacional nos Estados Unidos apontam que 6% dos médicos relataram desconforto cuidar de pacientes LGBT. Paralelamente, Eliason e Schope (2011) apontam que as experiências anteriores junto aos profissionais médicos, com olhares e atitudes discriminatórias explícitas e/ou implícitas, são motivos de os pacientes LGBT apresentarem certa relutância em revelar a sua identidade de gênero nos serviços de saúde, apesar da importância de tais informações para seus cuidados de saúde.

As implicações dos saberes e das ações dos profissionais de saúde em termos de como percebem e categorizam as pessoas não heterossexuais são fundamentais na definição de como e qual atendimento de saúde prestam aos seus pacientes, conforme defendido por Davy (2011).

Para a autora, existem dimensões que extrapolam a agência do paciente, particularmente veiculada ao que a estrutura médico-legal permite ou não permite em termos de procedimentos de saúde e, nesse panorama, a formação médica está diretamente implicada, uma vez que em caráter finalístico, os profissionais médicos determinarão quais são as possibilidades ou não dos pacientes (DAVY, 2011).

Nesse sentido, a autora argumenta que os cursos de Medicina são baseados em um conhecimento dos seres humanos em categorias binárias e heteronormativas, de forma que, ao abordar os pacientes, tudo o que diverge é considerado desvio e doença, portanto, já que não se adequam aos modelos saúde em termos de sexualidade.

Um exemplo dessa mesma perspectiva é apontado por Hird (2003), quando o autor apresenta historicamente como a Medicina definiu a homossexualidade como doença, com implicações para a vida de pacientes não heterossexuais. O autor ainda apresenta as mudanças nas classificações da homossexualidade como doenças entre as versões do DSM, até a supressão da homossexualidade de pessoas gays e lésbicas do Manual de Diagnósticos, mas com a preservação dos travestis e transexuais no capítulo de disforia de gênero.

Segundo Ansara e Hegarty (2014) ao assumir que todas as pessoas obedecem à determinada classificação binária, entre homens e mulheres, acontece à normalização de papéis e funcionamentos sociais que se traduzirão nas práticas de saúde e, ao se constituírem como profissionais médicos a partir dessas classes de indivíduos, além da desconsideração de outras modalidades de orientação sexuais como saudáveis,

constroem-se tecnologias para a adequação do desviante ao normal, em um processo de domesticação dos corpos e das subjetividades com vistas à transformação em um homem ou uma mulher heterossexual.

As consequências dessa perspectiva de pré-conceitos que orientam a avaliação, diagnóstico e intervenção médicas são amplas, e devem ser explicitadas para uma reorientação da sua formação, em uma perspectiva em que as pessoas não sejam discriminadas e tenham tratamentos adequados, independentes de serem heterossexuais ou não heterossexuais (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012).

Segundo Davy (2011), os saberes em saúde são frutos de uma construção política das categorias sexuais e de gênero, referendando os estudos de Foucault, Laqueur e Freud, para os quais o desenvolvimento dos conceitos médicos sobre a sexualidade, tal como construídos por sexólogos e que formam a base de como médico e da saúde como um todo parte da idéia de que os cuidados encontram-se como concretização medicalização e da lógica binária. As noções contemporâneas em torno corpos transexuais, inclusive de estruturas cerebrais, vão questionar o biologicismo aplicado na abordagem biomédica tradicional na temática de gênero, não apenas na questão das transexualidades.

Nesse panorama há que se defender que as intervenções em saúde rompam com o modelo prescritor de condutas especialmente no que se refere ao sexo, permitindo viver uma vida no gênero que melhor aprouver às pessoas. Baseando-se em discursos de direitos humanos, há que se primar pela despatologização das identidades sexuais não binárias e abordagens que primem pela sua desconstrução, explorando os potenciais facilitadores e barreiras, conforme apresentado por Davy (2011).

Em termos da sexualidade, as intervenções dos profissionais da saúde não se referem exclusivamente à ausência de doença e cura, mas especialmente a garantia de habitar um corpo que inscreva e traduza seu gênero e permita relações sociais. No entanto, a regulamentação do cuidado de saúde nas mãos de profissionais, sob a instituição da ciência biomédica, retira das pessoas trans a possibilidade legal de cuidar e mesmo julgar o correto para si, e de modificar seu próprio corpo.

Desde que adequadamente coerente com o genital, homens e mulheres cisgêneros recebem os tratamentos e prescrições tão importantes, mas negados, por exemplo, na construção do corpo a partir da identidade e subjetividade das pessoas trans. Como dispositivo, a decisão sobre corpos de pessoas LGBT está em poder médico, a exemplo da identidade trans que é construída como doença mental (POTTER et al, 2008).

No entanto, não apenas o processo Transexualizador é um problema. Os atendimentos gerais de saúde não são acessíveis à população LGBT como um todo, disparidades que resultam de fatores estruturais e legais, discriminação social, e uma falta de cuidados de saúde culturalmente competente (INSTITUTE OF MEDICINE, 2011).

Um efeito dessa exclusão das pessoas LGBT pode ser evidenciado pelo uso de silicone industrial líquido, prática difundida entre transexuais. Na medida em que o acesso ao serviço de saúde e as mudanças corporais são negadas ou dificultadas às pessoas trans, buscam nessa prática de autocuidado um caminho (Wallace e Rasmussen, 2010).

Ainda a esse respeito, dados do levantamento do *Washington Transgender Needs Assessment Survey* (SAUSA, 2003), com 252 entrevistados auto identificados como transexuais aponta que as taxas de injeção de silicone industrial líquido foram de 25% em Washington, 30% em Nova York, e 33% em Los Angeles. O estudo de Sausa (2003) aponta que 8% dos jovens trans entrevistadas tinham recebido injeções de silicone industrial líquido.

Rapaport (2002), assim como Narins e Beer (2006) afirmam que o silicone industrial injetado no corpo pode causar complicações médicas, tais como a embolia respiratória, infecções, esclerodermia, síndrome do choque tóxico, granuloma, neuropatia, linfadenopatia, sintomas reumáticos, autoimunidade grave, doenças do tecido conjuntivo, e morte.

As dificuldades e interdições do atendimento às pessoas trans pelos serviços de saúde em suas necessidades específicas foi analisada no Brasil por Lionço (2009) e Ventura e Schram (2009), que destacam o efeito da patologização e medicalização a partir do diagnóstico dessas pessoas nas categorias dos transtornos de identidade de gênero encontrados no DSM III, DSM IV bem como no CID-10.

Paralelamente, Ventura e Schramm (2009), apontando as interdições das legislações brasileiras para assegurar o direito do transexual de mudar o primeiro nome e o sexo nos registros oficiais, causando constrangimentos e silenciamentos, além de aspectos negados a essas pessoas na vida cotidiana, como contratos, alugueis, abertura de contas, entre outros, segundo Aran e colaboradoras (2008), restando-lhes a prostituição como uma das únicas atividades profissionais possíveis conforme Souza e colaboradoras (2009) e Sampaio (2008).

Conforme o acesso aos serviços de saúde e das soluções tecnológicas disponíveis para a readequação corporal segura lhes são negadas, as pessoas trans valem-se de práticas e formas próprias, tais como o uso indiscriminado de hormônios. No caso das mulheres trans,

basta ir à farmácia e comprarem os anticoncepcionais femininos. Para os homens trans, na medida em que a testosterona é vendida apenas com prescrição médica, o mercado ilegal é o espaço de obtenção da substância.





### 3 ESTATUTO DA PROFISSÃO MÉDICA

#### 3.1 Características da profissão médica no Brasil

Não haveria como entender o contexto das relações internas ao curso de Medicina e a profissão em si, sem antes posicioná-la em algumas relações sociais que a tornam o curso universitário de maior prestígio social no Brasil. Não pretendo esgotar esses elementos, mas entendo que é necessária certa sociologia da profissão médica para contextualizar os dados que apresentarei e discutirei nos próximos capítulos.

Schaffer e colaboradores (2015), ao analisar o contexto demográfico dos profissionais médicos no Brasil, afirmam que há hiperconcentração de médicos em grandes centros urbanos e “(...) verdadeiros desertos profissionais no Brasil (...) 60% dos médicos estão à disposição de 30% da população que vive nas maiores cidades brasileiras” (SCHAFFER, 2015, p.11). Os autores apontam que não se trata de uma especificidade brasileira, mas sim uma característica sociológica da profissão em outros países, defendendo que a Medicina que se vincula aos estilos de vida dos grandes centros urbanos.

Em relação ao número de médicos no Brasil, os autores apresentam que houve crescimento significativo nos últimos séculos. Em 1920 havia 14.031 médicos para uma população de 30.635.605 habitantes, ou seja, uma razão de 0,45 médicos por 1000 habitantes. Em 1950, eram 26.120 para 51.944.397, com uma razão de 0,50 médicos por 1000 habitantes. Em outubro de 2015, havia 399.692 médicos para uma população de 204.411.281 habitantes, em uma razão de 1,95 médicos por 1.000 habitantes (SCHAFFER et al, 2015).

No entanto, em termos mundiais, em estudo com 40 países do mundo, o Brasil se encontra na oitava posição entre aqueles com menores razões de médico por habitantes, sendo o parâmetro adotado pela Organização Mundial de Saúde de 3,2. Abaixo do Brasil encontram-se Coreia do Sul, Turquia, Chile, China, África do Sul, Índia e Indonésia. Quando comparado a países que apresentam sistema de público de saúde universal, o Brasil também tem uma razão mais baixa. A Itália apresenta uma razão de 4,1; Suécia de 3,9; Alemanha e Espanha de 3,8; Dinamarca com 3,5; e Reino Unido, o sistema público universal de saúde mais antigo do mundo, apresenta 2,8 médicos para cada 1.000 habitantes.

Existe uma imensa desigualdade na distribuição de profissionais médicos no Brasil, sejam entre as Regiões do Brasil, as unidades da federação, ou entre cidades do interior e capital. Enquanto a Região

Norte conta com a razão de 1,09 médicos por 1000 habitantes, o Nordeste apresenta 1,3 na mesma razão, o Sul apresenta 2,18, o Centro-Oeste 2,20 e o Sudeste apresentam 2,75 médicos por 1000 habitantes. Para ilustrar esse panorama, Schaffer e colaboradores (2015) apresentam que, enquanto na região Sudeste está 55,3% dos médicos e 42% da população do país, no Nordeste residem 17,4% dos médicos brasileiros e vivem 27,8% do total da população.

Nas 27 capitais dos estados brasileiros estão 55,24% dos registros de médicos, a despeito da população dessas cidades representarem 23,80% do total do país, com uma razão de 4,84 médicos por 1000 habitantes. Já os 5.543 municípios do interior apresentam 44,76% dos médicos, com população de 76,2% do total nacional, com 1,23 médicos por 1000 habitantes. O contraste é interessante quando se compara essa média do interior, com capitais como Vitória (Espírito Santo) que apresenta uma razão de 11,9 médicos por 1000 habitantes, ou as capitais no Sul, com 7,55 médicos por 1000 habitantes. São Paulo, que tem uma razão de 4,65 médicos por 1000 habitantes, concentra 23,7% dos médicos brasileiros.

A análise dos 1.247 municípios com até 5 mil habitantes aponta que nesses localizam-se 2,1% da população brasileira e 0,2% dos médicos, enquanto nos 39 municípios brasileiros com mais de 500 mil habitantes vivem 29,4% da população e 60,9% dos médicos do Brasil (SCHAFFER e colaboradores, 2015).

Em relação às características da profissão médica em 2015, 59% tem pelo menos um título de especialista. Seis especialidades concentram 49% dos registros médicos, a saber, Clínica Médica, Pediatria, a Cirurgia Geral, a Ginecologia e Obstetrícia, a Anestesiologia e a Cardiologia. Os dados apontam que 16,3% dos profissionais apresentam uma segunda ocupação além da Medicina, tais como empresário, advogado, parlamentar e jornalista (SCHAFFER e colaboradores, 2015).

Apenas 22% dos médicos têm apenas um vínculo de trabalho, e 5,4% têm seis ou mais. Em relação à jornada de trabalho, 75,5% dos médicos trabalha mais de 40 horas semanal, sendo que 32,4% do total trabalham mais de 60 horas semanais, e 16,6% cumprem jornada de 80 horas ou mais semanais (SCHAFFER e colaboradores, 2015).

Em relação à remuneração Schaffer e colaboradores (2015) apontam que 46,1% dos médicos recebem menos de R\$ 12.000,00 mensais; 20% menos de R\$ 8.000,00; e 13,4% ganham mensalmente R\$ 24.000,00 ou mais. O assalariamento é a modalidade mais comum de remuneração, respondendo por 44,4%, seguido de 23,2% que recebem

por pacientes atendidos, 13,5% por hora trabalhada e 10,8% por número de procedimentos. Em relação ao sistema de saúde, 21,6% dos médicos atuam exclusivamente no setor público e 26,9% no setor privado.

Em relação à divisão entre masculino e feminino, em 2014 a porcentagem era respectivamente 45,2% e 54,8%, apontando para um crescimento no número de mulheres. Dez anos antes, eram 56,1% masculino e 43,9% feminino. Em relação às especialidades, a predominância feminina está na Dermatologia (74,4%) e na Pediatria (71,7%), enquanto a predominância masculina está Urologia (98,1%), Ortopedia e Traumatologia (94%), e nas Cirurgias Torácica, Neurocirurgia e Cirurgia do Aparelho Digestivo (91,9%) (SCHAFFER e colaboradores, 2015).

Entre as relações que configuram a Medicina enquanto profissão, as instituições de ensino superior são instâncias formativas e legitimadoras profissionais de extrema relevância, tal como apontado anteriormente por Freidson (2009, 2001), no que se refere ao credencialismo profissional.

Segundo dados do Conselho Federal de Medicina (2015), em 2015 existiam 154 escolas privadas de Medicina e 103 escolas públicas, totalizando 257 cursos em funcionamento (CFM, 2015). O CFM afirma que são graduados 23 mil novos médicos por ano em média, a partir de estimativas com base nesse número de escolas. Do total, 107 cursos estão localizados no Sudeste, sendo que 44 estão no estado de São Paulo, 39 em Minas Gerais e 19 no estado do Rio de Janeiro. Em relação às escolas privadas, o CFM (2015) informa que a média de valores das mensalidades é era de R\$ 5.406,91 em 2015, podendo atingir R\$ 11.706,15.

Um dado interessante a ser pensado a partir dos trabalhos de Freidson relaciona-se a evolução do número de vagas nos cursos de Medicina, conforme quadro a seguir.

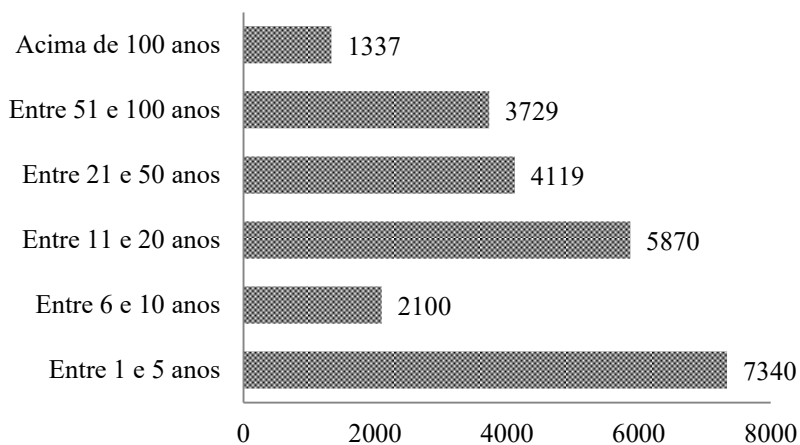
### Quadro 1 – Evolução do número de vagas do curso de Medicina

Período	Número de vagas	Escolas privadas	Escolas públicas	Total de escolas
1808 – 1994	9.123	35	47	82
1995 – 2002	12.830	64	62	126
2003 – 2010	17.093	105	73	178
2011 - 2015	23.283	154	103	257
2016	24.495	151	120	271

Fonte: CFM, 2015.

Em um período de 186 anos, desde a criação do primeiro curso de Medicina no Brasil, menos de 10.000 médicos por ano foram graduados – desconsiderando aqui estudantes que não concluíram sua graduação. Chama atenção que no documento do Conselho Federal de Medicina (2015), há certa categorização das vagas por tempo de existência do Curso de Medicina, conforme gráfico que se segue.

**Gráfico 1:** Vagas por tempo de criação do curso de Medicina



Fonte: CFM, 2015.

Questões importantes, que se referem em nossa percepção ao tradicionalismo que permeia a corporação médica, devem ser levantadas: Por que haveria de se categorizar as vagas, assim como as Escolas Médicas, por tempo de existência? O que diferencia uma das 1337 vagas oferecidas em cursos de Medicina com mais de 100 anos, daquelas 7340 vagas oferecidas em cursos de um a cinco anos de existência?

Em relação à composição das vagas frente à administração da instituição de oferta, o CFM (2015) aponta que 59% (14.415) das vagas são ofertadas por instituições privadas, enquanto 41% (10.080) pelas instituições públicas.

A comparação entre a procura por vagas no vestibular entre os cursos de graduação pode ser um importante indicador sobre o status que determinada sociedade dá as profissões, assim como as condições que permitam ou não permitam o ingresso, o percurso universitário e o exercício profissional posterior à universidade. Com esse entendimento, a disputa por vagas em vestibulares de instituições públicas para o Curso de Medicina é a mais intensa, quando comparada com outras profissões no quadro geral dos vestibulares, ou mesmo na área da saúde.

Em relação aos demais 270 cursos brasileiros existentes em 2016, a Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina está rankiada como 13<sup>a</sup> do país e a 1<sup>a</sup> entre as nove universidades<sup>5</sup> que ofertam vagas no Estado de Santa Catarina (FOLHA DE SÃO PAULO, 2016). Analisando as relações do quadro Geral de vagas<sup>6</sup> apresentado pela COMVEST/UFSC (2015), para o vestibular de 2016, 36.704 pessoas se inscreveram para as 4576 vagas da UFSC, dentre os quais 8160 inscritos (22,2% do total) concorreram por uma das 35 vagas (0,008% do total de

---

<sup>5</sup> Além da UFSC, existem cursos de Medicina na Universidade do Sul de Santa Catarina (Privada, Florianópolis), Universidade da Região de Joinville (Fundação Municipal, Joinville), Universidade do Planalto Catarinense (Fundação Municipal, Lages), Universidade do Vale do Itajaí (Privada, Itajaí), Universidade do Extremo Sul Catarinense (Privada, Criciúma), Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Fundação Municipal, Chapecó), Universidade Regional de Blumenau (Fundação Municipal, Blumenau) e Universidade do Oeste de Santa Catarina (Fundação Municipal, Joaçaba).

<sup>6</sup> Instituída em 2007 (UFSC, 2007), há uma Política de Ações Afirmativas na Universidade Federal de Santa Catarina, a qual destina vagas para Pretos, Pardos, Indígenas, variando a cota de vagas entre os concluintes de escolas públicas ou não, e com renda salarial média familiar de até 1,5 salários mínimos ou não. Para fins do presente trabalho, optou-se em analisar os dados das vagas gerais, por se considerarem de livre demanda, inclusive para essa população atendida pela Política de Ações Afirmativas.

vagas) do curso de Medicina (234 candidato/vaga). O segundo curso mais procurado foi Direito – Diurno, com 1533 candidatos para 31 vagas (49,45 candidatos/vaga); enquanto o terceiro foi Arquitetura e Urbanismo, com 1443 candidatos inscritos para 31 vagas (49,45 candidatos/vaga).

Entre os 33.789 inscritos concorrendo as 4.593 vagas do vestibular de 2017 (COMVEST/UFSC, 2016), 7541 pessoas (22,3% dos concorrentes gerais) se inscreveram para 35 vagas do curso de Medicina (215,46 candidatos/vaga), 1434 inscritos para 31 vagas do curso de Direito – Diurno (46,26 candidatos/vaga) e 1220 inscritos para 28 vagas no curso de Arquitetura e Urbanismo (43,57 candidatos por vaga).

O quadro 2 apresenta a comparação entre a procura pelo curso de Medicina com a procura em relação aos demais cursos de Saúde<sup>7</sup> da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

<sup>7</sup> Optou-se pela categorização do Conselho Nacional de Saúde, que inclui a Educação Física, a Medicina Veterinária e a Psicologia entre as profissões da área da Saúde.

**Quadro 2** - comparação do número de inscrições e relações candidatos por vaga para o Curso de Medicina e os demais cursos da Saúde, nos vestibulares 2016 e 2017 da UFSC.

Curso	Vestibular 2016		
	Inscritos	Cand/Vaga	Inscrições Medicina
Educação Física	531	25,29	15,4 maior
Enfermagem	476	18,31	17,1 maior
Farmácia	386	8,58	21,1 maior
Fisioterapia	250	11,90	32,6 maior
Fonoaudiologia	184	8,76	44,3 maior
Medicina Veterinária	599	21,39	13,6 maior
Nutrição	611	38,19	13,3 maior
Odontologia	1104	31,54	7,4 maior
Psicologia	1162	37,48	7,0 maior
Total de inscritos	5303		8160
	Vestibular 2017		
	Inscritos	Cand/Vaga	Inscrições Medicina
Educação Física	517	24,62	14,5 maior
Enfermagem	573	22,04	13,6 maior
Farmácia	389	8,64	19,3 maior
Fisioterapia	311	14,81	24,2 maior
Fonoaudiologia	201	9,57	37,5 maior
Medicina Veterinária	640	22,86	11,8 maior
Nutrição	670	41,88	11,2 maior
Odontologia	1116	31,89	6,7 maior
Psicologia	1217	39,26	6,2 maior
Total de inscritos	5.634		7541

**Fonte:** COMVEST (2015; 2016)

Em relação ao vestibular 2016, é interessante notar que 36,7% dos candidatos inscritos optaram por vagas nos cursos de saúde, sendo que dos 13.493 candidatos 60,7% inscreveram-se para a concorrência do curso de Medicina e 39,3% para os demais nove cursos (COMVEST/UFSC, 2015). Para o vestibular 2017, 39% dos candidatos optaram por vagas dos cursos de saúde. Desses 13.175 inscritos, 57,2% concorreram para o curso de Medicina e 42,8% para os demais cursos da área (COMVEST/UFSC, 2016).

Um fenômeno interessante que se refere ao vestibular é a relação entre porcentagem de candidatos que se autodeclararam femininas em relação à porcentagem de candidatas aprovadas para o Curso de Medicina. Em 2016, foram auto declaradas 5414 candidatas contra 2768 candidatos, o que representou respectivamente 66,17% e 33,83%. Entre

os aprovados, a predominância se inverte com 71,43% masculino e 34,29% feminino, ou seja, enquanto a proporção de masculino dobra, a de feminino cai pela metade (COMVEST, 2016).

O curso de Medicina da UFSC foi criado em 1951 a partir de discussões na Sociedade Catarinense de Medicina, com fundação em 20 de dezembro de 1956 e autorização de funcionamento em 29 de dezembro de 1959 e aula inaugural da primeira turma em 18 de fevereiro de 1960 (CURSO DE MEDICINA, 2015). A então Faculdade de Medicina está na origem da USFC, em conjunto com as Faculdades de Direito, de Farmácia, de Odontologia, de Filosofia, de Ciências Econômicas, de Engenharia Industrial e de Serviço Social (CURSO DE MEDICINA, 2015).

Em relação à composição do corpo docente do curso, em 2015 eram 26 mestres, 6 especialistas e 126 doutores, sendo 56 mulheres, ou seja, 35% do corpo docente (CURSO DE MEDICINA, 2016). Nesse sentido da masculinização do corpo docente, no Departamento de Clínica Cirúrgica, dos 30 docentes, apenas uma é mulher.

O Projeto Pedagógico de 2015 (CURSO DE MEDICINA, 2015) caracteriza o curso como de Regime Seriado Semestral, com admissão por processo seletivo vestibular, 50 vagas semestrais, período mínimo de conclusão de curso de 12 semestres e máximo de 18 semestres. Apresenta Carga horária total de 7.670 horas, sendo 3.680 em estágio obrigatório (Internato). Ainda no referido Projeto Pedagógico, registra-se que o Curso de Medicina da UFSC apresenta um currículo integrado que

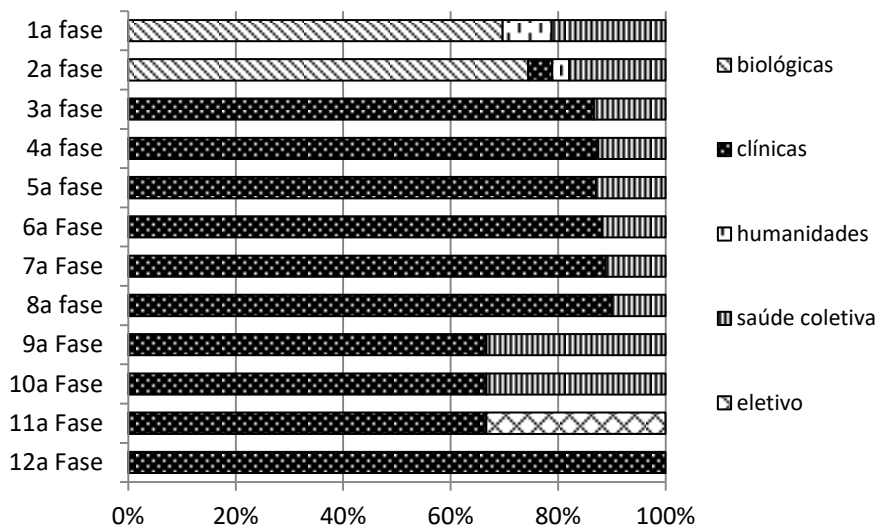
(...) opta por uma estrutura modular de aprendizagem, apoiada em algumas premissas como utilização do construtivismo sociologicamente orientado, enquanto proposta pedagógica. Com inserção mais cedo do estudante na comunidade, internato médico com duração de dois anos, conteúdo programático voltado às necessidades de saúde da população e interação comunitária permeando todas as fases do Curso. Esta proposta visa graduar um médico, apto a resolver problemas de saúde da população, clínicos e cirúrgicos, em níveis de atenção primária e secundária, dar



atendimento às urgências e emergências, com formação humanística, ética, crítica e reflexiva e integrada ao sistema público de saúde. Para tanto, o corpo docente, discente e administrativo do curso de Medicina vem elaborando e implantando estratégias, visando a uma maior interação do estudante com a comunidade; aproximação dos conteúdos das disciplinas dos ciclos básico e clínico; e novas metodologias ativas de ensino e avaliação do processo ensino-aprendizagem do próprio curso, de forma global, incluindo habilidades, atitudes e aspectos cognitivos e afetivos. As novas Diretrizes Curriculares Nacionais, publicadas em 2014 (Resolução CNE/CES 3/2014) confirmaram e intensificaram o direcionamento das diretrizes anteriores e são, atualmente, as norteadoras deste Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. (CURSO DE MEDICINA, 2015, p.5-6).

Trata-se de um curso eminentemente clínico, na medida em que as humanidades respondem por 59 horas (com existência apenas na 1ª e 2ª fases), 671 horas para as disciplinas de base biológica, 1.362 horas para Saúde Coletiva (dividas entre teoria, estágios nas unidades básicas de saúde até a oitava fase e dois estágios obrigatórios no internato médico), 3.246 horas em disciplinas clínicas e 4.416 horas em Estágio Curricular (Internato Médico em Pediatria, Gineco-Obstetrícia, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Urgência e Emergência, e Saúde da Família). Em termos da estrutura do currículo do Curso, são 12 semestres, em que os oito primeiros referem-se à formação teórico-prática, enquanto os quatro últimos são destinados ao Internato Médico, ou seja, os estágios curriculares obrigatórios, conforme composição de carga horária do gráfico a seguir.

**Gráfico 2** – composição de carga horária nas áreas de conhecimento no curso de Medicina da UFSC.



**Fonte:** CURSO DE MEDICINA (2015)

Analisando os Planos de Ensino das disciplinas oferecidas, percebe-se que a temática de gênero é exígua. Violência é mencionada apenas na 6ª fase, como conteúdo de uma das aulas (exame ginecológico) em Saúde da Mulher VI (CURSO DE MEDICINA, 2015, p.69) e no conteúdo do internato, enquanto violência contra a mulher (CURSO DE MEDICINA, 2015, p.126). Em relação às questões de gênero, a temática da identidade de gênero é tratada na última aula da disciplina de Genética, na 1ª fase (CURSO DE MEDICINA, 2015, p.42).

### 3.2 Ensino médico, currículo oculto e gênero

Em um clássico artigo da área da educação médica de 1995, Speight inicia sua argumentação de como a homofobia é uma questão de saúde narrando três casos reais em que médicos não atenderam adequadamente pessoas LGBT. O primeiro trata de um jovem gay que tentou suicídio por questões relacionadas à sua homossexualidade e o médico lhe perguntou por que ele queria ser uma mulher. O segundo

caso trata-se de uma lésbica que vai a um hospital com dor abdominal que foi diagnosticada como gravidez ectópica, mesmo que a lésbica repetidamente tenha repetido ao médico que nunca havia realizado sexo com homens, e desconsiderou que a paciente estava com sua companheira ou mesmo realizou qualquer outro exame para saber do que se tratava a dor abdominal. O terceiro caso trata das dificuldades de um casal de lésbicas em conseguir assistência para inseminação artificial, na medida em que não respondiam aos requisitos exigidos para casais heterossexuais serem “bons familiares” para a criança.

Para Speight (1995) esses casos não são distantes do cotidiano de todos os serviços de saúde, nos quais especialmente os médicos oferecem o cuidado em saúde de maneira inapropriada dada sua ignorância e intolerância as pessoas LGBT, quando o oferecem. O autor levanta que o contexto histórico de emergência da atenção médica as pessoas LGBT atual refere-se à influência do que chama de “relação ambivalente” com os homossexuais desde a primeira vez que foram abordados pela Medicina enquanto problema, haja vista para as implicações religiosas e legais do século XIX, quando a questão passa a ter importância no saber médico, conforme já discutido anteriormente na presente dissertação.

Segundo o autor, até a metade do século XX, vários indícios de como a Medicina se preocupou com as variações da sexualidade além da heterossexualidade podem ser apontados, destacando-se a esterilização eugênica de mais de dez mil homossexuais com a proposição de eliminar os “genes indesejáveis”, milhares de homossexuais assassinados pelos Nazistas durante seu projeto de “purificação racial”, assim como os milhares de encarados nos hospícios em busca de intervenções médicas que curassem a “doença da homossexualidade” (SPEIGHT, 1995).

Oficialmente apenas no final da década de 1970 a *American Psychiatric Association* decidiu por excluir a homossexualidade da classificação de doenças o que, segundo Speight (1995) teve um caráter muito mais de marketing do que propriamente de mudanças substanciais no saber médico, na medida em que, a despeito de não ser classificada como doença, a homossexualidade ainda é entendida como uma condição de riscos biológicos e psíquicos.

O autor cita que nos mesmos livros que registram que “homossexualidade não é doença”, existem elementos de uma base de conhecimento patologizante de maneira subjacente ao, por exemplo, afirmar que apenas 25% dos homossexuais conseguem manter relacionamentos amorosos de longo-prazo, convidando essas pessoas a

ocuparem o lugar do promíscuo e do risco para a Saúde Pública, em um panorama biopolítico correlato ao apontado por Foucault (2002).

Um dos aspectos importantes que sustentam esse quadro refere-se à falta de familiaridade de médicos com o debate e com os aspectos da saúde de pessoas LGBT, o que impacta diretamente nos serviços de saúde, com várias possibilidades de prejuízos, a saber: se por um lado há invisibilidade das pessoas LGBT que são tomadas como heterossexuais e, daí, passam a não serem consideradas em singularidades clínicas e psicossociais fundamentais para a visão integral de sua saúde; por outro, existe o estigma e o preconceito de pessoas LGBT constituem-se apenas como riscos para DST-AIDS, desconsiderando que existem outros problemas de saúde relacionados (SPEIGHT, 1995). Particularmente, uma posição que para mim parece muito religiosa. Ou no que não se enquadra e, portanto, não se refere à religião e não existe, ou aquilo que deve ser curado e purificado.

A despeito da Medicina oficial<sup>8</sup> não referendar práticas discriminatórias e patologizantes frente às pessoas homossexuais (e por decorrência as demais LGBT), na prática médica os profissionais não sabem como tratar as pessoas homossexuais por desconhecerem qualquer outra abordagem que demande atenção específica além do DST-AIDS. Outra abordagem médica refere-se à pressuposição de que todas as pessoas são heterossexuais, a menos que revelem o contrário.

Para Speight (1995) *“The truth is that the medical establishment has failed to combat negative attitudes towards gays and lesbians, and I argue that it is time for medical schools, medical associations, and individual physicians to begin to fight these injustices”* (SPEIGHT, 1995, p.144). A inversão da causalidade na prática médica naturalizada, de que a diferença nos marcadores de saúde/doença entre homossexuais e heterossexuais<sup>9</sup> refere-se tão somente a homossexualidade em si, que passa a ser entendida como “a causa dos problemas de saúde”, e desconsidera que os pacientes apresentam quadros clínicos diretamente relacionados aos estressores que estão sujeitos no trabalho, em casa ou

---

<sup>8</sup> Desde a década de 1970 há o movimento de despatologização da homossexualidade na CID. No entanto, a exclusão completa do “homossexualismo” e derivações ocorreu apenas em 28 de junho de 1986, com a eliminação do diagnóstico “homossexualidade ego-distóica” do referido Codice Médico.

<sup>9</sup> Speight (1995) aborda essa temática na perspectiva de pessoas cisgêneras, havendo certa limitação de suas afirmações, na medida em que existem pessoas trans heterossexuais e pessoas trans homossexuais, cujas peculiaridades e singularidades não estão abordadas em momento algum desse trabalho clássico.

socialmente, por se constituírem enquanto margem social, enquanto pessoas marginalizadas.

Os médicos avaliam as pessoas homossexuais mais negativamente quando comparadas às heterossexuais em situações de condições de saúde/doença semelhantes (SPEIGHT, 1995). Da mesma forma, ao serem informados de que se trata de um paciente não heterossexual, os médicos tem a tendência a manter certa distância pessoal – atitudes que não são objetivas, mas que o autor defende criarem a relação médico-paciente de maneira prejudicada e incompleta (SPEIGHT, 1995). É nesse sentido que Speight retoma o termo “homofobia”<sup>10</sup>.

Speight (1995) analisa como o binômio estigmatização/invisibilização está presente no currículo oculto do curso de Medicina. Ao relacionar as pessoas homossexuais naturalizadamente aos contextos de DST-AIDS e não em outros contextos de produção de saúde/doença, os estudantes de Medicina podem não perceber que as pessoas homossexuais apresentam os mesmos problemas médicos que as heterossexuais. O autor defende que, diferente do que pode se supor a priori, não é que não haja uma avaliação pertinente à orientação sexual das pessoas. Muito pelo contrário, não falar sobre, não questionar para todas, é parte da pressuposição original da formação médica de que todas as pessoas são heterossexuais e que todas as demais são doentes/desviantes.

Speight (1995) alerta sobre a implicação política de médicas e médicos homossexuais “saírem armário”, na medida em que trazer a baila do debate corporativo, a possibilidade de que não apenas heterossexuais constituam o corpo da Medicina é responsabilizar a própria profissão em lidar com a temática, não mais como uma questão do outro (paciente), mas como uma questão da sociedade como um todo e da própria Medicina.

Nesse sentido, a iniciativa da *Gay and Lesbian Medical Association*<sup>11</sup> tem por objetivo promover suporte para estudantes e

---

<sup>10</sup> Segundo Speight (1995), o termo foi cunhado pelo psiquiatra George Weinberg, em 1972, significando o medo de estar próximo de homossexuais. É interessante notar que o termo não significa necessariamente violência física ou explícita, mas sim abre margem para interações mais sutis de distância, como as analisadas por Speight no trabalho que estamos citando.

<sup>11</sup> Fundada em 1981, a associação assumiu por missão a militância na garantia de equidade na atenção à Saúde de indivíduos e profissionais LGBT. Em sua criação, admitia apenas estuantes e médicos formados, mas em 2002 passou a agregar profissionais de todas as áreas, assim como pacientes e familiares. Da mesma forma, originalmente localizava sua atuação especificamente nos Estados Unidos, e

médicos homossexuais, especialmente em relação ao isolamento experienciado dentro da Medicina, que é aludida como heterossexista pelo autor. Como caminho para transformação, nos idos de 1995, Speight defendia que a educação médica deveria explicitar em todos os campos e especialidades o que há de semelhanças e de singularidades entre pessoas homossexuais e heterossexuais, além da compreensão do que se constitui enquanto homofobia, discriminação e os mitos que fulguram ao redor da figura das pessoas homossexuais na sociedade contemporânea, panorama a ser levado em consideração em todos os espaços pedagógicos da Medicina.

O autor responsabiliza a profissão médica por grande parte dos sofrimentos das pessoas homossexuais, especialmente por negar o diálogo efetivo. Para Speight (1995) “(...) *if the medical professional isn't working hard to become part of the solution, then it is indeed part of the problem*” (SPEIGHT, 1995, p.148).

Para Cheng e Hsing-Chen (2015) as questões de gênero são parte marginalizada da formação médica e, quando aparecem, restringem-se à diferença nos fatores de risco, a determinados agravos em saúde, sinais e sintomas entre homens e mulheres, desconsiderando a complexidade sociocultural e os mecanismos de poder-exclusão que performam o contexto de emergência desses parâmetros médicos. Além disso, as autoras ainda apontam que o conhecimento de saúde e da Medicina ainda mantem-se “macho-centrado” em grande extensão, incluindo na predominância de modelos para estudo de fisiologia apenas com animais machos. As autoras defendem que essa é uma norma padrão que provoca um conhecimento medico associado às diferenças de gênero, mas com o corpo feminino sendo apenas uma variação dos corpos masculinos.

Cheng e Hsing-Chen (2015) apontam ainda que esse processo se insere em um fenômeno mais amplo implicado na formação médica que é o currículo oculto, operado através de dois mecanismos: tanto por uma influência geral no desenvolvimento do estudante de Medicina através de valores e atitudes que são derivados de um ambiente material e cultural – tal como prédios, equipamentos e rituais acadêmicos – assim como relações interpessoais pautadas nas diferenças de papéis atribuídos

---

ampliando posteriormente para outros países. Atualmente a associação tem por nome “*GLMA: Health Professionals Advancing LGBT Equality*”. O foco principal da GLMA está na formação profissional e na educação continuada, com divulgação de Guidelines, cursos, treinamentos, e outras estratégias educacionais. Maiores informações podem ser obtidas no site da associação, acessível no endereço [www.glma.org](http://www.glma.org)

aos gêneros, por exemplo, nas relações entre estudantes e professores, e interações entre os próprios estudantes.

Segundo as autoras *“What students acquire outside classes will be brought into their formal education; equally, if medical education integrates gender perspectives, then students will carry these into their daily and professional practice in the future”* (CHENG; HSING-CHEN, 2015, p.323). As autoras exemplificam essa hipótese, ao apontar que as mulheres são mencionadas após os homens (“homens e mulheres”), assumir que o coletivo deve ser tratado no masculino mesmo que se tenha apenas um homem junto a várias mulheres, e até mesmo o entendimento da área da saúde da mulher apenas pelo enfoque reprodutivo.

Ao investigar as interações virtuais em redes sociais entre estudantes de Medicina de nove escolas médicas no Taiwan, as autoras apontam que todas as postagens trazem elementos de sexismo, empregando a discriminação de gênero especialmente em termos de preconceito e hostilidade às pessoas LGBT. Em seus discursos, os estudantes empregam termos biomédicos para sustentar as diferenças entre os sexos assim como o tratamento desigual entre homens e mulheres na Sociedade, a exemplo do menor número de mulheres em postos de gestão médica explicado pelos estudantes através da gravidez e o “natural” cuidado dos filhos pelas mulheres.

Outro aspecto é a ridicularização das pessoas LGBT, com o emprego de termos como “desordem de gênero” em várias postagens, indicando a patologização de não heterossexuais. As autoras concluem que, mesmo nas práticas não curriculares entre esses estudantes, emprega discursivamente os conteúdos disciplinares da Medicina, sustentando a “veracidade” e a “cientificidade” em manter, por exemplo, a divisão de trabalho entre médicas e médicos, ou a exclusão e patologização de pessoas LGBT, incluindo aqui estudantes de Medicina. Utiliza-se o vocabulário médico a serviço da misoginia, homofobia, machismo, sexismo e da heterossexualidade compulsória.

