

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

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

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



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



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

Como hacer referencia a este artículo:

BOLONHA, F. J.; OLIVEIRA, A. G. Violencias curriculares: La (in)visibilidad del cuerpo LGBTQIA+ em la formación médica. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 18, n. 00, e023014, 2023. e-ISSN: 1982-5587. DOI: <https://doi.org/10.21723/riace.v18i00.17818>



- | **Presentado en:** 12/10/2022
- | **Revisiones requeridas en:** 18/11/2022
- | **Aprobado en:** 20/12/2022
- | **Publicado en:** 01/01/2023

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

¹ Universidad Federal de Campina Grande (UFCG), Cajazeiras – PB – Brasil. Profesora Adjunta, Unidad Académica de Ciencias de la Vida.

² Universidad Federal de Campina Grande (UFCG), Cajazeiras – PB – Brasil. Profesor Adjunto de la Unidad Académica de Geografía.

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

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

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

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

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

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

Introducción

"Una tarde, antes de comenzar la lección, un estudiante (médico) comenzó a contar detalles de una cita que tenía el día anterior. Me sorprendió la falta de ética y los detalles que quedaban naturalmente expuestos, deleitando un contenido extremadamente homofóbico, transfóbico y que estaba apoyado por discursos de otros colegas que estaban presentes allí que juntos se reían y se burlaban de los pacientes homosexuales y trans que acudían a ellos en busca de atención, en una puesta en escena performativa de un verdadero teatro de horror. Incluso uno de ellos dijo: "estas personas trans, no sé qué, necesitan recibir una paliza y no pasar en consulta con el ginecólogo" y poco después un médico terminó el discurso de la colega: "golpeando, creo que es poco".

El informe transcrito anteriormente es un extracto de la investigación doctoral y expone LGBTFobia por un grupo de médicos y médicas, momentos antes de que comiencen una clase de un curso de posgrado en educación para la salud en el que estaban inscritos. Un egresado cuyas estrategias de enseñanza-aprendizaje fueron metodologías activas basadas en el constructivismo, es decir, las actividades educativas se desarrollaron en torno a análisis crítico-reflexivos, diálogos, búsquedas, encuentros y resignificación. La presencia del maestro en la sala no evitó que ocurriera vergüenza durante el informe. Entendieron que desde su perspectiva blanca (todos eran blancos) ella era igual: blanca, heterosexual y cisgénero.

¿Cómo pueden las personas a quienes confiamos nuestras vidas y exponemos la intimidad de nuestros cuerpos, ridiculizar y destilar odio con tanta intensidad? Revirtió en nuestra imaginación cómo habría ocurrido la consulta, cuán violenta habría sido en muchos sentidos. Los protagonistas del informe anterior son los médicos que actúan como preceptores del internado y la residencia médica. Por lo tanto, se nos anima a reflexionar sobre la educación médica y los modelos de profesores que acompañan al estudiante de medicina desde el principio hasta el final de su viaje académico.

La Constitución brasileña, a través del Sistema Único de Salud (SUS), garantiza el derecho a la salud, pero con respecto a las demandas y especificidades de salud de los grupos en vulnerabilidad social, como la población de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, transgéneros, travestis, queer, intersexuales (LGBTQIA +), existen barreras para una sociedad conservadora y heterocisnormativa. Incluso después de la implementación de la Política Nacional de Salud Integral LGBT (PNSILGBT) en 2011, el acceso a los servicios de salud por parte de la población LGBTQIA+ está descrito en la literatura, caracterizado por obstáculos que van desde la atención discriminatoria de los profesionales de la salud, la desinformación sobre las especificidades y derechos de esta población, e incluso la violencia física durante la consulta con el médico, que puede conducir a una barrera insuperable en el acceso a estos servicios

esenciales (SAADEH *et al.*, 2018; GIANNA; MARTINS; SHIMMA, 2018; CALAZANS *et al.*, 2018; LONGHI, 2018).

En paralelo con los desafíos de derechos efectivos adquiridos por la comunidad LGBTQIA+, la mayoría de los artículos científicos publicados sobre la implementación del PNSILGBT brindan información sobre la implementación en capitales y grandes centros urbanos (SENA; SOUTO, 2017; CALAZANS *et al.*, 2018) y los autores son recurrentes para resaltar la necesidad de incluir en la formación de los profesionales médicos, aspectos no meramente biológicos sobre la sexualidad humana y la atención de la salud con minorías sexuales, ya sea todavía en la carrera de pregrado o profesional en los servicios de salud (RUFINO; MADEIRO, 2017; NEGREIROS *et al.*, 2019).