Na perspectiva de Rizq (2013), existem três pontos fundamentais a serem pensados sobre formação médica: qual a natureza da prestação de assistência à saúde pelos médicos, o que deveria ser oferecido à comunidade e quais os critérios para se aceitar os pacientes no serviço de saúde. Sua argumentação começa discorrendo sobre o que ela chama de “síndrome de uma merda de vida”, que a autora caracteriza como elementos que estão atravessados na vida dos pacientes, mas que fogem da formação médica em termos de como intervir, já que, médicos, pela sua origem social, não compreendem a permanência por muito tempo

em estados de pobreza, famílias desagregadas, falta de estabilidade social, desemprego, entre outras características dos estratos socioeconômicos desfavorecidos. São os monstros da Medicina, no sentido foucaultiano atribuído ao termo pela autora. Monstros, no sentido que mostram limites e interações para as quais a Medicina não se interessa em termos de formação acadêmica enquanto objeto de estudo, aquilo que vai além do corpo biológico e seu funcionamento “em-si-mesmo”.

Gaufberb e colaboradores (2010) apontam que, desde a década de 1960, são realizados estudos a respeito da importância do ensino informal do qual partilham e participam os estudantes de Medicina, por modelar valores e comportamentos. Segundo as autoras, existe uma tensão perene na formação médica entre o formalismo absoluto e os aspectos implícitos do currículo oculto<sup>12</sup> em um processo que constrói o senso de identidade profissional dos futuros médicos e médicas.

Lempp e Seale (2004) defendem que além do currículo em si, o estudante de Medicina deve “aprender a sobreviver” na universidade, através do aprendizado dos costumes, dos rituais e de como as relações sociais são estruturadas, em um processo que o constrói não apenas como estudante, mas que também impactará em sua prática profissional futura quando graduado.

---

<sup>12</sup> O termo foi empregado pela primeira vez nos estudos sobre Educação Médica por Frederick Hafferty (1998), indicando o processo de aprendizagem que ocorre através dos significados e sentidos originados nas interações informais entre estudantes, universidade, e outros, assim como o aprendizado que acontece através das influências organizacionais, estruturais e culturais intrínsecas às instituições de ensino. O currículo oculto atinge o aprendizado no nível das interações interpessoais, um conceito importante para levar em conta que existe uma educação médica latente e implícita, fundada nas interações extra-curriculares “(...) *in the elevator, the corridor, the lounge, the cafeteria, or the com-call room. The concept of the informal curriculum also allows us to better address and assess the importance of role models in the learning that takes place at all levels of medicine. The hidden curriculum highlights the importance and impact of structural factors on the learning process. Focusing on this level and type of influence draws our attention to, among other things, the commonly held “understandings”, customs, rituals, and taken-for-granted aspects of what goes on in the life-space we call medical education. This concept also challenges medical educators to acknowledge their training institutions as both cultural entities and moral communities intimately involved in constructions definitions about what is ‘good’ and ‘bad’ medicine. Finally, and perhaps most important, this concept asks educators to recognize medical education as a cultural process and therefore as something that is constantly buffeted by external forces and by problems of internal integration.*” (HAFFERTY, 1998, p.402).



Os educadores médicos, na medida em que são socializados pelo currículo oculto em suas próprias constituições profissionais identitárias, podem não perceberem que existem crenças, valores e códigos de comportamento implícitos que eles ensinam as futuras gerações de médicas e médicos, inclusive por que os estudantes estão sempre em uma situação de margem, de borda, na medida em que é parte da equipe médica, mas ao mesmo tempo sem se constituírem enquanto médicos e médicas ou “pessoal de apoio”<sup>13</sup>. Sobre estes aspectos da vida dos estudantes de Medicina, Gauferg e colaboradoras afirmam que *“They dress the part and speak the language of medicine, yet they bring beginners’ minds and thus can observe and name cultural phenomena that become invisible to doctors over time”* (GAUFBERG et al, 2010, p.1709).

Bulcão e Sayd (2003) analisam que, em razão do status e posição social do médico, tanto quanto das expectativas sociais referem-se a essa profissão, a formação médica é centrada para além dos conteúdos disciplinares em um processo rígido de perpetuação de valores e autoimagem característicos da representação social do médico na sociedade contemporânea, além do que o processo de socialização entre os médicos “(...) tende a reproduzir de forma conservadora os padrões culturais vigentes, os internos à própria estrutura da escola e os valores do mundo profissional” (BULCÃO, SAYD, 2003, p.12). Essas autoras ainda conceituam que “(...) os valores vigentes em uma Faculdade de Medicina estão associados a pautas e a valores de uma das profissões de maior prestígio em nossa sociedade.” (BULCÃO; SAYD, 2001, p.12).

Também Phillips (2009) afirma que o processo pelo qual os estudantes se tornam médicos se entende para além do conhecimento biomédico e das habilidades clínicas adquiridas na Universidade. Na análise da autora, o currículo oculto não se trata do aspecto informal do ensino, na medida em que tanto os elementos formais (aulas, estudos de caso e atividades práticas disciplinares) como os informais (ensino a beira do leito e o que da prática é ensinada diretamente de médico à estudante) estão de certa maneira contemplados nas expectativas sociais de um curso de Medicina.

Para Phillips, o currículo oculto trata de elementos implícitos e não declarados/declaráveis implicados no ensino médico *“(...) which may be*

---

<sup>13</sup> Termo empregado pelos médicos e até mesmo pelos outros profissionais de saúde, que inclui todas as ocupações e profissões que não sejam médicas, mas que trabalhem em equipes de saúde. O termo em sí é revelador da hierarquização existente na saúde, tanto quanto do lugar que o médico ocupa.

*one of the most profound ways by which medical students learn to be professional*” (PHILLIPS, 2009, p.848), referindo-se a reprodução de valores e atitudes entre os estudantes através de certa estrutura institucionalizada pelo ensino e pela organização do programa educacional, mas que foge ao *framework* do currículo explícito, seja ele formal ou informal. Trata-se, por exemplo, das normas institucionalizadas sobre a relação que se estabelece com os pacientes, com seus cuidados, a interação interprofissional e intraprofissional, entre outros aspectos, e que nas palavras da autora “modelam” o estudante.

Quando os professores – clínicos ou teóricos – decidem por explicitar determinado aspecto do conteúdo e omitir/ocultar/minimizar outro estão modelando o processo pedagógico, sendo temas especialmente relacionados às atitudes frente à questão de gênero, diversidade sexual, etnicidade, indústria farmacêutica e outras abordagens terapêuticas que não alopáticas, e o envelhecimento, segundo Phillips (2009). A autora alerta que o currículo oculto apresenta um importante aspecto de modelagem das atitudes dos estudantes quanto a gênero e estereótipos de gênero, que influenciam diretamente na prática médica.

Bloom (1988) em seu clássico artigo sobre estrutura e ideologia na Educação Médica, sem empregar o termo currículo oculto, que seria alcunhado nesse âmbito em data posterior, afirma que ao “selecionar” a objetividade e a racionalidade como valores para a abordagem teórico-científica e prática, desinteressando-se pelo paciente em si e pela sociedade, não dando séria atenção aos aspectos das dimensões social, comportamentais e pessoais da doença. Categorias como família, comunidade, Medicina Preventiva, e sociologia médica são intelectualmente periféricas na educação médica<sup>14</sup> (BLOOM, 1988).

Para Murakami e colaboradoras (2009), mais do que apenas um aspecto da formação do médico, o currículo oculto é a principal parte da formação identitárias da profissão. Em estudo com estudantes de Medicina, as autoras concluíram que as disciplinas e os conteúdos curriculares tem importância social pequena quando comparada a constituições de *network*<sup>15</sup> entre os médicos e médicas, inclusive sendo

---

<sup>14</sup> Bloom (1988) alerta que, também as Ciências Sociais tem certa parcela de responsabilidade pelo panorama, na medida em que as Teorias Sociais são herméticas, especialmente aos profissionais de saúde.

<sup>15</sup> Termo que, traduzido do inglês, significa rede de contatos e relações entre pessoas, geralmente empregado para atividades profissionais.

essa uma das justificativas dos estudantes para a persistência da hierarquia entre eles, a despeito dos abusos verbais e humilhações a que se submetem, na medida em que os entrevistados entenderam como parte do processo de se tornar médico aderir a essas configurações de relações sociais. Não é o conhecimento que constitui os médicos enquanto tal, mas sim o reconhecimento de outros médicos e da posição que ocupam nessa rede.

Para Koifman (1998) a combinação do currículo explícito, disciplinar, em sala de aula, com fatores, vivências e experiências dos estudantes de Medicina relacionadas/possibilitadas pela universidade produz a distância entre a educação médica prescrita e a formação oficial, e aquilo que ocorre socialmente na construção da profissão e do profissional, que é mais e diferente do prescrito, segundo a autora.

Uma das perspectivas imprevistas no currículo, mas que constroem o médico para a autora trata-se do dispositivo de crenças que operam a ideia de que o médico é o “dono do corpo que está sendo tratado (...) por se considerar o dono do saber e não escutar a opinião do dono do corpo” (KOIFMAN, 2001, p.53), processo cuja justificativa e sustentação epistemológica parte do modelo biomédico<sup>16</sup>. Nesse sentido, Cutolo e

---

<sup>16</sup> Concordando com Foucault no que se refere a constituição da epistémé moderna, assim como as discussões desse autor sobre o Biopoder e a Biopolítica, Koifman (2001) apresenta que a Medicina pós século XIX parte de um paradigma cartesiano. Nesse contexto, a autora define que “O modelo biomédico vê o corpo humano como uma máquina muito complexa, com partes que se inter-relacionam, obedecendo a leis natural e psicologicamente perfeitas. O modelo biomédico pressupõe que a máquina complexa (o corpo) precise constantemente de inspeção por parte de um especialista. Assumi-se, assim, de modo implícito, que alguma coisa, inevitavelmente, não estará bem dentro dessa complexa máquina. Não fosse isto, por que as inspeções constantes? O modelo biomédico não vê o corpo como uma máquina perfeita, mas como uma máquina que tem, ou terá, problemas que só especialistas podem constatar. O fenômeno biológico é explicado pela química e pela física. Não parece haver espaço, portanto, dentro dessa estrutura, para as questões sociais, psicológicas e para as dimensões comportamentais das doenças. Acredita-se serem as doenças resultados ou de processos degenerativos dentro do corpo, ou de agentes químicos, físicos ou biológicos que o invadem, ou, ainda, da falha de algum mecanismo regulatório do organismo. Segundo essa visão, doenças podem ser detectadas apenas por métodos científicos. Partindo do princípio, concernente a esse modelo, de que a saúde e a vida saudável emergirão automaticamente da ciência, os tratamentos médicos consistiriam em esforços para reestruturar o funcionamento normal do corpo, para interromper processos degenerativos, ou para destruir invasores. A concepção mecanicista do organismo humano levou a uma abordagem técnica da saúde, na qual a doença é reduzida a uma avaria mecânica, e a terapia médica, à manipulação técnica. Em muitos casos,

Cesa (2003) alertam que os aspectos da formação “além da disciplinar” no curso médico refletem-se não apenas em uma formação imprevista, mas especialmente contraditória com o ideário de profissionais de saúde no Brasil, afirmando que além de biomédico, o modelo formativo médico reproduz um profissional inadequado para a atuação social e que atenda as necessidades da sociedade brasileira.

---

essa abordagem foi bem-sucedida. A ciência e a tecnologia médicas desenvolveram métodos altamente sofisticados para remover ou consertar diversas partes do corpo” (KOIFMAN, 2001, p.54).

## **4 DOMESTICAR CORPOS E CONSTRUIR MÉDICOS**

### **4.1 Estratégias e operações de pesquisa junto aos estudantes de Medicina**

Bourdieu e colaboradores (2015) argumentam que a pesquisa sociológica demanda por parte do pesquisador o que chamam de vigilância epistemológica, questionando a possibilidade de neutralidade e cientificidade a partir da abordagem positivista, na medida em que a investigação sociológica se dá em relações distantes da realidade controlada dos laboratórios. Ao mesmo tempo, alertam que a pesquisa empírica não deve ser destinada apenas a adequar o mundo ao olhar das teorias por si mesmas, como se fossem verdades, mas defendem que a Teoria Social, seus conceitos e métodos decorrentes, devem ser “(...) tratados como ferramentas que, arrancados de seu contexto original, se oferecem para novas utilizações” (BOURDIEU e colaboradores, 2015, p.13).

Um alerta importante se refere à prática da pesquisa sociológica relaciona-se ao que os autores chamam de uma necessidade de constante “(...) questionamento dos métodos e teorias em sua própria utilização para determinar o que fazem aos objetos e os objetos que fazem” (BOURDIEU e colaboradores, 2015, p.21), indicando que os resultados de pesquisa detém em si um caráter de construção e constituição social, na medida em que produzem objetos e produzem efeitos a partir desses objetos. Não se trata de um simples colecionar de fragmentos da realidade, como transparece na perspectiva positivista. Para Bourdieu e colaboradores (2015), os pesquisadores devem levar em conta que ao mobilizar as técnicas de pesquisa estão empregando “(...) uma entre outras tantas técnicas de sociabilidade, qualificadas do ponto de vista social” (p.55).

Outro alerta importante é a consciência de que relações que são construídas constantemente na experiência, e que fogem a percepção e compreensão tanto do pesquisador como de quem vive essas relações, são “dilaceradas” no ato de pesquisa, na medida em que se isolam características/dimensões do cotidiano que não emergem sozinhas (ou que talvez nem mesmo existam por si mesmas) no tecido social<sup>17</sup>. O ato de pesquisar é um ato produtivo, de grande legitimidade social, que produz realidades, a partir de cortes e recortes, de olhares e perspectivas, mas nunca a verdade ou a realidade em si (se é que esta existe).

---

<sup>17</sup> Empreguei o termo tal como apresentado por Elias (1994) ao discorrer sobre as relações entre Sociedade e/de Indivíduos.

Para tanto, tal como na antropologia Roy Vagner concebeu a invenção da cultura, Bourdieu e colaboradores utilizam o termo “invenção” ao se referirem àquilo que a pesquisa produz a partir da vida cotidiana, já que “(...) nunca se reduz a uma simples leitura do real, por mais desconcertante que seja, já que pressupõe sempre a ruptura com o mesmo e com as configurações que ele propõe à percepção” (BOURDIEU e colaboradores, 2015, p.25).

A postura epistemológica empregada na presente pesquisa foi a do Construcionismo Social, definido por Giddens e Sutton como “Abordagem da Sociologia de postura agnóstica em relação à realidade dos fenômenos sociais, preferindo investigar o modo como eles são produzidos dentro das relações sociais” (GIDDENS; SUTTON, 2016). Surge da tentativa de integração teórica entre teoria e ação, presente em trabalhos como os de Margaret Archer, Norbert Elias, Anthony Giddens e Pierre Bourdieu (GIDDENS; SUTTON, 2016).

Burr (1995), de maneira diferente, refere à origem do construcionismo social aos desdobramentos - clínicos e de pesquisa - da obra de Berger e Luchman (2012) no campo da sociologia do conhecimento: “A construção social da realidade”. Segundo Burr (1995) assumir a postura epistemológica construcionista social em determinada pesquisa – assim como em outros empreendimentos sociais – refere-se a levar em consideração e explicitar: (1) uma atitude anti-essencialista; (2) que toda produção de conhecimento oriunda de contingências e especificidades histórico-culturais; (3) que todo conhecimento – científico e o não científico – tem condições de emergência a partir de processos sociais; (4) que é impossível à imparcialidade, na medida em que todo ato de produção de conhecimento refere-se a uma ação social e, portanto, com intencionalidade e direcionalidade; (5) a linguagem é uma forma de ação social; (6) a linguagem e os discursos estão implicados nos processos sociais e na construção social das realidades.

Talvez por se tratar de uma autora da Psicologia Social e não da Sociologia, Burr não discorre sobre um sexto aspecto que entendemos ser relevante, tanto no contexto da presente pesquisa, como em termos dos trabalhos de Bourdieu e outros teóricos contemporâneos: a constituição de laços sociais e como esses laços organizam a vida social.

Nesse sentido de relações mais amplas, Moscheta (2014) aponta que a orientação de uma pesquisa através do Construcionismo Social, na

medida em que é um produto da pós-modernidade<sup>18</sup>, também assume “(...) a recusa às explicações e definições totalizantes”, a partir de um entendimento de que os fenômenos sociais são produzidos e produtivos, localizando-se em “(...) feixes de múltiplos discursos próximos e divergentes, com zonas de interseção e oposição, cuja semelhança está no modo como se reconhecem enquanto possibilidades discursivas” (MOSCHETA, 2014, p.24).

Para o Construcionismo Social, a neutralidade, objetividade e generalização não são possíveis, uma vez que os processos sociais são relacionais e o pesquisador é um coprodutor dos discursos, pois, ao inquirir sobre algo, há produção conjunta entre quem pergunta e quem responde. A resposta somente acontece pelo ato de perguntar que, de certa forma, dá base para a produção de determinado discurso (IBAÑEZ, 2001).

Nesse ínterim, Spink (2010) analisa que a linguagem é uma prática social. Como tal, entendê-la passa necessariamente pelos seus aspectos performáticos – quando, em que condições, a intencionalidade, e a forma como emerge – assim como as condições de produção – contexto social e das interações sociais.

Para o presente trabalho, como uma forma de entender os contornos mais gerais do grupo de estudantes de Medicina da UFSC, foram aplicados questionários a todos os estudantes da primeira à oitava fase do curso, com finalidade de traçar o perfil sócio demográfico e levantar informações sobre algumas questões relacionadas à temática de gênero e diversidade sexual. A aplicação foi realizada no mês de agosto de 2015, com taxa de resposta de 85,24% dos 391 alunos matriculados.

Os questionários foram distribuídos coletivamente em sala de aula, sem a presença do professor e recolhidos em urna lacrada. Os alunos ausentes no dia da aplicação foram contabilizados como taxa de não resposta. Foi realizado o controle da taxa de respostas, no sentido de avaliar se existiu ou não necessidade de ponderação amostral frente a sexo e número de alunos por turma.

Além das características sócio demográficas, havia cinco questões sobre experiência de preconceito (ter ou não sofrido; se sim – religioso e/ou étnico-racial e/ou religioso e/ou por orientação sexual) e outras

---

<sup>18</sup> Na medida em que essa é temática de tensionamento nos debates da Teoria Social no contexto do início do século XXI, e que fogem ao objetivo do presente trabalho, não entraremos nessa discussão assumindo o termo empregado por Moscheta (2014).

quatro questões sobre convivência cotidiana com lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.

Os dados quantitativos serviram de baliza para situar a pesquisa em relação ao universo dos estudantes, sendo a pesquisa qualitativa a abordagem privilegiada por mim para o presente trabalho. Como técnica de coleta de informações qualitativas foi empregada o Grupo Focal.

Conforme Morgan<sup>19</sup> (1997) Grupo Focal é uma técnica de pesquisa que coleta informações através da interação de grupos em um determinado tema ou tópico de relevância para a pesquisa. Tanto a temática como os aspectos que justificam um grupo de sujeitos com características semelhantes se reunirem e interagem é o foco, sendo que as informações são construídas a partir da interação dialogada do Grupo. Sendo assim, o Grupo Focal não é entrevista em grupo ou coletiva, sendo fundamental a idéia de que os diálogos produzidos assim como a comunicação não verbal não é a fala de múltiplos indivíduos, mas sim um produto da interação entre as pessoas que dele façam parte.

Outra idéia cara para Morgan (1997) que reforça a abordagem do Grupo Focal enquanto produto da interação é a de que a fala de um integrante do grupo pode ou não contemplar a perspectiva de outro(s) integrante(s). Caso haja concordância ou desacordo, os demais irão expressar-se – de maneira verbal ou não verbal – seu posicionamento frente ao falante. Dessa forma, o produto de um Grupo Focal não pode ser apenas o diálogo oral, mas também a comunicação não verbal, havendo necessidade de pelo menos um moderador e um ou mais observadores para registro desses aspectos da interação. Tanto os diálogos como as expressões não verbais de concordância ou divergência são levadas em consideração na análise.

Essa é uma característica distintiva entre os Grupos Focais e as Entrevistas Individuais, em que a interação com outros se dá apenas em termos do relato da pessoa, enquanto que nos primeiros a interação é *in loco*. Os Grupos Focais foram realizados com um moderador e um observador, ambos com experiência pregressa no emprego da técnica.

Segundo Morgan (1997) três são os usos básicos dos Grupos Focais nas Ciências Sociais: como fonte de informações principal ou

---

<sup>19</sup> O sociólogo britânico David Morgan é considerado o mais importante autor sobre Grupo Focais no mundo, com diversos livros publicados sobre a temática. Em suas obras, a construção das orientações para a condução da técnica sempre está pautada em algum argumento teórico oriundo de pensadores da Teoria Social. Em termos de pesquisa seu foco está temática da Convivência nos grupos sociais e da grupalidade em sociedade, sendo sua obra mais importante na temática “Acquaintances: The Space Between Intimates and Strangers” de 2009.



exclusiva; em estudos multimétodos, que combinam duas ou mais técnicas e que nenhuma delas é considerada a técnica principal; e como complementar/explicativa para outras técnicas, sejam qualitativas e/ou quantitativas. Apesar dos dados quantitativos, não consideramos que se trata de um emprego de métodos mistos em pesquisa, sendo que o Grupo Focal é a principal técnica para produção de informações no presente trabalho.

Em relação aos participantes, Morgan (1997) aponta que o principal cuidado na seleção dos integrantes do Grupo Focal é a indicação de homogeneidade no que se refere às características de gênero, raça, faixa etária e classe social, já que interferem na interação dos grupos, por se referirem a contextos e experiências de vidas diferentes. Sendo o produto dos Grupos Focais construído na grupalidade e a partir da interação, é fundamental para Morgan (1997) que seja realizada a segmentação pelas características importantes ao estudo.

Para a seleção dos participantes foi empregada à técnica *snow-ball* (BERNARD, 1995), que se vale do princípio de que a pessoa inicial indicará alguém de suas próprias redes de relações sociais, fator importante tanto para o Construcionismo Social, como para as indicações dos Grupos Focais. O contato inicial se deu a partir de um acadêmico do curso de Medicina, que integrava à época o Coletivo Humaniza<sup>20</sup>. A partir desse acadêmico, os demais foram convidados por

---

<sup>20</sup> O Coletivo Humaniza foi criado em 2015. É composto por estudantes do Curso de Medicina da UFSC que integraram a Chapa “Lotus” na disputa eleitoral pelo Centro Acadêmico daquele ano. Surgiu como uma resposta a perda daquele pleito. O principal veículo de mídia do Coletivo é um perfil na Rede Social Facebook®, no qual encontram-se as seguintes informações “O nosso coletivo é composto por estudantes de Medicina que enxergaram a necessidade de complementar as discussões de cunho “humano” latentes à nossa formação pessoal e profissional, que muitas vezes são negligenciadas no nosso curso. Temos um anseio em comum de garantir o trabalho de base, através da promoção de debates sociais e estudos sobre eles; de uma maior integração da Medicina aos demais cursos do cuidado à saúde; da defesa sobre a saúde como direito de todos - e da discussão sobre o afastamento de populações negligenciadas desse serviço -; do apoio às práticas integrativas; da discussão sobre o currículo do curso; de intervenções que aproximem os debates à comunidade (divulgando os temas trabalhados por meio de cartilhas, cartas abertas, intervenções artísticas, mídias na plataforma online, elaboração de propostas em conjunto com outras organizações etc.), e da defesa de uma humanização da saúde. Nossas bandeiras são: • Garantia da saúde como direito; Defesa do SUS; Defesa dos direitos humanos; Combate à LGBTfobia, machismo, racismo e qualquer outro discurso de ódio; Integração da Medicina com as demais áreas do cuidado de saúde; Defesa de um currículo generalista, ético, humanista, crítica e reflexivo de fato;

indicação, até a constituição dos três Grupos Focais realizados para esta pesquisa. Todos os participantes cursavam pelo menos a oitava fase à época da pesquisa, na medida em que o ciclo das disciplinas teóricas da formação médica termina nesse período para o curso investigado. A partir do entendimento há peculiaridades que se referem a cada uma das expressões e identidades de gêneros, os três grupos foram constituídos através dos seguintes delineamentos entre os segmentos: um com pessoas heterossexuais, um com pessoas gays e um com pessoas lésbicas e mulheres bissexuais.

**Quadro 3:** características dos participantes dos grupos focais.

Identificação	Identidade de Gênero	Expressão de Gênero	Idade	Fase
Grupo Focal de pessoas heterossexuais (GFH)	Heterossexual	Masculina	25 anos	9 <sup>a</sup> (5 <sup>o</sup> ano)
	Heterossexual	Masculina	24 anos	9 <sup>a</sup> (5 <sup>o</sup> ano)
	Heterossexual	Masculina	28 anos	12 <sup>a</sup> (6 <sup>o</sup> ano)
	Heterossexual	Feminina	24 anos	9 <sup>a</sup> (5 <sup>o</sup> ano)
	Heterossexual	Feminina	25 anos	12 <sup>a</sup> (6 <sup>o</sup> ano)
	Heterossexual	Feminina	26 anos	12 <sup>a</sup> (6 <sup>o</sup> ano)
Grupo Focal de pessoas gays (GFG)	Gay	Masculina	22 anos	10 <sup>a</sup> (5 <sup>o</sup> ano)
	Gay	Masculina	27 anos	10 <sup>a</sup> (5 <sup>o</sup> ano)
	Gay	Masculina	32 anos	11 <sup>a</sup> (6 <sup>o</sup> ano)
	Gay	Masculina	27 anos	10 <sup>a</sup> (5 <sup>o</sup> ano)
	Gay	Masculina	25 anos	11 <sup>a</sup> (6 <sup>o</sup> ano)
	Gay	Masculina	25 anos	11 <sup>a</sup> (6 <sup>o</sup> ano)
Grupo Focal de pessoas lésbicas e mulheres bissexuais (GFLB)	Lésbica	Feminina	23 anos	8 <sup>a</sup> (4 <sup>o</sup> ano)
	Lésbica	Feminina	29 anos	9 <sup>a</sup> (5 <sup>o</sup> ano)
	Lésbica	Feminina	22 anos	9 <sup>a</sup> (5 <sup>o</sup> ano)
	Lésbica	Feminina	24 anos	9 <sup>a</sup> (5 <sup>o</sup> ano)
	Bissexual	Feminina	23 anos	10 <sup>a</sup> (5 <sup>o</sup> ano)
	Bissexual	Feminina	23 anos	8 <sup>a</sup> (4 <sup>o</sup> ano)

Previamente aos grupos focais, todas as pessoas participantes foram contatadas pelo pesquisador, que explicou minuciosamente a temática, a relevância e a intencionalidade da constituição dos Grupos Focais no computo da pesquisa, assim como os destinos possíveis tanto

---

Ultrapassagem destes debates dos muros da universidade.” Disponível em: [https://www.facebook.com/pg/coletivohumaniza/about/?ref=page\\_internal](https://www.facebook.com/pg/coletivohumaniza/about/?ref=page_internal) (Acesso em 15.01.2017).

em termos de tratamento e análise das informações, como da divulgação dos resultados, seguindo minuciosamente os protocolos vigentes da Legislação de pesquisa com seres humanos<sup>21</sup>, incluindo a explicação e assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Também se pactuou cada data e duração dos Grupos Focais, que tiveram duração média de uma hora, gravada e transcrita na íntegra pelo pesquisador.

No início de cada Grupo Focal, o moderador<sup>22</sup> abriu os trabalhos agradecendo a presença de todas e de todos, explicando novamente os detalhes do projeto de pesquisa e a importância do Grupo Focal nesse âmbito. Também orientou que conduziria a discussão através de algumas perguntas norteadoras, mas que o grupo se sentisse a vontade para encaminhar o diálogo da forma que lhe fizesse mais sentido. Por se tratarem de estudantes universitários em vias de término do processo de profissionalização, a explicação inicial contou também com uma breve explanação sobre o grupo focal enquanto técnica para produção do grupo e não de falas individuais, assim como a idéia de que o silêncio em relação à fala de qualquer integrante indicaria concordância com o que estava sendo dito, e solicitando que as divergências e/ou outros aspectos relevantes fossem verbalizados. Por fim, orientou que, na medida do possível, que não houvesse falas de dois ou mais integrantes ao mesmo tempo, de forma a garantir tanto o respeito a quem fala como também auxiliar na transcrição e análise das informações.

Morgan (1997) aponta que o nível de estruturação tanto das questões norteadoras como do ato de moderação de um Grupo Focal variam em relação aos objetivos do emprego da técnica e das assunções teóricas que dão base para a pesquisa. Nesse sentido, para os três grupos focais, após as explicações iniciais conforme detalhadas acima, o moderador empregou a seguinte questão norteadora “Gostaria que vocês relatassem como a questão de gênero e diversidade sexual é aprendida durante o curso de Medicina”. Acreditamos que em função da explicação inicial, pelos participantes se tratarem de universitários, assim como por se declararem enquanto estudantes esquerdistas e militantes dos movimentos estudantis, não foi necessárias intervenções

---

<sup>21</sup> O projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CAAE 34999514.4.0000.0118), conforme Anexo 1. Foi respeitada a Legislação Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

<sup>22</sup> Que se tratou do pesquisador e autor da presente dissertação.

no sentido de garantir que verbalizassem sobre suas próprias experiências em relação a gênero no curso de Medicina.

Para cada grupo, foram feitas poucas intervenções do moderador, e quando feitas, referiram-se a esclarecimentos de termos, características, eventos ou sentidos específicos para os estudantes e que não se tornariam compreensíveis sem a explicação dos mesmos. Assim, optei por realizar os grupos focais com questionamento não estruturado, inclusive apostando na postura Construcionista Social de coprodução de sentidos, uma vez que ao apresentar um roteiro acredito que há estruturação do que perguntar/provocar promoveria uma conversação a partir de meus interesses e, ao deixar que o grupo por si conduzisse o encadeamento das ideias, conceitos e discussões, há deslocamento do que é produzido, com uma menor interferência do meu direcionamento sobre as informações e maior protagonismo das pessoas integrantes de cada um dos grupos.

Para a análise, vali-me do conceito de Práticas Discursivas, conforme definido por Spink (2004; 2010), ferramenta teórico-conceitual que vai aos estudos que empregam a linguagem como substrato empírico de pesquisa, mas que não se destina a análise das estruturas ou formas usuais da linguística de trabalhar com conteúdos. As práticas discursivas partem pressuposição que a linguagem associa-se a características e significados contingentes e contextuais, tendo condição de emergência a partir de um verdadeiro feixe de relações e sentidos fluídos e contextuais.

Para tanto, existem repertórios narrativos mobilizados pelas pessoas nos processos de interação dialógica, mas não apenas a palavra enquanto unidade fundamental da análise. Spink (2010) explica que os repertórios “(...) são os termos, os conceitos, os lugares comuns e figuras de linguagem que demarcam o rol de possibilidades de construções de sentidos. Esses repertórios circulam na sociedade de formas variadas” (SPINK, 2010, p.32). Spink e colaboradores (2014, p.48) afirmam que se trata de “(...) dispositivos linguísticos utilizados para construir versões das ações, eventos e outros fenômenos, (...) que possibilitam entender a dinâmica, a variabilidade e a polissemia das práticas discursivas”.

Aragaki e colaboradores (2014) indicam que o trabalho com os repertórios narrativos nas práticas discursivas parte da identificação dos repertórios em uso e seus efeitos desse uso no posicionamento da pessoa falante assim como no posicionamento de seus interlocutores (o outro), no processo de produção de sentido sobre determinado assunto.

É fundamental o foco na identificação e entendimento tanto das múltiplas maneiras de falar sobre um determinado tema como das tradições discursivas que possibilitam determinadas maneiras de falar e outras não. Essas “maneiras de falar” sobre algo se baseiam em repertórios que contribuem na construção de fatos e diferentes versões da realidade. Assim, Aragaki e colaboradores (2014) afirmam que ao trabalhar com repertórios narrativos e com as práticas discursivas que são sustentadas por eles, é possível entender tanto os diversos posicionamentos nas e as relações de poder presentes em determinado tema, assim como as controvérsias que dele decorrem.

Na nossa concepção, essa identificação de elementos e o ato de posicioná-los em relação a si e ao outro, foi um importante aspecto da análise do material produzido nos grupos focais, na medida em que permitiu evidenciar a percepção dos grupos em relação a esse outro – seja ele o curso, as e os docentes, as e os outros estudantes, a sociedade, etc... Muitos “outros” acompanharam/atraversaram/interagiram com as pessoas que integraram os grupos focais.

A partir das transcrições na íntegra e das anotações do observador sobre a comunicação não verbal entre integrantes dos grupos focais, procedeu-se a análise das informações, operacionalizada da seguinte maneira: leitura completa até a familiaridade com o texto das transcrições; anotação das impressões do pesquisador sobre os principais temas, conceitos, formas de nomeação e significados diferentes produzidos nos discursos em cada um dos grupos focais; comparação dos principais temas, conceitos, formas de nomeação e significados diferentes dos grupos focais e entre os grupos focais dos seguimentos de estudantes nos quais foram produzidos (heterossexuais; gays; e lésbicas e mulheres bissexuais).

O material resultante desse processo foi discutido com base em autoras e autores da Sociologia e dos Estudos de Gênero, a partir dos sentidos construídos em eixos temáticos com as práticas sociais, as interdições, as regulações de gênero, assim como nas formas de resistência e superação na educação.

#### **4.2. Perfil dos estudantes do curso de Medicina da UFSC em 2016**

Conforme mencionado nos aspectos metodológicos, foi empreendido um levantamento quantitativo sobre algumas características dos estudantes do curso de Medicina da UFSC, em 2016, sintetizadas na tabela que se segue.

**Quadro 4:** características dos estudantes de 1ª a 8ª fase do curso de Medicina da UFSC, 2016.

<b>Característica</b>	<b>Categorias</b>	<b>Frequência (%)</b>
Sexo	Masculino	157 (46,9)
	Feminino	178 (53,1)
Orientação sexual	Heterossexual	299 (89,3)
	Gay	22 (6,6)
	Lésbica	5 (1,5)
	Bissexual	8 (2,4)
	Transexual	1 (0,3)
Cor de pele autodeclarada	Branca	261 (77,9)
	Preta	15 (4,5)
	Parça	46 (13,7)
	Outras	13 (3,9)
Idade	17 a 21 anos	159 (47,5)
	22 a 26 anos	150 (44,8)
	27 a 31 anos	20 (6,0)
	Acima de 31 anos	6 (1,8)
	Total	335 (100,0)
Renda familiar per capita	< salário mínimo	59 (17,6)
	Entre 1 e 2 salários mínimos	87 (26,0)
	Entre 2 e 3 salários mínimos	99 (29,6)
	Entre 3 e 4 salários mínimos	45 (13,4)
	Mais de quatro salários mínimos	8 (2,4)
	Missing	24 (7,2)
Religião	Ateu	134 (40,0)
	Católico	143 (42,7)
	Evangélico	16 (4,8)
	Espírita	27 (8,1)
	Outras	15 (4,5)
Relacionamento	Solteiro	214 (63,9)
	Casado/União estável	9 (2,7)
	Namorando	112 (33,4)
Fase do curso	1ª	42 (12,5)
	2ª	41 (12,2)
	3ª	45 (13,4)
	4ª	40 (11,9)
	5ª	39 (11,6)
	6ª	44 (13,1)
	7ª	42 (12,5)
	8ª	42 (12,5)
Cotista	Sim	98 (29,3)
	Não	237 (70,7)

Houve predomínio de pessoas do sexo feminino (53,1%). Com relação à orientação sexual, os LGBT representam 10,7% da amostra, sendo 23 homens (gays e trans) e 13 mulheres (lésbicas e bissexuais). Em relação à cor da pele, 77,9% se autodeclararam branco, enquanto a faixa etária predominante é de 17 a 21 anos, com 77,5%. Sobre os aspectos econômicos, percebe-se a que se trata de um grupo com poder aquisitivo, na medida em que 82,4% dos estudantes declarou renda familiar acima de 1 salário mínimo per capita, e 45,4% declararam mais de dois salários mínimos. Sobre a religião, há um aspecto interessante, na medida em que 40% dos estudantes declararam-se ateus e 42,7% católicos. Sobre o tipo de relacionamento, 63,9% são solteiros, seguidos dos 33,4% de pessoas que estão namorando. Em relação ao ingresso na universidade, 29,3% afirma ser cotista.

**Quadro 5:** características da amostra, com relação a ter sofrido preconceito.

Característica		Frequência (%)
Sofreu preconceito	Sim	201 (60,0)
	Não	134 (40,0)
Étnico-racial	Sim	40 (11,9)
	Não	295 (88,1)
Socioeconômico	Sim	42 (12,5)
	Não	293 (87,5)
Religioso	Sim	32 (9,6)
	Não	303 (90,4)
Por Orientação sexual	Sim	38 (11,3)
	Não	297 (88,7)

Conforme tabela 2, 60% dos estudantes de Medicina afirmam terem passado por alguma experiência de preconceito, sendo o mais predominante o socioeconômico. É interessante notar que, apesar de 10,7% da amostra se autodeclarar como pessoa LGBT, 11,3% dos estudantes apontam que experienciaram preconceito por orientação sexual.

A recursividade em relação à temática LGBT tem relações com conviver ou não com pessoas assumidamente não heterossexuais. Assim, foi questionado se esses estudantes convivem com LGBT em seu cotidiano.

**Quadro 6:** características da amostra, com relação convivência com Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e/ou Transexuais.

<b>Característica</b>		<b>Frequência (%)</b>
Convivência com Gays	Sim	319 (95,2)
	Não	16 (4,8)
Convivência com Lésbicas	Sim	259 (77,3)
	Não	76 (22,7)
Convivência com Bissexuais	Sim	237 (70,7)
	Não	98 (29,3)
Convivência com Travestis	Sim	32 (9,6)
	Não	303 (90,4)
Convivência com Transexuais	Sim	62 (18,5)
	Não	273 (81,5)

Pelo menos 70% dos estudantes afirmam ter convivência com Lésbicas e Bissexuais, enquanto quase a totalidade (95,2%) identifica o convívio com gays cotidianamente. Em relação às pessoas trans, menos de 20% identifica que convive com transexuais e menos de 10% com travestis. É interessante notar que um dos estudantes de Medicina se identifica com homem trans e, como veremos nos dados qualitativos, é de conhecimento geral do curso esse fato. Mesmo assim, os dados indicam invisibilidade declarada por parte desses estudantes no que se refere a essa temática.

### **4.3 O médico e o gabarito corporativo**

Mais do que normalizar corpos e condutas dos pacientes, a Medicina apresentou-se como uma categoria de extrema preocupação com suas próprias normas e normalização de seus próprios profissionais. Dentro do repertório narrativo dos grupos focais, foi mobilizado o conceito de “Cadeia Alimentar”, traduzindo uma trama complexa e densa de relações hierárquicas, posturas, possibilidades e interdições, que se apresentam como (im)possibilidades as pessoas que ingressam no



Curso de Medicina e chegam até os *staff*<sup>23</sup> de equipes médicas de alta complexidade, na medida em que “É uma hierarquia muito forte dentro do curso” (GFH), justificada por certa ideia de que, com o passar do tempo, conquista-se *know-how*<sup>24</sup> sobre o fazer médico, mas que – muito mais – refere-se a posições de comando e obediência dentro da hierarquia sócio temporal instituída no grupo social formado pela Medicina.

Hierarquia é um aspecto da disciplinarização enquanto processo social característico da *epistemè* moderna, se analisarmos a partir de Foucault (2012). O autor aponta que a descoberta do corpo como objeto e foco de investimentos imperiosos do poder parte da ideia moderna de que “(...) ao corpo que se manipula, modela-se, treina-se, que obedece, responde, torna-se hábil ou cujas forças de multiplicam” (FOUCAULT, 2012, p.132), detalhando e tornando capilar a coerção, a partir da “arte do corpo” que é mais do que o investimento nas habilidades, ou mesmo na sujeição do corpo ao sistema, sendo mais especificamente a construção de uma forma de relação em que obediência se mistura a utilidade, o que é tipicamente hierárquico tanto quanto as ideias apresentadas pelos estudantes de Medicina ao relatarem sua vivência no curso.