La garantía de profesionales de la salud capacitados, que entiendan las demandas de la población LGBTQIA+, que reconozcan el libre ejercicio de la sexualidad como un derecho humano a ser respetado y promovido, que entiendan que el campo de la salud es un espacio de acogida y respeto, especialmente cuando las personas que lo buscan se encuentran en situación de vulnerabilidad, debe reflejarse en las directrices curriculares, así como en el Proyecto de Curso Pedagógico (PPC) y describirse en los menús de las disciplinas teóricas y prácticas de los cursos de salud (BOLONHA *et al.*, 2022). Esta reflexión corrobora con Lionço (2008) quien enfatiza que es necesario que los profesionales de la salud tengan una mayor proximidad a las políticas públicas y a los problemas específicos de la población LGBTQIA+ para la calificación de los servicios prestados por las diversas áreas.

En esta perspectiva, el presente trabajo tuvo como objetivo problematizar cómo la educación médica, expresada principalmente en documentos curriculares, la violencia ambiental —traímos, por ejemplo, la LGBTQIA + fobia por los médicos descritos al principio del artículo, y por los "debates ausentes" en el contexto de la educación profesional— especialmente con respecto a la negación de las diversidades, el respaldo de los binarismos y el posicionamiento de la vida en el escenario de relaciones capitalistas desiguales y excluyentes. Así, tomamos como objeto de investigación el currículo oficial de formación de estudiantes del Curso de Licenciatura en Medicina de la Unidad Académica de Ciencias de la Vida - UACV/CFP/UFCG, donde analizaremos cómo las dimensiones de cuerpo, género y sexualidad constituyen el Proyecto de Curso Pedagógico (PPC); nuestro objetivo es identificar qué tipo de asignatura médica produce este currículo y si esta asignatura dialoga con la acción requerida por el Sistema Único de Salud (SUS) con respecto a la atención de la población LGBTQIA+.

Inspiraciones metodológicas

Para alcanzar los objetivos propuestos que trabajan en la investigación de las relaciones presentes en el currículo, cuerpo, sexualidad, género, las inspiraciones metodológicas fueron en los enfoques teóricos y metodológicos de la investigación postcrítica en educación. Las teorías postcríticas en la educación cuestionan, el conocimiento (y sus efectos de verdad y poder), el sujeto (y los diferentes modos y procesos de subjetivación), los textos educativos (y las diferentes prácticas que estos producen e instituyen), y también discutieron temas de género, etnia, raza, sexualidad, edad (PARAÍSO, 2004; SILVA, 2017). Por lo tanto, estudiar el currículo mediante esta teoría postcrítica promueve el movimiento de mirar cualquier currículo, para cualquier discurso, como una invención. Además, nos anima a hacer otros inventos, para enriquecer este territorio curricular con nuevos significados. En la estela de las relaciones de conocimiento y poder, se constituyen la ciencia, la universidad, sobre todo, el currículo y las asignaturas de salud.

Se realizó un análisis documental de las Directrices Curriculares Nacionales (DCN) para la carrera de pregrado en medicina y el respectivo PPC. Señalamos que las ENT que condujeron a la elaboración del PPC fueron las publicadas en 2001, por lo que estos documentos son los objetos centrales de este análisis.

En la discusión aquí propuesta, es el currículo del curso médico el que funciona como el dispositivo de articulación entre las relaciones asimétricas de poder encabezadas por el Estado, el Mercado y las prácticas del conocimiento, materializadas en procedimientos médicos que afectan los cuerpos de sujetos y poblaciones. Para Foucault (2017) el cuerpo es esencial para el poder: "Todo poder es físico y existe una conexión directa entre el cuerpo y el poder político" (FOUCAULT, 2017, p. 15, nuestra traducción). Él es el organizador, es el punto de inflexión de esta circulación del conocimiento y el régimen de verdad que produce lo que es falso y lo que es verdadero. En palabras de Veiga-Neto (2002, p. 165, nuestra traducción) "[...] En la medida en que el currículo opera la distribución del conocimiento —colocándolo y disponiéndolo, jerarquizándolo, matizándolo, clasificándolos, asignándoles valores—, establece el trasfondo para que todo lo demás (en el mundo) se entienda geoméricamente".