Segundo Foucault (2012, p.122) “O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe”, um aspecto muito presente na trajetória relatada pelos estudantes, que ingressaram no curso pensando que salvariam vidas, e, ao longo dos anos, são coagidos sutilmente (e às vezes não) a deslocarem sua atenção e preocupação enquanto “futuros médicos” para o que outros médicos e outros futuros médicos pensarão sobre suas ações e pensamentos. Fragmentos e especialidades de corpos humanos, gradualmente o estudante de Medicina passa a entender de partes, mas não do todo.

A experiência de pessoas que estudam Medicina é uma vivência de extremos. A grande concorrência para ingresso na Universidade exige abnegação da vida pessoal esperada para jovens adolescentes, que muitas vezes imaginam que irão ter a recompensa de anos de disciplina ao poderem cursar a universidade e aproveitar a vida universitária. No entanto, quando iniciam o curso percebem que ingressaram no curso do

---

<sup>23</sup> Termo corrente nos hospital, que vem da língua inglesa, significando a equipe ou funcionários permanentes do hospital. No entanto, entre os médicos, refere-se exclusivamente aos médicos, sem qualquer referência aos demais profissionais.

<sup>24</sup> Termo que se refere a conhecimentos de normas, métodos e procedimentos em atividades profissionais, esp. as que exigem formação técnica ou científica, mas também habilidades adquiridas pela experiência.

campo da Saúde com maior carga horária, tanto teórica quanto prática, de forma que resta (se é que resta) pouquíssimo tempo para si, com disciplinas em dois turnos diurnos, uma carga imensa de material teórico para estudar, e uma cobrança por excelência radicalmente dura.

Tal como apontado por Foucault (2012, p.134) “A disciplina é uma anatomia política do detalhe” e o posicionamento (e sua mensagem constante) de hierarquia na referida “Cadeia Alimentar” da Medicina também se revela como importante técnica das diversas instituições disciplinares que operam na produção do médico, em uma minuciosa e prolongada ordem de ações e processos, que tem por base um investimento político e detalhado no corpo dos estudantes – seja o corpo o coletivo dos estudantes, seja no corpo mesmo de cada uma das pessoas que estudam Medicina. Tornar o homem indócil no operador mais próprio do biopoder: o médico. Mas para tanto, há que se, progressivamente, marcar, registrar, detalhar, tornar precisos os elementos, comportamentos, posições, conhecimentos, entre outros aspectos, do que é ser médico. E alguém que acaba de ingressar no curso universitário está mais próximo aos outros humanos do que ao médico. Assim, é base da “Cadeia alimentar” no repertório narrativo desses estudantes. É da ordem do posicionamento na hierarquia médica. É da ordem da docilização e disciplinarização dos corpos.

A especialização profissional se dá de maneira muito mais intensa do que em outras profissões, ao ponto de que para se tornar neurologista a pessoa cursou seis anos de graduação, dois anos de clínica geral, dois anos – finalmente - de neurologia, com um total de dez anos de estudos no mínimo. Assim, a ideia de hierarquia/poder e sofrimento/abnegação está no cerne na identidade médica “É a pirâmide médica do sofrimento. Em busca de chegar a um fim, depois de sofrer a vida inteira pra você cagar na cabeça das pessoas. Você sofre cada vez que você sobe de level você sofre cada vez menos. Então você aceita o sofrimento em troca do horizonte”. (GFH).

Não se trata apenas de uma percepção dos estudantes. É um conceito empregado pelos educadores médicos no cotidiano do ensino. “É um negócio bem instituído e sempre reforçado... A gente nem entrou no internato e os professores já ficam assim “vão mandar em vocês para depois vocês mandaram” (GFH). Recorrentemente algumas metáforas foram empregadas tais como “É uma cadeia alimentada por todo mundo” (GFG), “A gente é peixe pequeno, até a gente virar o tubarão (GFH), “é tipo uma escada rolante, tu não vai ficar naquela posição por muito tempo, você vai sempre subindo”, “ninguém questiona, por que ninguém faz nada, por que é temporário” (GFH).

Foucault (2012) aponta que a disciplinarização enquanto processo necessário à constituição do biopoder é anatomia política, como já mencionada. Nesse sentido, há “uma observação minuciosa do detalhe, e ao mesmo tempo um enfoque político dessas pequenas coisas, para controle e utilização dos homens (...), todo um conjunto de técnicas, todo um corpo de processos e de saber, de descrições, de receitas e dados” (FOUCAULT, 2012, p.136), ao que ele nomeia por “arte das distribuições”, já que um dos aspectos da disciplina é a distribuição de indivíduos no espaço, seja físico, seja hierárquico.

Nesse processo, as disciplinas médicas – entendidas tanto enquanto currículo formal, quanto o informal e também o oculto – age dividindo entre médicos e as outras pessoas. Foucault (2012, p.139) nomeou como “regra das localizações funcionais”, que localiza as pessoas num espaço administrativo-político que investe em “individualizar os corpos, as doenças, os sintomas, as vidas e as mortes; constitui um quadro real de singularidades justapostas e cuidadosamente distintas” (FOUCAULT, 2012, p.139).

Existem especificidades de como as relações hierárquicas se manifestam de divisões entre médicos heterossexuais e os outros (médicas e não heterossexuais) até a prática discursiva que elitiza a Medicina frente às demais profissões de Saúde. Em todos os espaços e interações, segundo os materiais produzidos nos grupos focais, há a lembrança de que esses estudantes estão e fazem parte de uma cadeia alimentar: “É um termo mesmo. Existe a cadeia alimentar. É dito constantemente a quem entra no curso ‘Vocês estão na base da cadeia alimentar’.” (GFLB). Mais do que um conceito, é sensorial e emocional a participação nessa característica do curso de Medicina, explicada da seguinte forma “A gente se sente literalmente numa cadeia alimentar. Tu acabas tendo que sempre obedecer alguém. É a hierarquia que um dia tu irás tá no topo da cadeia alimentar.” (GFH).

Essa questão pode se relacionar com o aspecto ressaltado por Freidson (2009) ao afirmar que o trabalho médico em si pauta-se no diagnóstico e no tratamento “(...) dos considerados doentes” (FREIDSON, 2009, p.204). Esse ponto é fundamental na análise sociológica da profissão médica para Freidson.

Mesmo que seja tão óbvia, a ponto de ser evidente por si só, a denominação de doença é um ato social que escolhe alguns atributos humanos, os avalia como indesejáveis e esforça-se para

controla-los, ou erradica-los; não existe teoria sociológica sobre o desvio que reserve um lugar claro e seguro para a doença. (FREIDSON, 2009, p.236-7).

Nas sociedades contemporâneas, é a Medicina é a profissão de maior prestígio social nas definições do que seja ou doença perante a sociedade, “(...) autoridade para definir como doença a queixa de um, mas não a de outro, pode-se dizer que ela seja comprometida com a criação da doença como uma condição social que o ser humano deve assumir” (FREIDSON, 2009, p.239). No processo de construção das doenças – e as demais dimensões precedentes de análise sobre essa profissão são condições para tal - a Medicina detém o monopólio tanto do trabalho como da “(...) jurisdição sobre a determinação do que é a doença e, conseqüentemente, o que as pessoas devem fazer para tratá-la” (FREIDSON, 2009, p.219).

Novamente, Freidson diverge de Parsons, para quem a Medicina tem o poder de legitimação sobre quem se comporta como doente. “A Medicina é orientada para procurar e encontrar doenças. Isso quer dizer que ela busca criar um significado social para a doença onde este significado ou interpretação não existia até então” (FREIDSON, 2009, p.279). Na perspectiva de Freidson, a definição de causas, rótulos e seleção (e exclusão) de atributos às ‘doenças’ também causam as condições de comportamento social das pessoas, após o diagnóstico.

Meu argumento vai mais longe (*que o de Parsons*): minha tese, neste caso, é que por causa do fato de ter a autoridade de definir ‘verdadeiramente’ o que é a doença, a Medicina cria as possibilidades sociais para o desempenho do doente. Neste sentido, o monopólio da Medicina inclui o direito de criar a doença como papel social oficial. (FREIDSON, 2009, p.219).

Os elementos discursivos que compõe/falam por essa hierarquia, não estão apenas nas práticas e relações interpessoais. Tal como Foucault (2002) afirma em relação ao esquadramento do espaço urbano, também os espaços ocupados pelas instâncias disciplinares do

curso de Medicina dispõem-se em estruturas físicas de prédios isolados e hierarquizados, indicando a elitização progressiva pela qual estes estudantes de Medicina acessam no transcórre do curso. Há um sentimento presente de coerção relatado pelos estudantes, especialmente as mulheres, pela adequação as normas dessa hierarquia invisível, porém palpável. Os repertórios narrativos mobilizados assim como as práticas discursivas a que se referem traduzem a ideia de que existe uma norma a ser seguida, que essa norma é lógica, tal quais as estruturas e papeis de uma família já que “Sempre falam: aah é por que ele ta na família Medicina. Na família Medicina as coisas é família. Tem os que mandam ali. Ai, você, que é o mais novo, tem que obedecer por que eles estão ali há mais tempo.” (GFH).

A partir dos grupos focais com percebi um efeito comum, presente na grande maioria das perspectivas e pontos apresentados, que norteia as discussões ao redor do que gostaria de chamar de “tipo organizador médio”, sem qualquer pretensão de construir um tipo ideal a partir dos dados de pesquisa, ou mesmo de empregar uma abordagem weberiana. Por outro lado, o que estou nomeando de tipo organizador médio refere-se também às fantasias e às imagens produzidas pelos grupos sobre si mesmos e sobre o(s) outro(s), tal como desenvolvido por Elias (2000), em seu fundante estudo de microssociologia destinado a compreender as relações constitutivas entre os estabelecidos e os *outsiders*.

Em todos os grupos focais e, posteriormente, quando do processo de análise do material empírico e dos demais procurados na internet, há uma imagem construída socialmente como “o médico”, com diversos sentidos empregados. Esse tipo tem algo de fantasia e algo de concretude, dado que mais do que serem profissionais, me pareceu que existe uma auto cobrança de adequação ou de tentativa de rompimento em alguns casos, com esse tipo. Nesse sentido, o chamo de organizador, pois há referências constantes a essa imagem que organizam os sentidos sociais e os parâmetros conforme a distancia ou proximidade do que é esperado para esse tipo. É uma imagem construída, produzida discursivamente assim como na prática, aludida constantemente, às vezes pelo uso de “o médico é...” ou “a Medicina é...”, que tem propriedades de ação (“o médico faz... a Medicina faz...”).

Todas as práticas discursivas foram postas em relação ao tipo organizador, dos extremos da crítica e dos extremos da adesão, se constituindo enquanto uma imagem produzida pela média dessas interações. Daí chamar essa imagem de “tipo organizador médio”, que é tanto repertório narrativo como operações de práticas discursivas,

produzindo efeitos nas relações, nas inter-relações, e no que se constroem como outros não médicos.

O tipo organizador médio refere-se a uma tríade de elementos: heterossexualidade compulsória, machismo e misoginia. No repertório dos três grupos, incluindo o de pessoas heterossexuais, o conceito empregado foi o de “grupinho dos meninos heteros”. Chamou a atenção que no repertório dos participantes de todos os grupos, a palavra “heterossexual” foi empregada de maneira depreciativa, mobilizando o sentido de “preconceituoso”, “machista”, “misógino”, “homofóbico”, tanto para homens como para mulheres do “grupinho dos heteros”.

Esse panorama parece consonante com a ideia de operador do biopoder, na perspectiva de Foucault, com implicações frente à temática de gênero, tal como as considerações de Butler (2015) para quem

(...) a lei repressiva efetivamente produz a heterossexualidade, e atua não como um código meramente negativo ou excludente, mas como uma sanção e, mais apropriadamente, uma lei do discurso, distinguindo o que é dizível do que é indizível (delimitando e construindo o campo do dizível), o que é legítimo do que é ilegítimo. (BUTLER, 2015, p.119-120).

Em relação ao tipo organizador médio, o “grupinho dos meninos héteros” revela suas características, aludidas como “eles tem aquele comportamento de macho alfa” (GFH), com ações como “compartilhar foto de meninas e questionar ‘tu vai pra festa e vai pegar quem?’ ” (GFH), “pra fazer parte tu tem que ser homofóbico, ou ser conivente com a homofobia pelo menos” (GFH), “tem que ser homofóbico machista. Não basta ser heterossexual, por que se não nós estaríamos nesse grupo. Tem que ser heteronormativo. E todas as salas têm esse grupo” (GFH). Trata-se de um agregado de características reunidas nessa imagem, mas que, além de ser um tipo, refere-se a um conjunto de pessoas que sustentam a configuração de grupo. Não se trata de um indivíduo. Trata-se de uma massa ou coletiva que sustenta suas relações a partir dessas características reunidas em “grupos cheios de regras onde eles colocam questões como ‘aqui só pode entrar quem é normativo, homofóbico, machista’” (GFG).

Tal como apontado por Connell (2016) as relações de gênero se tratam de relações sociais que marcam corpos e atitudes na medida em que “Práticas sociais não acontecem sem corpos. (...) O gênero é corporificado. O Gênero é especificamente uma questão de corporificação social” (CONNELL, 2016, p.17). A autora, que é uma socióloga trans, afirma que o gênero é uma estrutura que reproduz relações sociais, organizando práticas sociais em papéis definidos. Da mesma forma, Rahman e Jackson (2010) apontam que esse é um dos importantes aspectos das relações de Gênero para a Sociologia: trata-se de uma característica fundamental das sociedades contemporâneas em termos de organização e significados sociais, já que os caminhos em que são ordenados e as significações estão imbricados em outros aspectos da vida social.

As características mobilizadas para o tipo organizador médio foram “ser homem, ser heterossexual, ser branco, ser rico, ter pai médico, ter influência” (GFH) justificadas pelos efeitos que delas advém “são fatores que fazem você ficar em uma cadeia superior ao outro. Quando a pessoa não junta algum desses fatores, ela tenta ser aceita fazendo algumas coisas para que essas pessoas que seguem todo esse padrão a aceitem” (GFH). Mais do que um lugar a ser atingido, uma posição a ser conquistada, quem detém estas característica localiza-se discursivamente no espaço sócio relacional que se organiza enquanto ponto de apoio das demais relações que se estabelecem no âmbito da Medicina. Sendo a referencia de estabelecidos nesse grupo, nessas relações sociais, definem a aceitação ou não aceitação de pessoas.

Tanto quanto no estudo de Elias e Scotson (2002), os grupos de estudantes de Medicina apresentam características sócio demográficas semelhantes, sendo que as questões de classe social não foram apresentadas como fator de diferenciação nos grupos focais. Todos os estudantes, independente de serem cotistas ou ingressarem através da classificação geral, foram os selecionados no concurso vestibular mais procurado e com maior concorrência da universidade. No entanto, diferente de Elias e Scotson (2002) as relações entre os estabelecidos e os outsiders não são dicotomizadas. São mais um continuum, entre os extremos de inclusão/exclusão. As pessoas LGBT estão distantes das características do tipo organizador médio, mas podem se aproximar quando elas “têm que fazer algo a mais para estarem juntas com as demais pessoas. Tem que ser uma pessoa extraordinária não heterossexual para estar aqui com a gente” (GFH).

As práticas discursivas são organizadas rigidamente, ao ponto de que, os heteros somente convivem com heteros. Gays não são

considerados homens o suficiente para compartilhar da convivência junto aos homens que seguem o tipo organizador médio. Gays estão fora dessa possibilidade e tem por efeito o isolamento em relação a ele: “Eu não conheço relações de amizade entre gays e heteros no curso, principalmente homens. Os homens pra um lado, de outro os gays amigos de algumas meninas ou entre si e pronto” (GFG). Novamente, o termo heterossexual é empregado como sinônimo do diferenciador/elitizador, na medida em que os participantes gays afirmam terem amizade com pessoas heterossexuais, “só que a maior parte são meninas. Eu percebo que sempre tem algum tipo de restrição” (GFG).

Tal como afirma Butler, “As imagens corporais que não se encaixam em nenhum desses gêneros ficam fora do humano, constituem a rigor o domínio do desumanizado e do abjeto, em contraposição ao qual o próprio humano se estabelece.” (BUTLER, 2015, p.193).

A despeito dos resultados da presente dissertação se referirem ao contexto dos estudantes de Medicina da UFSC, houve a menção de que, não apenas nessa Instituição de Ensino Superior, mas em todas as demais se trata de “um curso muito conservador, patriarcal, machista, em que, querendo ou não, as pessoas reproduzem isso o tempo inteiro” (GFLB). Pelo contato desses estudantes com os demais, seja através dos eventos científicos, seja através de instancias regionais, estaduais e nacionais das organizações estudantis de natureza desportiva ou de movimento estudantil, apareceu diversas vezes o sentido de que no geral o que acontece nas relações internas a UFSC “Acontecem em todos os curso de Medicina, sem exceção. Eu não conheço um único estudante de Medicina desse Brasil que estude em outra lógica que não essa” (GFH).

Conforme Snowdon (2013), apesar dos cursos de graduação apresentarem uma tendência a implementar ações sobre as questões de gênero através de modificações curriculares, as pessoas que são alvo dessa lógica heterossexual compulsória, como mulheres e LGBT, é mais importante à garantia de um clima institucional equitativo, inclusivo, solidário e acolhedor para os estudantes e funcionários, mulheres e LGBT. Para a autora, a melhoria no referido clima institucional não apenas maximiza o sucesso das iniciativas curriculares, mas também é tremendamente importante em si mesma.

A cirurgia é o ramo de especialidades que se enquadra no tipo organizador médio, não tanto como especialidade a ser seguida, mas como ideal hierárquico ou “topo da cadeia alimentar”. Já desde o início do curso os próprios docentes médicos declaram aos estudantes “que a gente (estudantes) pode se sentir ‘deusinhos’, ‘vocês são a elite



intelectual’, já na primeira fase. ‘Vocês podem se sentir deusinhos, por que o Cirurgião é o Deus de verdade’” (GFLB).

Relaciona-se com a imagem médica, na medida em que “Tem um pouco do ego, por ter conseguido chegar até a cirurgia, por se sentirem médicos de verdade” (GFH) assim como se relaciona tanto aos preconceitos que o médico deve possuir, tanto quanto o poder sobre os corpos dos pacientes em um nível de possibilidade que nenhum outra especialidade garante: abrir esses corpos: “cirurgia é o núcleo do núcleo do núcleo do núcleo do pessoal mais machista-homofóbico-elitista-médico por que na visão deles, o clínico não resolve nada. Ele diagnostica, mas quem abre e tira o negócio é cirurgião” (GFH).

Por efeito desse padrão, hierarquiza-se até mesmo disciplinas e professores entre o médico e os demais: “o professor que é da área de humanas não consegue ter a mesma imposição do que o que é clínico” (GFLB), “eu já escutei sobre o professor B., que fez pos-doc na Harvard, ‘ah... mas ele nem é médico’”.

Não apenas se refere às disciplinas e/ou docentes, mas também a ocupação de espaços e estruturas físicas, já que existem lugares onde o tipo organizador médio se manifesta com mais propriedade, com elitização dos espaços. Nesse sentido, o hospital é o habitat próprio do médico mesmo. Nos relatos quando os estudantes passam a ter aulas no Hospital Universitário “a gente vai ter professor médico e é outra coisa, outro nível. Tem esse pensamento corrente no curso, e quebrar isso é muito, muito difícil” (GFLB).

A esse respeito, Freidson cinde os tipos e influencias dos médicos – ao se preocupar com o cotidiano das relações – entre médicos que se inserem nas instituições de ensino, pesquisa e regulação da corporação, daqueles que constituem “(...) ampla maioria de médicos que trabalham em tempo integral na obscuridade da pratica cotidiana” (FREIDSON, 2009, p.183). Para Freidson, ao mesmo tempo em que os primeiros são os porta-vozes oficiais, líderes e modelos profissionais, “(...) os outros são<sup>25</sup> a profissão” (idem).

Imergindo no cotidiano dos médicos que trabalham integral e cotidianamente com as práticas clínicas, Freidson (2009) analisa que existe um sentimento de responsabilidade pelo conjunto das práticas médicas que se refere à valorização de determinado profissional pelos seus pares imediatos, constantemente avaliados segundo parâmetros de reputação frente aos demais médicos e preocupação com a possibilidade de boicotes como sanção, em caso de ações que não sejam bem quistas

---

<sup>25</sup> Grifo do próprio autor.

entre o grupo médico de sua localidade, o que poderia ocasionar a não referência por parte desses colegas ao médico em questão.

Freidson levanta a característica de que as relações entre os colegas médicos sustentam no reconhecimento tanto dos bons médicos como daqueles que devem ser isolados em um “ostracismo profissional”, por condutas não condizentes aos valores corporativos e que, portanto, poderiam prejudicar os demais médicos que eventualmente associaram-se ao infrator. Chancela e sanção, proximidade e ostracismo, podem ser pensado como binários reguladores nessas relações profissionais a partir dos conceitos desenvolvidos por Freidson (2009)

Ao mesmo tempo, a despeito do corpus teórico reproduzido pelas instituições de ensino superior, associações oficiais e pela ciência, Freidson argumenta que a profissão de consulta médica pauta suas atividades no que ele conceitua como “mentalidade clínica”, que se origina da ação prática e não do conhecimento teórico. Para Freidson (2009) o médico apenas age conforme sua própria confiança em como proceder, utilizando-se do termo “pragmaticidade rude” que se refere à certa dissociação entre ciência e ação médica.

Outro dispositivo acionado na trajetória formativa refere-se ao isolamento dos estudantes de Medicina, que utilizam prédio próprio do Curso ao invés das salas do Centro de Ciências da Saúde da UFSC junto aos outros cursos. Constrói-se com isso certa narrativa de isolamento e privilégio, até por que se trata de um prédio novo em uma universidade pública. “A gente vive tanto numa bolha que esquece que tem uma universidade ao redor da gente” (GFH). E mesmo internamento, há hierarquização de acesso e/ou posição física dos estudantes, segundo os quais “O prédio da didática representa a **cadeia alimentar**. Você tem o primeiro andar, o segundo andar que é terceiro e quarto, o terceiro andar que é quinta e sexta, e daí você vê a cadeia alimentar.”. Além de ocupar salas em andares progressivamente mais altos na trajetória dos semestres dentro do curso de Medicina, os estudantes passam a ter progressivamente cada vez mais conteúdos tecnicistas e “médicos” em sua formação, conforme mais e mais se preparam para se constituírem enquanto bacharéis em Medicina.

A legitimidade do tipo organizador médio se manifesta em características que inclui pessoas e exclui outras. Como prática discursiva, a aproximação e distanciamento do tipo organizador médio também se refere à aproximação e distanciamento do topo hierárquico ou melhores posições na cadeia alimentar. No entanto, trata-se de uma fantasia, de um artifício, de um tipo nosológico dificilmente encontrado na vida prática. É um ideal, uma fantasia assim como apresentada no

trabalho de Elias e Scotson (2002) que revela um aspecto da inclusão e das inclusões nesses processos sociais, relacionados ao que esses autores nomeiam como “imagem do nós e do ideal do nós”. Segundo Elias e Scotson (2002),

Eles são sempre um compósito de fantasias emotivas e imagens realistas, porém se destacam com máxima nitidez quando a fantasia e a realidade se associam. É que, nesses caso, seu conteúdo fantasioso fica acentuado. A diferença é que, no caso de funções de personalidade como a imagem do eu e o ideal do eu, as fantasias emotivas representam experiências puramente pessoais de um processo grupal. No caso do nós e do ideal do nós, essas fantasias são versões pessoais de fantasias coletivas. (ELIAS; SCOTSON; 2002, pp.42-3).

Os grupos focais produziram o sentido de que pouquíssimos – se é que alguém – está plenamente adequado às rígidas características do tipo organizador médio, a despeito de que essa figura discursiva organiza as relações entre esse grupo de pessoas. Uma pequena parte reúne parte dessas características, sendo que a maioria apenas concorda com a hierarquia quando no espaço público, muitas vezes discordando nas relações mais próximas. Talvez o sentido seja mais importante do que as características em si: os estabelecidos representam a direção a ser seguida, mas a maioria segue esse sentido, em um continuum tal como analisado anteriormente. Tal como apontado por Elias e Scotson (2002), a despeito de sua factibilidade, os estabelecidos se valem de uma imagem fantasiosa da própria grandeza, relacionando-se também a uma “(...) estreita ligação entre os diferenciais do poder dos grupos e as imagens do nós de seus membros” (ELIAS; SCOTSON; 2002, p.44).

Há como um processo de organização da maioria a partir do tipo médio representando por essa minoria “de somente uns três que são radicais, que tem todas essas características, e tem a maioria que acha eles são legais e continua seguindo o que os três falam” (GFH). No entanto, independente da distancia do tipo organizador médio, há uma luta constante para se manter próximo ou conivente com sua alta posição na hierarquia, a exemplo do relato de um estudante que, mesmo

sendo um homem bissexual, filmou duas calouras lésbicas se beijando em uma festa de uma boate de Florianópolis, e divulgou nas redes sociais, na intenção de se sentir “parte do grupo que historicamente é bem machista. Não acredito que foi questão de fetiche dele, mas sim uma questão de ‘vou filmar para mostrar pra eles’” (GFLB).

Para Elias e Scotson (2002) a constituição do grupo de estabelecidos e dos grupos de outsiders se refere a um processo em que são desenhadas fronteiras relacionais, estabelecendo quais são as características e tabus “(...) que se referem como ‘nós’ e grupos que se referem como ‘eles’” (ELIAS; SCOTSON; 2002, p.46). Não apenas se trata da constituição de um grupo, mas sim da distribuição de poder, status e privilégios entre estabelecidos e outsiders na concepção dos autores, baseada na “(...) autoimagem normal dos grupos que, em termos do seu diferencial de poder, são seguramente superiores a outros grupos interdependentes” (ELIAS; SCOTSON; 2002, p.19). Sejam quais forem os critérios de categorização, independente de se constituírem enquanto “fantasias” segundo Elias e Scotson (2012), se tratam de efeitos das práticas discursivas, e visam “(...) criar o grau de coesão grupal, a identificação coletiva e as normas comuns capazes de induzir à euforia gratificante que acompanha a consciência de pertencer a um grupo de valor superior, com o desprezo complementar por outros grupos” (ELIAS; SCOTSON; 2002, p.21).

Fazer parte do grupo dos estabelecidos significa compactuar e ter cumplicidade, o que qualifica o grupo representante da elite de “os legais da Medicina”. Esse grupo tem a função de modelo, já que “ele tão falando isso, eles tão fazendo isso, eu vou fazer também” (GFLB). Mesmo algumas pessoas que estão próximas ao grupo dos “legais”, mas que não são plenamente coniventes com os conceitos que ali são mobilizados e que circulam no tecido das relações sociais que formam, apresentam dois tipos de performances: uma oficial, quando estão nas relações públicas do curso e que se baseia/reforça no tipo organizador médio, e outra quando estão nas relações interpessoais em espaços mais privados. São a maioria, segundo os grupos focais, que tem um comportamento “do tipo razoáveis nessas questões, mas quando vão para algum evento, alguma festa, algum Intermed ou no facebook fazem comentários bem extremistas, fazendo coisas bem homofóbica e racistas, bem sexistas” (GFH), na medida em que nas relações públicas e em grandes grupos, “rola uma pressão de serem aceitos naquele meio. Até mesmo alguns negros reproduzem isso, talvez tentando se inserir. Eu vejo isso como uma busca por alguma forma de aceitação social” (GFH).

Elias e Scotson (2002) apontam que a exclusão e a estigmatização não são apenas efeitos da relação entre estabelecidos frente aos outsiders. São mais que isso: se tratam de ações necessárias que permitem que aos estabelecidos mantenha a integridade, a identidade e a superioridade “mantendo os outros firmemente em seu lugar” (ELIAS; SCOTSON; 2002, p.22). Ou, em outras palavras, não se exclui e estigmatiza para proteger o grupo. Exclui-se e se estigmatiza outros em uma relação dialética, em que os estabelecidos somente existem por que os outsiders existem. Nesse jogo, os estabelecidos ditam/exercem a regra, a norma, o normal. Por sua posição superior, e para sua preservação da mesma, os estabelecidos

(...) tende a atribuir ao conjunto do grupo outsider as características ‘ruins’ de sua porção ‘pior’ – de sua minoria anômica. Em contraste, a autoimagem do grupo estabelecido tende a se modelar em seu setor exemplar, mais ‘nômico’ ou normativo – na maioria de seus ‘melhores’ membros. Essa distorção, em direções opostas, faculta ao grupo estabelecido provar suas afirmações a si mesmos e aos outros; há sempre algum fato para provar que o próprio grupo é ‘bom’ e que o outro é ‘ruim. (ELIAS; SCOTSON; 2002, p.22).

O jogo entre ser homofóbico publicamente mas ser friendly e simpaticante na intimidade foi bem demarcado, caracterizado como uma maquiagem ou máscara da interação pública e que difere da face privada, “quando elas estão no grupo delas são de uma forma, mas quando estão contigo tem uma maquiagem ali na frente.” (GFG). Fica a dúvida qual seria a maquiagem, se é que é maquiagem já que “Elas vem dizer ‘nossa, como você é corajoso de beijar outro garoto publicamente, eu acho muito legal, tem que fazer isso’, mas tiram sarro da gente no grupinho” (GFG) assim como “Um monte de gente vem falar comigo depois. Aquelas pessoas que pela frente são muito simpáticas, são muito amorzinho, aceitam tudo, mas por trás, quando estão com os amigos fazem piadas” (GFG).

Elias e Scotson (2002) apontam que a questão central nas relações entre estabelecidos e outsiders é um equilíbrio instável do poder,

constantemente produzido através de tensões inerentes a essas relações de interdependência. A despeito do estudo de Elias e Scotson (2002) referir-se a um contexto em que se configuravam dois grupos e que as relações de tabu implicavam em falta de contato além do profissional entre os membros estabelecidos e os membros do grupo de outsiders, no contexto da presente investigação, as relações são mais complexa – podendo também se referir a questão dos quase cem anos e das localidades, culturas, entre outros fatores, que separam nosso estudo do dos autores citados. Há uma dinâmica que difere entre as relações públicas e as relações privadas, como apontado no parágrafo anterior. Ao mesmo tempo, os autores apontam que “(...) viam-se membros de um grupo estigmatizando os de outro, não por suas qualidades individuais como pessoas, mas por eles pertencerem a um grupo coletivamente considerado diferente e inferior ao próprio grupo” (ELIAS; SCOTSON; 2002, p.23). Talvez não se trate de maquiagem, mas sim que as relações possibilitadas publicamente não sejam as mesmas na intimidade, vez que no público se lida muito mais com a representação coletiva dos grupos, que na intimidade, onde são indivíduos em relação, apesar de que não se trata de uma dinâmica com fronteiras tão bem delimitadas como pode transparecer ao leitor a partir dessas minhas considerações.

Na trajetória de adesão ao grupo dos estabelecidos, pessoas transformam suas relações e interpelações, gradualmente segregando aquelas e aqueles que não detêm status ou características potenciais de proximidade do tipo organizador médio. As relações vão se organizando, entre incluídos e excluídos. Particularmente no grupo de meninos gays, apareceram relatos de exclusão progressiva “eu era bem amigo de um dos meninos héteros no início. Depois que ele fez amizade com o resto do pessoal a gente passou a se falar bem pouco” (GFG).

Outro aspecto importante na constituição do modelo seguido para as relações entre os estudantes de Medicina é a necessidade de construção e manutenção de certa imagem pública de respeitabilidade, a despeito do que ocorre internamente aos grupos, aspectos diretamente relacionado ao que podemos nomear como corporativismo médico. Nem pior, nem melhor, mas tão humano quanto qualquer grupo, a utilização social de piadas, violência verbal e outras expressões de preconceitos, assim como atos moralmente questionáveis, estão presentes no grupo. “Existe um submundo que não sai, um mundo fechado, é tudo tão fechado na Medicina que é tudo tão abafado. Até casos misóginos declarados não saem.” (GFLB). Mas apenas no grupo e jamais para quem não seja médico, em uma vigilância constante pela estética social

da Medicina enquanto pessoas do bem e da moral a serviço da humanidade.

Para Freidson (1988) o conhecimento não pode ser conectado ao poder sem tornar-se incorporado no próprio ser humano concreto, em uma trajetória de sustentação pelas instituições que organizam o cotidiano, uma vez que o conhecimento não tem influência por si mesmo na vida das pessoas.

Nesse sentido, argumenta que a substância atual do conhecimento que influencia contemporaneamente as atividades humanas é diferente do conhecimento formal produzido nas academias e por outras atividades da instituição profissional. Assim, no nível da experiência humana cotidiana, o conhecimento formal é transformado e modificado pela atividade dos médicos e dos pacientes que participam no dos processos de seu uso, havendo distanciamento entre a previsão do conhecimento formal e a prática. Para Freidson (1988) como o conhecimento é traduzido em ações é um ponto fundamental de análise para se entender a profissão médica, já que existem significados sociais e efeitos das instituições humanas que mediam a relação entre conhecimento e poder.

Novamente a questão do contexto em que o conhecimento é aplicado – e sua distancia de quem os produz nas instituições de pesquisa – é trazida por Freidson (1988), que define conhecimento como um aspecto intrínseco da cultura humana e que se refere aos fatos que se julga compor o mundo. Decorrente do julgamento social do que compõem o mundo e os fatos, Freidson (1988) afirma que o conhecimento sobre os fatos refere-se também à regulação de métodos e técnicas pelas quais se atingem fins particulares, as atitudes ou orientações que são apropriadas a adotar com respeito a eles, e as ideias ou teorias pelas produzem sentidos para os fatos, métodos e atitudes, explicando e legitimando-os.

Por isso, pela legitimidade social da Medicina estar em jogo, me pareceu haver uma constante vigilância para que o que acontece dentro das relações entre os integrantes dos grupos sociais permaneça dentro. “Existe um senso do que é certo e errado. Eles não podem assumir isso publicamente, mas sabem que tal ato é “feito”, por que se não soubessem não se esconderiam.” (GFG).

Diversos exemplos foram mencionados nos grupos focais. Em um deles, um dos estudantes relativizou o estupro coletivo ocorrido em 2016, em um grupo interno de facebook da Medicina-UFSC. Na medida em que se extrapolou a discussão para outros espaços virtuais, e que o assunto podia macular a imagem social do curso, houve indagação por

parte dos estudantes. No entanto, a indignação não era em relação ao posicionamento questionável do autor sobre um caso absurdo de estupro, mas sim de que traidores “vazaram” a informação e estariam “sujando o nome de nossa Universidade”, já que a notícia foi veiculada fortemente no Brasil.

Essa vigilância apontada nos grupos focais pode ser explicada pelos fatores apontados por Freidson que estabilizaram a Medicina enquanto profissão. O credencialismo médico somente terá função se o exercício da Medicina for minuciosamente regulado, tanto em termos de conhecimento, como critérios práticos e intervenções clínicas coerentes a imagem social da corporação.

Vigiar o colega, é proteger a Medicina na construção da crença intra-corporis e pública de que os médicos tem algo a oferecer (FREIDSON, 2009), o que requer padrões rígidos e consoantes com as tradições e regras conservadoras.

Na construção da imagem da Medicina, além do binômio “entre médicos/para os outros”, foi constantemente mobilizado o repertório narrativo “Família Medicina”, para indicar a regra de corporativismo que existe. A idéia de família como uma relação baseada na obrigação natural proteção – independente do que e do por que – apareceu de maneira transversal em todos os grupos, com construções tais como “o que acontece de errado não sai da família” (GFH), “Tem muitas coisas que já ficaram debaixo do pano, por que ‘ele é da Família’” (GFH), “em um caso sério de racismo, uma das coisas de abafar era a questão de que” a gente não tem por que abrir isso pro mundo. A gente é uma família. “Vamos resolver em família” (GFLB). Não há razoabilidade crítica sobre os atos quando a imagem da Medicina está em jogo.

No entanto, não se trata apenas de um conceito moral de não divulgar informações corporativas. Trata-se, também, de proteger ativamente a corporação, ou melhor, “a família”, ao ponto de que, ao circular informações sobre acontecimentos que poderiam manchar a imagem social da Medicina publicamente nas redes sociais, “o pessoal de fora comenta mas tem um pessoal de dentro que **deleta** os comentários” (GFH), “Se ouve sempre ‘não vamos proteger a sala. Vamos proteger o curso. Então não vamos colocar isso pra fora. Apaguei o comentário que poderia ter difamado o curso, pra proteger as pessoas, proteger a sala, proteger o Curso’” (GFH).

Essa característica corporativa foi nomeada também de “Máfia Médica”, com repertórios narrativos tais como “É bem pesado esse negócio. É tipo uma máfia mesmo.” (GFH), “é tipo ‘O poderoso chefe’” (GFH). Mais que um conceito mobilizador de ideários, trata-se



de um aspecto operacional da proteção corporativa, incidindo inclusive em acontecimentos criminais. Exemplificando os grupos trouxeram o caso de repercussão nacional e internacional de estupro de três estudantes que envolve como autor um estudante de Medicina da USP<sup>26</sup>. Segundo os resultados produzidos nos grupos focais, nos grupos de facebook e whats app da Medicina UFSC o comentário preponderante não se referia a barbaridade do caso, mas sim “Onde já se viu? Um cara foi lá e delatou tudo que o colega tinha feito na festa? O delator traiu a Medicina!” (GFH). Não apenas entre os estudantes, mas “Inclusive de professores falarem que o delator não vai passar em nenhuma residência do Estado de São Paulo. “A gente não vai deixar por que ele traiu o negócio”. Traiu o nome da USP. Manchou o nome USP. Manchou o nome MED-USP”.

Um sentido que apareceu nos grupos focais para a constituição desse aspecto “familiar e mafioso” na Medicina refere-se que “Na maioria das turmas todo mundo é filho de medico, filha de medico, naquele linha sucessória, de determinada classe social que todo mundo é do mesmo jeito, são todos da mesma idade, pensam da mesma forma.” (GFLB), de forma que proteger a imagem da Medicina na maioria desses casos refere-se sim a proteger a própria família. Daí, depreende-se que na mentalidade média da corporação “É inconcebível que uma entidade como o Centro Acadêmico, da “Família Medicina”, estivesse criticando essa família, as atitudes dessa família” (GFH), ou que “Sobre a questão do estupro que fulano de tal relativizou, para a Família Medicina é inconcebível que a gente não estivesse ajudando a ocultar aquilo, e nem rindo daquela piada” (GFH).

---

<sup>26</sup> O caso refere-se ao aluno da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) Daniel Tarciso da Silva Cardoso que foi acusado e penalizado pelo Ministério Público de **dopar e estuprar três estudantes em festas universitárias**. A repercussão foi tamanha que o caso foi motivo de desdobramento especial na Comissão Parlamentar de Inquérito da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo sobre Trotes Universitarios e Direitos Humanos. Segundo matéria jornalística “A vítima conta que, depois de tomar um drinque oferecido por Cardoso, perdeu os sentidos e foi levada por ele até a Casa do Estudante, um alojamento onde ficam os alunos onde foi estuprada. A estudante teria acordado com Cardoso em cima dela e, em depoimento, disse que gritou muito e tentou escapar, mas não conseguia, porque ele aplicou golpes de judô. Além das acusações, o estudante de Medicina já matou a tiros um homem durante o Carnaval em 2004. Cardoso, que foi policial militar entre 2004 e 2006, alegou que a briga teria começado porque a vítima se insinuou para ele.”. Disponível em [http://www.brasilpost.com.br/2016/10/28/aluno-acusado-estupro-vai-se-formar-Medicina-usp\\_n\\_12689906.html](http://www.brasilpost.com.br/2016/10/28/aluno-acusado-estupro-vai-se-formar-Medicina-usp_n_12689906.html) Acesso em 25.01.2017.

E novamente as disposições físicas e espaciais referentes ao curso de Medicina aparecem como mais um indício de como o corporativismo também é material, mais do que um conceito ou uma forma de relação entre pessoas, já que afirmam os participantes que “O fato do curso de Medicina se isolar de todos os outros cursos, até fisicamente já que a gente está num prédio próprio, em um prédio novo, com uma estrutura muito melhor que de todos os outros, faz a gente se achar a elite intelectual, se achar donos da verdade” (GFLB).

#### **4.4 Traços do desenho curricular: heterossexismo, machismo e misoginia**

Na medida em que os estudantes foram instruídos de que a intenção do projeto focava-se tanto nas experiências pessoais e de conhecidos sobre o curso de Medicina, mas também no currículo e disciplinas do curso, era inevitável que a estrutura e as relações curriculares emergissem do diálogo.