El currículo es el resultado de la forma en que se ve la educación, con referencias y contextos sociopolíticos y culturales hegemónicos en un momento dado. Desempeña un papel como elemento de formación e impulsor de las prácticas profesionales, envuelto en una telaraña de relaciones, conflictos, poder, intereses, normas y también posibilidades.

Por lo tanto, podemos entender que la educación ha sido un instrumento estratégico para cumplir con el modelo (dado) de normatividad, ya sea en el carácter religioso o secular, liberal o neoliberal, al servicio del orden sociopolítico actual.

Las DCN para el curso médico y la gestión del PPC: ¿qué reuniones y desajustes se promueven?

Las DCN para los cursos de salud fueron el resultado de un proceso que involucró aspectos políticos, culturales, institucionales y educativos y, ejemplos de estos procesos, la Constitución Federal de 1988, que hizo pública la creación de un sistema de salud, el SUS, y la Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional (LDB) N° 9394/1996, que permitió la flexibilización de los planes de estudio. Entre 2001 y 2004, el Ministerio de Educación (MEC) en asociación con el Ministerio de Salud (MS), a través de reuniones del Consejo Nacional de Salud (CNS) y el Consejo Nacional de Educación (CNE) aprobó el DCN (2001). Son documentos oficiales que orientan a las instituciones de educación superior (IES) para preparar el PPC de los cursos de salud y, para ello, fueron instituidos con "el objetivo de ofrecer una formación que permita la calificación de la atención de salud, contemplando los principios del SUS" (COSTA *et al.*, 2018, p. 2, nuestra traducción).

Los movimientos sociales, organizados en torno a la reforma de salud, contribuyeron a la institucionalización del proceso de educación en salud en el país, de tal manera que la Constitución Federal establece, en su artículo 200, que es responsabilidad del Sistema Único de Salud (SUS) "ordenar la formación de recursos humanos en el área de la salud" (BRASIL, 1988). Raimondi *et al.* (2020), señala asimismo que la formación de los profesionales de la salud debe estar en consonancia con las necesidades sanitarias reales de la población y, para ello, la inclusión de la perspectiva de *social accountability*³ como elemento central para el paradigma de la educación en salud para el nuevo milenio, y esta referencia está ausente en la DCN de 2001, porque fue publicada en 2010.

La DCN de 2001 para cursos médicos de pregrado fue revisada y ampliada: un documento compuesto originalmente de seis páginas y 14 artículos fue revisado y ampliado a

³ Este término todavía carece de traducción, ya que no se limita solo a la responsabilidad social. Este es el compromiso con la rendición de cuentas, una relación que comienza en la acogida de las preocupaciones sociosanitarias de las comunidades, regiones o naciones para la dirección de las actividades de enseñanza, investigación y servicio. Se caracteriza, por lo tanto, por la necesidad de que las instituciones educativas se comprometan a mejorar el desempeño de los sistemas de salud, adaptando las competencias profesionales esenciales para contextos y escenarios específicos (FERREIRA *et al.*, 2019).

14 páginas y 41 artículos en la nueva DCN 2014. El PPC del curso de pregrado en medicina en UACV / CFP / UFCG fue aprobado en 2017, diez años después del comienzo del curso; y tuvo como referencia teórica la DCN de 2001. Además de este punto observado, las DCN de 2001 no mencionan la orientación biológica, subjetiva, étnico-racial, de género y sexual. La ausencia de estos términos en las DCN de 2001 fortalece los discursos que suministran el currículo en medicina que construye su PPC basado en estas directrices, y cuya base está formada por masculinidades hegemónicas, que dejan en claro el potencial de género y heteronormativo de las conductas presentadas

De acuerdo con estas perspectivas, los procesos de educación en salud – enseñanza, investigación y extensión – y la prestación de servicios de salud deben construirse y orientarse de acuerdo con las prioridades de salud de la comunidad, incluidos los más vulnerables. Recordando que el SUS trae la equidad como uno de sus principios doctrinales, esto se refiere al reconocimiento de la diversidad de grupos de población con sus necesidades específicas, acogiendo hasta el límite de lo que el sistema puede ofrecer a todos (BRASIL, 1990). Se concuerda la expectativa de que, de esta manera, la licenciatura en Medicina debe asumir como compromiso formar profesionales capacitados para reconocer tales diferencias entre sus pacientes, con el fin de promover una atención guiada por la equidad.