Os estudantes caracterizaram como um curso de conteúdo quase que exclusivamente biologicista, em que todas as explicações válidas aos Médicos e Médicas baseiam-se nas disciplinas básicas da Saúde (Anatomia, Fisiologia, Histologia, etc...), que são gerais, mas que o aprendizado médico reside na operacionalização dessas disciplinas pelo binômio saúde/doença. Nesse sentido, não apenas saúde é a ausência de doença, já que o ser humano é um corpo que é uma máquina, como todas as explicações sobre o paciente se darão a partir de um “corpo vazio” e dividido em partes cujos mistérios do funcionamento apenas o médico domina. Saudável significa funcionando perfeitamente dentro da maquinaria previsível e acessível ao entendimento médico – mas apenas a ele enquanto profissional, não aos demais profissionais da saúde. E muito menos aos próprios pacientes.

Essa redução não é desprovido de propósito, segundo Foucault (2002).

As disciplinas operam de maneira obscura e silenciosas trabalhando em profundidade, constituindo o subsolo da grande mecânica do poder. (...) são criadoras de saber e de múltiplos domínios de conhecimento. São extraordinariamente inventivas ao nível dos aparelhos que produzem

saber e conhecimento. As disciplinas são portadoras de um discurso que não pode ser o do direito; o discurso da disciplina é alheio ao da lei da regra enquanto efeito da vontade soberana. As disciplinas veicularão um discurso que será o da regra, não da regra jurídica derivada da soberania, mas o da regra 'natural', quer dizer, da norma; definirão um código que não será o da lei mas o da normalização; referir-se-ão a um horizonte teórico que não pode ser de maneira nenhuma o edifício do direito mas o domínio das ciências humanas; a sua jurisprudência será a de um saber clínico. (FOUCAULT, 2002, p.189).

Foucault (2002) afirma que a disciplinarização da vida segue como efeito do saber-poder produzido pelas disciplinas, na medida em que geram procedimentos de normalização, com a aparência de uma ciência neutra, sendo que a Medicina é responsável para o autor pelo processo de medicalização geral do comportamento, dos discursos e dos desejos.

Para Louro (2016), enquanto mecanismo privilegiado da disciplinarização, o espaço educacional é de-sexualização, na medida em que responde por um processo societário em que operam as distinções sociais.

Os corpos dos indivíduos devem, pois, apresentar marcas visíveis desse processo; marcas que, ao serem valorizadas por essas sociedades, tornam-se referência para todos. Um corpo escolarizado é capaz de ficar sentado por muitas horas e tem, provavelmente, a habilidade para expressar gestos ou comportamentos indicativos de interesse e de atenção, mesmo que falsos. Um corpo disciplinado pela escola é treinado no silêncio e em determinado modelo de fala; concebe e usa o tempo e o espaço de forma particular. Mãos, olhos e ouvidos estão adestrados para tarefas

intelectuais, mas possivelmente desatentos ou desajeitados para outras tantas. (LOURO, 2016, p.21).

A sexualidade, é temática. Não componente da experiência humana – íntima e em sociedade. Tanto quanto uma parte das pessoas, não é uma temática transversal. Da mesma forma, não são pessoas que procuram os médicos para serem consultadas. São partes disfuncionais cuja anomia pode ser curada pelo saber médico, efeito do processo de disciplinarização da vida. Inda mais frente ao grande operador do biopoder, que é o médico.

Mais que doença, doentes, a especialização do saber médico refere-se à regra da disciplinarização de que se deve sempre levar em conta a causalidade no que está disfuncional. Afinal de contas: É uma parte que não esta funcionando adequadamente. Assim, “a pessoa tem um pênis ou uma vagina. Não importa se tem relacionamento com outros, se tem orientação sexual” (GFH), de forma que a sexualidade é um campo desconhecido e que não se relaciona a Medicina no entendimento da maioria, já que o que o médico não aprende a conhecer, não existe na prática clínica. Já que a queixa imprevista não é tratada com seriedade, por que “o curso de Medicina lida com a doença, ‘A pessoa tem a doença tal e tem que tratar com esse medicamento’” (GFH).

Um exemplo dos efeitos dessa redução é trazido por Louro (2016, p.77), para quem há um vínculo muito estreito entre os conteúdos biologicistas e o campo da saúde, de maneira tal que “(...) fossem acionadas justificativas de origem biológica (da ordem da ‘natureza’) para a separação das turmas femininas e masculinas.”

Nessa compreensão sobre o saudável e o patológico, já que são as partes que norteiam o entendimento da realidade e a intervenção médica e, dada a história de constituição do corpo e os aspectos sociológicos da trajetória de que corpo é observado no campo da saúde, a divisão binária pênis-vagina tem por efeito homem-mulher como normal, geralmente com finalidade reprodutiva. O ato sexual é reprodutivo. “Não se pensa os pacientes como alguém que mantém relacionamentos e práticas sexuais” (GFH). Ou esse aspecto que é mobilizado e entendido como pertinente a prática médica, segundo os estudantes.

Para sexualidade estão reservados poucos momentos no curso, apenas quando “sexualidade é caso de doença que tem transmissão sexual e, daí, você lembra que tem um parceiro que tem que ser tratado também” (GFH), afinal de contas relatam os estudantes que “Em nenhum momento em que a gente aprende a perguntar a orientação

sexual da pessoa, ou que a gente se preocupe com isso. A gente não é ensinado a se preocupar com isso, perguntar sobre isso, falar sobre isso. Isso fica guardado.” (GFH).

Na concepção de Louro (2016), o ambiente educacional formal está construído de forma a garantir a hegemonia branca, masculina, heterossexual e cristã, na medida em que ou se omite sobre as diferenças ou os que se pessoas que não se adequam a norma “(...) têm sido nomeados e nomeadas como diferentes aqueles e aquelas que não compartilham desses atributos. A atribuição da diferença é sempre historicamente contingente.” (LOURO, 2016, p.53-4) e ainda que “Diferenças, distinções, desigualdades... a Escola entende disso. Na verdade, ela produz isso” (LOURO, 2016, p.61), indicando o fundamental papel desempenhado pelo espaço escolar na reprodução de distinções. Mas como ressalta, “(...) embora presente em todos os dispositivos de escolarização, a preocupação com a sexualidade geralmente não é apresentada de forma aberta. (...)” (LOURO, 2016, p.84), explicando, baseada em Foucault, que há perpétuos mecanismos de ocultação do tema, sobre forma de silêncios, por exemplo, ao nem se questionar nos conteúdos que casais não sejam necessariamente heterossexuais. Assumindo que todos são, ou através da “ideia da maioria”, as disciplinas produzem o conhecimento de que a configuração heterossexual dos casais é compulsória. “A sexualidade está na escola por que ela faz parte dos sujeitos, ela não é algo que possa ser desligado ou algo do qual alguém possa se ‘despir’” (LOURO, 2016, p.85).

Espaços pedagógicos, sejam nas disciplinas teóricas ou estágios, que não se relacionam ao modelo clínico do médico que diagnostica doenças em partes disfuncionais dos corpos não apresentam interesse para a maioria dos estudantes sendo considerados “submatérias” “A galera não ta nem ai, por que exatamente é de raciocínio” (GFLB). Com um ensino de caráter fortemente técnico, estudantes são adestrados a memorizar e reproduzir conteúdos. “A gente aprendeu a fazer prova, estudar pra prova, estudar conteúdo. A gente não aprendeu a ler o texto e discutir na aula.” (GFLB). Não há espaço e mesmo tempo para discussões mais complexas e amplas. “Não tem tempo, ninguém ta aberto pra pensar. Você entra e continua nisso. Você é sufocado com tanta matéria, com tanta coisa.” (GFG).

Essas características apontadas se relacionam ao processo de disciplinarização promovido pela escola que, nas considerações de Foucault (2012, p.150) “(...) se torna um aparelho de aprender”,

especialmente selecionando o que é importante do que não é importante no processo de produção de corpos dóceis.

Toda a atividade do indivíduo disciplinar deve ser repartida e sustentada por injunções cuja eficiência repousa na brevidade e na clareza; a ordem não tem que ser explicada, nem mesmo formulada: é necessário suficiente que provoque o comportamento desejado. Do mestre de disciplina àquele que lhe é sujeito, a relação é de sinalização: o que importa não é compreender a injunção, mas perceber o sinal, reagir logo a ele, de acordo com um código mais ou menos artificial estabelecido previamente. (FOUCAULT, 2012, p.159-60).

Essas práticas discursivas parecem relacionar-se ao processo de controle das atividades requerido pela disciplinarização dos corpos e da sociedade. Nada que seja complexo ou extrapole as partes deve ser levado em consideração, na medida em que é fundamental o entendimento pormenorizado das partes e de seus mecanismos isolados, sempre tendo em vistas a “(...) melhor relação entre um gesto e a atitude global do corpo, que é sua condição de eficácia e de rapidez. (...) um corpo bem disciplinado é à base de um gesto eficiente” (FOUCAULT, 2012, p.147), em um processo em que “No bom emprego do corpo, que permite um bom emprego do tempo, nada deve ficar ocioso ou inútil: tudo deve ser chamado a formar o suporte do ato requerido”.

Médicos diagnosticam e intervêm para a saúde, veem a falha e corrigem o mecanismo. Extrapolar para dimensões além da corpórea pode ser perda de tempo, já que, o ato do médico é clínico segundo a percepção dos estudantes. Tal como Foucault (2012, p.160) aponta que, no processo de disciplinarização, o treinamento no ambiente educacional se conforma com “(...) poucas palavras, nenhuma explicação, no máximo um silêncio total (...). A técnica do comando e a moral da obediência”.

Por outro lado, Freidson (2009) afirma que o médico clínico tem sua prática pautada no particularismo e na subjetividade moral, dois campos nos quais o médico afirma sua autonomia, na medida em que, para Freidson, sua autoridade se estende além dos aspectos puramente

funcional. “O médico clínico acha que seu trabalho é único e concreto, que não pode ser avaliado por nenhuma regra estável nem por ninguém que não desfrute da mesma experiência direta. Ele enfatiza a própria responsabilidade pessoal” (FREIDSON, 2009, p.202).

As partes do corpo são partes de uma maquinaria que tem roteiro predeterminado, cujo papel do médico é botar em funcionamento, sem problematizar o porquê, quais efeitos e outros limites além do biológico que podem ter/ser alcançados a partir do que se chama de “doença” no que se chama de “paciente”. “Ninguém para pensar “será que estou fazendo isso certo”? De onde será que vem isso?” E isso, depois, vai se reproduzindo inclusive na saúde. ‘Por que eu to fazendo episiotomia<sup>27</sup>. Talvez isso seja uma violência contra o corpo da mulher’” (GFLB). Há pouco espaço para a crítica e a reflexão segundo os estudantes “o currículo te prepara para ser um macaco treinado a repetir o que você aprendeu e é o que as pessoas acham que é o certo. Então é isso que a gente vai fazer.” (GFLB).

Indo a fundo na construção social da doença, Freidson retoma a ideia da doença como desvio de normas, como em outros pensadores sociais. Na conceituação da doença, existem duas noções de desvios que se sobrepõe segundo Freidson: o desvio biológico e o desvio social. “Na medida em que a idéia de desvio em si implica em distinguir algo que é ruim e indesejável, ela é geralmente moral e, logo, social. Mas, na medida em que a designação moral de desvio é aceita, a doença pode ser analisada como um desvio, ao mesmo tempo, biológico e social.” (FREIDSON, 2009, p.235).

Frente a esse panorama, a função das docentes e docentes do curso se torna, ainda, mais fundamentais. Sem entrar nas minúcias de quanto essa estrutura alienadora e tecnicista serve a constituição do Biopoder e como operação fundamental da Biopolítica, tal como trabalhada por Foucault (2002), e assumindo que o processo de ensino teórico em sala de aula, estudo dos estudantes, e avaliações escritas, é fundamental no modelo pedagógico empregado nas disciplinas teóricas do curso, o trabalho docente em termo dos saberes médicos é uma instancia fundamental para se entender o egresso e a prática médica.

---

<sup>27</sup> Trata-se de uma incisão efetuada na região do períneo – área da musculatura entre a vagina e o ânus – que visa ampliar o canal de parto e prevenir que ocorra um rasgamento irregular durante a passagem do bebê. É realizada com anestesia local. Mesmo com as críticas feministas e estudos clínicos desaconselhando o uso, tal como o estudo de Wagner (1999), para quem o procedimento é extremo e constitui em verdadeira mutilação genital feminina, ainda é praticado e, conforme relato nos grupos focais, na UFSC.

Outro aspecto é que, ao procurar a ajuda que julga competente para seu problema, a pessoa tenha que adotar o papel pertinente a relação com o profissional em que confia seu diagnóstico e tratamento. Para Freidson, “As funções do doente colocam o desviante nas mãos do médico” (FREIDSON, 2009, p.252). Ainda sobre a função do desviante, Freidson alerta que a Medicina tem se desenvolvido na lógica da abjeção, assumindo papéis de moralização social frente ao direito e a religião, na medida em que “A ênfase crescente na denominação ‘doença’, então, tem ocorrido à custa das designações ‘crime’ e ‘pecado’, e vem restringindo os limites e até mesmo enfraquecendo a jurisdição do controle das tradições institucionais de religião e direito” (FREIDSON, 2009, p.276), insistindo ainda que ao expandir-se, ao construir explicações sobre a doença e definir suas características e aplicações sociais as pessoas, promove “(...) aplicação das denominações médicas para endereçar (e controlar) as formas sérias de desvios, deixando para as outras instituições um resíduo das transgressões essencialmente triviais ou limitadas tecnicamente” (FREIDSON, 2009, p.276).

Há evidente despreparo teórico-científico de docentes para lidar, por exemplo, com as questões da saúde de pessoas LGBT, segundo os resultados produzidos nos grupos focais, com exemplos que são nomeados de “esdrúxulos” pelos estudantes, tal como a aula em que “A professora falava sobre diferenciação sexual e ensinou que o intersex é o que se chama de travesti” (GFLB), ou mesmo a desatualização de termos, conceitos e avanços – mesmo no paradigma mais biologicista e biológico – com relação à temática, como por exemplo “a professora de psicologia medica e psiquiatria medica falam em homossexualismo, lesbianismo” (GFLB).

Nesse mesmo sentido, Freidson (2009) analisa que o trabalho do médico não se refere a julgamentos explícitos de valor, no entanto a categoria ‘doença’ parte de um julgamento moral “(...) cujo caráter é frequentemente ignorado por causa do virtual consenso universal que existe sobre a indesejável denominação de doença” (FREIDSON, 2009, p.279). Doença não é um conceito que promove a punição, segundo Freidson, mas promove a condenação, na medida em que “A doença é condenada em vez da pessoa, mas ela é condenada de qualquer jeito. (...) Enquanto que (idealmente) o individuo pode não ser julgado, a sua ‘doença’ certamente o é e a sua ‘doença’ é parte dele.” (idem, p.280).

Uma argumentação de Freidson (2009) é fundamental para articular a discussão presente à discussão de gênero e diversidade sexual:



A neutralidade moral existe apenas quando a pessoa é autorizada a ser ou fizer o que quiser, sem comentários ou debates. A aprovação moral positiva, é claro, existe quando é persuadida a ser o que ela pode não querer ser. Obviamente, o médico nem aprova a doença nem é neutro a seu respeito. Quando ele declara que o alcoolismo é uma doença, ele torna-se um empreendedor moral da mesma forma que um fundamentalista quando declara que o alcoolismo é pecado. A sua missão é atribuir um significado social e, por conseguinte, moral dos sinais físicos e outros sinais que são, exceto por esses significados, comparáveis às lambidas e mordidas com que os animais se tratam. Os maiores empreendimentos morais na Medicina são aqueles que busca influenciar a opinião pública e as políticas públicas. (FREIDSON, 2009, p.280).

Quando a temática aparece nas aulas, seja apresentada por estudantes, seja por que o conteúdo é articulado, os posicionamentos pessoais – em geral moralistas e religiosos – de docentes se sobrepõe a cientificidade e, insisto, mesmo pela perspectiva mais biologicista e racionalista possível. “Numa aula sobre transexualidades, teve uma conversa meio complicada por que a professora acabou sendo bem incisiva que não concordava com a questão de gêneros, que era contra a educação sexual nas escolas” (GFG). Trata-se da mesma docente que “perdeu quinze minutos da aula mostrando as fotos do casamento do filho dela, ela com o padre, e ela com o pessoal da igreja e da família” (GFG).

Com essas características, em que a opinião e o moralismo se tornam possíveis como fundamento epistemológico da construção do saber médico, em relações sociais que se constroem como sexistas, generificadas, machistas, misóginas e homofóbica, o ensino tem por referente processos sociais mais amplos, posicionando o ensino e os futuros profissionais médicos na reprodução de práticas de

categorização, segregação, normalização. Aprende-se a curar. A curar doenças. Doenças que se localizam em partes em disfunções de um corpo anatômico regulado por leis fisiológicas. Aprende-se técnica de intervenção após o diagnóstico.

Há certa estética, há o bom e o belo. Há esquadramento do espaço de existência e a inexistência do que não cabe em seus limites. Seja no conhecimento, seja nas categorias, seja nas intervenções médicas, seja no conhecimento médico. E nesse processo, o social nem mesmo é relacionado e, quando é, o saber-poder do docente justifica suas posições e preconceitos pessoais com a vestimenta de Verdade e do que se constitui como o Pensamento Médico. É um processo de ocultação da sexualidade, tal como descrito por Foucault (HSI), na medida em que esse saber-poder emerge de feixes de relações que apenas mostram uma forma de se ser heterossexual. Não falar dos gêneros e das sexualidade é, também, uma forma de fazer sobre os gêneros e as sexualidades, como o gênero e a sexualidade normal, e as que são anormais, doentes, abjetas, monstruosas.

Apontam os estudantes que “em termos de currículo explícito, a questão LGBT não existe. Não tem nenhuma menção não... Em nenhum momento” (GFG) e, se aparecem, ou é relacionada à DST-AIDS, ou por que o estudante que se interessou foi atrás desse conhecimento como extracurricular. “Dentro de nosso currículo, se não tiver uma busca por fora para fazer uma formação não tem nada. O currículo reforça papéis de gênero bem definidos” (GFG).

Louro (2016) defende que existe um ocultamento e negação das pessoas homossexuais nas instituições educacionais, que se refere a uma condição de garantia da ‘norma’ e dos valores/comportamentos ‘bons e confiáveis’. Para a autora, existe intencionalidade nesse fenômeno, seja pela tentativa de “elimina-las/os” enquanto possibilidade discursiva e social, seja para eliminar a possibilidade de que os considerados normais possam desejar-los/las. “A negação dos/as homossexuais no espaço legitimado da sala de aula acaba por confina-los às ‘gozações’ e aos ‘insulto’, fazendo com que, deste modo, jovens gays e lésbicas só possam se reconhecer como desviantes, indesejados ou ridículos” (LOURO, 2016, p.72).

Mesmo em áreas como a ginecologia, em que a mulheres lésbicas deveriam ser tema em diversos conteúdos, os grupos focais apontam que “Não foi abordado. Não foi considerado. Foi considerado a mulher, entre aspas, “normal” e como se de e trata-la. Nada de lésbicas ou homens trans” (GFG).

(...) a linguagem institui e demarca os lugares dos gêneros não apenas pelo ocultamento do feminino, e sim, também, pelas diferenciadas adjetivações que são atribuídas aos sujeitos, pelo uso (ou não) do diminutivo, pela escolha dos verbos, pelas associações e pelas analogias feitas entre determinadas qualidades, atributos ou comportamentos e os gêneros (do mesmo modo como utiliza esses mecanismos em relação às raças, etnias, classes, sexualidades etc.). (LOURO, 2016, p.71).

Uma característica relacionada ao ensino, trata-se da rígida hierarquização entre professores e estudantes, “Por que ele (o Professor) é Deus, né? (todos riem e concordam). O povo tem medo de questionar” (GFH), ao ponto de que não é confortável aos estudantes a posição de dúvida, “sobre os conteúdos: questiona-se uma vez e dá por entendido” (GFG), inclusive com repreensão explícita em alguns casos. “Na oitava fase, teve um dia que foi bem marcante: por que a menina foi tirar uma dúvida, ela não entendeu, falou que não tinha entendido e pediu pro professor explicar de novo e ele se alterou.” (GFH).

Essa questão da hierarquia entre professores e alunos, assim como a impossibilidade de dúvida dos alunos aos professores, implica em dificuldade para diálogos críticos o que corrobora com a percepção de que os estudantes de Medicina não são ensinados a problematizar nem seu conhecimento nem suas práticas. “Os professores te olham como se tu já tivesse que saber aquilo e não pudesse estar perguntando aquilo e vão ser muito ríspidos ao te explicar” (GFH) o que provoca o efeito de que as dúvidas somente aparecem caso seja uma incerteza geral na medida em que “Você acaba perguntando pro seus colegas pra ver se alguém sabe, e quando ninguém sabe, e então como ninguém sabe, eu posso perguntar” (GFH).

Do grupo focal com estudantes heterossexuais surgiu uma prática discursiva interessante: a de que LGBT são divergentes e incomodam os professores. “Em geral as pessoas assumidas tem um temperamento mais forte, tem a opinião delas e a opinião é delas mesmo. O professor fala e elas não concordam abertamente e a maioria dos professores odeia isso visceralmente.” (GFH). A explicação para tomar as pessoas LGBT

como insurgentes frente às normas hierárquicas entre professor e estudantes no curso de Medicina relaciona-se a que “Os LGBT tem uma tendência a não aceitar naturalmente o que vem. Isso é um problema na Medicina, principalmente, o professor odeia ser questionado.” (GFH).

Conforme alerta Louro (2016), o lugar em que são nomeados os sujeitos é fundamental para o entendimento dos feixes de relações sociais que possibilitam ou não sua visibilidade e existência. LGBT não existem enquanto temática, mas também não existem enquanto estudantes, a não ser que esteja questionando o docente, pontuando sua não sujeição a algum aspecto trabalhado, ou incomodando. É o lugar do incomodo, do que atrapalha, do que desvia. Desviantes que são.

(...) tão ou mais importante do que escutar o que é dito sobre os sujeitos, parece ser perceber o não dito, aquilo que é silenciado – os sujeitos que não são, seja por que não podem ser associados aos atributos desejados, seja por que não podem existir por não poderem ser nomeados. (LOURO, 2016, p.71)

Além da constante vigilância sobre a sexualidade já discutida, há uma perpétua competição entre os membros desse grupo profissional segundo os estudantes, sendo que o médico deve “estar sempre em primeiro lugar” (GFH), “ser sempre o melhor em tudo e todos os lugares” (GFH), tendo por efeito que “tu não pode ter dúvida por que tu é uma pessoa que está dentro do curso de Medicina e, portanto, não tem como ter dúvidas” (GFH), revelando tanto o caráter competitivo intracorporis como a insegurança de ser destituído da “posição médica” em caso de estar na incerteza, postura que até os docentes possuem. Segundo os estudantes “Existe uma reação pesada quando o sentido é não concordar com o professor. O professor já fica alterado e já fica vermelho e já começa a gritar ‘é um absurdo’” (GFH).

Na concepção de Freidson (2009), para existir socialmente, a Medicina vale-se do princípio da confiança social, devem haver pessoas que confiem, acreditem e procurem os profissionais médicos entregando-lhes os rumos de seus processos de diagnose e cura, na medida em que há necessidade para constituição profissional em termos sociais que os médicos sejam “(...) consultados livremente pelos que necessitam de sua ajuda” (FREIDSON, 2009, p.37). Desconsiderando o

reconhecimento social do médico e de sua legitimidade técnica, esse profissional não tem e nunca teria o privilégio da consulta, do diagnóstico, da intervenção e da cura.

O médico tem a tarefa de resolver problemas práticos que as pessoas lhe trazem. Ele não é guardião de um dogma revelado cuja função é distinguir o genuíno dogma do espúrio, nem mesmo é o repositório e o elaborado da teoria do conhecimento acumulado pela sociedade. O pedido é o seguinte “médico, faça algo”; e não “médico me diga se isso é verdade ou não”. Nesse sentido, existe uma profunda diferença entre o que deve ser denominado de “profissão de consulta” e uma profissão acadêmica, erudita e científica. (FREIDSON, 2009, p.42).

Por outro lado, a imagem construída sobre os professores no curso de Medicina se adequa ao que caracteriza Adorno como "tipo de professor tão irracionalmente despótico que representa a caricatura do despotismo" (ADORNO, 2003, p. 163).

Para Foucault (2012), o ambiente escolar é disciplinarizado, especificamente destinado a tornar os corpos dos alunos dóceis, na medida em que um corpo disciplinado seria também um corpo eficiente, apontando para o panorama do espaço escolar na França do século XVIII

(...) uma máquina de ensinar, mas também de vigiar, de hierarquizar, de recompensar. J.B. de La Salle imaginava uma classe onde a distribuição espacial pudesse realizar ao mesmo tempo toda uma série de distinções: segundo o nível de avanço dos alunos, segundo o valor de cada um, segundo seu temperamento melhor ou pior, segundo sua maior ou menor aplicação, segundo sua limpeza, e segundo a fortuna dos pais. Então, a sala de aula formaria um grande quadro único, com entradas múltiplas, sob o

olhar cuidadosamente "classificador" do professor. (Foucault, 2012, p. 126)

Tesser (2009, p.274) aponta uma postura médica comum frente ao paciente caracterizada como “(...) profissionais pouco acolhedores, mais ou menos arrogantes, ríspidos, pouco amigáveis, indelicados, alguns até grosseiros em certa medida, que não ‘olham na cara’”, o que é sem correlato ao relato dos estudantes sobre seus professores médicos. O autor alude que um elemento que constrói o que ele nomeia como “arrogância e autoritarismo” tem bases históricas, na medida em que a Medicina ergueu-se na modernidade a partir de uma verdadeira luta e conquista política frente a outros curadores, tal como apresentando também por Freidson (2009).

Para Tesser (2009) esse transcurso de nascimento da Medicina contemporânea tornou como um dos registros de autoridade e posição de poder a postura de detentor do saber, mas que é caracterizada por uma perpétua insegurança frente as “(...) outras tradições, técnicas, saberes, práticas e curadores que sobrevivem socialmente, diferentes dela mesma e, paradoxalmente, cada vez mais procurados” (TESSER, 2009, p.276).

Concordando com Foucault, Tesser (2009) defende que o autoritarismo médico “(...) pode ser interpretado como uma herança cultural e psicossocial enraizada no proceder médico, talvez amplificada pela subcultura médica do hospital, o qual é, nitidamente, autoritário desde seu nascimento enquanto instituição médica” (TESSER, 2009, 279).

Para Foucault (1980), a instituição militar legou ao hospital certas características, a partir dos hospitais de guerra, presentes no autoritarismo do profissional médico, que detém o poder delegado pelo paciente sobre seus cuidados. E o hospital é, tal como relatado pelos participantes dos grupos focais, o lócus privilegiado do médico. Para Tesser (2009, p.277) “(...) o autoritarismo não é tema de discussão no hospital. É vivido e praticado no ambiente, nas regras, nas relações e está embutido no imaginário social hospitalar, cristalizado em regras e normas inflexíveis”.

Tanto quanto os docentes reproduzem nas salas de aulas de um curso de Medicina a hierarquia de quem fala e de quem se silencia, Tesser aponta que

O médico, ao prescrever num hospital, não tem o paciente à sua frente, não

fala com ele, não precisa explicar os diagnósticos e as condutas. Estas explicações, quando ocorrem, são rápidas e realizadas em momento à parte, muitas vezes apenas com um familiar, geralmente separadas da decisão e prescrição terapêutica. Feita a prescrição, ela será automaticamente executada sobre um doente paciente e submisso, que receberá, da enfermagem, uma curta resposta às suas perguntas sobre o tratamento: é para a dor, é contra a infecção. (TESSER, 2009, p.277)

Nas considerações de Foucault (2012), há outro correlato entre as escolas militares e o hospital: ao se transformar em escola para os médicos, torna-se em “um operador de adestramento” (p.166), em que autoritarismo e hierarquia estarão tanto nas construções físicas, quanto nas relações humanas. Transparece, então, que a postura de silenciar os discentes, de tomar a pergunta no espaço escolar como questionamento de sua autoridade enquanto professor, refere-se a um processo mais amplo, de quatro imperativos militares que, também, estão presentes na formação médica. Na descrição de Foucault (2012, p.166), são “(...) imperativo de saúde; obter oficiais competentes, imperativo de qualificação; formar militares obedientes, imperativo político; prevenir a devassidão e a homossexualidade, imperativo de moralidade”.

Fundamental as operações do biopoder, a autoridade médica deve ser constituída primeiro entre os pares profissionais. Deve ser “vigilância hierarquizada, contínua e funcional”, fundamental as “mecânicas de poder”. O docente médico fala, o estudante de Medicina ouve e reproduz. Não questiona. Submete-se. Discipliniza-se. Dociliza-se. É um bom estudante, disciplinado e cordato aos mandos e desmandos do professor, afinal de contas, este é a manifestação viva do saber-poder médico.

O poder disciplinar, graças à vigilância hierarquizada, torna-se um sistema ‘integrado’, ligado do interior à economia e aos fins do dispositivo onde é exercido. Organiza-se assim como um poder múltiplo, automático e

anônimo: pois, se é verdade que a vigilância repousa sobre indivíduos, seu funcionamento é de uma rede de relações de alto a baixo, mas também até certo ponto de baixo para cima e lateralmente; essa rede ‘sustenta’ o conjunto, e o perpassa de efeitos de poder que se apoiam uns sobre os outros: fiscais perpetuamente fiscalizados. O poder na vigilância hierarquizada das disciplinas não se detém como uma coisa, não se transfere como uma propriedade; funciona como uma máquina. E se é verdade que sua organização piramidal lhe dá um ‘chefe’, é o aparelho inteiro que produz ‘poder’ e distribui os indivíduos nesse campo permanente e contínuo. O que permite ao poder disciplinar ser absolutamente indiscreto, pois está em toda parte e sempre alerta, pois em princípios não deixa nenhuma parte às escuras e controla continuamente os mesmos que estão encarregados de controlar; e absolutamente ‘discreto’, pois funciona permanentemente e em grande parte em silêncio. A disciplina faz ‘funcionar’ um poder relacional que se autos sustenta por seus próprios mecanismos e substitui o brilho das manifestações pelo jogo ininterrupto dos olhares calculados. Graças às técnicas de vigilância, a ‘física’ do poder, o domínio sobre o corpo se efetuam segundo as leis da ótica e da mecânica, segundo um jogo de espaços, de linhas, de telas, de feixes, de graus, e sem recurso, pelo menos em princípio, ao excesso, à força, à violência. Poder que é aparência ainda menos ‘corporal’ por ser mais sabidamente ‘físico’. (FOUCAULT, 2012, p.170-171).



Silenciar o estudante em sala de aula é função docente, inda mais quando se trata do curso de Medicina. A segurança médica está embrenhada na rede construída pelo feixe de relações e sentidos, que operam o biopoder, e conforme apresentado por Foucault (2012), há que se valer da “vigilância hierarquizada”, em uma hierarquia progressiva, presente, porém funcionando em “silêncio”. No silêncio aprendido pelo estudante. No silenciar daqueles hierarquicamente inferiores. Qualquer questionamento poderia dismantelar o mecanismo, e daí, médicos não seriam médicos?

#### 4.5 Vigilância nas Relações de Gênero

A vigilância sobre a sexualidade do outro frente às expectativas do “normal” representado pelo tipo organizador médio, também foi um aspecto transversal em todos os grupos focais. Ao se tornarem estudantes de Medicina, é como se vida pública e vida privada, vida íntima, se fundissem, deslocando o que há de público para o centro da experiência íntima. Da mesma forma, o coletivo formado pelos que estão na carreira médica, da formação à prática, torna-se mais importante e preponderante a individualidade, sendo um aspecto interessante à preocupação com aquilo que seria “a vida alheia”.

Os mais antigos vigiam os mais novos, especialmente em contexto que fogem das expectativas sociais, seja em termos de sexualidades divergentes da heteronormatividade compulsória (“Umam amigas minhas foram no 1007, se beijaram e um veterano gravou e divulgou nos grupos da Medicina”, GFLB), seja em termos de comportamentos cujo teor malicioso é provocado por quem observa, não por quem o executou, a exemplo do relato que se segue “na apresentação dos calouros eu não dancei. Na saída, uma veterana me chamou e dancei com ela. Me filmaram. Eu estava apenas dançando. Foi viralizando tanto que eu recebi o vídeo. As pessoas começaram a se achar no direito de me xingar por causa dele. Fica como se fosse mais maldade do que realmente tem” (GFLB).

A mesma estudante relata que, ao participar de uma festa na segunda semana de aula, a turma que estava se formando pediu para tirar foto com ela, como se fosse uma celebridade e, ao questionar uma das veteranas o motivo, a resposta foi “É que você é a caloura mais puta que a gente já viu em todas as fases e olha que a gente esta na décima segunda” (GFLB). Tempos depois, a veterana enviou mensagem dizendo que se tratava apenas de uma brincadeira, e recomendou “Seja

quem você é sem medo do que os outros vão falar. Só evite se expor muito por que as pessoas vão falar e aumentar as coisas, principalmente na Medicina” (GFLB). Segundo os grupos, a menina que agrediu verbalmente a outra “sofreu repressão desde o início da faculdade por conta de ter se relacionado com mais do que um guri da mesma turma. Sempre foi bem hostilizada pela turma e pelo curso, chegando no final e julgando a outra dessa forma.” (GFH).

Para Butler, o sexo não é essência em si, e só existe“(…) no interior da cultura paternalmente sancionada” (BUTLER, 2015, p.151). Mulheres devem, assim, seguir certas regras de conduta e possibilidades de existência social. Sobre sexo, Butler concorda com Foucault reafirmando que

(…) o corpo não é ‘sexuado’ em nenhum sentido significativo antes de sua determinação num discurso pelo qual ele é investido de uma ‘ideia’ de sexo natural ou essencial. O corpo só ganha significado no discurso no contexto das relações de poder. A sexualidade é uma organização historicamente específica do poder, do discurso, dos corpos e da afetividade. Como tal, Foucault compreende que a sexualidade produz o ‘sexo’ como um conceito artificial que efetivamente amplia e mascara as relações de poder responsáveis por sua gênese. (BUTLER, 2015, p.162).

O sexo é, portanto, um efeito, não uma causa. A sexualidade trata então, de um sistema histórico aberto e complexo de discurso e poder, sendo o sexo uma parte da estratégia para ocultar e perpetuar essas relações do poder.

A despeito da constante vigilância sobre a sexualidade, não se dá em todos os espaços e nem para todas as pessoas. Trata-se de uma vigilância seletiva, em que há tratamento diferente aos que são considerados divergentes das expectativas do que concebe-se como tipo médico. “Duas meninas se beijaram numa festa e alguém resolveu pegar o celular e ficar filmando elas. O vídeo foi compartilhado. Você se pergunta qual é o intuito disso? Por que se tem um homem e uma mulher se beijando, ninguém faz esse tipo de coisa?” (GFH).

Para Connell e Pearse (2015), a despeito da difundida ideia de que mulheres e homens tem direitos iguais e são igualmente considerados enquanto cidadãos e cidadãs, existem mecanismos sociais que operam a partir da ideia da oposição entre mulheres e homens. Para as autoras, essa oposição se refletira sobre as divisões de trabalho, seja na família, no setor laboral e na esfera pública em relação a privilégios e reconhecimentos.

Também Gregori (2004) apresenta ideia de como as oposições operam através da díade masculino/feminino como correlatas a ativo/passivo em termos de sexualidade e erotismo. A posição da mulher, em termos de sexualidade, está restrita a um sistema hierárquico que a vincula as relações heterossexuais realizadas dentro da instituição matrimonial, com vistas a seu papel na reprodução da espécie, um sentido produzido a partir de um padrão que segue “(...) outras situações escalonadas na hierarquia valorativa” (p.241), em posição decrescentes que operam da alta posição ocupada por casais heterossexuais monogâmicos até a mais baixa posição do sexo pago e do sexo intergeracional, sendo a mulher que deseja inferior a mulher que procria.

Outra perspectiva trata-se da apresentada por Rahman e Jackson (2010) que afirmam que a passividade da mulher assim como sua dessexualização refere-se ao essencialismo biologicista, que constrói normativamente as mulheres como seres destituídos de desejo sexual, a não ser para a reprodução. A mulher que deseja, e que não deseja um homem (único) fere a norma, sendo desviante e fugindo de sua essência enquanto mulher.

Segundo Pateman (1993, p. 34-35):

Contar a história do contrato sexual é mostrar como a diferença sexual, o que é ser “homem” ou “mulher”, e a construção da diferença sexual enquanto diferença política são essenciais para a sociedade civil. O feminismo sempre se preocupou com a diferença sexual, e as feministas estão enfrentando agora um problema muito complexo. No patriarcado moderno, a diferença entre os sexos é apresentada como uma diferença essencialmente natural. O direito patriarcal dos homens sobre as mulheres é apresentado como um reflexo da

própria ordem da natureza. Como as feministas devem, então, lidar com a diferença sexual. A resposta feminista adequada parece ser, então, lutar pela eliminação de todas as referências à diferença entre homens e mulheres na vida política; assim, por exemplo, todas as leis e políticas deveriam ser do “gênero neutro”.

Vale ressaltar que o termo Patriarcado refere-se ao processo de normatização social em que as diferenças de gênero masculino e feminino, que tratam-se de diferenças sexuais biológicas, justificam certas operações de organização da vida que privilegiam o masculino em relação ao feminino (GIDDENS; SUTTON; 2016). Mais do que o sexo, o Patriarcado refere-se a hierarquias e estruturas de poder/obediência, nas quais as mulheres são submetidas aos homens.

Para Bourdieu (2014, p. 17)

A divisão entre os sexos parece estar “na ordem das coisas”, como se diz por vezes para falar do que é normal, natural, a ponto de ser inevitável: ela está presente, ao mesmo tempo, em estado objetivado nas coisas (na casa, por exemplo, cujas partes são todas “sexuadas”), em todo o mundo social e, em estado incorporado, nos corpos e nos habitus dos agentes, funcionando como sistemas de esquemas de percepção, de pensamento e de ação.

Meninas que beijam meninas, inda mais acadêmicas do curso de maior prestígio social, é algo que gere o sentido unívoco do sexo, em vários sentidos. Tanto na questão da heterossexualidade compulsória, mas também no sentido de mulheres que tem desejo e não servem a homens. Conforme Butler (2015, p.166) “(...) o construto unívoco do ‘sexo’ (a pessoa é de um sexo e, portanto, não é de outro) é produzido a serviço da regulação e do controle sociais da sexualidade.” (BUTLER, 2015, p.166). O desejo por si não é suficiente para o sexo, já que “(...) do ponto de vista causal, os prazeres corporais não são meramente redutíveis a essa essência aparentemente específica do sexo, mas se

tornam prontamente interpretáveis como manifestações ou signos desse ‘sexo’.” (BUTLER, 2015, p.166).

A naturalização dessa divisão de atenção da vigilância é tamanha que, mesmo pressionados por grande número de pessoas que divergiram da naturalidade com quem foi tratado o fato, as organizações estudantis da Medicina (Centro Acadêmico e Atlética) emitiram uma nota<sup>28</sup>, depois de muito tempo, mas com caráter genérico e, na percepção dos participantes dos três grupos focais, insuficiente dada a gravidade do assunto.

Segundo os depoentes, essa manifestação nas redes sociais, visou mais manter externamente a imagem de “boas pessoas”, do que propriamente um posicionamento político frente à questão “Uma coisa totalmente impessoal, falando ‘somos a favor de quem é homossexual, não temos preconceitos. Nós somos legais’.” (GFH). Ao mesmo tempo, as envolvidas eram estudantes da primeira fase do curso e não se sentiram a vontade para reivindicar outras medidas, afinal, “Não queriam ser marcadas. Não queriam ser ‘a chata que foi atrás’, não queriam causar confusão dentro do curso.” (GFH), o que aponta para como a vigilância e a sanção aos que se desviam é presente no imaginário dos estudantes de Medicina, operando e organizando práticas, possibilidades e impossibilidades aos diversos grupos.

A hierarquia existente se manifestou mesmo entre os que, de certa forma, deram suporte emocional as envolvidas, mas com o tom da necessidade de adequação ao lugar que elas ocupam enquanto mulheres e estudantes de primeira fase na “cadeia alimentar”, sendo que “muita gente veio falar com elas ‘eu sou mais velho. Não faça mais isso. Não conta pra ninguém sobre vocês que pode acontecer alguma coisa. Tem muita pressão de cima sempre, tem sempre alguém contendo e tentando conter por cima.’” (GFH).

A vigilância seletiva sobre a sexualidade enquanto prática discursiva tem dinâmica específica, objetivando identificação e coerção de comportamentos fora do padrão heteronormativo compulsório. Apareceu nos três grupos o relato de um calouro que beijou outro rapaz na festa de recepção dos novos estudantes, com comentários gerais de repúdio com o seguinte direcionamento “olha que coragem... ele destruiu a festa” (GFH) por que “ele era calouro e foi uma coisa que todo mundo ficou espantado com a coragem que o menino teve ao beijar outro ali no meio da festa” (GFH). O sentido de ousadia referiu-se

---

<sup>28</sup> A referida nota será analisada com mais detalhes em capítulo posterior, sendo suficiente para a discussão do presente capítulo os aspectos já apresentados.

menos ao fato de serem dois rapazes se beijando, e muito mais ao fato de que “ele quebrou uma regra. Foi exatamente por que nunca ninguém tinha feito isso ou, se fez, foi escondido. Ele fez ali, no meio, na frente de todo mundo. O fato dele ser calouro foi um agravante disso” (GFH), até por que “o grupinho dos hêteros sempre te dizem o que você deve ou não fazer” (GFLB), implícita ou explicitamente.

Uma regra instituída entre nos grupos é a de que “quando algum LGBT faz alguma fala em sala de aula, prontamente compartilham a fala através dos grupos secretos das redes sociais e vira alguma piada em relação a isso” (GFG) ao ponto de que “Se alguém perguntar alguma coisa em nossa aula, por exemplo, ‘o que a troponina vai fazer no coração?’ os heteros já riem.” (GFG). Há uma proeminente preocupação em vigiar especialmente a masculinidade “Eles ficam cogitando quem é gay entre os calouros que vão entrar. Já faz um mapeamento” (GFH).

Para Weeks (1993), a partir da heteronormatividade, pessoas LGBT cruzam as fronteiras dos comportamentos masculino e feminino culturalmente definidos como apropriados, o que tem por efeito um significado social de transgressão. Também Louro (2016) aponta que existe vigilância constante sobre a sexualidade nos ambientes escolares, tomando como parâmetro de normalidade a heterossexualidade, “(...) no qual a identidade masculina e a identidade feminina se ajustam às representações hegemônicas de cada gênero” (LOURO, 2016, p.84).

Para além disso, Butler (2015) aponta que

(...) o gênero é um ato: Como outros dramas sociais rituais, a ação do gênero requer uma performance repetida. Essa repetição é a um só tempo reencenação e nova experiência de um conjunto de significados já estabelecidos socialmente, e também é a forma mundana e ritualizada de sua legitimação. Embora existam corpos individuais que encenam essas significações estetizando-se em formas de gênero, essa ação’ é uma ação pública. Essas ações tem dimensões temporais e coletivas, e seu caráter público não deixa de ser consequência; na verdade, a performance é realizada com o objetivo estratégico de manter o gênero em sua estrutura binária – um

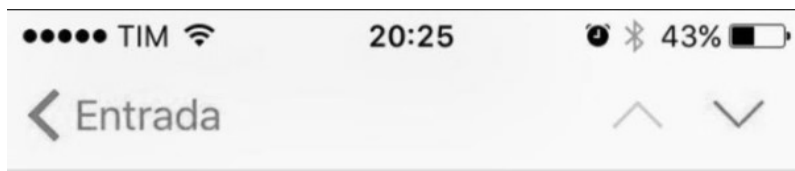
objetivo que não pode ser atribuído a um sujeito devendo, ao invés disso, ser compreendida como fundador e consolidador do sujeito. (BUTLER, 2015, p.242).

Um aspecto interessante, que se relaciona diretamente com as práticas discursivas decorrentes do tipo organizador médio, refere-se a uma linha de continuidade entre sexualidade e política. Butler (2015) aponta que normas de inteligibilidade instituídas e mantidas constroem as possibilidades e impossibilidades de se ser pessoa/humano, indicando que na sociedade contemporânea existem relações de coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo referentes ao que é inteligível enquanto humano, semi-humano e abjeto, “(...) produzidos pelas próprias leis que buscam estabelecer linhas causais ou expressivas de ligação entre o sexo biológico, o gênero culturalmente constituído e a “expressão” ou “efeito” de ambos na manifestação do desejo sexual por meio da prática sexual” (BUTLER, 2015, p.38).

No repertório narrativo mobilizado, as práticas discursivas no âmbito das relações sociais produzidas no contexto investigado amplia essa linha, incluindo ser oficialmente de “direita”, uma vez que “se você é feminista, você é petralha, comunista. E ate hoje esse grupo combate ‘a sombra do comunismo’, é o terror da ameaça comunista não é?” (GFLB), da mesma forma que ser “dos esquerdinha, dos comuna, dos viado” (GFH) é uma relação instituída para esses estudantes. Afirmam, inclusive, que a maioria dos homens de esquerda do curso se declaram gays.

O material gráfico disponibilizado por estudantes dos grupos focais, veiculado nos grupos e redes sociais da Medicina UFSC, pode ilustrar de certa maneira esses sentidos construídos.

**Figura 1:** imagem satírica difundida entre estudantes de Medicina da UFSC, 2016.



## Primeiramente...



Fonte: arquivo pessoal de imagens.

Trata-se de uma paródia imagética, utilizando como base da mensagem certa imagem de um PowerPoint que foi foco de grande repercussão na mídia, visto que tratava-se do material utilizado pela Polícia Federal para acusação do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva como suposto chefe da formação de quadrilha, em supostos desvios e ações de corrupção. Ao acessar esse conteúdo, é interessante as possíveis mensagens que são mobilizadas na paródia imagética. A



primeira e mais evidente é o “postinho” – nome depreciativo empregado para se referir as unidades básicas de saúde – esta como o chefe da quadrilha. Ao redor, diversas características associadas pelos grupos a pessoas de esquerda em termos políticos.

As disposições afetivas e éticas são reguladas por modos culturais através do que Butler (2015b) conceitua como “enquadramento seletivo e diferenciado da violência”. Esses enquadramentos referem-se a quais vidas são qualificadas como vidas e quais não são de acordo com enquadramentos epistemológicos, em uma verdadeira guerra do que é humano contra o que não é humano, entre humanos, conforme a autora.

(...) procuro chamar a atenção para o problema epistemológico levantado pela questão do enquadramento: as molduras pelas quais apreendemos ou, na verdade, não conseguimos apreender a vida dos outros como perdida ou lesada (suscetível de ser perdida ou lesada) estão politicamente saturadas. Elas são em si mesmas operações de poder. Não decidem unilateralmente as condições de aparição, mas seu objetivo é, não obstante, delimitar a esfera da aparição enquanto tal. (BUTLER, 2015b, 14).

Penso que, ao criar uma linha de “normalidade” que vai da heterossexualidade compulsória até “ser de direita”, esses estudantes estão obedecendo ao enquadramento do que consideram normal e anormal, mas também entre humano e não humano. Para Butler (2015b) as questões de direitos humanos implicadas nos posicionamentos sociais e políticos sobre a proteção e o direito a vida e a prosperidade refere-se também a certa “ontologia corporal” que está diretamente relacionada com a distribuição do que é social e culturalmente considerado justo entre os seres humanos (e não humanos, mesmo humanos) de “(...) precariedade, a vulnerabilidade, a dor, a interdependência, a exposição, a subsistência corporal, o desejo, o trabalho e as reivindicações sobre a linguagem e o pertencimento social.” (BUTLER, 2015b,p.15).

Para Butler (2015b, p.20) “O problema não é apenas saber como incluir mais pessoas nas normas existentes, mas sim considerar como as normas existentes atribuem reconhecimento de forma diferenciada.” Trata-se de uma questão de inteligibilidade, conceituada como “(...) o

esquema (ou esquemas) histórico geral que estabelece os domínios do cognoscível” (BUTLER, 2015b,p.21).

Um aspecto interessante chamou a atenção na construção de sentidos sobre as práticas discursivas referentes às relações amorosas internas ao grupo de estudantes de Medicina e que, de certa maneira, pode ter relação ao conceito de “Família Medicina”: o de que estudantes de Medicina devem manter relacionamentos com estudantes de Medicina. Não com estudantes de outros cursos, já que “O que o amor constrói a Medicina destrói” (GFH).

A despeito de uma explicação que inicialmente pensei, que se relaciona a carga horária exaustiva desses estudantes, diversos relatos apontam que, ao descobrir que alguém está namorando estudantes de outros cursos, há certa “torcida” e questionamentos constantes se o estudante de Medicina ainda está mantendo o relacionamento, por que “Se tu faz Medicina, tem que namorar com alguém que faz Medicina por que não vai dar certo se tu pegar alguém de fora” (GFH). Devo pontuar que são entendidos nesse panorama apenas relacionamentos monogâmicos e heterossexuais. Os demais são desconsiderados e nem mesmo mencionados.

Entre os LGBT, o movimento é contrário. Raramente se relacionam com estudantes de seu próprio curso, com informações como “É uma coisa que eu evito ao máximo” (GFG), “É muito difícil eu me achar no mundo e muito menos na Medicina” (GFG), “Meu namorado não estuda na Medicina, ele faz cursinho aqui no CCS inclusive. As pessoas ficaram chocadas quando souberam.” (GFG).

A estrutura familiar é, nessa sociedade, pertencente a um modelo heterossexual compulsório, em que pesa o patriarcado e a heteronormatividade. Para Bento (2012), os papéis de gênero são estruturadores das exceptivas quanto ao masculino e o feminino, especialmente nas famílias.

Resgatando o conceito de Butler (2015b), a disposição de “família” pode ser pensada enquanto um enquadramento do normal entre esses estudantes, com todas as propriedades e práticas discursivas da concepção de “Família Medicina”. É interessante notar que o termo não é “Família da Medicina”, que pressuporia uma família dessa categoria profissional. O termo é “Família Medicina”, tal como se emprega em “Família Torres”, “Família Silva”, “Família Moretti”. Não é categoria. É sobrenome, que reflete uma construção de privilégios, propriedades e práticas familiares.

Mas nem todos detêm o sobrenome “Medicina”. LGBT não estão no enquadramento e, sendo a Medicina uma família por adoção do grupo estabelecidos, não apresentam inteligibilidade nessa lógica.

Há uma constante heterossexualidade compulsória reafirmada pela constante ameaça de prejuízo social para as pessoas desviantes. Os gays relataram que não sofreram preconceito explicitamente, mas tem um sentimento constante de “preconceito muito velado que existe por que as pessoas me falam” (GFG). Pode se constituir como um mecanismo de proteção aos LGBT amigos por parte das pessoas heterossexuais do curso, mas ao mesmo tempo em que a informação sobre esse preconceito protege, também tem um efeito de condicionamento sobre o comportamento desses estudantes LGBT, já que os estudantes sabem que “acontece por que algumas coisas me chegam como alguns episódios de desmerecer o que a pessoa fez, principalmente dentro do grupo dos heteros, que se dizem heteronormativo e tal, com aquela questão da vigilância constante” (GFG).

E não se trata apenas de uma questão de todos os heteros vigiarem os LGBT. Existe uma hierarquia e o uso do jocoso, da piada, da ridicularização, que é um privilégio característico de um grupo que desponta como fiéis vigilantes a serviço dos modelos a serem seguidos pela corporação médica: os homens heterossexuais que integram a Atlética. “Os meninos da Atlética se sentem com todo direito de debochar, de fazer piada”, ao ponto de debaterem “um coletivo heteronormativo-cis-branco” (GFLB). Nas relações cotidianas desses estudantes, o mecanismo de adequação social se dá através da vigilância e do temor de ridicularização através de piadas. “Entre os heteros tem aquelas piadinhas, “Fulano saiu com Beltrano... ahahaha’, tem esse tipo de aviso, como se fosse um aviso pra ficar atento ao que pode acontecer se não corresponderem ao que esperam” (GFG).

Os papéis socialmente aceitos para o homem são reafirmados e “as coisas de mulher” empregadas para “escrachar” quem não se comporta adequadamente, indicando que se tratam de ações de pessoas menos-homens. “Um pegava o celular do outro e ficava mandando mensagem no grupo, tipo “oi gente, hoje eu fui pra depilação... eu to coçando...” ou falavam coisas tipo “ai... ontem eu fui em tal lugar e dei um monte... to com dor...”. Sempre bem depreciativo.” (CFG).

O efeito é a constância vigilância de si mesmo, especialmente por heterossexuais que precisam constantemente se reafirmarem nos papéis, pois “Se você vacilar, agir de alguma forma não esperada, por exemplo, deixou de ficar com determinada menina, você pode estar na berlinda... e se você cair da berlinda, virou gay. E ser gay é uma punição,

entendeu?” (GFH), “Me dá uma impressão de que é como se a heterossexualidade deles fosse algo muito frágil. Tem que cuidar, por que não pode trincar esse vidro, que não tem volta” (GFG).

Há uma vigilância até mesmo antes do ingresso dos calouros. Relatam os estudantes que “Na minha recepção, pelo Facebook tinha um questionário com a pergunta ‘qual é sua opção sexual’. Três de nós desde o início do curso assumimos que somos gays. A gente nunca foi adicionado aos grupos dos meninos nas redes sociais.” (GFG). Em casos em que não se assume, e os colegas presumem que se trata de uma pessoa heterossexual, ao descobrir a divergência entre a expectativa social e o que aquela pessoa é, há um distanciamento sequente. “Eu achei engraçado, por que, um colega de sala que eu não tinha muito contato começou a conversar comigo e quando eu comentei sobre o meu namorado ele se espantou, e falou que os meninos da sala estavam comentando quem era gay e quem não era e eu não estava relacionado.” (GFG).

Nesse último aspecto apresentado, que se refere às masculinidades, é interessante perceber que há um mecanismo de dominação simbólica, tão presente que é naturalizado como a forma de funcionamento das relações entre os estudantes de Medicina. Tal como apontado por Bourdieu

Se é verdade que a dominação simbólica é uma dominação que se exerce com a cumplicidade do dominado, ou, mais precisamente, com a cumplicidade das estruturas que o dominado adquiriu na confrontação prolongada com as estruturas de dominação e pela incorporação dessas estruturas, é evidente que não é suficiente tomar consciência dessas estruturas. (BOURDIEU, 2014, p.37)

Concordando com Connell, Bento (2012) aponta que a masculinidade é uma configuração prática, mais do que um conceito. Refere-se à posição dos homens na estrutura das relações de gênero existentes em determinado contexto societário, com suas dimensões históricas e que implicam em configurações relacionais entre os homens e com as mulheres. Nesse sentido, a masculinidade tem um caráter essencialista, justificado a partir dos elementos biológicos escolhidos como atributos, a exemplo do pênis, o que exclui, por exemplo, homens

trans do enquadramento na masculinidade. Também existem padrões de comportamento associados, assim como um conjunto de atitudes e expectativas que giram ao redor de conceitos como agressividade, racionalidade, impulso sexual, insensibilidade sentimental, e etc.

Bento (2012), tal como Connell, apontam que essa “configuração prática que é a masculinidade” é condição de ações definidas socialmente, tanto em aspectos dinâmicos, quanto históricos das relações de gênero. Particularmente ressalta que “O modelo de masculinidade baseado na virilidade, agressividade e determinação é específico de uma sociedade” (BENTO, 2012, p.85).

Nessa temática é interessante o conceito de que existe a masculinidade hegemônica e diversas outras subordinadas a ela, referindo-se a relações de poder que privilegiam um tipo específico, cujas características encontram-se em poucos homens, mas que tem “(...) a capacidade de impor uma definição específica sobre outros tipos de masculinidade” (BENTO, 2012, p.87), cujo conceito de hegemonia refere-se à capacidade de exercer poder sobre o conjunto da sociedade e de forma legítima (BENTO, 2012).

Com vistas a esses recortes e dimensões da questão, enquanto operadores privilegiados do biopoder, na matriz das relações de gênero, a vigilância constante – especialmente entre os homens heterossexuais do grupo de estabelecidos – é necessária tanto para a coesão do grupo ao redor da categoria central que representam (o masculino médico), quanto para a distinção frente aos demais grupos e homens, tais como os gays.

Fica a questão se, para esses grupos, um homem gay é homem ou, de maneira mais contundente: um gay pode ter legitimidade social enquanto médico? No sentido de que, sendo gay, precisará ocultar sua orientação sexual e, assim, reforçar a naturalização da heterossexualidade enquanto norma, para se constituir enquanto médico? Os resultados não dão sustentação a essa questão e entendo que este é um ponto chave para investigações futuras, junto a profissionais médicos graduados.

#### **4.6 Mulheres no curso de Medicina**

No trabalho clássico de Joan Scott (1995), a autora apresenta que, na maioria das vezes, ao falar sobre gênero o senso comum entende que se estará falando de mulheres, em uma naturalização franca de que os

problemas com a temática de gênero partem das mulheres. No entanto, a autora defende que gênero e suas relações referem-se a construções sociais sobre os papéis indicados aos homens e às mulheres, e que impõe atributos também socialmente construídos sobre um corpo sexuado. Nesse contexto, existem relações sociais baseadas nas percepções e conceituações sobre os sexos percebidos, mas, especialmente, atribuições de significados às relações de poder. Portanto, na concepção de Scott (1995), falar em relações de gênero é falar em relações de poder. E ainda além: não se trata tão somente de atribuições, mas principalmente de distribuições diferenciais de poder, potencia e possibilidades, que provocam por efeito diferenças nos acessos tanto a materialidades, quanto aos aspectos simbólicos da vida social (SCOTT, 1995).

A temática das Mulheres no Curso de Medicina apareceu como uma das mais complexas da presente dissertação, implicando níveis diferentes de inter-relações, especialmente em um momento que o país estava mergulhado em uma grave crise política em que uma mulher era a figura central tanto de defesa quanto de ataque por grupos políticos antagônicos, a Presidenta Dilma Vana Rousseff.

Uma das imagens mais presentes apresentadas pelas estudantes – heterossexuais, lésbicas e bissexuais – apontaram que se sentem inviabilizadas no currículo, a não ser na ginecologia pela função da reprodução. Fora desse contexto a mulher não existe, conforme as participantes. Em outros sentidos, afirmam que esse aspecto é presente “Tanto no currículo como em outros ambientes, ninguém nunca leva a mulher em consideração, ninguém leva a sério” (GFLB), de forma que “as pessoas acham que você está fazendo as coisas para os homens” (GFLB).

Não apenas na Medicina, mas em toda a história as mulheres sofram ocultadas e invisibilizadas, segundo Louro (2016), para quem houve e há uma sustentação discursiva de certo papel e certos atributos às mulheres, tomados como verdadeiros, morais e legítimos/legitimados socialmente, que incluem a direcionalidade como espaço próprio das mulheres a esfera do privado, referindo-se ao “mundo doméstico, como o verdadeiro universo da mulher”. Mesmo após a ocupação de mulheres no mundo do trabalho, essas práticas discursivas mantêm-se “... em descrições das condições de vida e de trabalho das mulheres em diferentes instancias e espaços, (...) como as características tidas como femininas” (LOURO, 2016, pp.21-2).

Quando uma acadêmica de Medicina se coloca em uma área que não é considerada “para mulheres”, há dois tipos de comportamento: ou

“simplesmente ignoram a presença dela, desconsideram que ela possa pensar em ser ortopedista” (GFH) ou pressionam com mecanismos como “perguntar as coisas mais simples para o menino e mais difíceis pra menina, por que ela precisa mostrar que sabe mais por que é mulher” (GFLB). Foi constante relatos como “O professor falou isso escancaradamente: ‘você é mulher então tem que saber essas coisas a mais’ (GFH) que apontam para a coerção em relação a mulheres que não se submetem aos padrões instituídos na divisão social do trabalho genericadas médico.

Trata-se de um sentido recorrente é o de que, diferente dos homens para os quais todas as especialidades médicas são possíveis, para as mulheres algumas não são “lugar de mulher” (GFLB), “mulher não faz neurocirurgia por que são cinco anos de residência e mulher tem que casar e ter filho” (GFH), “cirúrgica só homem faz e se uma mulher faz cirúrgica ela já vai ser bem retalhada desde sempre e vai ter que aprender a aceitar as piadas machistas da cirúrgica” (GFH), como se as essências da mulher e do homem existissem e naturalizando o caminho possível para cada uma dessas essências, que tem natureza diferentes.

Tal como apontado por Foucault (2012), a disciplinarização é produtiva, por que o poder é produtivo. Produzir conhecimento de que homens habitam certas posições e mulheres outras, seja na Medicina, seja em qualquer outro setor da Sociedade em Geral, é partir de uma idéia de que existe uma essência normal do homem e uma essência normal das mulheres. Na produção discursiva, as diferenças biológicas serão utilizadas para enquanto justificativas para padrões do que é de homens e o que é de mulheres. Louro (2016) alude a esse efeito como “lógica dicotômica” a qual “(...) supõe que a relação masculino-feminino constitui uma oposição entre um polo dominante e outro dominado – e essa seria a única permanente forma de relação entre os dois elementos” (LOURO, 2016, p.37). Para além, a autora afirma que essa lógica dicotômica “(...) supõe ignorar ou negar todos os sujeitos sociais que não se enquadram em uma dessas formas” (LOURO, 2016, p.38).

Resgatando os conceitos de inteligibilidade e de enquadramento de Butler (2015b), seguindo a lógica dicotômica, tratada no âmbito do currículo a mulher só é inteligível e aparece no enquadramento no âmbito da ginecologia e enquanto reprodutora de corpos. Como médica, apenas em algumas especialidades, de forma que as mais “masculinas”, como Ortopedia e Cirurgia, não são acessíveis.

Poder não tem substância, se constituindo através de seu exercício, de disposições enquanto estratégias, conforme apontado por Foucault

(2012), já que se trata de uma rede de relações em perpetua atividade e tensão, “(...) mais como modelo a batalha perpétua do que o contrato que faz uma cessão ou uma conquista que se apodera de um domínio” (FOUCAULT, 2012, p.29). O poder produz mais do que nega, impede ou coíbe. É sempre relação de produção de verdades que operam. Nunca substância passível de se deter. É uma posição frente ao feixe de relações nos quais se sustenta.

A discursividade, nesse sentido, é fundamental para o poder, lembrando o que alerta Foucault

(...) não se deve imaginar um mundo do discurso dividido entre o discurso admitido e o discurso excluído, ou entre o discurso dominante e o dominado; mas, ao contrário, como uma multiplicidade de elementos discursivos que podem entrar em estratégias diferentes. (...) os discursos, como os silêncios, nem são submetidos de uma vez por todas ao poder, nem opostos a ele. É preciso admitir um jogo complexo e instável em que o discurso pode ser, ao mesmo tempo, instrumento e efeito de poder, e também obstáculo, escora, ponto de resistência e ponto de partida de uma estratégia oposta. O discurso veicula e produz poder; reforça-o, mas também o mina, expõe, debilita e permite barrar-lo. Da mesma forma, o silêncio e o segredo dão guarida ao poder, fixam suas interdições; mas, também, afrouxam seus laços e dão margem a tolerâncias mais ou menos obscuras. (FOUCAULT, 2015, p.96)

O masculinismo é também discursivo, sendo ressaltado por todos os grupos, que a denominação é sempre “o cirurgião e a auxiliar” (GFH), “o cirurgião e a enfermeira” (GFG), “o médico e a enfermeira” (GFLB), “O médico. O médico. A enfermeira ou a auxiliar. Ou a instrumentador” (GFLB). Tal como apontado por Louro (2016, p.71), as demarcações operadas pela linguagem empregar associações e analogias aos sujeitos, revelam diferenças na distribuição de poder e privilégio



entre os sujeitos. Por que, se não, qual a regra que naturaliza que o profissional de Medicina é um homem (o médico, o cirurgião) e o profissional de Enfermagem é uma mulher (a enfermeira, a auxiliar)? Obviamente, existe certa distribuição entre homens e mulheres nessas profissões. No entanto, a desigualdade dessa distribuição, somada a representação que se tem sobre as profissões em termos de generificação, não revela que a questão de gênero norteia as possibilidades e poderes nesse panorama?

Um exemplo trazido dos grupos focais refere-se a que, não pela competência, mas por se adequar a padrões machistas e masculinistas de submissão, alguns docentes tentam ser simpáticos na percepção dos participantes do estudo a exemplo de “Um dos professores da cirúrgica falou recentemente que é bom que tenha meninas no Curso, por que ela servem pra embelezar um pouco o curso, pra trazer uma alegria pros homens por que embelezam o curso” (GFH).

Poucas são as docentes médicas, tal como apresentado anteriormente na caracterização do curso de Medicina da UFSC. Dessas, houve relatos sobre algumas que reforçam esse papel da mulher submissa, inclusive com elementos discursivos como “trocar pneu não é coisa de mulher” (GFLB), “eu sendo mulher, trouxe a cadeira pra professora sentar que falou ‘no meu tempo isso não acontecia’”(GFLB), “Uma professora afirmou ‘se você se queima, o que você faz? Espera o marido vir te levar para o hospital’” (GFLB), “entre as meninas falamos palavrão perto da professora e ela ficou horrorizada e falou ‘não pode falar assim, menina não fala esse tipo de coisa. Menina no máximo pode falar um poxa vida quando for pra reclamar’” (GFLB).

Segundo Louro

Currículos, normas, procedimentos de ensino, teorias, linguagem, materiais didáticos, processo de avaliação são, seguramente, loci das diferenças de gênero, sexualidade, etnia, classe – são constituídos por essas distinções e, ao mesmo tempo, seus produtores. Todas essas dimensões precisam, pois, ser colocadas em questão. É indispensável questionar não apenas o que ensinamos, mas o modo como ensinamos e que sentidos nossos/as alunos/as dão ao que aprendem. Atrevidamente é preciso, também,

problematizar as teorias que orientam nosso trabalho (incluindo, aqui, até mesmo aquelas teorias consideradas “críticas”). Temos de estar atentas/os, sobretudo, para nossa linguagem, procurando perceber o sexismo, o racismo e o etnocentrismo que ela frequentemente carrega e instrui. (LOURO, 2016, p.68)

Especialmente em relação às professoras, Louro (2016) aponta que existe um ideário norteador da mulher, que teria como referente à imagem da mulher enquanto cuidadora, que, em um sentido mais amplo, recorrerá ao repertório narrativo da mulher cujos atributos da mãe e/ou do modelo feminino de gentileza, educação e etiqueta. Em especial nos sentidos apresentados pelos grupos focais, o exemplo de docentes mulheres que trazem, está sustentado nesse ideário, tal como apontado por Louro (2016).

Também foi um sentido construído interessante – e, repito, pelas acadêmicas heterossexuais, lésbicas e bissexuais, que o criticaram – que o padrão de atitude e comportamento da estudante de Medicina e da médica típicas é de que “Tudo delas gira entorno do universo masculino” (GFH). A preocupação com o corpo é para o homem, posição defendida por professoras que afirmam que “Fazer parto normal é acabar com o corpo da mulher” (GFLB). Essas estudantes/médicas típicas foram referidas como “um grupo de meninas heteras<sup>29</sup> que tem bem aquela característica patricinha, em que seu universo gira em volta dos meninos” (GFH) e que “tudo gira sobre a beleza das meninas e dos meninos da sala, como se fossem todas concorrentes” (GFH).

A ideação de modelos para as relações de gênero se manifesta também em exemplos tais como o chamado “casal 20”, que se trata de um casal heterossexual, em cuja relação a mais alinhada ao tipo organizador médio conforme “a menina é a submissa, que corre atrás do menino, e o menino é o machão” (GFH), que também tem os qualificadores “o casal do luxo, da riqueza e da ostentação. Do luxo, poder, riqueza e sedução”, para os quais foi apresentado o seguinte fato justificando os qualificadores “Eles comemoraram um mês de namoro em Las Vegas”.

---

<sup>29</sup> O termo esta como a fala gravada do grupo focal. Acredito que o neologismo foi intencional, para desestabilizar o masculinismo suscitado pelo universal heteros para mulheres e homens.

É interessante, no contexto desses dados, retornar os conceitos de Gilberto Freyre sobre o patriarcalismo enquanto constituinte da família brasileira. Freyre (2002) apontou que a família brasileira tinha como núcleo o chefe da família, o homem que era o responsável pelas questões dos negócios, com autoridade sobre todos os demais.

Também Sérgio Buarque de Holanda (1989) apresentou que o modelo de família patriarcal é subsídio para o conceito de família brasileira, operando um sistema hierárquico em que a autoridade paterna prevalece, e todas as relações referem-se e circulam ao redor do masculino, do patriarca.

Paralelamente à historiadora Eni Samara (1989, 1993), estudando o papel da mulher na constituição da família brasileira, afirmou que o sistema patriarcal depreende divisão de trabalho entre homens e mulheres, mesmo nos casos em que as mulheres chefiavam efetivamente as famílias, era aos homens a quem essas atividades eram socialmente atribuídas.

Em outro aspecto da relações de gênero, existe uma relação quase que predatória geral entre os veteranos homens heterossexuais e as calouras ingressantes no curso. “No primeiro dia de aula o pessoal vai lá para o auditório e já dão encima da menina. Se acham bonita, quase morrem berrando, pedindo para dar voltinha, se é casada, se é solteira, pedem para tirar o casaco.” (GFG), “quando tu é caloura, parece um bando de urubu em cima” (GFH), “É sair à lista de aprovados, o pessoal “stolkeia”<sup>30</sup> uma por uma no perfil do facebook “ (GFH). A entrada de novas calouras parece ser um convite à afirmação de masculinidade e de heterossexualidade por parte dos veteranos.

Por outro lado, alguns veteranos tem a prática de “escolher certas calouras que são perseguidas por certos veteranos. Elege-se a caloura que se queria ficar, e se torna uma perseguição, ligar, mandar mensagem, tentar contato, tentar se fazer de amigo o tempo inteiro, o dia inteiro” (GFH). Os grupos de destaque entre os estudantes, especialmente os envolvidos em jogos universitários e práticas esportivas, buscam diferenciar-se dos demais não apenas nesse aspecto, mas através da confecção artigos específicos, como por exemplo um tirante<sup>31</sup> específico para meninos e meninas do grupo, que passou a não

---

<sup>30</sup> Neologismo empregado para caracterizar a ação de procurar pela pessoa de interesse nas redes sociais e acessar todas as informações possíveis, incluindo vasculhar as fotografias registradas nessas redes.

<sup>31</sup> Fita ou cordão empregado para segurar a caneca durante as festas. Geralmente soa confeccionadas por curso ou grupo que deseja ser marcado.

utilizar os tirantes para caneca geral da Medicina-UFSC. Esse grupo se autodenomina como “Medblacks” e as “Medpinks”.

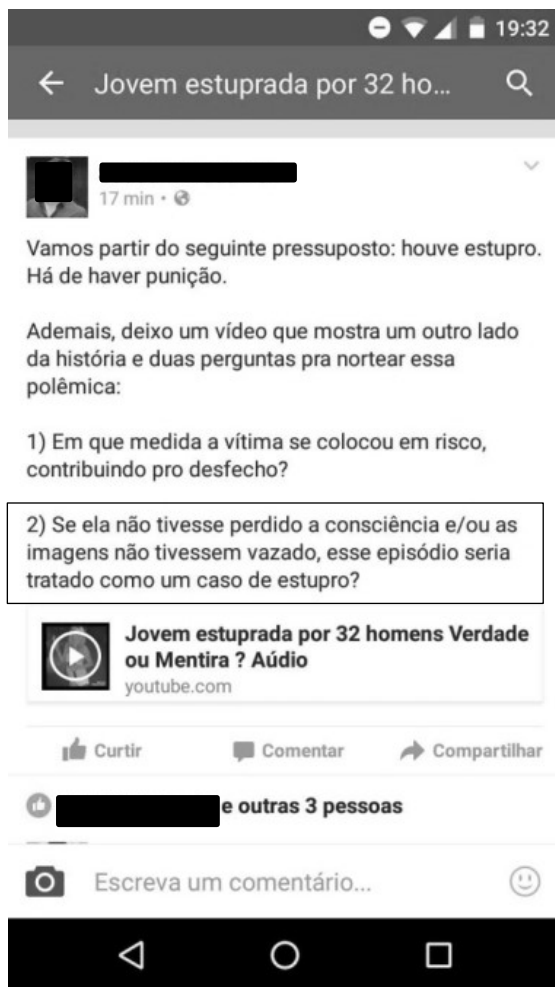
O papel esperado da mulher atribuído pelos grupos revela que não devem questionar, mesmo quando o caso envolve ter sido prejudicada ou exposta. Quando as meninas que se beijaram e foram filmadas, fato anteriormente mencionado, segundo os relatos nos grupos focais muitos dos estudantes afirmaram “Como elas se acham no direito de questionar... Elas que estavam na frente de todo mundo fazendo isso” (GFH) assim como “que vagabunda. Faz na frente de todo mundo e ainda acha ruim.” (GFLB) em franca e evidente distinção a proteção corporativa ao rapaz que relativizou a questão do estupro coletivo, também mencionado anteriormente.

Bento (2012) aponta que um dos comportamentos socialmente esperados de homens heterossexuais é o de que tenham poder sobre as mulheres, especialmente no que concerne as relações sexuais, em um processo de objetificação da mulher. A autora caracteriza como “uma sexualidade marcada pelo desfrute e predação” (p.153), tal como os resultados aqui relatados sobre as relações entre veteranos e calouras, que se tratam de relações de violência e intimidação dos primeiros para com as últimas.

A perda de controle sobre as mulheres significa questionamento de seu poder e de sua masculinidade, em uma estrutura patriarcal e heteronormativa (BENTO, 2012), desencadeando diferentes formas de violência. Também Rahman e Jackson (2010) apontam que a noção da mulher como passiva e subordinada, a disposição do homem, provocará a naturalização da violência sexual em todos os níveis, desde o simbólico até o físico, constituindo-se enquanto característica socialmente esperada da heterossexualidade normal seu vínculo com atos de violência do homem contra mulher, seja simbólico, seja corpóreo. Agressão e violência são formas de controle do patriarcado, operadas conforme a heteronorma dentro da qual a mulher é sempre subordinada ao homem.

Profissionais de saúde lidam diretamente com as questões de violência contra a mulher em seu cotidiano profissional, especialmente nos serviços de urgência e emergência onde são comuns casos de estupro e outros tipos de violência física. Um relato específico presente nos grupos focais chamou muito a atenção, no âmbito da presente pesquisa. Refere-se à certa polêmica sobre estupro coletivo, oportunizada por um estudante que, no grupo interno do Facebook de estudantes da Medicina, postou o comentário que se segue.

**Figura 2:** mensagem relativizando estupro coletivo, ocorrido em 2016.



**Fonte:** arquivo pessoal de imagens.

A despeito do início do texto, em que o estudante afirma o pressuposto de que “houve estupro, há de haver punição”, ao provocar os questionamentos sobre a responsabilidade da vítima em se colocar em risco e, especialmente, “se não tivesse perdido a consciência e/ou as imagens não tivessem vazado” se o fato seria tratado como estupro, há implicitamente a idéia de que há responsabilidade por mais de trinta

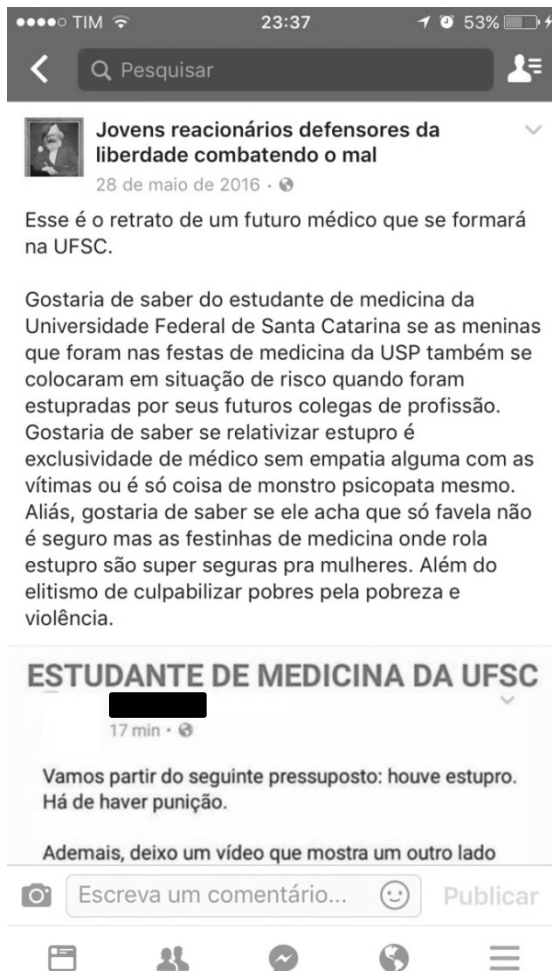
homens estuprarem uma mulher de dezesseis anos, caso de repercussão internacional<sup>32</sup>. Segundo os relatos na mídia trataram-se de 36 horas de estupro, que foi filmado e distribuído através do Twitter. As cenas apontam a garota inconsciente e mantida em cativeiro.

Houve repercussão interna ao grupo de estudantes de Medicina, gerando polêmica segundo os participantes, sendo destacado o comentário de que, entre as repercussões muitos estudantes fizeram piadas sobre o caso, apontando para o despreparo e a fragilidade nas discussões dessa natureza. Os relatos seguem apontando que a repercussão da postagem estendeu-se para fora do grupo da Medicina, chegando em um grupo caracterizado como “de esquerda” em que as considerações foram contundentes, conforme imagem que se segue.

**Figura 3:** mensagem critica a relativização do estupro coletivo em 2016.

---

<sup>32</sup> Além da questão do estupro em si, a mídia nacional e internacional destacou a questão da banalização do fato. Trinta e três homens se reúnem e por trinta e seis horas estupram uma única garota de dezesseis alunos que está inconsciente, filmam e divulgam o fato. Para maiores informações, as seguintes reportagens foram veiculadas no exterior: “*First arrest made in Gang Rape case in Brazil*”, no “*The New York Times*” (20/05/2016), “*Gang-rape images posted on Twitter shock Brazil as investigation continues*” no “*The Guardian*” (27/05/2016), “*Gang rape posted to social media is forcing Brazil to confront violence against women*”, no *Huffpost* (27/05/2016), e até mesmo “*India Times*” foi veiculada a reportage “*A Teenager in Rio was gang-raped by 33 men for 36 hours. Here's why Brazil is keeping it a secret*” (27/05/2016).



**Fonte:** arquivo pessoal de imagens.

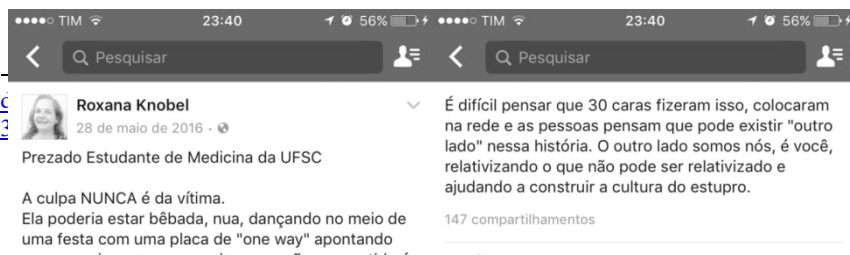
A comparação realizada entre a adolescente carioca e o estupro de mulheres em festas universitárias pelo coletivo “Jovens reacionários defensores da liberdade combatendo o mal”<sup>33</sup> refere-se ao já

<sup>33</sup> Trata-se de um grupo na Rede Social “facebook” que usa a sátira como forma de ação política. Define-se como “Somos jovens reacionários defensores da liberdade contra a tirania dos serviços públicos coletivistas e o esquerdismo cultural”. Disponível em <https://www.facebook.com/pg/Jovens-reacion%C3%A1rios->

mencionado caso do estudante Daniel Tarciso da Silva Cardoso da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), acusado e penalizado pelo Ministério Público de dopar e estuprar três estudantes em festas universitárias.

Sobre o caso do estupro coletivo, houve um posicionamento de uma docente do curso de Medicina, que justamente vai de encontro à relativização que o estudante da UFSC divulgou, conforme imagens que se seguem.

**Figura4:** mensagem de docente sobre o estupro coletivo ocorrido em 2016.







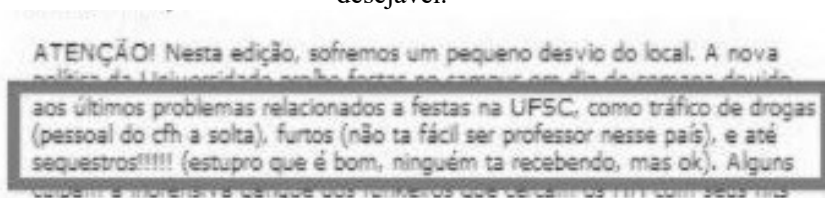
**Fonte:** arquivo pessoal de imagens.