En 2001, se crearon las primeras Directrices Curriculares Nacionales para dialogar en línea con los principios del SUS (DCN) Curso de Medicina (Resolución CNE/CES N° 4 de 7 de noviembre de 2001). Sin embargo, vale la pena recordar que toda reformulación curricular se basa en estrategias simbólicas que tienen como objetivo crear una retórica fuerte para lograr los cambios deseados y dirigir la creación de conocimientos, sujetos y realidades. En el caso de la Medicina, estas estrategias se expresan en la institución del Programa Nacional de Incentivo a los Cambios Curriculares en los Cursos de Medicina (PROMED), que ocurrió en 2002, en asociación entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación (BRASIL, 2002), y el Programa Nacional de Reorientación de la Formación Profesional en Salud (Pró-Saúde I) en 2005⁴. Estos programas tienen como objetivo alentar a las escuelas de medicina de todo el país a incorporar cambios pedagógicos significativos en los planes de estudio de los cursos de medicina, reafirmando las Directrices Curriculares Nacionales de 2001. Es evidente la inminente articulación entre Instituciones Educativas, Políticas Públicas en Educación y Salud para adaptar la educación para la salud de acuerdo a las necesidades, demandas y características de la población.

⁴ Disponible en: https://www.pucsp.br/prosaude/sobre_o_pro_saude.html. Acceso: 10 dic. 2022.

Estas Directrices asumen un perfil normativo y de control que se observa cuando definen los contenidos curriculares del PPC de pregrado en medicina señalando:

Artículo 6. Los contenidos esenciales para el Curso de Graduación en Medicina deben estar relacionados con todo el proceso salud-enfermedad del ciudadano, familia y comunidad, integrados a la realidad epidemiológica y profesional, proporcionando la integralidad de las acciones asistenciales en medicina (BRASIL, 2001, p. 03, nuestra traducción).

Al llamar esenciales los contenidos que seleccionan, este currículo termina incluyendo, en su propuesta, formas específicas de conocimiento y conocimiento. Al definir los contenidos considerados apropiados para la educación médica, este currículo excluye otros conocimientos o los coloca como menos importantes en su propuesta, como conformarse con biologizar contenidos sobre cuerpos sin considerar la diversidad humana. Así, los contenidos toman la enfermedad como un proceso natural, biológico, y no dan la debida importancia a lo social, lo colectivo, lo público y la comunidad como fundamentales para la educación médica y tampoco los ven como implicados en el proceso salud-enfermedad. Al excluir estos conocimientos, al considerarlos inadecuados o menos importantes para la educación médica, una cantidad inconmensurable de población sufre la violencia de la invisibilidad, de tener su atención médica subestimada e ineficiente. En otras palabras, es fundamental, por ejemplo, el debate sobre la violencia contra las mujeres, el sexismo, el racismo y la LGBTfobia junto con los marcadores sociales de diferencia en el proceso salud-enfermedad-atención y en la organización de la atención de salud.

Después de la preparación del PNSI-LGBT en 2011, este contenido es revisado por la DCN 2014 y reconocido su importancia, siendo incorporado a las nuevas DCN, sin embargo, sin orientación sobre cómo debe abordarse y en qué componentes curriculares deben trabajarse (BRASIL, 2014). Además de seleccionar los contenidos, el currículo que aquí se discute hace hincapié en especificar con qué deben relacionarse dichos contenidos: con la salud-enfermedad del ciudadano, la familia y la comunidad; del niño y del adolescente; salud de la mujer (UFCG, 2017, p. 31). Por lo tanto, requiere que los profesionales médicos realicen sus servicios, teniendo en cuenta que la responsabilidad de la atención de salud no se cierra con el acto técnico, sino con la resolución del problema de salud, tanto a nivel individual como colectivo.

Según Meyer (2003), en el campo de la educación, el currículo es uno de los elementos centrales de los debates sobre la escuela, en un sentido amplio, y su significado social. La teorización educativa crítica ha consolidado durante mucho tiempo la idea de que el currículo

no solo involucra cuestiones técnicas, relacionadas con los contenidos de enseñanza, los procedimientos didácticos, los métodos y técnicas pedagógicas, como fue concebido por las pedagogías técnicas de los años 70 u 80, enfatizando que es un artefacto social y cultural que necesita ser entendido y discutido considerando sus determinaciones históricas, cuestiones sociales y lingüísticas. Se enfatiza que, para garantizar esta visión ampliada de los médicos sobre la atención de salud, las DCN definen estrategias que se incorporarán en los planes de estudio médicos, con el objetivo de conducir a la adquisición de habilidades y actitudes por parte de los graduados en medicina. Esto se observa en las determinaciones previstas en el art. 12 de la Resolución de 2001, que determina la inserción temprana de los estudiantes en actividades prácticas.