No entanto, me parece existir um descolamento e certo reducionismo, da complexidade e dimensões da temática de violência sexual, entre os estudantes de Medicina, ao menos da forma como foram criticados pelos grupos focais, talvez originada nas características do currículo conforme apresentado anteriormente, cujas temáticas de gênero não são abordadas de maneira adequada - quando são abordadas – fato somado a uma trajetória curricular exaustivamente recheada de conteúdos e cobranças, além da formação tecnicista. Tanto quanto na abertura para opiniões pessoais dos docentes sobre aspectos em que não tem formação, também os estudantes, ao não tomarem contato com a temática, reproduzem discursos e práticas discursivas a partir do repertório discursivo e de sentidos que possuem. Em uma sociedade (hetero)sexista, patriarcal, machista e misógina, a culpa será da mulher sempre – especialmente àquelas que não se adequam ao perfil da mulher recatada, submissa, que fica restrita ao ambiente do lar.

Como referido nos grupos focais, “principalmente quando esta longe do padrão deles de mulher ideal” (GFLB), ou “Se fosse uma menina de igreja, ou sei lá, uma estudante de Medicina, usando calça e não sei o que, e foi estuprada, ia ser horrível. Mas uma menina favelada, que tinha filho, que era novinha e estava no baile funk, aí ninguém consegue.” (GFH).

Um exemplo polêmica referiu-se a uma das festas cujo texto de divulgação, entre outros elementos trazia a frase “estupro que é bom, ninguém tá recebendo”, conforme pode ser observada na figura que se segue.

**Figura5:** material de divulgação da Atlética empregando estupro como desejável.



**Fonte:** arquivo pessoal de imagens.

A festa se deu em período após a repercussão do estupro coletivo da adolescente carioca e dos desdobramentos da relativização do episódio por um dos estudantes do curso, conforme discutido anteriormente. “Muita gente falou que era só brincadeira, e questionou por que estavam levando tão a sério” (GFH), sendo entendido como mais uma forma de ridicularizar uma discussão tão séria e indicar que a Medicina não se importa com a questão. “Na minha turma eu apontei que era apologia ao estupro. E um menino da minha sala falou assim ‘se for apologia, então vou levar meu colchão’. Eu falei questionei de novo. Ele falou ‘ah tá. É brincadeira, mas não se esquece: calça jeans e soprei de pimenta” (GFLB). “A gente tentou levantar o questionamento de que o médico vai atender vítimas de violência sexual e é um absurdo estar se fazendo piada, sem graça nenhuma, sobre violência sexual.” (GFH). Esse dispositivo de toda temática séria ser transformada em piada é entendida pelos participantes dos grupos focais como uma das formas que a Atlética ganha legitimidade frente à maioria dos estudantes. “Na reprodução de discursos, você ouviu muito isso ‘A galera da Atlética é legal. Se eles fazem isso, vou fazer também’.” (GFLB). Da mesma forma, em diversas festas há relatos de episódios de homofobia, seja por “chamarem no microfone a turma de calouros de

‘calouros frescos’”, como na falta de ação frente a seguranças de uma festa em que “Tinha um rapaz da Medicina beijando outro, namorado, sei lá, ficante, e o segurança “pediu pra parar”, que aquela não era uma festa em que os homens podiam ficar se beijando.”

A polarização entre os que vem no caso a “cultura do estupro” e os que defendem a possibilidade de “farsa do estupro” é característica do debate presente dos grupos em tensionamento na sociedade brasileira, segundo Beleli (2016). Além da questão própria do fato e da questão de direitos humanos envolvidas, a autora aponta que diversos aspectos e componentes da violência contra as mulheres foram levantadas pelo episódio, mostrando inclusive os grupos implicados, desde os que representam o feminismo radical aos mais conservadores e machistas, que associavam-se, segundo a autora as palavras de ordem da política geral da época (“Fora Temer”; “Fora Lula”; “Fora Dilma”, “Fora Rede Globo” e “Não à corrupção”).

O que é específico no caso da presente dissertação é que não se tratam apenas de cidadãos debatendo uma temática as Sociedade. São futuros profissionais de saúde, em uma temática que se relaciona diretamente ao seu fazer profissional e, no entanto, nos repertórios narrativos – sejam dos grupos focais, sejam das imagens e mídias – a sustentação teórico-conceitual existente nesse campo temático que é da saúde não foi mobilizado, nem mesmo de maneira incipiente. Tanto quanto em outros setores relacionados à sexualidade, nos quais os docentes empregam sua opinião e não bases sólidas de teoria, mas com a vestimenta de ciência, também aqui entre os estudantes as opiniões pessoais, regadas das diversas morais, sejam à esquerda, sejam à direita, permearam as praticas discursivas. Em que medida questões de saúde são menos importantes para o médico do que as regras das relações de gênero que norteiam a sociedade? Não seria um tanto contraditório uma profissão que se apoia em uma visão de conhecimento privilegiado que distingue seus membros dos demais cidadãs e cidadãos sustentar visões sobre questões de saúde apenas em opiniões pessoais construídas por moralidades, e não pela ciência?

Em relação aos atos de violência contra a mulher, incluindo aqui o estupro, Kalra e Bhugra (2013) analisam que até mesmo para a Psiquiatria, os episódios de violência sexual, sejam simbólicos, verbais e/ou físicos, implicam em elementos de controle, poder, dominação e humilhação. Para obter poder e controle sobre suas vítimas, os perpetradores da violência sexual recorrem a mensagens, discursos e/ou práticas como abdução, isolamento, manipulação, coerção, ameaças e abuso sexual. Para as autoras, não se trata de encontrar gratificação

sexual no ato. Mais importante, é o significado atribuído ao poder para os homens que podem substituir objetivos sexuais em tais atos.

Poder é uma temática recorrente entre os estudantes de Medicina, especialmente no que se refere aos jogos universitários entre os cursos. Outro elemento misógino associado aos estudantes de Medicina da UFSC referiu-se justamente as músicas empregadas nos jogos universitários, especialmente no chamado Intermed<sup>34</sup>. Afirmam estudantes que participaram dos grupos focais que “Quando saiu a lista de aprovados, a gente recebeu uma lista, um arquivo com músicas para a gente cantar no Intermed. Umhas com título de “puta graduada”, “chupa rola e dá o cu pra pagar mensalidade”. Isso não é só aqui na UFSC. É em toda Medicina. (GFLB)”.

A violência contra a mulher, é sistematicamente empregada em uma relação violenta que mistura esporte, status e poder. Analisando o anexo 2, disponibilizado ao pesquisador pelos participantes dos grupos focais, pode observar-se frases como “Furbete vagabunda... Eu vou comer sua bunda...”, “Vagabunda... toda furbete é vagabunda!”, “Mas eu to ligado na sua realidade, chupa rola e dá o cu pra pagar mensalidade, ada-ada-ada ela é puta graduada”, “ela diz que é santinha, mas todo dia ela quer dar, com essa cara de vadia tem que ser particular, se faz de recatada mas pra dar não tem frescura, quando quer um pau na boca é federal que ela procura”, “Eu vim de Joinville, a cidade do ballet, só to na Medicina pra ser operado e virar mulher”.

Não se trata de uma característica localizada ao Curso de Medicina da UFSC. Também o Curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul opera o mesmo repertório narrativo, tendo por efeito uma prática discursiva consonante com a da UFSC, conforme pode ser observado nos trechos que se seguem, que constam no Anexo 3, “solta a cobra urutu, se bobiá o cavalão, vai botá é no seu cú, no cú da Fundação que é cú de puta velha e buceta de menina”, “Fundete cadela... Cruzei com as fundetes quase nuas, Fundete tu é uma puta sem valor... (...) eu vou ser presidente você secretaria, minha faxineira, fundete vem fudê comigo, de 4, de frente, fodo até seu umbigo, mas não me beije, fundete cadela”.

---

<sup>34</sup> Trata-se de uma das mais tradicionais competições universitárias entre Cursos de Medicina, geralmente realizadas por estados ou regiões. Segundo informações da Associação Atlética Acadêmica Oswaldo Cruz, fundada em 1928, tendo como membros estudantes da Faculdade Paulista de Medicina da Universidade de São Paulo, a primeira edição dos jogos se deu em 1966, no Estado de São Paulo.

A despeito da alegação por parte de quem defende que se trata apenas de uma brincadeira, fica a reflexão o por que da escolha da violência sexual contra a mulher e o papel atribuído as mulheres dos demais cursos, na rivalidade entre eles. A mesma prática discursiva será empregada depreciando os demais cursos, ao atrelar a imagem de gays aos estudantes “rivais”, como discutiremos em outro momento do presente trabalho. Ao que parece, mulheres e gays são armas que ferem os homens heterossexuais na guerra esportiva médica.

O estupro e outras formas de violência contra as mulheres são armas constantes nas guerras, sejam elas simbólicas ou físicas. Rial (2016) analisa que historicamente as mulheres estão entre os elementos presentes nas guerras, relacionadas ao ato de conquista pelos inimigos que, tanto quanto ocupar um espaço físico que era de posse de seus adversários, demarcará sua presença através da domesticação forçada, do uso sexual, da prostituição obrigatória e do estupro impetrados às mulheres do lado derrotado. A mensagem do estupro de mulheres entre oponentes em uma disputa refere-se, segundo Peres (2011), a um importante elemento das guerras e da posse de mulheres enquanto propriedades dos homens.

Em um contexto mais cotidiano, Miguel (2013) aponta que também em termos a piada e as conceituações como “coisas de mulher”, não apenas subjugam a mulher frente aos homens, como também constroem um imaginário em que se incita ao ódio e a violência contra a mulher. Naturaliza-se, por exemplo, que mulheres consideradas feias deveriam alegrar-se ao serem estupradas, apontando que, em certas condições discursivas o machismo afirma a possibilidade de que o estupro seja algo bom. Em certo sentido, as letras empregadas nos jogos universitários da Medicina apontam para essa perspectiva de que as mulheres dos adversários são do pior tipo de qualidade de mulher, passíveis de utilização sexual por parte de quem utiliza a música ao seu bel prazer.

Em outro panorama, podemos perceber o machismo e a violência contra a mulher em uma certa “extrapolação” da temática do estupro de mulheres e o papel dos homens da Medicina, frente ao cenário político e contingente em que encontram-se sempre as significações sociais. Em 2016, em uma das festas do curso de Medicina, um estudante que fazia o papel de apresentador da noite no evento, após ser vaiado por fazer em suas considerações menção ao panorama político nacional com termos depreciativos sobre a Presidente da República Dilma Vana Rousseff, diga-se de passagem legitimamente eleita e impedida de terminar seu mandato em um processo político polêmico e questionável, “o cara ia

falou aos berros no microfone ‘eu sou misógino mesmo, mas isso não é para ofender as mulheres, é para ofender as meninas da FURB’” (GFLB); “Falou ‘vocês, seus esquerdinhas, comunistas. Vocês podem me chamar de misógino, mas eu sou mesmo’.” (GFLB).

Na medida em que o acadêmico falava de política, especificamente de uma mulher presidente, e, ao se defender das vaias afirma que é misógino, mas com as colegas estudantes de Medicina de outra universidade ou, que as meninas da FURB podem ser atacadas, já que não são mulheres, por que ele não deseja “ofender mulheres”, no mínimo existe uma confusão teórica e também prática dos sentidos que os conceitos de “mulher(es)” mobilizam junto aos estudantes de Medicina. Segue-se uma imagem disponibilizada pelos estudantes dos grupos focais, circulada nas redes sociais da Medicina UFSC, que indica a complexa relação entre mulheres e política entre o grupo. Vale ressaltar que uma imagem recorrente da Presidenta Dilma e, pregada a época do impeachment pela oposição era a de mulher-burra, assim como tantas outras imagens que atrelam a falta de inteligência a uma característica, por exemplo. De mulheres loiras. Eram empregadas piadas como o termo “presidANTA” para se referir a Presidenta Rouseff.

A despeito da questão de orientações político partidárias, durante o processo que culminou no Impeachment<sup>35</sup> da Presidenta eleita, em diversos espaços, com diversos repertórios, foi empregada prática discursiva misógina, assim como a misoginia também é arma de combate nos jogos dos estudantes de Medicina. Um dos elementos mais polêmicos durante o processo de impeachment foi a venda no site “MercadoLivre”, de adesivo para carro que utilizava a figura da Presidenta junto ao ponto em que é introduzida a bomba de abastecimento, com forte conteúdo de sugestão sexual e de violência<sup>36</sup>.

Eagly e Karau (2002) argumentam que a liderança tem sido historicamente uma prerrogativa masculina nos setores corporativo, político, militar e outros na Sociedade Ocidental. Segundo as autoras, não se trata de sucesso ou eficiência, já que progressivamente as mulheres têm maior acesso aos cargos de supervisores e de gerentes médios nos setores privados, pouco tem-se avançado enquanto

---

<sup>35</sup> Termo empregado para designar o processo jurídico de crime de responsabilidade contra alta autoridade do poder executivo, cuja sentença provém de julgamento poder legislativo, que pode acarretar o impedimento de continuidade do mandato, tal como ocorreu com a Presidenta Rouseff.

<sup>36</sup> Para maiores informações, acessar <http://noo.com.br/o-estranho-caso-dos-adesivos-da-dilma/> Acesso em 26/01/2017

igualdade de gênero nas lideranças de elite e postos de altos executivos, defendendo que existe certa barreira de preconceito e discriminação que exclui as mulheres da posição de liderança de nível superior. A partir dos papéis de gênero construídos socialmente, certo essencialismo se aplica na distribuição dos atributos das mulheres e dos homens.

Segundo as autoras, existem duas formas características de preconceitos imputados as mulheres que dificultam seu acesso as posições de lideranças: a) avaliação menos favorável do potencial de liderança das mulheres quando comparado ao dos homens, operado segundo a crença de que a capacidade de liderança é mais estereotipada entre homens do que mulheres; e b) Avaliação menos favorável do comportamento de liderança real das mulheres do que os homens porque esse comportamento é percebido como menos desejável em mulheres do que homens, ou seja, é mais tipicamente masculino (EAGLY; KARAU; 2002).

Swim e Sanna (1996) analisam que aos homens a causa dos sucessos nas atividades profissionais e públicas são investidas do sentido de capacidade enquanto às mulheres o sucesso refere-se a muito esforço por parte da mulher bem sucedida. Inversamente, no insucesso, aos homens são atribuídos como causas a baixa dedicação e a má sorte, enquanto que para as mulheres a falta de capacidade.

Em estudo clássico sobre a percepção pública de mulheres em cargos políticos, Mezey (1978) apresenta que enquanto as mulheres afirmam que as grandes dificuldades para seu exercício na política referem-se ao sexismo e preconceitos contra as mulheres pelos homens que estão no ambiente político, os homens sugeriram que as mulheres são inadequadas a ocuparem o espaço político por serem emocionais e fracas, com interesse em trivialidades, sem competência natural ao exercício de cargos políticos.

De maneira interessante, Welch e Studlar (1986) questionam que, a proporção de mulheres votantes nas populações é semelhante a dos homens, por que poucas ocupam postos políticos de destaque. A explicação das autoras vai na direção de que, dadas as representações sobre o papel da mulher na sociedade e a maior aptidão masculina para o exercício político, mesmo entre as mulheres desconfia-se de mulheres que assumem cargos políticos.

Especificamente no caso de Dilma Rousseff, Bireli (2016) apresenta que os repertórios narrativos traziam não apenas os estereótipos de gênero como naturalizados e a Presidenta rompendo com esse “lugar da mulher” – o que fazia o sentido de ridicularização ganhar forma e força – mas, principalmente, a violência de conteúdo sexual foi

empregada de maneira ampla e irrestrita, tal como o caso dos adesivos de carros, apresentando anteriormente. Em sociedades patriarcais e machistas, mulheres não devem comandar politicamente. A elas, destina-se o comando do lar. Nesse sentido Bireli (2016) afirma que as expressões de violência contra a Presidente Dilma valeram-se da naturalização do homem enquanto detentor do poder e toda crítica a Presidenta, ao invés de outros aspectos e abordagens possíveis, teve em algum momento a sustentação na idéia do erro de ter “colocado uma mulher no poder”.

Ainda para Bireli (2016), a estigmatização da Presidente enquanto “louca, devassa e vadia”, baseia-se na estrutura do patriarcado, que sustenta-se nos seguintes pressupostos: (1) a dominação masculina ocorre em diferentes estruturas, dispersas na sociedade; (2) essas diferentes estruturas se inter-relacionam e agem conjuntas na reprodução das desvantagens e vulnerabilidades da mulher na sociedade contemporânea; (3) o eixo da dominação masculina assume importâncias relativas diferentes, as quais variam historicamente e diferentes contextos sociais. Nesse sentido, a violência contra a mulher relaciona-se diretamente a posição que a mulher ocupa na sociedade, sendo uma manifestação de um “sexismo institucional” quando a violência se torna estrutural e institucional, mesmo que seja pelo silenciamento e desconfiança da mulher, tanto quanto a violência sexual – simbólica ou fisicamente (BIRELI, 2016).

A violência política manifesta-se através da coação, constrangimento e/ou agressão para intimidar as mulheres na política, seja com conteúdos físicos, sexuais, psicológicos, simbólicos ou econômicos, que legam as mulheres muito mais esforços para chegar aos mesmos postos que os homens, assim como a constante ameaça contra sua integridade física e suas vidas (BIRELI, 2016). “A violência na política pode ser vista enquanto uma estratégia para manter as posições de poder, assim como uma expressão de, ou emanada dos, privilégios e poderes sociais do homem” (BIRELI, 2016, p.584).

Um relato interessante das estudantes integrantes tanto do grupo focal com pessoas heterossexuais como do grupo focal com mulheres lésbicas e mulheres bissexuais, referiu-se a criação do “Coletivo Mulheres da Medicina” e os desdobramentos, tanto internos ao curso como externos a UFSC. Na página do facebook, definem-se como “Coletivo auto-organizado de um grupo de mulheres do curso de



Medicina da UFSC<sup>37</sup>, tratando-se de um Coletivo virtual, organizado para discussões sobre ser mulher na Medicina e para posicionamento frente a questões que envolvessem mulheres, declarando que “nossa única bandeira é a defesa dos direitos femininos no curso de Medicina, além de ser um ambiente de acolhimento”.

Exemplos das ações virtuais que o Coletivo “Mulheres da Medicina” referem-se a temática da violência contra a mulher. Na semana que se seguiu ao já referido estupro coletivo de uma adolescente por trinta e três homens, no Rio de Janeiro, o coletivo se pronunciou na Rede Social Facebook, apontando que a Sociedade contemporânea se organiza através de vários sistemas de opressão, e assim como defendendo por Connell (2016), que “a opressão de gênero, em particular, se consolida através do patriarcado e do machismo, que estabelece normas comportamentais às mulheres”.

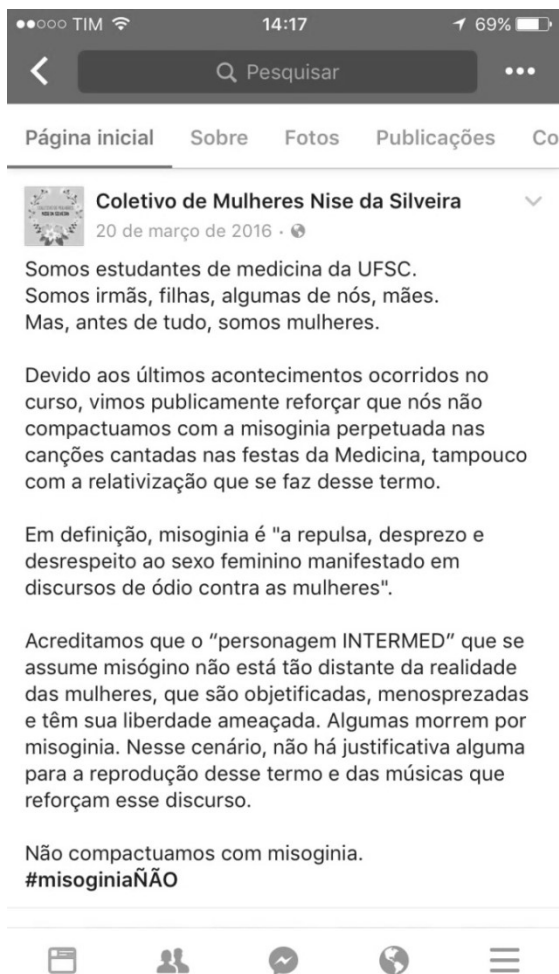
Na manifestação pela rede social, o Coletivo apontava que como futuros profissionais da Medicina teriam não apenas contato mas deveriam intervir nessas situações quando nos serviços de saúde. Por fim, a manifestação do Coletivo incitava a reflexão em mecanismos naturalizados como comuns entre os homens heterossexuais, mas que reproduziam cotidianamente o machismo, a misoginia e a cultura do estupro, tais como “o amigo que trata a mulher como um fantoche sexual”, a circulação de imagens não autorizadas e nem mesmo sob o conhecimento de quem é nelas retratada como “fotos e vídeos compartilhados no Whats App”, “tomar proveito de moças visivelmente alcoolizadas em vista de seu próprio prazer” e ainda “aquele que acha que sua companheira tem obrigação de transar sempre que ele quiser”.

Da mesma forma, o Coletivo “Mulheres da Medicina” divulgou nota sobre o uso das letras misóginas e violentas nos jogos universitários, relatadas anteriormente. “O coletivo começou a problematizar as músicas da Atlético, conversou com outras universidades e as meninas da FURB, que eram as agredidas por tal música, fizeram um coletivo lá. Começou aqui” (GFLB). A imagem que se segue trata da referida posição divulgada na rede social Facebook.

---

<sup>37</sup> Disponível em <https://www.facebook.com/mulheresdaMedicina/> Acesso em 26/01/2017

**Figura 6:** mensagem contrária a misoginia no Intermed.



**Fonte:** arquivo pessoal de imagens.

É interessante notar que, além da repercussão dentro do grupo de estudantes de Medicina da UFSC, foi relatado que “Houve uma cobrança dos guris da FURB para a Atlética daqui sobre por que as gurias daqui estavam incitando um coletivo feminista lá”, na medida em que a ação do Coletivo “Mulheres da Medicina” ocorreu concomitante com a criação do Coletivo “Rita Lobato”, também feminista e

organizado por acadêmicas do curso de Medicina da FURB, as “fretes” aludidas nos hinos esportivos da Atlética da UFSC. A respeito desse posicionamento do Coletivo “Mulheres da Medicina”, o “Rita Lobato” divulgou a nota presente nas duas imagens que se seguem.

**Figura 7:** mensagem de apoio das estudantes da FURB a ação das da UFSC.



**Fonte:** arquivo pessoal de imagens.

A repercussão interna ao grupo dos estudantes do curso de Medicina da UFSC foi ganhando tamanha proporção que o Coletivo “Mulheres da Medicina” recebeu uma “convocação” do Centro Acadêmico Livre de Medicina (CALIMED) para uma reunião oficial cuja pauta trataria do Coletivo.

Os espaços de sociabilidade no curso de Medicina são dotados de uma especial dedicação dos estudantes. Não que os demais cursos de graduação não os possuam, mas no caso da Medicina os relatos são intensos e a disputa por esses espaços é constante, modulando as relações entre “estabelecidos e outsiders”, empregando um termo construído por Elias e Scotson (2000).

O CALIMED é definida em seu estatuto como “(...) a entidade oficial única representativa dos estudantes do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina”<sup>38</sup>. Historicamente vem se posicionando como uma instituição “de esquerda”, a despeito das eleições de 2015 quando a chapa “de direita” foi eleita, segundo a informação dos grupos focais. Também era historicamente rival político da Associação Atlética de Medicina da UFSC, definida como “o órgão representativo dos acadêmicos de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em seu âmbito esportivo”<sup>39</sup>, na medida em que foi o resultado de cisão interna de grupos do CALIMED em 2007 e passou a ser um órgão independente ao invés de uma comissão deste.

Com a nova diretoria do CALIMED, o enfoque deslocou-se de uma ação política a esquerda, para um enfoque destinado a complementação clínica do ensino médico. Segundo os resultados dos grupos focais “Depois que a direita assumiu, a gente teve casos de racismo, de homofobia, de um monte de coisa no curso, varias vezes, e o centro acadêmico que não se manifesta para nada.” (GFLB), com a ideia de que a formação clinica não é a vocação legítima de um Centro Acadêmico, mas sim a formação política. Ao mesmo tempo, os estudantes reconhecem que “é isso que os estudantes querem., não querem um centro acadêmico que chame para conversar sobre as coisas, ou refletir”.

A derrota nas eleições do grupo “de esquerda” referiu-se, em suas percepções, ao fato de que “numa época em que saiu o “mais médicos” e tinha passeata contra os cubanos, a gente tava falando de sexualidade e eles Malharam o pau na gente” (GFH), como uma punição por eles estarem preocupados com outras questões que não fossem a proteção a corporação.

Quando as integrantes do Coletivo Mulheres da Medicina foram convocadas, o CALIMED era presidido por uma estudante, e na referida reunião apenas estudantes acusaram o Coletivo de algum tipo de

---

<sup>38</sup> Disponível em: <http://calimed.ufsc.br/documentos/estatuto/> Acesso em 26/01/2017.

<sup>39</sup> Disponível em <http://aaamedufsc.blogspot.com.br/> Acesso em 26/01/2017

infração, que não ficou esclarecida até o término da reunião, segundo as estudantes dos grupos focais, as quais indicam que “até hoje eu não entendi o que na verdade levou a aquilo, a gente recebeu uma mensagem do Centro Acadêmico. Marcaram como pauta do centro acadêmico, discutiram o nome do coletivo, do coletivo das mulheres da Medicina” (GFLB).

A despeito da pauta não esclarecida, e mesmo do que teria sido o motivador da reunião, ao que indica a questão de representar mulheres em questões ideológica e politicamente tensas parece ser o pano de fundo da questão. Desde a questão do nome do Coletivo, “que era como se a gente estivesse falando por todas”, chegando ao questionamento se um coletivo poderia mesmo se posicionar sobre estupro, sobre aborto, sobre violência. O fato de que as acusadoras não se sentiam contempladas pelo Coletivo parece ter garantido a elas a justificativa para que as estudantes que dele participavam não pudessem falar enquanto grupo.

Em uma outra camada de informações a respeito desse fato, no mínimo curioso, trata da surpresa quando na reunião foi revelado que parte das mulheres do CALIMED eram “clandestinas integrantes do Coletivo”, ao passo que a distinção corrente, entre o CALIMED e os Coletivos, era tão intensa que, internamente haviam piadas e termos depreciativos sobre as “Mulheres da Medicina”. Para as estudantes “Eles não sabiam que tinham meninas do coletivo dentro da gestão deles, ‘por que coletivo é coisa de esquerda e a gente tem uma chapa de direita’, como se defender mulher fosse pauta de esquerda só” (GFLB).

Segundo as estudantes, a intenção de se fundar um Coletivo é respaldar-se em um grupo de pessoas que pensam de maneira semelhante e podem, enquanto grupo, se posicionar frente a questões que individualmente poderiam prejudicar as participantes. Além da mudança do nome, o que o CALIMED exigia era que todos os textos fossem assinados “por quem escreveu”, o que para as estudantes significou que a intenção era “des-valorizar” qualquer carta que a gente faça, ou procurar o nome e apontar ‘Foi essa menina comunista’ e desacreditar a pessoa” assim como “para perseguir as pessoas que escreveram aquilo, como a gente já foi perseguida muitas vezes e que é o que acontece sempre com as mulheres que ousam falar” (GFLB).

O resultado foi a mudança do nome para “Coletivo Nise da Silveira”, com uma última mensagem divulgada em julho de 2016, na qual consta o seguinte trecho “Sabemos que sempre existirá uma reação à auto-organização das mulheres. Isso ocorre em todo o mundo e certamente não seria diferente em nosso curso. Todos os ataques apenas

nos mostram como é importante – e urgente! - o debate sobre nossos direitos.”. Nos comentários, um médico formado, ativista LGBT, aponta “sempre vai ter alguém tentando silenciar. E muitas vezes essa tentativa vai vir na forma de pequenas coisas, como por exemplo "nomenclaturas" ou "semântica". Na enorme maioria das vezes não tem nada a ver com o que eles dizem e sim com silenciamento e perseguição.”.

Após a reunião com o CALIMED e a última postagem, as mulheres da Medicina se calaram enquanto Coletivo. Nome mudado, mulheres caladas, e silêncio sobre o que incomodou alguns grupos internos do curso.

O fato de que mulheres se reúnam, fora das instituições e estruturas, parece ter efeito semelhante de reação social de quando mulheres ocupam postos políticos de relevância. Apesar de o CALIMED ser presidido por uma mulher, questiono: qual o risco, perigo, ameaça para a estrutura social quando mulheres, espontaneamente se reúnem ao redor de pautas que questionam o patriarcado, o machismo e a heteronormatividade compulsória?

A partir dos resultados da presente pesquisa, apareceram alguns pontos descontínuos e aparentemente dispersos sobre as mulheres no curso de Medicina. Mulher que deve ser culpada por mais de trinta homens doparem-na e estuprarem-na. Mulheres que são instrumentos de guerra entre homens em seus esportes. Mulher que é alvo político e mobiliza suas características de mulher para ser questionada, e não suas características enquanto Presidenta. Mulheres que sem aval, se reúnem virtualmente para defenderem posições contra fatos que as agridem.

Butler (2015b) desestabiliza a categoria corpo enquanto materialidade, apontando que o que é um corpo refere-se ontologicamente a significações sociais que o “corpo assume”, em uma modelagem e forma social. “Em outras palavras, o corpo está exposto a forças articuladas social e politicamente, bem como a exigências de sociabilidade - , que tornam a subsistência e a prosperidade do corpo possível.” (BUTLER, 2015b,p.16). Penso que muito do que se apresentou de evidências sobre as relações de gênero e as mulheres na Medicina refere-se a isso: ao uso do corpo. Ou mais ainda: ao que é e ao que não é considerado corpo de mulher, ou uso correto do corpo de mulher na sociedade contemporânea. Adequações e inadequações do corpo dessas mulheres, sejam as docentes que reproduzem o papel de mulheres do lar – mesmo em espaço acadêmico. Seja a estuprada por um grupo de trinta e poucos homens, por que não se vestiu direito, não ficou em casa, ou seja pelo que for, inclusive por ser pobre e preta.

Sejam as usadas nas rimas de guerra entre os esportistas estudantes de Medicina. Seja a removida da função presidencial em um processo que bombas de combustíveis estupraram sua imagem afixada em carros. Sejam aquelas que sem aval se reuniram virtualmente para defenderem suas posições contra o que as agridem. Mulheres erradas, que merecem retaliação.

Mulheres que feriram os enquadramentos desejados socialmente, esses que diferenciam as vidas que podem das que não podem serem vividas, segundo Butler (2015b). E, no enquadramento social vigente, a mulher só pode ocupar determinados espaços masculinos, com muito custo e por pouco tempo. E muito questionamento. Afinal de contas, é assim que se organiza “(...)a experiência visual como também geram ontologias específicas do sujeitos.” (BUTLER, 2015b,p.17). Visual no sentido de aparecer, de ser percebido, de existir nas relações sociais, já que nas normas constituem os sujeitos e, para tanto, dependem de repetição, de produção e deslocamento contínuos, em atos, práticas e cenas entre sujeitos, nas palavras de Butler (2015b).

A violência contra as mulheres que desviam, ou a violência que justifica a permanência na norma machista e que posiciona a mulher na subserviência, caracterizada na presente pesquisa, refere-se ao que essa autora nomeia como “condição de ser reconhecido”, definida como

(...) as condições mais gerais que preparam ou modelam um sujeito para o reconhecimento – os termos, as convenções e as normas gerais ‘atuam’ do seu próprio modo, moldando um ser vivo em um sujeito reconhecível, embora não sem falibilidade ou, na verdade, resultados não previstos. Essas categorias, convenções e normas que preparam ou estabelecem um sujeito para o reconhecimento, que induzem um sujeito desse tipo, precedem e tornam possível o ato do reconhecimento propriamente dito. Nesse sentido, a condição de ser reconhecido procede o reconhecimento. (BUTLER, 2015b,p.19).

Mulheres que governam ou, pior, se autogovernam, parece não serem inteligíveis enquanto vidas possíveis nos contextos dos dados apresentados. Ou será que é diferente disso? Não esperariam os rapazes da Atlética da Medicina que as mulheres não se incomodassem deles chamarem as colegas de outro curso de “putas, vadias” e objetificá-las enquanto posse? A recusa em que mulheres da Medicina se reúnam também não entra na mesma questão de como uma vida é passível de ser vivida e, portanto, mulheres não se auto-organizam? Como afirma, ainda, Butler “(...) a moldura direciona implicitamente a interpretação tem alguma ressonância na ideia de incriminação/armação como uma falsa acusação.” (BUTLER, 2015b,p.23).

A ideia de enquadramentos traz em sua teoria não apenas o que pode ou não ser conteúdo, o que pode ou não ser reproduzido, mas especialmente a determinação do que é visto e não visto como relevante socialmente (Butler, 2015b). Mulheres que se reúnem por si mesmas só podem ser vistas na repreensão. Mulher que é estuprada só pode ser vista como quem procurou as condições para que o estupro acontecesse. Mulheres que fazem Medicina não são as melhores mães e esposas, só podendo serem vistas como objetos aos estudantes. Ou embelezamento do curso para os docentes. Não podem ser vistas pela sua competência.

(...) os enquadramentos que, efetivamente, decidem quais vidas serão reconhecíveis como vidas e quais não o serão devem circular a fim de estabelecer sua hegemonia. Essa circulação reitera ou, melhor dizendo, é a estrutura iterável do enquadramento. Conforme os enquadramentos rompem consigo mesmos para poderem se estabelecer, surgem outras possibilidades de apreensão. Quando esses enquadramentos que governam a condição de ser reconhecido relativa e diferencial das vidas vêm abaixo – como parte do próprio mecanismo da sua circulação –, torna-se possível apreender algo a respeito do que ou quem está vivendo embora não tenha sido geralmente ‘reconhecido’ como uma vida. (BUTLER, 2015b,p.28-9).



Para Butler (2015b) o enquadramento também refere-se a reconhecimento, e reconhecimento refere-se a posição de horizontalidade e semelhança. Ao não reconhecer o direito das mulheres, os homens e as estruturas/instituições sociais posicionam-nas como diferentes, subordinando-as. Há, assim certa origem política que produz e regula essas condições de semelhanças com constante preocupação e atenção dos instituídos sobre “(...) àqueles que parecem testar nosso senso de pertencimento ou desafiar normas disponíveis de semelhança?” (BUTLER, 2015b,p.61).

#### **4.7 Pessoas LGBT no curso de Medicina**

Em uma outra perspectiva da temática das relações de gênero no curso de Medicina, os grupos focais produziram um repertório discursivo a cerca das exclusões e inviabilizações que as pessoas LGBT sofrem quando “se atrevem a tentar serem médicos” (GFG). Um aspecto importante, uma outra face da heteronormatividade, se imbrica diretamente aqui. A matriz heterossexual compulsória, tal como conceituada por Butler (2015), mantém a inequidade entre homens e mulheres.

Schilt e Westbrook (2009) ampliam o alcance desses conceitos, ao analisar que trata-se de uma categoria norteadora das relações de gênero, que tomam o homem heterossexual como referente máximo, e distribui posições sociais e possibilidades de existência às margens, da mulher heterossexual até as pessoas LGBT. Essa distribuição é política, e organiza o tecido social através de pressuposições normativas que não apenas hierarquiza o homem e a mulher, como também reafirma que apenas os dois gêneros são possíveis enquanto heterossexuais.

Em termos do currículo médico, há pouco conteúdo explícito previsto de maneira disciplinar, a não ser quando as Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS estão em pauta, conforme anteriormente discutido. No entanto, em diversos momentos, os docentes “ensinam” como um médico deve abordar a temática. “Vi vários casos em que o paciente era homossexual e não dava pra explicar pelas DST o quadro, mas também não se fechava em nenhum diagnóstico. Ficam insistindo “Se é homossexual, deve ser sexual, é alguma coisa sexual, é alguma coisa sexual...” (GFG); “Quando atende um heterossexual ou um homossexual, você sente que tem uma preocupação muito diferente com o escopo de coisas que você pensa.

(GFH); “o menino (gay) perguntou ao professor “Ah... e se ela fosse homossexual? O que aconteceria?”. O professor respondeu “O que a gente faz é seguir a entrevista normal, colhe o sangue da pessoa, mas depois a gente descarta”. (GFH).

Connell e Pearse (2015) apontam que a emergência da Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida (AIDS) nas décadas de 1970 e 1980, em conjunto ao crescimento do movimento gay após a Revolta de *Stonewall* em 1969, construiu um “(...) novo conjunto de relações com médicos e Estado” (p.183), em que os LGBT se tornaram um dos principais alvos das políticas destinadas a essa patologia, dado o enfoque de que se constituíam enquanto “grupo de risco”. Segundo as autoras, as políticas e investimentos públicos frente a AIDS destinadas aos LGBT traziam um conteúdo de higienismo, atrelado a imagem de promiscuidade, impureza e sujeira, especialmente oriunda de um discurso moral-religioso, ao ponto de que muitos defensores do Casamento entre pessoas do mesmo sexo justificariam sua posição como uma forma de proteger a sociedade da disseminação de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a AIDS.

Para Weeks,

Muitas pessoas, e não apenas a imprensa sensacionalista, apresentavam a AIDS como um efeito necessário do excesso sexual, como se os limites do corpo tivessem sido testados e não tivessem passado no teste da “perversidade sexual”. De acordo com os mais óbvios comentaristas, era a vingança da natureza contra aqueles que transgrediam seus limites. A suposição parecia ser que o corpo expressa uma verdade fundamental sobre a sexualidade. (WEEKS, 2016, p.37)

Assim como apontado por Brito e colaboradores (2001) trata-se de um estigma social, dado que não existe um grupo de risco em si, mas sim comportamentos que aumentam o risco de infecção pelo vírus. No entanto, no imaginário social ser LGBT é ter propensão a adquirir e transmitir AIDS, mesmo no início do século XXI.

Também entre os docentes de Medicina o desconhecimento, falta de clareza e espaço para as opiniões pessoais e de fundo moral(izante)

tem lugar. Um exemplo ilustrativo é a professora que afirmou aos estudantes que estudos apontam que se uma “a primeira gravidez foi menina e a segunda foi menino, e aí no útero da mãe tinha hormônios femininos, e então o filho pegou e se tornou gay” (GFH), ou a percepção dos estudantes de que “na ginecologia, eles até chegam a falar de parceiro e parceiros, mas nunca chegam a falar sobre a questão de que se a pessoa é homo ou não. O fato de ter outros parceiros está ali teoricamente, mas o fato de outra orientação sexual não.” (GFH), e ainda que “A referencia é sempre falando do gênero do casal hetero. Se é da menina que tem tal doença, tem que tratar O parceiro. E se o homem tem tal doença, tem que tratar A parceira. (GFH)”.

Paralelamente, existem práticas de invisibilização LGBT no currículo. A questão de contracepção entre lésbicas e homens transexuais não é abordada em momento algum, assim como o uso de hormonioterapia para pessoas trans na Atenção Primária a Saúde. “E quando tá numa consulta e a pessoa relata que não é heterossexual, a maioria dos médicos ‘da um espanto’, fica parado, fala alguma coisa em relação a isso, mas então vai desviando até que esquece e segue o caminho normal, a consulta de rotina” (GFH). Os estudantes relataram um caso em que um rapaz chegou ao Atendimento da Emergência do Hospital Universitário por levar uma facada e “era o parceiro dele por questão de ciúmes. E em nenhum momento ninguém pensou em trazer o caso de violência doméstica. Descobri por que o paciente me contou depois.” (GFH).