Aquí vale la pena señalar que, dado que esta directriz llama a la inserción de los estudiantes en las redes de servicios de salud, tiene como objetivo formar un sujeto que no se limite al aislamiento de una práctica privada. Así se reafirma en el propio PPC del curso que describe en su perfil "[...] que tiene como eje formativo central la atención primaria y secundaria de salud, además de la competencia técnica que implica la intervención en lo más prevalente en el campo de las emergencias y emergencias y la atención terciaria" (UFCG, 2017, p. 27, nuestra traducción).

Por otro lado, colocar a los estudiantes como responsables de actuar en temas que se les niegan en la teoría y, en la práctica, como el género, la diversidad y la sexualidad, sin comprometer el aprendizaje y la calidad de la atención brindada, es indudablemente inviable. También vale la pena mencionar que, supuestamente se está invitando a los estudiantes a visitar la "realidad" del servicio médico y así, "meter una mano en la masa" y también aprender del modelo de médicos preceptores y otros profesionales de la salud que, tenían un currículo de formación médica muy probablemente deficiente en estos temas y reflexiones, generando pobres y excluyendo la atención médica. Se transmite la responsabilidad de una práctica sin base teórica a los estudiantes. Se genera la expectativa de la existencia de una medicina sensibilizada a la diversidad de cuerpos biológicos y sociales, diversidad en sus sentidos más amplios, pero no es efectiva ni en la teoría ni en la práctica.

Los estudiantes, como la mayoría de la sociedad brasileña, están profundamente marcados por la heterocisnormatividad, con preconceptos y lecturas corporales concebidas dentro de este estándar normativo. Con el fin de promover una atención humanizada, integral, justa y eficiente, es indiscutible la importancia de trabajar contenidos curriculares que promuevan la deconstrucción de esta normatividad antes de que estos estudiantes sean invitados

al campo de la práctica. Observamos que a los estudiantes que se gradúan de este PPC se les niegan experiencias de vida académica que los acercan al perfil del médico generalista, humanizado, que se coloca en la práctica y en la existencia más allá de las relaciones asimétricas de conocimiento y poder.

Las dimensiones cuerpo, género y sexualidad se insertan en el PPC

Analizando el PPC, observamos que estas dimensiones son mixtas: cuerpo, género y sexualidad se insertan en discursos difusos, en algunos momentos capturé el cuerpo en el análisis y, por lo tanto, cruza el género y, en consecuencia, cruza la sexualidad. Al pensar en la historia de producir conocimiento sobre los cuerpos, Veiga-Neto y Lopes (2007) destacan que, para Michel Foucault, las fuerzas, que él llamó poder, actúan sobre lo que los sujetos tienen más concreto y material; es decir, sus cuerpos. Si era posible constituir un conocimiento sobre el cuerpo, era a través de un conjunto de disciplinas militares y escolares. Y de un poder sobre el cuerpo que era posible un conocimiento fisiológico, orgánico (FOUCAULT, 2014, p. 148-149).

La estructura corporal, sin identidad, aparece en los menús de disciplinas cargadas de una visión biológica, marcada por regulaciones morfofuncionales del cuerpo humano y, corroborando esta afirmación, traigo los ejemplos: Objetivos de la disciplina M3 — "Principios físicos y químicos del ser humano" CH: 180, Cr: 12: "Describir y distinguir los componentes moleculares del cuerpo humano"; Objetivos de la disciplina M4 — "Biología y fisiología celular y tisular" CH: 120, Cr: 08: "Describir y distinguir la organización y funciones de los diferentes elementos celulares y tisulares del cuerpo humano"; Menú y Objetivo de la disciplina M6 - Anatomía Humana CH: 60, Cr: 04: "División del cuerpo (planos y ejes); anatomía macroscópica de diferentes sistemas corporales; identificar, nombrar y caracterizar las diversas estructuras del cuerpo humano" (UFCG, 2017, p. 49, nuestra traducción).