Outros casos “inusitados” referem-se a situações em que até a confiança do usuário no saber médico é questionado, como “A gente é instruído a dar recomendação de camisinha para todas as mulheres. Já vi acontecer de o médico dar uma lição de moral na mulher e ela falar “Mas é que eu sou homo”.” (GFH) ou “Quando a paciente relata que é lésbica, o geral é o medico ficar constrangido, contornar e fugir assim pela lateral por que nem imagina o que fazer” (GFH). Mesmo entre docentes, os estudantes não sabem identificar se existem ou não LGBT, operando estereótipos nas classificação entre docentes heterossexuais e os presumivelmente não heterossexuais, como por exemplo “Tem um professor que pra turma foi uma decepção. E ele é afetada, mas de barba fechada, o braço deste tamanho (indica algo grande), branco, alto e bombado. O modo dele falar e de se comportar não é o que esperariam a partir do corpo dele” (GFG); “Alguns dizem que tem alguns professores gays e lésbicas. Mas é meio lenda urbana. Alguns servidores do Hospital Universitário você sabe por que eles falam abertamente sobre isso. (GFH)”.

Britzman (2016) aponta que os currículos escolares – e pensamos poder extrapolar esse conceito ao de Medicina inclusive, em função dos resultados – são baseados no eugenismo e higienismo social ainda hoje, com um forte apelo e fundamento moral(izante/izador), que ao ocultar determinados conteúdos e vidas possíveis, como diria Butler, não apenas reforça a heterossexualidade compulsória como patologiza outras formas de se viver a sexualidade.

A autora ainda aponta que a restrição dos conteúdos clássicos sobre gênero e sexualidade à especificidades e temáticas, apenas aponta como é através do ocultamento que operam os currículos que, em sua análise, falam de sexo o tempo todo, naturalizando e reforçando papéis. No entanto, existem dificuldades profundas e complexas para a superação do panorama, na medida em que

(...) exige muito das professoras e dos professores. Em primeiro lugar, elas e eles devem estar dispostos a estudar a postura de suas escolas e a ver como essa postura pode impedir ou tornar possíveis diálogos com outros professores e alunos. AS professoras precisam perguntar como seu conteúdo pedagógico afeta a curiosidade do/a estudante e suas relações com os/as estudantes. (...) O currículo movimenta-se em direção ao polimorficamente perverso e à noção de erotismo em Bataille: o problema torna-se, então o de formular questões que possam desestabilizar a docilidade da educação. (BRITZMAN, 2016, p.108).

Nas relações entre os estudantes, assumir-se homossexual é motivo de exclusão dos grupos, não apenas das redes sociais, mas da convivência extraclasse e grupos de trabalho. “No grupo de meninos heteros, por acaso, tinha um menino homossexual que participava mas que ainda não era assumido, como apresentando nos seguintes exemplos “Quando ele se assumiu, comentaram “tal pessoa lá saiu né? Agora ele mudou de time” e excluíram ele do grupo. Nunca mais apresentaram seminário com ele.” (GFH); “Quando uma pessoa se assume como homossexual ela é automaticamente excluída” (GFH).

A exclusão da temática e das pessoas LGBT também acontece provocada pelos docentes, por exemplo, empregando piadas preconceituosas, tanto quanto nos comentários sobre os pacientes quando estão apenas entre a equipe, como nas falas que se seguem “O Professor G tinha uma visita na enfermaria, quarto lotado, um monte de estudante, de residente. Ele pediu ‘tem que doar sangue pra cirurgia. Pede pra família doar sangue. Só não pede pra nenhum Gaúcho ou Viado, né?’” (GFH).

O convívio em equipe também é um tipo de relação que reforça a exclusão e inadequação das pessoas LGBT ao ambiente da Medicina, como pode ser observado nos seguintes comentários selecionados: “No ambulatório da dermato, tinha uma paciente lésbica e não aconteceu nada no consultório, mas na hora da saída o staff encontrou com um outro e começou a fazer uns comentários bizarros sobre a paciente. Tipo, hostilizando.” (GFH); “Tinha alguns casos que no atendimento de pessoas com comportamento não adequado como heterossexuais, na própria hora de chamar, você via os profissionais, assim, especialmente na Emergência, olharem com uma cara estranha”. (GFG).

No sentido que os estudantes constroem, são mais os exemplos não muito evidentes e não muito declarados, que configuram as reações de LGBTfobia no curso, tais como o ambiente “pesar”, “não ficar uma coisa rotineira, como se alguém estivesse sentindo uma coisa estranha”. Não é explícito. É implícito. Mas violento, já que não há menção direta ao prejuízo que as pessoas LGBT têm nessas relações sociais, o que gera que a pessoa LGBT “se sente desconfortável, ela não se sente confortável, como se ela estivesse incomodando. Por que o professor não fala diretamente, mas tá ali fazendo piadinha.” (GFH). Esse clima é construído especialmente por docentes em sala de aula, quando “fazem piadas bem homofóbicas, assumindo assim que a totalidade da sala é hétero. Ou não se importando se tem ali alguém que tenha uma orientação sexual diferente.” (GFH).

Especialmente no Grupo focal com estudantes Gays, apontou-se que existe um lugar social destinado: o do que foi chamado de espetacularização. No entendimento dos estudantes, a maioria pensa que “tudo bem que você é gay, mas tem que ser um gay menino, não pode ser afeminado”. Outra manifestação relacionada trata da naturalização de os estudantes gays sabem e devem dançar músicas específicas nas festas, coreografando-as. Assim como, também, a construção de sentido de que gays são “muito bom amigos, por que são sinceros, engraçados, ajudam a escolher roupas e maquiagem as meninas. Se não é esse gay, você já não serve para ser amigo” (GFG).

A hipersexualização das pessoas gays é outra característica apontada, com relatos de recorrência de pessoas questionando em qualquer lugar e tempo, sobre como fazer sexo anal. “A gente tava andando, e eu ia fazer o que... Ia parar no meio da ufsc, pedir para ela sentar e ensinar? Se você é gay as pessoas acham que você esta o tempo todo preparado para parar e falar de sexo”. Um dos rapazes questionou “Como se todos os gays fossem obrigados a fazerem sexo anal. Ou fazer sexo com penetração. Ou fazer sexo. Ou querer sexo” (GFG).

Também foi construído o relato de um rapaz que ingressou no curso como um “heterossexual pegador. O açougueiro da Medicina”, no sentido de que se relacionou com diversas meninas, inclusive do grupo das “MedPink” e outras “patricinhas”, segundo termos empregados pelo grupo. “Ele iniciou o curso como heterossexual pegador, arrasador das meninas”, e foi reprimido pelos estudantes heterossexuais quando estava se revelando não estritamente heterossexual, ao ponto de que, segundo relato, “entrou em depressão e ficou algum tempo sem ir para a aula. Tudo foi um choque para a sala por ele ser o exemplo heteronormativo, bonito, ter ‘jeito de homem’ e era absurdo ele ser gay, ele ser bicha”. As repercussões foram tamanhas que até mesmo o referido “casal 20” do curso se afetou, na medida em que “quando esse menino saiu do armário, por que ela já tinha ficado com ele. Acho que eles se viram com um histórico gay. Um histórico gay da menina.”

A LGBT fobia também pode ser percebida em outros aspectos, como o fato de que apenas dezessete de quarenta e oito alunos assinaram um documento que se destinava a solicitar ao Coordenador do Curso de Medicina a adequação em algumas disciplinas em que um estudante transexual estava tendo problemas com o uso do nome social. “Dezessete assinaturas. Isso pra mim é uma coisa bem explicita quanto a conduta das pessoas, por que era uma coisa que não iria mudar em nada a vida delas, assinar só pra dar visibilidade. Mas não. Elas simplesmente não assinaram.” (GFG).

Fico me questionando o quanto é responsabilidade dos docentes individualmente ou do curso de Medicina essas expressões violentas de discriminações e preconceitos contra estudantes LGBT, me apoiando nas palavras precisas de Junqueira (2009, p.27): “A falta de solidariedade por parte de profissionais, da instituição e da comunidade escolar diante das mais corriqueiras cenas de assédio moral contra estudantes LGBT pode produzir ulteriores efeitos nos agressores e nos seus cúmplices”.

Não se trata do reforço da heteronormatividade. Tratam-se de atos violentos contra não heterossexuais, expressos por atitudes e

comportamentos homofóbicos, dos mais declarados aos mais velados, ocultados. Junqueira (2009) apresenta que, em ambientes tais como o desenhado pelos resultados da presente dissertação, promovem – ou ao menos legitimam – o discurso de que “homem que é homem bate em viado”. É de responsabilidade sim do Curso de Medicina essas distorções sobre gênero e diversidade sexual, na medida em que, ao não trabalha-las em sala de aula, permitem que a ignorância e o moralismo norteiem o ensino.

Tanto Junqueira (2009) como Louro (2016) apontam que existe uma produção de um sujeito no ensino, que é heterossexual, homofóbico e misógino, que emprega “(...) inesgotável arsenal ‘inofensivo’ de piadas e brincadeiras (racistas, misóginas e homofóbicas)” (JUNQUEIRA, 2009, p.27), e que também se construirá na contenção das expressões de intimidade, apreço e afeto para com os outros homens, mulheres e LGBT.

É importante, também, a consideração de Scott (1998),

Não apenas a homossexualidade define a heterossexualidade especificando seus limites negativos, e não apenas a fronteira entre ambas é mutável, mas ambas operam dentro das estruturas da mesma 'economia fálica' - uma economia cujos fundamentos não são levados em consideração pelos estudos que procuram apenas tornar a experiência homossexual visível. [...] Teorizado desta forma, homossexualidade e heterossexualidade trabalham de acordo com a mesma economia, suas instituições sociais espelhando uma à outra. [...] Na medida em que esse sistema constrói sujeitos de desejo (legítimos ou não), simultaneamente estabelece-os, e a si mesmos, como dados e fora do tempo, do modo como as coisas funcionam, com o modo que inevitavelmente são. (SCOTT, 1998, p.303-304)

Constrói-se um clima institucional que parece permanentemente arriscado ao prejuízo e violência contra as pessoas LGBT, que devem estar perpetuamente atentas para o que Junqueira (2009) denuncia enquanto “homossociabilidade homofóbica”, correlata a outros espaços sociais como bares, partidas de futebol, forças armadas, internatos, conventos, seminários. A instituição de ensino, em seu currículo, em suas práticas e em suas relações entre pessoas promove meios e oportunidades “(...) para produzir, reproduzir ou alimentar mecanismos de discriminação e violência contra estudantes mulheres, LGBT, bem como todo indivíduo cuja expressão de gênero parecer destoar da tida como convencional” (JUNQUEIRA, 2009, p.22). Não me parece que o Curso de Medicina da UFSC é diferente desses sentidos.

O processo de invisibilização de homossexuais, bissexuais e transgêneros no espaço escolar precisa ser desestabilizado. Uma invisibilidade que é tanto maior se se fala de uma economia de visibilidade que extrapole os balizamentos das disposições estereotipadas e estereotipantes. Além disso, as temáticas relativas às homossexualidades, bissexualidades e transgeneridades são invisíveis no currículo, no livro didático e até mesmo nas discussões sobre direitos humanos na escola. Essa invisibilidade a que estão submetidas lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais comporta a sua exclusão enquanto tais do espaço público e, por isso, configura-se como uma das mais esmagadoras formas de opressão. É inquietante notar que alguém que não pode existir, ser visto, ouvido, conhecido, reconhecido, considerado, respeitado e tampouco amado pode ser odiado. (JUNQUEIRA, 2009, p.30)

A representação e a existência política subentende determinado sujeito que seja reconhecido enquanto tal, conforme apontado Butler (2015). Sujeitos são produzidos nas estruturas que formam, definem e reproduzem os sujeitos regulados. Além disso, a linguagem será o “(...)



o domínio do imaginável do gênero” (BUTLER, 2015, p.31), de forma que a coerção se exercerá ao nomear pessoas inteligíveis segundo as normas enquanto normais, e as que destoam das normas enquanto abjetas.

O ‘abjeto’ designa aquilo que foi expelido do corpo, descartado como excremento, tonado literalmente ‘Outro’. Parece uma expulsão de elementos estranhos, mas é precisamente através dessa expulsão que o estranho se estabelece. A construção do ‘não eu’ como abjeto estabelece as fronteiras do corpo, que são também os primeiros contornos do sujeito. (BUTLER, 2015, p.230).

Afirma Butler (2015) que “(...) a homossexualidade é quase sempre concebida, nos termos da economia significativa homofóbica, tanto como incivilizada quanto antinatural.” (BUTLER, 2015, p.229). Nesse contexto das relações de gênero no interior do curso de Medicina, acredito que o panorama se relacione à idéia de que qualquer hierarquia prescinde de, pelo menos, dois. A lógica e a análise são normas da Inteligibilidade para Butler (2015), que conceitua a identidade como algo que é assegurada por conceitos estabilizadores de sexo, gênero e sexualidade. O que é incoerente e descontínuo é questionável. A autora ainda acrescenta que “(...) devemos questionar as relações de poder que condicionam e limitam as possibilidades dialógicas” (BUTLER, 2015, p.40).



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O papel do médico frente a saúde das pessoas é um fato inquestionável na Sociedade contemporânea – assim como em outras épocas. Constituído como um grupo de elite e privilégios, ao médico cabe o cuidado e a vida. No entanto, os significados desses termos – especialmente no que se refere a sua operação – são diversos e construídos através de feixes de relações que se sustentam na heteronormatividade, no patriarcado e no machismo.

As relações apresentadas na presente dissertação são recortadas no ambiente dos estudantes do Curso de Medicina mas, por óbvio, não se distanciam das configurações contemporâneas de sexualidade, especialmente no que concerne ao seu aspecto político. Sexo é político.

O interesse foucaultiano sobre os médicos apresenta inúmeros desdobramentos, entre os quais as relações entre corpo e as regulações da sexualidade. Da mesma forma, a corporação médica é foco de análise dos trabalhos de Eliot Freidson. O corpo também é tema de Butler e de outras autoras dos estudos feministas, das teorias queer, dos estudos de gênero. Corpo é domínio médico, é território da operação do biopoder.

Em Foucault os sujeitos se constituem pelo corpo e pela sexualidade, assim como em Butler o corpo traduz ou o desejável/viável ou o abjeto/inviável, corpo aceito ou corpo descartado, mas sempre corpo. Em ambos autores, o sexo é como um lugar de verdade associado a dispositivo da sexualidade, um lugar crucial em que a verdade do sujeito será estabelecida/construída/moldada/formada/reproduzida.

Disciplinar corpos é disciplinar a sexualidade, que será questionada e transformada em discurso – ou já é discurso em si -, sendo o sexo a figura operante no dispositivo da sexualidade. Em que o sexo será também oculto, algo a ser desencadeado por saberes e poderes, que produzirão realidades enquanto sujeitos de práticas, produção de objetos e produção de problemas. O médico opera ali. Se constitui enquanto detentor de conhecimento esotérico – na conceituação de Freidson – que domina o corpo, o sexo, a sexualidade, mesmo quando cala sobre o corpo, o sexo e a sexualidade. Calar é, para tanto, falar com silêncios.

A Medicina está na vanguarda do biopoder, a serviço da biopolítica. Enquanto corpos docilizados, corpos disciplinados, permite-se ao médico a condução de frente das operações do biopoder nos corpos, já que a sexualidade é vetor de decisão e de intervenção (bio)política pela/para normalização e normatização dos corpos, comportamentos e, especialmente, produção de sujeitos assujeitados.

O médico opera a norma que torna o sujeito reconhecível, através de jogos constantes de reconhecer, reconhecer-se e poder ser reconhecido. Essa trama de reconhecimento é não apenas no corpo do sujeito, mas também na Corporação Médica. Corpo-ação médica. Medicina corporificada, que vai ao corpo.

Mas não é corpo dado, nem mesmo a Medicina com todo seu poder corporativo. É performatizado. Gênero também. Performatividades que se fazem através dessas ações e re-interações, significados e objetificações constitutivas.

No tocante especificamente aos estudantes de Medicina retratados e analisados – e contruídos – na presente dissertação, é óbvia a preocupação e importância social que se refere aos diversos espaços de sociabilidade, o que me provoca uma imensa e verdadeira tentação de falar sobre espaço de aparência, tal como definido por Arendt, no sentido de que a vida política se dá no encontro e no que se vê do outro. Assunto para outro momento, e outra análise desses dados. E de outros dados.

Entendo, a partir dos repertórios narrativos desses estudantes, que o curso de Medicina apresenta como espaços de sociabilidade – nos quais as marcas de gênero aparecerão – as salas de aula, os estágios e todo contato formal-disciplinar com o curso. No entanto, esses estudantes aprendem a serem médicas e médicos também em outros espaços: no Centro Acadêmico, na Atlética, nas festas, nos coletivos, nos jogos universitários, no Facebook®, no Whats App®. Nas possibilidades e impossibilidades desses/nesses espaços. Em ser incluído e/ou excluídos nesses espaços. São os espaços previsíveis e imprevisíveis, que muitas vezes são apontados como não pertinentes ou de responsabilidade do Curso. Mas formam e deformam as futuras médicas e os futuros médicos, e, assim referem-se também a (ir)responsabilidade dos educadores, (in)visivelmente.

Existe pouca atenção, por parte do corpo docente e pela coordenação do Curso, a esses espaços sociais em que as violências de gênero são produzidas e reproduzidas pelos estudantes. Pior ainda. Corpo docente e coordenação constituem-se enquanto distancia dos estudantes, e, assim reforçam ainda mais os mecanismos que possibilitam a construção desses aspectos da violência de gênero como constitutivos da prática dos futuros médicos e médicas. “Os docentes não se manifestam. Eles lavam as mãos quando acontece alguma coisa. ‘Ah... eu não tenho nada a ver com isso’.” (GFH); “Quando chega nos docentes ‘aconteceu em uma festa da Medicina’, a coordenação fala que

não é uma festa da Coordenação. É sempre uma lavagem de mãos.” (GFH).

A falta de ressonância de grande parte dos estudantes de Medicina da UFSC com os espaços instituídos, com o currículo e prática docente inadequados, somado as questões políticas da derrota eleitoral na disputa pelo Centro Acadêmico, gerou dois novos Coletivos, além do de Mulheres da Medicina (que tal como as bruxas medievais, foram levadas a fogueira discursiva da representatividade): o Humaniza e o LGBT. “O humaniza foi os resultados da eleição que motivou a perpetuação da construção da chapa. E o coletivo LGBT surgiu como reação as misoginias e LGBTfobia das festas. A criação do coletivo começou de uma revolta LGBT coletiva numa festa.”. Ambos apresentam páginas virtuais na rede social facebook, e promovem discussões sobre fatos ocorridos no curso, assim como posicionamentos políticos externos ao curso, sempre com vistas ao que entendem como ausência nos espaços anteriormente analisados.

A despeito da alegação de que problematizar as situações “É profundamente desgastante, é um stress por que você vê o teu colega olhando feio pra ti” (GFLB), é a ferramenta que os três grupos apontaram como possível para transformações no curso. Uma das mudanças que defendem ser fruto desse mecanismo de “tudo problematizar”, mesmo se constituindo em “chatos” aos colegas, é o fato de que os hinos misóginos que anteriormente eram utilizados na Intermed não o são mais. Mas há mudanças, talvez vitória ou avanços das chatas e dos chatos que tudo questionam, a exemplo das duas notas que constam nos anexos 4 e 5, em que o CALIMED e a Atlética – pálida – posicionam-se contra violências de gênero.

Além desse efeito oficial, outros foram relatados. “Algumas coisas mudaram, mesmo o pensamento das pessoas. Tanto que nessa festa foi bem diferente, foi ate uma menina que falou e no Intermed, eu não ouvi ser cantada as músicas” (GFLB). Na percepção dos participantes, não há medo por parte de quem realizada as brincadeiras, mas sabem que vão se incomodar e “agora as pessoas pensam duas vezes antes de falar as coisas. Eu acho isso muito positivo.” (GFLB). Da mesma forma, a Atlética também se tornou vigilante com essas questões, “No dia da mulher, a Atlética colocou uma foto de uma estudante correndo e dando os “parabéns mulheres”. Uma estudante questionou sobre se existe admiração, por que manter as músicas misóginas. A Atlética fez um concurso para ver que musicas substituiriam.” (GFLB).

Outro fato apontado é a transformação na Sociedade brasileira. Segundo os entrevistados, as discussões de Gênero e Diversidade Sexual

estão muito presentes, com todas as informações – até extremas – a disposição das pessoas. Nesse sentido, as gerações que ingressam no curso já chegam com certo acúmulo de posições e recursividade, ao ponto de que “nas turmas mais novas tem pessoas mais assumidas” (GFH) no caso de pessoas LGBT. “A geração que entrou na faculdade agora (2016) veio escutando uma mídia mais aberta. Culturalmente mais aberta que a gente. A gente quando era criança ainda, eram bem veladas as coisas, não é? Não tinha essa de se assumir.” (GFH).

Os estudantes não acham que o curso de Medicina tenha se tornado mais favorável a discussão e a temática, mas sim que “Mudou muito mais a Sociedade do que algo de dentro do Curso mesmo. Não é algo que a gente sinta pelos professores que mudaram o discurso. Isso continua igual a quando a gente entrou. Mas quem tá entrando, tá entrando com uma cabeça diferente” (GFH).

Nesse sentido, assumir-se gay foi relatado como importante, tanto no sentido de proteção contra as agressões, como em termos de servir de exemplo para outras pessoas. “Eu cheguei falando que sou gay, “quero que me respeitem”, já cheguei impondo antes que eles se pusessem pra cima de mim.” (GFG); “Se a gente não tivesse se imposto, se a gente não tivesse conseguido nosso espaço, a gente sofreria algum tipo de invasão. A gente teve a iniciativa de se proteger antes de ser atingido”.

Em termos de proteção contra a agressão, como esta se dá no plano da violência simbólica, ao afirmar-se como o que os homofóbicos empregam como arma para constranger as pessoas, acaba-se com a relação de dominação. “É chegar e dizer ‘eu sou gay, eu não tenho vergonha de ser gay. Se você me chamar de gay você não vai me ofender. Foda-se se você me chamar de gay ou não... Eu não vou sair chorando por causa disso’”; “O argumento deles e o modo de ofensa é chamar de Gay. Se isso não me ofende, então eles se perdem... “Vamos aceitar... amiguinho...”. “Não que eu tenha sentido a necessidade de me impor, mas eu já “cheguei chegando”. Cheguei na festa da matrícula beijando meu namorado. Nunca escondi. Tiveram outros beijos gays na festa. Foi muito bonita essa festa da matrícula nossa.” (GFG).

Dispositivos do biopoder e resistências. Em que medida essas vivências e experiências refletem-se nas práticas profissionais futuras é um aspecto a ser investigado junto a profissionais já graduados e cujo escopo escapa dos resultados da presente dissertação. Tanto quanto a relação entre os espaços extras disciplinares e sua aparente “invasão” que passa a ter reflexo na vivência e trajetória do estudante no curso de Medicina. A ideia de que o Curso de Medicina não se responsabiliza ou

preocupa com as questões de gênero e diversidade sexual também ficou patente nos depoimentos.

Na vigência social da heteronormatividade compulsória, não seria de se esperar que fosse diferente justamente no curso de Medicina: o grupo de “heteros” é o mais valorado e, de certa forma, representado como o mais bem sucedido e detentor de privilégios. Não ficaram evidentes para mim quais seriam esses privilégios. Mas os estudantes entrevistados afirmam que eles existem.

Especialmente aos Gays, também existe um lugar social reservado: enquanto úteis para ser foco de chacota, para serem filmados e ridicularizados, para darem instruções sobre sexo anal, opiniões sobre roupas e maquiarem suas amigas. Mas me pergunto: entre os próprios gays – não apenas da Medicina – as “bichas afeminadas” não são abjetas? A preocupação exaustiva com a imagem e o vestuário também não é reproduzida entre nós gays? Não há, portanto, reforço dessa imagem da “bicha afeminada”?

Não se trata apenas de um curso universitário da saúde. Trata-se do curso de maior prestígio social e procura nos vestibulares. Em que medida, então, a identidade e a expressão de gêneros na Medicina podem ser pensadas como um marcador/preditor/traçador de trajetórias de gênero possíveis nesses jogos de relações de poderes da Sociedade? Quais são os espaços de resistência? Em que medida também a disciplinarização do ser humano, a fragmentação em disciplinas sustenta essas (im)possibilidades no âmbito da Medicina e de ser médica(o)?

Por outro lado, nenhum dos relatos aponta para práticas sexuais e/ou orientação sexual, mas sim para as expressões e identidades de gênero em relação as pessoas LGBT, afinal de contas “tudo bem ser gay, só não seja afeminado”, conforme apontado em um dos grupos focais.

Na minha percepção, a trata-se de um curso de excessos: dedicação extrema, festas com casos extremos, violências extremas, vigilância extrema. Medicina se refere à Medo, Poder e Violência, especialmente no que se refere à Gênero e Sexualidade. Quatro casos apresentados são emblemáticos para mim: o rapaz que era “o açougueiro da Medicina” e se assumiu não heterossexual (nem como gay...); o rapaz trans que teve menos da metade de assinaturas de estudantes de sua turma em abaixo assinado para ter seus direitos garantidos; a moça que foi “a caloura mais puta” por que dançou quando e com quem quis; e as bruxas queimadas vivas, ou melhor, as moças que foram coagidas violentamente a dissolverem um coletivo de Mulheres da Medicina.

Insisto: Medo, Poder e Violência na docilização de corpos que produzem médicos-operadores do biopoder.

Ao mesmo tempo em que os heteros são vigiados para apenas se relacionarem com “heteras” da Medicina, os gays se negam a esse comportamento. Veteranos se arrogam o direito aos corpos das calouras. Tudo o que foge ao instituído e a imagem pública confinada na estrutura da “Família Medicina” a corrigir os transgressores. Onde, quando e como são ensinados a isso? Onde, quando e como aparece isso no currículo médico? Não aparece, ou melhor, é ocultamento da heteronorma, na minha percepção.

Por fim, ficam alguns questionamentos, não conclusões: O que esta em jogo quando algumas mulheres se organizam em um coletivo, quando falam por si mesmas? Posicionar-se como normal entre esses estudantes de Medicina é, então, ser misógino, homofóbico, de direita? Ao não posicionar-se o curso não está, então, reafirmando essa posição?



## REFERÊNCIAS

- AMARAL, Jorge Luiz. **Duzentos anos de ensino médico no Brasil**. Tese (doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2007.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno - DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANSARA, Gavriel.; HEGARTY, Peter. Methodologies of misgendering: recommendations for reducing cisgenderism in psychological research. **Feminism & Psychology**, 2014, v.24, n.2, p.259-279.
- ARAGAKI, Sérgio Seiji; PIANI, Pedro Paulo; SPINK, Mary Jane. Uso de repertórios narrativos em pesquisas. In: SPINK, Mary Jane; BRIGAGÃO, Jacqueline Isaac Machado; NASCIMENTO, Vanda Lúcia Vitoriano; CORDEIRO, Mariana Prioli. Organizadoras. **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. p.229-46.oks.
- ARAN, Márcia, Z Aidhaft, Sérgio; Murta, Daniela. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. **Psicologia & Sociedade, Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 70-79, Apr. 2008 .
- ARAN, Márcia. Por uma cartografia não-normativa das identificações e do desejo: algumas reflexões a partir das experiências trans. In: MISKOLCI, Richard; PELÚCIO, Larissa. **Discursos fora da ordem: sexualidades, saberes e direitos**. São Paulo: Annablume; FAPESP, 2012.
- ARAN, Márcia; Murta, Daniela; Lionco, Tatiana. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.14, n.4, pp.1141-1149, 2009.
- BELELI, Iara. Novos cenários: entre o “estupro coletivo” e a “farsa do estupro” na sociedade em rede. **Cadernos Pagu**, n.47, e164710. 2016.
- BENTO, Berenice. A diferença que faz a diferença: corpo e subjetividade na transexualidade. v. 3, n. 04: **Bagoas - estudos gays: gênero e sexualidades**. 95-112. 2008

BENTO, Berenice. **A reinvenção do corpo**: sexualidade e gênero na experiência transexual. 2ª edição. Natal: EDUFRN, 2014.

BENTO, Berenice. **Homem não tece a dor**: queixas e perplexidades masculinas. Natal: EDUFRN, 2012.

BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade**: Tratado de sociologia do conhecimento”. São Paulo: Vozes, 2012.

BERNARD, Russell. **Research methods in anthropology: Qualitative and quantitative approaches**. London: Rowman Altamira, 1995.

BIROLI, Flávia. Political violence against women in Brazil: expressions and definitions. **Direito & Praxis**; v.7, n.15, pp.557-589, 2016.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**: a condição feminina e a violência simbólica. Rio de Janeiro: Best Seller, 2014.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Tradução Fernando Tomaz, 10. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

BOURDIEU, Pierre; CHAMBODOREDON, Jean-Claude; PASSERON, Jean-Claude. **Ofício de sociólogo**: metodologia de pesquisa na Sociologia. Petropolis: Editora Vozes, 2015.

BUTLER, Judith. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. In: LOURO, Guacira.(org.) **O corpo educado**: pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica, 2001, p.151-172.

BURR, Viven. **Social Constructionism**. London: Routledge, 1995.

BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero**: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

BUTLER, Judith. **Quadros de Guerra**: quando a vida é passível de Luto. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015b.

BULCÃO, Lucia Grando; SAYD, Jane Dutra. As razões da escola médica: sobre professores e seus valores. Os valores dos médicos e os

impasses da escola médica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p.11-38, 2003.

BLOOM, Samuel. Structure and Ideology in Medical Education: An Analysis of Resistance to Change. **Journal of Health and Social Behavior**, v.29, n.4, pp. 294-306, 1988.

BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres; SZWARCOWALD, Célia Landmann. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.34, n.2, pp.207-217, 2001.

CAMARGO-BORGES, Celiane. **O construcionismo social no contexto da Estratégia Saúde da Família**. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP. 2007.

CAPLAN, Paula. Delusional Dominating Personality Disorder. **Activist Men's Journal**, v.17, n.1, pp.171-174. 1990.

COMISSÃO PERMANENTE DE VESTIBULAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (COMVEST/UFSC). **Vestibular 2016**. Disponível em <http://vestibular2016.ufsc.br/> Acesso em 13.01.2017.

COMISSÃO PERMANENTE DE VESTIBULAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (COMVEST/UFSC). **Vestibular 2017**. Disponível em <http://vestibular2017.ufsc.br/> Acesso em 13.01.2017.

CONNELL, Raewyn; PEARSE, Rebecca. **Gênero: uma perspectiva global**. São Paulo, nVersos, 2015.

CONNELL, Raewyn. **Gênero em termos reais**. São Paulo, nVersos, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **No Brasil, número de escolas privadas de Medicina cresce duas vezes mais rápido que o de cursos públicos**. Reportagem de 25 de agosto de 2015. Disponível em [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&id=25689:2015-08-25-12-24-42](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=25689:2015-08-25-12-24-42) Acesso em 12.01.2017.

CURSO DE MEDICINA. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

CURSO DE MEDICINA. **Corpo Docente do Curso de Graduação em Medicina**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea; CESA, André Inocência. Percepção dos alunos do Curso de Graduação em Medicina da UFSC sobre a concepção saúde-doença das práticas curriculares. **Arquivos catarinenses de Medicina**, v.32, n.4, p.75-89. 2003.

DAVY, Zowie. **Recognizing transsexuals: personal, political and medicolegal embodiments**. London: Ashgate Publishing Limited, 2011.

DIAS, Diego Madi. Brincar de gênero, uma conversa com Berenice Bento. **Cadernos Pagu**. 2014, n.43, pp.475-497.

DURKHEIM, Emile. **Ética e sociologia da moral**. São Paulo: Landy, 2003.

ELIAS, Norbert; SCOTSON, John. **Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editora, 2000.

ELIAS, Norbert. **A Sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

ELIASON, Michele; SHOPE, Robert. Does “Don’t ask don’t tell” apply to health care? Lesbian, gay, and bisexual people’s disclosure to health care providers. **Journal of the Gay and Lesbian Medical Association**, 2001, vol.5, n.4, p.125-34.

EAGLY, Alice; KARAU, Steven. Role congruity theory of prejudice toward female leaders. **Psychological Review**, v.109, n.3, pp.573-98.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

FOUCAULT, Michel. Ética, sexualidade, Política. In: MOTTA, Manoel de Barros (organizador). **Ditos e escritos**. Volume V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 1**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2015.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 2012.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. São Paulo: Ed. Loyola, 2008.

FREIDSON, Eliot. **Professional powers**: a study of the institutionalization of formal knowledge. Chicago: The University of Chicago Press, 1988.

FREIDSON, Eliot. **Professionalism**: the third logic. Chicago: The University of Chicago Press, 2001.

FREIDSON, Eliot. **Profissão médica**: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo: Editora UNESP; Porto Alegre: Sindicato dos médicos, 2009.

FREYRE, Gilberto. **Casa Grande & Senzala**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2002.

FREYRE, Gilberto. **Sobrados e Mucambos**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2002b.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Ranking universitário Folha 2016 – Medicina**. Disponível em <http://ruf.folha.uol.com.br/2016/ranking-de-cursos/Medicina/>. Acesso em 13.01.2017.

SNOWDON, Shane. **Recommendations for enhancing the climate for LGBT students and employees in Health Professional Schools.** Washington, DC: Health Professionals Advancing Lgbt Equality – GLMA, 2013.

GAUFBERG, Elizabeth; BATALDEN, Maren; SANDS, Rebecca; BELL, Sigall. The hidden curriculum: what can we learn from third-year medical student narrative reflections? **Academic Medicine**, v.85, n.11, p.1709-16. 2010.

GREGORI, Maria Filomena. Prazer e perigo: notas sobre feminismo, sex-shops e S/M. In: PISCITELLI, Adriana; GREGORI, Maria Filomena; CARRARA, Sérgio (org). **Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras.** Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2004. pp. 235-55.

GIDDENS, Anthony. **As transformações da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas.** São Paulo: Ed. UNESP. 1993.

GIDDENS, Anthony; SUTTON, Philip. **Conceitos essenciais da Sociologia.** São Paulo: Editora UNESP, 2016.

HAFFERTY, Frederic. Beyond curriculum reform: confronting Medicine's Hidden Curriculum. **Academic Medicine**, vol.73, n.3, p.403-7. 1998.

HIRD, Myra J. A typical gender identity conference? Some disturbing reports from the therapeutic front lines. **Feminism & Psychology**, v. 13, n. 2, p. 181-199, 2003.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. **Raízes do Brasil.** Rio de Janeiro: José Olympio, 1989.

INSTITUTE OF MEDICINE. **The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for a Better Understanding.** Washington, DC: The National Academies Press, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.  
**Censo Demográfico 2010: Famílias e domicílios.** Rio de Janeiro:  
IBGE, 2010.

JESUS, Jaqueline Gomes. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos.** Brasília, Ministério da Educação, 2012.

JOHNSON, Allan. Sexism. In: RITZER, George (org). **The Blackwell encyclopedia of Sociology.** Oxford: Blackwell Publishing, 2007.

JUNQUEIRA, Rogério Diniz. Homofobia nas Escolas: um problema de todos. In: JUNQUEIRA, Rogério Diniz (organizador). **Diversidade Sexual na Educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas.** Brasília : Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, UNESCO, 2009. pp.13-49.

KALRA, Gurvinder; BHUGRA, Dinesh. Sexual violence against women: understanding intersections. **Indian Journal of Psychiatry**, vol.55, n.3, pp.244-49. 2013.

KAISER FAMILY FOUNDATION. 2002. **National survey of physicians part I: doctors on disparities in medical care.** Acesso em 27.09.2015. Disponível em: [www.kff.org](http://www.kff.org).

KOIFMAN, Lilian. A teoria de currículo e a discussão do currículo médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.22, n.2-3, p.37-47. 1998.

KOIFMAN, Lilian. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.8, n.1, p.48-70. 2001.

IBAÑEZ, Tomás. **Municiones para disidentes: realidad – verdade – política.** Barcelona: Editorial Gedisa, 2001.

LEITE JR, Jorge. **Das Maravilhas e Prodígios Sexuais - A Pornografia "Bizarra" como Entretenimento.** São Paulo, Annablume/Fapesp, 2006.

LEITE JR, Jorge. **Nossos corpos também mudam: a invenção das categorias "travesti" e "transexual" no discurso científico.** São Paulo: Annablume. 2011.

LEMPP, Heidi; SEALE, Clive. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical student's perceptions of teaching. **British Medical Journal**, v.329, p.770-3, 2004.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. Petropolis: Editora Vozes, 2016.

CHENG, Ling-Fang; YANG, Hsing-Chen. Learning about gender on campus: an analysis of the hidden curriculum for medical students. **Medical Education**, v.49, n.2, p.321-31, 2015.

MEZEY, Susan. Does sex make a difference? A case study of women in politics. **The Western Political Quarterly**, v.31, n.4, pp.492-501, 1978.

MIGUEL, Luís Felipe. Discursos sexistas no humorismo e na publicidade: A expressão pública, seus limites e os limites dos limites. **Cadernos Pagu**, n.41, v.1, pp.95-119. 2013.

MORGAN, David. **Focus Group as qualitative research**. London: Sage Publications, 1997.

MOSCHETA, Murilo dos Santos. A pós-modernidade e o contexto para a emergência do discurso construcionista social. In: Guanaes-Lorenzi, Carla; MOSCHETA, Murilo dos Santos; CORRADI-WEBSTER, Clarissa; SOUZA, Laura Vilela. **Construcionismo Social: discurso, prática e produção do conhecimento**. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2014. pp.23-48.

MURAKAMI, Manabu; KAWABATA, Hidenobu, MAEZAWA, Masaji. The perception of the hidden curriculum on medical education: an exploratory study. **Asian Pacific Family Medicine**, v.8, n.9, p.9.

NARINS, Rhoda S.; BEER, Kenneth. Liquid injectable silicone: a review of its history, immunology, technical considerations, complications, and potential. **Plastic and reconstructive surgery**, v. 118, n. 3S, p. 77S-84S, 2006.

NATIVIDADE, Marcelo; OLIVEIRA, Leandro. **As novas guerras sexuais: diferença, poder religioso e identidades LGBT no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2013.



ONTARIO HUMAN RIGHTS COMISSION. **Gender identity and gender expression.** Ontario: Queens Printer, 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Born free and equal:** sexual orientation and gender identity in International Human Rights Law. Genebra: United National Organization, 2012.

PARSONS, Talcott. *The Social System.* New York: The free press, 1951.

PELUCIO, Larissa. Na noite nem todos os gatos são pardos: notas sobre a prostituição travesti. **Cadernos Pagu**, 2005, n.25, pp. 217-248.

PHILLIPS, Christine. Student portfolios and the hidden curriculum on gender: mapping exclusion. **Medical Education**, v.49, n.4, p.847-53, 2009.

POTTER, Jennifer; GOLDHAMMER, Hilary; MAKADON, Harvey J. Clinicians and the care of sexual minorities. **Fenway Guide to Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Health. American College of Physicians**, v. 8, 2008.

PRADO, Marco Aurélio Maximo; MACHADO, Frederico Viana. **Preconceito contra homossexualidades:** a hierarquia da invisibilidade. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2012.

PRECIADO, Beatriz. Multidões queer: notas para uma política dos “anormais”. Revista de Estudos Feministas, Florianópolis, v. 19, n. 1, abr. 2011.

PRECIADO, Beatriz. Testo Yonki. Madri: Espasa, 2008.

PRECIADO, Beatriz-Paul. **Manifesto Contrassexual:** práticas subversivas de identidade sexual. São Paulo: n-1, 2014.

RIAL, Carmen. Guerra de imagens, imagens da guerra. **Cadernos Pagu**, n.47, e164713, 2016.

RAPAPORT, Marvin. Silicone injections revisited. **Dermatologic Surgery**, v. 28, n. 7, p. 594-595, 2002.

RIZQ, Rosemary. States of Abjection. **Organization Studies**, v.34, n.9, p.1277-1297, 2013.

RUBIN, Gayle. Thinking sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality. In: VANCE, Carole . (ed). **Pleasure and danger**. Routledge & Kegan Paul, 1984.

SAMARA, Eni de Mesquita. **A família brasileira**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

SAMARA, Eni de Mesquita. **As mulheres, o poder e a família**. São Paulo: Marco Zero e Secretaria de Estado da Cultura de São Paulo, 1989.

SAMPAIO, Juciana de Oliveira. Redes sociais engendradas: notas sobre o caráter associativo entre os travestis em São Luis, Maranhão. **Fazendo Gênero – Corpo, Violência e Poder**, 2008, v.8, p.1-7.

SANTOS, Tiago Zeferino. **Quando o “estranho” resolve se aproximar**: a presença da professora transexual e as representações de gênero e sexualidade no ambiente escolar. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Sul de Santa Catarina. Tubarão (SC). 2015.

SAUSA, Lidia. The HIV prevention and educational needs of trans youth: A qualitative study (Doctoral dissertation, University of Pennsylvania, 2003). **Dissertation Abstracts International**, 2003, v.64, n.04, 1186A.

SCHEFFER, Mario; BIANCARELLI, Aureliano; CASSENOTE, Alex. **Demografia Médica no Brasil 2015**. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2015.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Revista Educação e Realidade**, v.20, n.2, pp.133-84. 1995.

SCOTT, Joan . A Invisibilidade da Experiência. **Projeto História**, n.16, p.297-325. 1998.

SCHILT, Kristen; WESTBROOK, Laurel. Doing Gender, Doing Heteronormativity: 'Gender Normals,' Transgender People, and the Social Maintenance of Heterosexuality. **Peer Reviewed Articles**, v.23, n.4, pp.440-464, 2009.

SILVA, Aguinaldo. Transexualismo: quem está no banco dos réus. **O Lampion da Esquina**, v.1, n.5, p.5, 1978.

SMITH, Davey M.; MATHEWS, Christopher. Physicians' attitudes toward homosexuality and HIV: Survey of a California medical society-revisited (PATHH-II). **Journal of homosexuality**, 2007, v. 52, n. 3-4, p. 1-9.

SNOWDON, Shane. **Recommendations for Enhancing the Climate for LGBT Students and Employees in Health Professional Schools: A GLMA White Paper**. Washington, DC: GLMA. 2013.

SOUSA, Patrícia Juliana; ABRÃO, Fátima Maria da Silva; COSTA, Aurélio Molina; FERREIRA, Luiz Oscar Cardoso. Humanização no acolhimento de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais na atenção básica: reflexões bioéticas para enfermagem. In: **Anais do Segundo Seminário Nacional de diretrizes para enfermagem na atenção básica em saúde**, 2º SENABES. Recife, PE: Associação Brasileira de Enfermagem. Recuperado em 15 março, 2010, da ABEN:[http://www.abeneventos.com.br/SENABS/cd\\_anais/pdf/id141r0.pdf](http://www.abeneventos.com.br/SENABS/cd_anais/pdf/id141r0.pdf)

SPEIGHT, Kevin. Homophobia is a Health Issue. **Health Care Analysis**, vol.3, n.2, p.143-56, 1995.

SPINK, Mary Jane. Pessoa, indivíduo e sujeito: notas sobre efeitos discursivos de opções conceituais. In: SPINK, MJP., FIGUEIREDO, P., and BRASILINO, J., orgs. **Psicologia social e personalidade**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; ABRAPSO, 2011, pp. 1-22.

SPINK, Mary Jane. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

SPINK, Mary Jane. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3ªed. São Paulo: Cortez; 2004.

SPINK, Mary Jane; MENEGON, Vera; MEDRADO, Benedito. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teóricometodológicas e aplicações ético-políticas. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 32-43, 2014.

SWIM, Janet; SANNA, Lawrence. He's skilled, she's lucky: A metaanalysis of observers' attributions for women's and men's successes and failures. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v.22, pp.507-519. 1996.

TESSER, Charles Dalcanale. Três considerações sobre a "má Medicina". **Interface**, vol.13, n.31, pp.273-286, 2009.  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Resolução Normativa N° 008/CUN/2007**, de 10 de julho de 2007. Cria o "Programa de Ações Afirmativas" da Universidade Federal de Santa Catarina. 2007.

VENTURA, Miriam. Limites e possibilidades do exercício da autonomia nas práticas terapêuticas de modificação corporal e alteração da identidade sexual. **Physis**, 2009, v. 19, n. 1, p. 65-93.

VIEIRA, Marcelo. **'Quero poder existir': contornos da violência simbólica contra orientações sexuais não binárias entre universitários LGBT da Universidade Federal de Santa Catarina**. 2015. 106 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2015.

WAGNER, Marsden. Episiotomy: a form of genital mutilation. **Lancet**, v.353; pp.1977-8. 1999

WARNER, M. **The trouble with normal: sex, politics, and the ethics of queer life**. Cambridge: Harvard, 1999.

WARNER, Michael. **The trouble with normal: Sex, politics, and the ethics of queer life**. Harvard University Press, 2000.

WEEKS, Jeffrey. **El malestar de la sexualidad:** significados, mitos e sexualidades modernas. Madrid: Talasa, 1993.

WELCH, Susan; STUDLAR, Donley. British public opinion toward women in politics: a comparative perspective. **The Western Political Quarterly**, v.39, n.1, pp.138-154, 1986.



WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International statistical classification of diseases and related health problems** - 10th revision. Geneva: WHO, 2016.

CODE, Lorraine . **Encyclopedia of Feminist Theories**. London: Routledge, 2000.

KRAMARAE, Cheri. **Routledge International Encyclopedia of Women**. New York: Routledge, 2000.



## ANEXO 1 – Aprovação Ética

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA
<p><input type="checkbox"/> <b>DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA</b></p> <p><b>Título da Pesquisa:</b> Discursos da Construção da Violência Simbólica como Realidade para universitários GLBTGs  <b>Responsador Responsável:</b> RODRIGO OTÁVIO MORETTI PIRES  <b>Área Temática:</b>  <b>Versão:</b> 2  <b>CAAE:</b> 34999514.4.0000.0118  <b>Submetido em:</b> 05/12/2014  <b>Instituição Proponente:</b> Universidade Federal de Santa Catarina  <b>Situação da Versão do Projeto:</b> Aprovado  <b>Localização atual da Versão do Projeto:</b> Pesquisador Responsável  <b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: right;">Comprovante de Receção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_371350</p>





## ANEXO 2 - Músicas da Atlética da UFSC utilizadas no Intermed

- FURB...**  
**A NOVA!**  
 Furbete vagabunda... Eu vou comer sua bunda...  
 E a buceta... lê lê lê lê lê lê ... vou chupar suas "teta" (várias X)
- Furbeto:**  
 Furbeto esquisito...Eu vou cortar seu pinto...  
 E suas bolas...lê lê lê lê lê lê...  
 Bando de boiola (várias X)
- Macharada:**  
 Saí com a macharada... voltei sem pegar nada...  
 Isso é normal... lê lê lê lê lê lê...  
 sou de Blumenau (várias X)
- Mensalidade Cara:**  
 Mensalidade cara... eu bebo em cerveja...  
 E sai barato.. lê lê lê lê lê lê... meu QI é alto (várias X)
- A FURB vai fechar!:**  
 A FURB vai fechar... e outro curso eles vão ter que procurar...  
 fecha uma, fecha duas, fecha três...  
 se não cuidar... fecha outra vez –  
 deixa a FURB fechar!  
 Ô Blumenau, Ô Blumenau... pega no meu pau que eu sou da Federal (várias X)
- Furbete:**  
 Ôooo furbete... fala a verdade...  
 tu dá o cu pra pagar a faculdade. (Várias X)
- Hospital:**  
 Eu ma machuquei, não tinha hospital...  
 E aí? PAU NO CU de Blumenau (várias X)
- FURB BOA?:**  
 Você pensa que a FURB é boa...  
 A FURB não é boa não...  
 Lá você compra vaga...
- E têm um bando de cuzão...(várias X)  
 Vagabunda... toda furbete é vagabunda! (várias X)
- Não tem nada disso**  
 A UFSC tem os craques do Intermed  
 Mas a FURB não tem nada disso  
 Tem praia cerveja e mulherada  
 Mas a FURB não tem nada disso  
 E ao chegar o fim do mês  
 A UFSC vai adorar  
 Porque menos, muito menos  
 Vai pagar!  
**É o pente:**  
 Tradição é tradição  
 Fuder com Blumenau  
 Campeão é campeão  
 Federal do Litoral  
 É o pente! (várias X)
- UNIVALL...**  
**Soropositivo!:**  
 Eu não passei no vestibular...Eu não passei, eu me fudi!  
 Eu não passei na federal....E fui parar em Itajaí!!  
 Itajaí!  
 Itajaí!  
 Se existe o fim do mundo,  
 o fim do mundo é aqui!!!!  
 Soropositivo!!!! (Bilhões de vezes)
- UTI:**  
 Eu me machuquei, não tinha UTI...  
 E aí?... Pau no cu de Itajaí (várias X)
- UNISUL...**  
**BOSTA:**  
 Ahhhh, mas é uma bosta...  
 queria ir pra Floripa e acabei lá na Palhoça (várias X)  
 Ahhhh, eu sou da roça...queria ir pra Floripa e acabei lá na Palhoça (várias vezes)
- Ahhhh, tomei no cu... queria ir pra Floripa e acabei na Unisul (várias X)
- PIPA:**

A pipa da Unisul não sobe mais... A  
pipa da Unisul não sobe mais...  
Apesar de fazer muita força... A  
Unisul é passada pra trás

**HU:**

Eu me machuquei, não tinha HU!  
E aí? Pau no cu da Unisul!

**Seu pau levanta?:**

Seu pau levanta????????? - Puxador  
Nãoooooooooooooooooooooooooooooo  
o! - Raça

Quer viagra????????? - Puxador  
SIMMMMMMMMMMMMMM! -  
Raça

Olha olha olha  
Eu sou da UNISUL  
Eu sou da UNISUL  
Eu sou da UNISUL

de Tubarãoooo  
MEU PAU NÃO LEVANTA  
NÃO!!!!

*Pras particulares em geral e  
outras...*

**Morrer de Rir:**

É de morrer de rir...  
Pagar dois e quinhentos só por falta  
de QI (várias X)

**Obs.: Versão ULBRA**

É de morrer de rir...  
Pagar cinco e quinhentos só por falta  
de QI! 2x

**Pai Rico:**

Seu pai é rico? Ainda bem...  
paga o seu curso e o meu também!  
(Várias X)

**Pai Rico 2**

Seu pai é rico? O meu também!  
Mas meu QI é maior que 100!

**QI:**

Eu tenho (sinal de dinheiro), tenho  
também (sinal de inteligente)

**Pelo na Teta:**

Tua mãe tem pêlo na teta... Tua mãe  
tem pêlo na teta... Tua mãe tem pêlo  
na tetaaaaaa

Ninguém pode chupar... Ninguém  
pode chupar... Ninguém pode chupar  
(várias X)

**Bonzinho:**

Ahhhh, eu sou bonzinho...  
se eu não desisto, você ainda tava no  
cursinho (várias X)

**ULBRA:**

ULBRA... ULBRA... ULBRA  
faculdade alternativa (Várias X)

**UNIPLAC ZUM!!!:**

U – NI – PLAC zuuuuuuuuu... não  
passou em lugar nenhum... (2x)  
Tentou FURB, UNIVALI,  
UNIVILLE, tentou FEDERAL –  
tentou FEDERAL!

Vende o carro, vende a casa, paga ao  
MEC pra poder formar – pra poder  
formar!

U – NI – PLAC zuuuuuuuuu... não  
passou em lugar nenhum... (2x)

**Sonho acabou!:**

Chora UNISUL(ou a particular que  
vier)...shonho acabouuuuuuu...  
Na FEDERALLLL....TU não  
passooooooooo!!!!!!!!!!!!!!!

**Chorô:**

E ninguém cala...esse chororôooooo!  
Chora a mamãe... chora o  
papai...Filho não passoou...!!!!!!!

**Sossego!:**

Eu não te dou sossego...  
Roubei a tua vaga e vou robar o teu  
empregoouo!! 2x  
Mas pode ficar contente!  
Pois todo médico precisa de  
assistente!!! 2x

**E sai o resultado do Vestiba...:**

- Primeira chamada?!?!?

**Todos:** NÃÃÃÃÃOOOOOO.....!!!

- Segunda chamada???

**Todos:** NÃÃÃÃÃOOOOOO.....!!!

- Terceira chamada???

**Todos:** NÃÃÃÃÃOOOOOO.....!!!

- Quadragésima nona chamada???

**Todos:** NÃÃÃÃÃOOOOOO.....!!!

Você tentou... não conseguiu...

Vai pra FURB (Univali, Unisul...)  
seu imbecil (2X)

**Fácil de passar:**

Na particular é fácil de passar  
Chuta, cola, deixa a redação pra lá  
Sou semi-analfabeto  
Eu sou da particular

**Sua vaga já foi minha:**

Sua vaga já foi minha (3X)  
Dessa porra de escolinha!!

**PRIMEIRA OPÇÃO??**

Segunda opção... Segunda opção...  
Terceira opção... Terceira opção...  
Última opção... Última opção...  
É Falta de opção... é falta de opção...

**Gatinha:**

Ela diz que é gatinha...  
Que seu peito é natural  
Que sua bolsa Prada foi presente de  
Natal

Mas eu já to ligado na sua realidade  
CHUPA ROLA E DÁ O CU PRA  
PAGAR MENSALIDADE!  
ADA-A-ADA ELA É PUTA  
GRADUADA (várias X)

**Santinha:**

Ela dizque é santinha  
Mas todo dia é quer dar  
Com essa cara de vadia  
Tem que ser particular  
Se faz de recatada

Mas pra dar não tem frescura  
QUANDO QUER UM PAU NA  
BOCA  
É FEDERAL QUE ELA  
PROCURA!!  
AHHHH... É FEDERAL QUE ELA  
PROCURA (várias X)

**Infarta Coração**

Infarta coração  
Pra pagar mensalidade  
3 "pau" no fim do mês...  
Só dando a bunda pra pagar a  
faculdade  
Recém-inaugurado  
O meu curso é uma bosta

Queria estar em Floripa  
Mas na verdade eu estou é  
na **Palhoça**

Tomei no cu no vestibular  
Fiz cinco pontos me dei mal  
Adivinha de onde eu vim  
Eu vim daquela merda lá  
de **Blumenau**

Meu pai vendeu o carro  
A casa, o rim e o fiofó  
Adivinha de onde eu vim  
Eu vim daquela porra lá de **Chapecó**  
REFRÃO

Faculdade dos impotentes  
Teu pau não levanta não  
Nem viagra resolve

O problema do povo de **Tubarão**  
O caranguejo anda pra trás  
E já é soropositivo

Olha quem tá vindo aí  
A bicharada escrota lá de **Itajaí**  
Faculdade alternativa  
Lá da terra do pinhão  
Na **Uniplac-Zum**

A mulherada é mais feia que o cão  
REFRÃO

Não passei em porra nenhuma  
Eu vim de **Criciúma**  
Mina lá só de carvão  
Em seis anos vai nascer pêlo na mão  
Eu vim de **Joinville**

A cidade do ballet  
Só tô na Medicina  
Pra ser operado e virar mulher  
Faculdade de piada  
Até o Bozo passa

Vou me formar em **Joaçaba**  
Na residência vou tomar aquela vara

**Playboy viado:**

Ae playboy viado!  
Paga! Eu sei que paga!  
Ele paga! Eu sei que paga!  
Paga pra caralho por que tu é um  
otário! (4X)  
Paga muito pau por que sou da  
Federal! (4X)  
Pega! Eu sei que pega!

Ele pega! Eu sei que pega!  
Pega no meu pau por que sou da  
Federal! (4X)

**PRA GAUCHADA**

**O Arerê:**

Arerêêê... gaúcho dá o cu e fala  
tchêêê êêêê (Várias X)

**Cú:**

Cu, que é bom, ninguém quer dar –  
só os gaúcho... (Várias X)

**Régua:**

Gaúcho tem régua no  
cúúú.....Gaúcho tem régua no cúúú...  
Gaúcho tem régua no cúúúúúúúúú!

Vem cá medir meu pau! 3x

**Letrinha (pra Fundação):**

Sopa de letrinha!  
Sopa de letrinha!  
Sopa de letrinha!  
Sopa de letrinha!

**Gauchada/Furbarada/ e o que  
vier!:**

GAUCHADA filha da puta...  
Chupa a rola e dá o cu....

EI! GAUCHO! VAI TOMAR NO  
CU!

Ô leeeee, lê ooooooouuuu, Floripa eu  
sou!!!!!! 2x

Ahh tu é gaúcho!! (infinitas X)

Gaúcho viado! Gaúcho viado!

Gaúcho gaúcho! Gaúcho gaúcho!

**UEL...**

**UEL, que legal!:**

UEL... que legal....

Suco de laranja na cabeça do meu  
pal!!!

**Pinto pequeno:**

Pinto pequeno, olho puxadinho...  
Sô da UEL, sô VIADINHO!!!

**Barriga saliente:**

Pinto pequeno, barriga saliente  
Sô da UEL, sô IMPOTENTE!!!

**Pinto no olho:**

Pinto no olho, pequeno viadinho  
Sô da UEL, sô puxadinho!

**UFSC / FEDERAL / FLORIPA**

**Olê:**

Olê... Lê-ô... Floripa... Eu sou  
Olê... Lê-ô... Floripa... Eu sou  
(e a bateria apavorando hehe)

**Federal Maravilhosa:**

Federal maravilhosa... cheia de  
encantos mil...

Quem não passou tem que pagar... e  
vai pra FURB “que o pariu” (ou...seu  
imbecil)

**Descobridor dos Sete Mares:**

Mas eu passei

Eu não pago faculdade  
Federal eu sempre quis  
Sou a maior dessa cidade  
Desse estado e do país  
Meu diploma é de verdade  
Mesmo sem ter professor  
E é por isso que eu canto  
Federal eu sei que sou!!

**Horto Mágiko:**

Soooooooooou Floripa de coração  
Corre no sangue tanta emoçããããã  
Ser dessa escola que vencer é  
tradição

O Federal, vamo ganhar

Sou da escola que vai ser a campeã  
E pra você, eu vou cantar  
Federal, pra sempre vou te amar!

**Federal:**

Federal é federal... Federal é  
federal...

(Federal do litoral... Federal do  
litoral...)

**Lalaia:**

Lalaia lalaia FLO-RI-PA! (várias X)

**Federal só tem filé... Federal só  
tem filé...**

**(Federal só tem tripé... Federal só  
tem tripé...)**

**Resposta pra aula em janeiro:**

Aula em janeiro... Praia o ano inteiro  
(Várias X)

(De janeiro a janeiro... Praia o ano  
inteiro) (várias vezes)

**Eu sou:**

Eu soou... da Federaal eu soou...

pro INTERMED eu vou...e lá o  
bixo vai pegar... (2x)

**Sereia:**

Federal tá cheia, tá tá tá tá tá  
Cheia do que?!?!  
Cheia de sereia!!!

Mas no Intermed, nós "VAMU  
VASSOURAR"!!!!!!

[Caiu na rede é peixe, lelelá!!  
O que? O que???

Se é da FURB eu vou pegar] 2x

**E o PIRIRIM.:**

Piririm-Piririm-Piririm... Teu pai  
pagou pra mim (2x). MINAS  
- Quem é?!

Sou eu teu pai de novo...  
O valor é de matar...

Já vendi até o carro e teu cu vou  
estourar... MANOS

Vai passar na  
Federal?! MINAS  
Não, não... eu vou  
pagar! MANOS

Vai passar na  
Federal?! MINAS  
Não, não... eu vou  
pagar! MANOS

Vai gastando o dinheirinho...  
(3x) MINAS  
Paga, paga... MA  
viadinho!!!

NOS

**PRA CALOURADA:**

Volta, volta pro anatômico... Volta,  
volta pro anatômico... Volta, volta  
pro anatômico...

E vai cheirar formol

**Lugar melhor que Floripa**

(ao ritmo de "Lugar melhor que  
BH" – César Menotti & Fabiano)  
Federal que eu amo... Na Federal que  
eu quero passar...

Pois não há... lugar melhor que  
Floripa (2X)

Na Ilha da Magia... conheceu tantas  
belezas...

Prestou vestibular... do Rio Grande a  
Fortaleza...

Prestou em Curitiba... Federal do  
Paraná...

Mas confessa: "não passei!... Meu  
Deus, como tentei!..."

Queria ir a Floripa!!!

Federal que eu amo... Na Federal que  
eu quero passar...

Pois não há... lugar melhor que  
Floripa (2X)

Obs.: o Refrão é a parte mais cantada  
durante o Intermed...

**Hino da Federal!:**

Contra todas escolinhas que aqui eu  
encontrar (Resposta)

A UFSC está chegando, quero ver tu  
aguentar (resposta)

A bateria apavorando e as da FURB  
vem me dar (resposta)

Eu sou da Federal onde você tentou  
entrar (resposta)

Eu sou lá de Floripa e eu vim  
incomodar (resposta)

"Tamo" aqui é pra vencer (resposta)

"Vamo" botar pra "fude" (resposta)

Eu amo essa escola e o nome dela eu  
vou dizer (resposta) 2x

Sou de Floripa... com muito amor...  
até o fim!!!

FE-DE-RAL!!! !!!!

Olee... leooo... Floriiiiipa eu soouu...  
(2x)

**Floripa Meu Amor(no ritmo de  
Araketu – Bom Demais):**

[Não dá pra esconder

O que eu sinto por você, Floripa  
Não dá, não dá, não dá, não dá] (2X)

Só sei

Que o corpo estremesse

A bateria enlouquece

E pela Federal a gente canta

As bandeiras então se balançam

Do tubarão eu vou atrás

Só sei  
Que eu vim aqui pra te apoiar  
[ÊÔÔÔÔ, ÊÔÔÔÔ  
Floripa meu amor!] (2X)  
**O Canto desse Intermed (no ritmo  
de Daniela Mercury – O Canto  
dessa Cidade):**

[Quem manda nesse Intermed sou  
eu!

O canto que apavora é meu!] (2X)

Eu vou cantar com fê  
Beber, pegar mulher  
Sou de Floripa! Que linda!  
Avante o tubarão  
A foirça de onde vem  
Dessa torcida, que canta e vibra  
[Uoooo Floripa meu amor!  
Uooooooooo Federal sei que sou!]  
(2X)

**Vai Começar a Festa:**

Federal estaremos contigo  
Nossa linda paixão  
Não importa o que digam  
Sempre levarei comigo  
Minha bandeira vermelha  
E a cachaça na mão  
O Intermed é nosso  
Vai começar a festa  
Dá-lhe dá-lhe dá-lhe ôôô  
Na (insira faculdade aqui) só tem  
cuzão!  
Dá-lhe dá-lhe dá-lhe ôôô  
Federal do meu coração!

**Rap do Intermed (ritmo de Rap  
das Armas):**

A UFSC no Intermed vai invadir  
Que é a Federal que vai chegando  
aqui  
E lá na (insira faculdade aqui) vou  
dizer como que é  
Lá só tem biscate e um bando de  
mane!

**Paródia – Música da Copa do  
Mundo da Globo**

São cerca de 300 estudantes  
Com QI para passar pelo provão  
O azul e o vermelho são as cores  
Que a gente pinta no coração.  
Quando a bateria chega já agita  
E seus tambores, fazem tremer o  
chão

Fuder as furbetes e dar show de bola  
é nossa maior tradição

Eu vou ganhar, o Intermed eu sei  
Beber, torcer, fazer festa também  
Eu vou mandar a UNISUL pra puta  
que pariu

Sou da melhor federal do Brasil.

**Escola de Tradição:**

Tu és... escola de tradição... raça,  
amor e paixão... Floriiiiipaaaa  
Tu és... escola de tradição... vim pra  
ser campeão... Floriiiiipaaaa  
Tu és... escola de tradição... praia, sol  
e verão... Floriiiiipaaaa

**Abril eu pro Intermed (Ritmo de  
Domingo eu vou pro Morumbi):**

Em abril eu vou lá pro Intermed (eu  
vou, eu vou)

Zuar gaúchos e furbetes  
Vou levar cachaça e bandeira  
Com essa torcida guerreira, com  
fervor eu vou cantar  
Não quero saber de vitória apertada  
Eu vou de goleada pra cima do  
Paraná

Porquê minha escola bota pra fudê!  
E o nome dela são vocês que vão  
dizer

OooooooooOOOOOOooooooooOOOO  
OOoo FLORIPA! (2x)

### ANEXO 3 - Músicas da Atlético da UFSC utilizadas no Intermed

Disponível em [http://grupos.ufrgs.br/pipermail/alunoslistmed/2011-](http://grupos.ufrgs.br/pipermail/alunoslistmed/2011-May/004513.html)

[May/004513.html](http://grupos.ufrgs.br/pipermail/alunoslistmed/2011-May/004513.html) Acesso em 26.01.2017

- \*VAMO VAMO URGUÊS\*  
 ÔÔÔÔ VAMO VAMO URGUÊS  
 VAMO VAMO URGUÊS  
 VAMO VAMO URGUÊÊÊS  
 \*\*  
 \*URGUÊS LALAIA\*  
 URGUÊS, URGUÊS  
 URGUÊS, URGUÊS, URGUÊS  
 LA LA IA, LA LAIA, LA LAIA LAIA LAIA  
 \*\*  
 \*SEVEN NATION ARMY – UFRGS\*  
 Ô... Ô-Ô-Ô-O-O...Ô...(2X)  
 100 ANOS DE TRADIÇÃO  
 IGUAL NUNCA SE VIU  
 É A CASA DE SARMENTO  
 URGUES MELHOR DO BRASIL  
 FUSCA FICOU PRA TRÁS  
 CHORA ROCCO PERDEDOR  
 VEM VER COMO SE FAZ  
 URGUES VAI BOTAR O TERROR  
 \*URGUES RELIGIAO\*  
 MEDICINA FODA SÓ TEM UMA  
 E SE CHAMA URGUÊS ESSA LOUCURA  
 É UM SENTIMENTO, PARA MIM UMA  
 RELIGIÃO  
 PAU NO CU DO ENFERMEIRO DA  
 FUNDAÇÃO  
 VAMO URGUEEES (4X)  
 \*ENTERTAINER – UFRGS\*  
 O-O-O-O-O-O-O  
 DALE URGUES DALE DALE O (2X)  
 CAMPEÃ DO TENIS, XADREZ, NATAÇÃO  
 E FUTEBOL DE SALAO  
 \*URGUES A VENCER\*  
 E VAMOS URGUES COM A XARANGA  
 QUE NUNCA TE ABANDONA  
 AONDE JOGUE, EM QUALQUER CAMPO  
 VAMOS TE APOIAR  
 EU SOU DA URGUES, NADA MUDA ESSE  
 SENTIMENTO  
 A MEDICINA ONDE TODOS QUEREM  
 ESTUDAR  
 E VAMOS URGUES NAO PODEMOS  
 PERDER  
 E VAMOS URGUES QUE TEMOS QUE  
 GANHAR  
 O INTERMED ESSE ANO EU QUERO  
 LEVAR  
 \*\*  
 \*EVERY BREATH YOU TAKE – UFRGS\*  
 HAJA O QUE HOVER  
 PASSE O QUE PASSAR  
 A URGUES VAI VENCER  
 PRA TODO SEMPRE  
 EU VOU TE APOIAR
- CANTAR DE CORAÇÃO  
 O SANGUE DERRAMAR  
 EU TE AMO URGUES  
 TU ÉS SEMPRE A MAIOR  
 NINGUÉM VAI NOS PARAR  
 E DALE DALE URGUES(2X)  
 DALE DALE O (3X)  
 \*\*  
 \*GO WEST – UFRGS\*  
 URGUES, SEMPRE A VENCER  
 URGUES, NADA A TEMER  
 URGUES, É SÓ CORAÇÃO  
 URGUES, VAMO SE CAMPEÃO  
 \*BEBENDO VINHO\*  
 \*\*  
 VOU TORCER PRA URGUES BEBENDO  
 VINHO  
 E O INTERMED É O MEU CAMINHO  
 VOU TORCER PRA URGUES BEBENDO  
 CANHA  
 E O INTERMED, A URGUES GANHA  
 VOU TORCER PRA URGUES BEBENDO  
 CEVA  
 E EU SO BEBO, QUANDO NÃO NEVA  
 \*SOLTA A COBRA\*  
 SOLTA, SOLTA, SOLTA  
 Solta a cobra, solta a cobra, solta a cobra urutu  
 Se bobia o cavalo, vai botá é no seu cú  
 Aonde? No cú  
 Aonde? No cú  
 Aonde? Nocú  
 No cú da Fundação  
 Que é cú de puta velha  
 Buceta de menina  
 Avante UFRGS com a sua Medicina  
 \*EI VOCÊ AÍ\*  
 Ei, você aí, com zero de QI, dá uma pegada  
 aqui, URGUÊS! (2x)  
 Não vai dar, não vai dar não, você passou na  
 última opção.  
 Eu vou morrer, morrer de tanto rir, você paga o  
 carnê ô, e eu dou um curso  
 aí  
 \*CHAMADA\*  
 1ª chamada? Nããão!  
 2ª chamada? Nããão!  
 3ª chamada? Nããão!  
 879431ª chamada? Nããão!  
 Você tentou, não consegui  
 Vai pra ULBRA seu imbecil!  
 \*MENSALIDADE CARA\*  
 Mensalidade cara, eu gosto em cerveja  
 E sai barato  
 Lê lê lê lelele lele  
 Meu QI é alto  
 \*PAI RICO\*

Teu pai é rico, ainda bem.  
Paga teu curso e o meu também!  
**\*RESPOSTA AO “MANÉ DA FEDERAL”\***

Eu sou mane  
O que que tem  
Você queria ser mane também!  
**\*O ROCCO NÃO METE EM NINGUÉM\***  
O Rocco não mete em ninguém,  
É broxa teu pai é também (2x)

(pausa)  
O cavalo chegou pra abalá  
Põe no cú da fundação que de 4 vai andar  
O fundação tu é segunda opção  
Fica quieta no teu canto  
Senão vai se vê na mão!

**\*ATIREI O PAU\***  
Atirei o pau no rosca  
E mandei tomá no cú  
Coleginho filha da puta  
Xupa rola e dá o cú  
Ei, fundação, vai tomá no cú!  
Oleeeee URGUÊS  
Oleeee URGUES  
Enfermeiro filho da puta  
Xupa rola e dá o cú  
Ei, fundação....

**\*UFRGS TRALALÁ LÁ O\***  
O UFRGS tralalá lá ô  
O UFRGS tralalá lá ô  
O UFRGS tralalá  
O UFRGS tralalá  
O UFRGS tralalá lá ô  
A UEL não existe mais  
Paraná já ficou pra trás  
A UCS não tem vez  
A PUC já sumiu  
O FUNDAÇÃO VAI PRA PUTA QUE O  
PARIU!

**\*CLÁSSICA FUNDAÇÃO\***  
O fundação porque estás tão triste  
O enfermeiro o que te aconteceu?  
Foi a UFRGS que tomou um trago, comeu teu  
rabo

E depois sumiu!  
**\*PORRA CARALHO\***  
Porra, caralho, to cheio de tesão  
A UFRGS ta metendo e é no cú da fundação!

**\*ANO INTEIRO\***  
(Ritmo não quero dinheiro – Tim Maia)  
Durante o ano inteiro  
Passei estudando  
Pra passar na UFRGS  
Acabei rodando  
Quando a gente é burro  
Tem que ser enfermeiro  
Fazer fundação, fundação, fundação

**\*LANÇA FOGUETE\***  
(Se você pensa que cachaça é água)  
A UFRGS vai lançar foguete  
Cuba também vai lançar  
Lança cuba, lança

Eu quero ver cuba lançar!  
**\*ITAJAÍ\***

Eu não passei no vestibular  
Eu não passei eu me fodí!  
Eu não passei na federal  
Eu vim parar em itajai!  
Itajai, itajai, chupa o meu aqui  
Se existe um fim de mundo o fim do mundo é  
ai!

**\*ULBRA\***  
ULBRA, ULBRA, ULBRA faculdade  
alternativa!

**\*MINA DA ULBRA\***  
ULBRA, tu não me engana  
As tuas mina faz programa!  
\*\*

**\*FUNDETE CADELA\***  
(Dormi na praça – Bruno e Marrone)  
Caminhei sozinho pelas ruas  
Cruzei com as fundetes quase nuas  
Mesmo sendo sem graça  
Fundete eu vim te comê  
Tu vai fazê de graça pra URGÊS  
No sexo você veio saltitante  
Até pegou meu pau e abocanhou  
Chupando sem parar a fundete se engasgou  
Fundete tu é uma puta sem valor  
**FUNDETE EU NÃO SOU LA DA PUC EU  
SOU DIFERENTE  
EU VOU SER PRESIDENTE VOCE  
SECRETARIA, MINHA FAXINEIRA  
FUNDETE VEM FUDÊ COMIGO, DE 4, DE  
FRENTE**

**FODO ATÉ SEU UMBIGO  
MAS NÃO BE BEIJE, FUNDETE CADELA**  
**\*XOTE DA PUCQUIANA\***  
Da pucquiiana já comi o cú  
Seus peito mole cansei de xupá  
69 a gente faz no chão  
De qualquer jeito ela quer me dar  
Chupa meu pinto, igual xupa caju  
O pucquiiana você quer me dar o cú  
O pucquiiana você quer acabar comigo

Quer que eu foda seu umbigo  
Só pra variar (2x)  
**O LOIRA PUCQUIANA VOCE NÃO SENTE  
DOR**

**OI OIOIOI  
NÃO TENHO TANTA PORRA, NÃO SOU  
FORNECEDOR  
OI OIOIOI**

**\*LOS METELONES\***  
(La cucaracha)  
Para paçar na HULBRA  
Para paçar na HULBRA  
Yo necessito comprar mia vaga!  
Para comprar mia vaga

Yo necessito de mutcho dímero  
Soy peladón Soy peladón Soy peladón!!! (2x)  
**MENSALON!!! (2x)**  
Pero yo estúdio de grácia



Pero yo estudio de gracia  
I mio dímero vai todo em catchaça  
Sigo bebiendo catchaça pegando enfermera  
E metendo na ratcha  
Si yo quiero boquete  
Si yo quiero boquete  
No mi esfuerzo mutcho e pego ulbrete  
I despues do boquete  
Ela vira de quatro pedindo bagueete  
Pero no tengo dímero  
Soy peladon soy peladon soy peladon!! (2x)  
METELON!! (3x)

----- Próxima Parte -----

Um anexo em HTML foi limpo...

URL:

<<https://grupos.ufgfs.br/pipermail/alunoslistmed/attachments/20110523/19506bc8/attachment-0001.htm>>

----- Próxima Parte -----

Um anexo não-texto foi limpo...

Nome: AAAXX\_logo1.jpg

Tipo: image/jpeg

Tamanho: 55670 bytes

Descrição: não disponível

URL:

<https://grupos.ufgfs.br/pipermail/alunoslistmed/attachments/20110523/19506bc8/attachment-0001.bin>





## ANEXO 4 – Carta do CALIMED

CALIMED

CENTRO ACADÊMICO  
LIVRE DE MEDICINA



28 de Março de 2016, Florianópolis

### CARTA DE CONSCIENTIZAÇÃO - POSIÇÃO OFICIAL DO CALIMED

Na última semana, durante o tradicional evento promovido pela Medicina, a Chamada de Turmas, um triste fato acabou se destacando e repercutindo pelas redes sociais e corredores do HU. Almos sentimos-se ofendidos pelos discursos proferidos, o que fez com que temas como homofobia, misoginia e opressão de grupos políticos e sociais viessem à tona. Nesse âmbito, o CALIMED vale-se do clima instaurado para convidar todos os acadêmicos a uma reflexão sobre os assuntos levantados pelo acontecido, e aproveita para lembrar a importância desta, tanto em nossa formação como médicos, como no aprimoramento do convívio social, enquanto cidadãos.

Primeiramente, queremos chamar atenção para o fato de que diversos tipos de discriminação – sexual, de gênero, etnia ou orientação política – são propagados constantemente por todos nós, embora o façamos de forma imperceptível muitas vezes. Dessa forma, ainda que não esteja em nossas intenções ofender e, conseqüentemente, debilitar a qualidade de vida de grupos historicamente oprimidos, acabamos por fazê-lo\*\*. Tendo isso em mente, é de extrema importância que tomemos ciência do quão diverso e abrangente é o nosso curso em termos de cultura, opiniões e crenças. Afinal, a escolha da profissão médica compreende (assim se espera, pelo menos) um profundo anseio em ajudar e levar conforto ao próximo. De forma que caímos em contradição se, em pleno caminho ao nosso nobre sonho de aliviar o sofrimento alheio, limitamos a liberdade dos que nos cercam ou lhes causamos injúrias de maneira intencional. Não são raros os casos de transfobia no sistema de saúde, por exemplo, que afasta essa população do serviço; de machismo, que também pode se manifestar através da violência obstétrica, ou de tantas outras formas de preconceito enraizado e naturalizado por nós.

Queremos também ressaltar que nossa empatia – indispensável no cuidado com a saúde – e, por extensão, nossa bondade para com os demais, não reside no fato de sermos aspirantes a doutores ou em algum determinado dogma ou opinião em que algum de nós acredita, mas sim em nosso caráter humano. Ao enxergar isso, é que nos damos conta da importância de se valorizar as diferenças entre as diversas ideologias, de maneira que pouco a pouco seja construída uma sociedade em que cada uma delas tenha seu espaço para contribuir ao convívio pacífico e em constante evolução que tanto desejamos. Afinal, não é nada sábio tampar os ouvidos para opiniões divergentes à nossa esperando observar alguma melhora ao nosso redor.

Seria conveniente demais dialogar somente com indivíduos cuja opinião é a mesma que a nossa. Nesse contexto, no que tange às redes sociais, para onde também se estendem virulentas formas de opressão, pensemos profundamente antes de ridicularizar uma pessoa que declara ter sofrido ou estar sofrendo alguma humilhação. Antes de rir ou conceituar o desabafo do outro com termos pejorativos, leia, informe-se, converse com alguém que se sinta daquela maneira. Quando buscamos no olhar de alguém aquilo que ela materializa em palavras (ou não) sobre o que a aflige, podemos sentir a verdade e a dor.

Por fim, nós do Centro Acadêmico Livre de Medicina, enfatizamos que qualquer aluno que se sinta ofendido ou constrangido com discursos, conversas ou imposições dentro das extensões do nosso curso a nos procurar para que façamos ser ouvidas sua voz e suas queixas. E, de maneira geral, reiteramos nosso pedido para que todos reflitam sobre os motivos que nos trouxeram a percorrer a estrada rumo à nossa profissão, a fim de que retomemos nossos valores mais nobres, os quais servirão de base nas nossas atuais e futuras contribuições à sociedade.

Att,  
Centro Acadêmico Livre de Medicina  
Gestão Conexão



## Anexo 5 – Carta do CALIMED e Atlética da Medicina

CALIMED



ASSOCIAÇÃO ATLÉTICA ACADÊMICA DE MEDICINA  
CENTRO ACADÊMICO LIVRE DE MEDICINA

Florianópolis, Setembro de 2015

Aos colegas do curso de Medicina da UFSC,

Devido a acontecimentos recentes envolvendo colegas e considerando nosso papel de representá-los perante o curso, achamos necessário nos manifestar como instituições, CALIMED e AAAMEDUFSC, publicamente.

Nós, CALIMED e AAAMEDUFSC, posicionamo-nos contra quaisquer atos de machismo, intolerância, sexismo e demais atos discriminatórios envolvendo os estudantes do curso, em especial àqueles ocorridos dentro de nossos espaços, como na Cervejada dos Calouros, entendendo que tais posturas excludentes são incompatíveis com os nossos ideais e com a nossa futura profissão. Atos como, por exemplo, a gravação de vídeos, fotos e o compartilhamento desses materiais ou ainda a depreciação de pessoas baseada em atitudes que não dizem respeito a terceiros fazem com que se perca o espírito de coleguismo, boa convivência e integração entre nós.

Gostaríamos também de reforçar que eventos como a Semana de Acolhimento ao Calouro tem a finalidade exclusiva de inserir os nossos colegas calouros na Medicina, na faculdade e nos ambientes estudantis, e continuaremos trabalhando para que a cada semestre esse espaço se torne mais acolhedor, lamentando eventuais interferências nesse processo.

Outrossim, nos colocamos solidários à atual turma de calouros pelo ocorrido e garantimos que a porta estará sempre aberta para a conversa entre nós, bem como estará para qualquer colega que sentir a necessidade de nos procurar para pedir auxílio. Estamos disponíveis para resolver quaisquer questões que ainda possam existir e nos prontificamos a trabalhar juntos para construir uma melhor SAC no semestre seguinte.

Finalmente, desejamos que momentos como esses sirvam como substrato para reflexões em todos nós sobre a forma que nos relacionamos como colegas de curso e como futuros médicos, e que possamos juntos trabalhar para fazer do curso mais humano, justo e tolerante.

Atenciosamente,

**Associação Atlética Acadêmica de Medicina da UFSC (AAAMEDUFSC)**

**Centro Acadêmico Livre de Medicina da UFSC (CALIMED)**