Este cuerpo como estructura, como objeto se presenta a los estudiantes de medicina en el primer período del curso, por piezas de anatomía, diapositivas de histología, descripciones moleculares en bioquímica. No se trata, por supuesto, del cuerpo como los que los estudiantes ven en la calle, en casa, en la televisión, en las redes sociales, en sus relaciones sociales. Es un cuerpo, estructura, objeto, que existe sólo en las clases prácticas y teóricas de estas disciplinas y libros. Sobre ese cuerpo, objeto tomado como "único" y "verdadero" al comienzo del curso, mi pensamiento va en contra de los cuerpos que ocupan lugares que no pertenecen a ningún espacio.

Foucault, 2013, Llama al cuerpo sin cuerpo, al cuerpo sin cuerpo, al cuerpo sin cuerpo, y en este sentido, utiliza por ejemplo los cuerpos de momias, que persisten en el tiempo, una utopía de los muertos. ¿Cuáles son las partes y dispositivos para simulaciones relacionadas con el examen físico del laboratorio de habilidades clínicas (UFCG, 2017, p. 17); las partes anatómicas sintéticas, los cadáveres y sus partes mutiladas utilizadas en las clases de anatomía (UFCG, 2017, p. 55), las diapositivas histológicas, si no cuerpos utópicos, fallecidos cuya utopía de cuerpos se ofrece para el estudio académico, de estudiantes de medicina? Este cuestionamiento surge del hecho de que las utopías narran un lugar que no existe (el cuerpo del difunto y sus miembros desmembrados; las diapositivas histológicas) y florecen en un espacio imaginario y, por lo tanto, "se sitúan en la línea recta del discurso", porque el lenguaje se cruza con el espacio. De esta manera, los estudiantes comienzan el curso en utopías y heterotopías, entre discursos y conocimientos que articulan lo visible y lo enunciable: lenguaje, mirada y espacio. Por lo tanto, la salud no es solo la ausencia de enfermedad, ya que el ser humano es un cuerpo que es una máquina, y todas las explicaciones sobre el paciente se darán desde un "cuerpo vacío" y se dividirán en partes cuyos misterios de funcionamiento solo domina el médico. Saludable significa trabajar perfectamente en maquinaria predecible y accesible a la comprensión médica, pero solo para ella como profesional, no para otros profesionales de la salud. Y mucho menos los propios pacientes.

Consideramos esencial que, concomitantemente con el estudio del cuerpo "incorpóreo", El organismo trabaja en sus aspectos históricos, sociales, culturales y de diversidad. Es la suma de estos aspectos la que compone los cuerpos que los estudiantes encontrarán en la articulación teoría-práctica del curso, porque trabajan cuerpos meramente biologizados y de generificadas es referirse al uso de utopías en las que se anulan los cuerpos y otras que hacen cuerpos.

Más adelante en el curso, los estudiantes hacen su entrada a la clínica y ven "cuerpos reales" en clases teóricas y prácticas, nunca encontrándose con este cuerpo objetivado con el que han aprendido hasta ahora. Cuerpos, incluidos los de la mujer. Se observa en el PPC que existe la construcción de un estigma "natural" / "normal" diferencia entre los cuerpos, que implicaba la atribución de un cuerpo particular a las mujeres. Y esto llama la atención sobre el hecho de que el cuerpo medicalizado se ha convertido en una referencia privilegiada para la construcción de identidades personales de género. Nos referimos a la disciplina Salud de la Mujer que está destinada a la enseñanza de Ginecología y Obstetricia (UFCG, 2017, p. 90) ofrecida en el 8º periodo del curso, estando marcada por términos como "diagnóstico de embarazo"; "Cambios fisiológicos en el embarazo"; "Parto"; "Cirugías obstétricas";

"Semiología Ginecológica"; "Fisiología del ciclo menstrual"; "Infertilidad"; "Enfermedades de la mama"; "Descargas vaginales"; "Enfermedades de transmisión sexual"; "Neoplasias del cuello uterino, vulva, vagina y ovarios" (UFCG, 2017, p. 90).

De esta lectura, es evidente que las mujeres se reducen al mérito del "Enfoque clínico, diagnóstico y terapéutico de las principales enfermedades en el área de la salud de la mujer". La definición misma de la salud de la mujer me parece distorsionada. Los objetivos de esta disciplina revelan la visión mecanicista del sistema reproductivo: cómo son las piezas, cómo encajan, cómo funcionan para reproducirse y asignar conocimiento a la capacidad de reproducirse, sin discutir órganos sexuales, sino más bien, órganos / sistema reproductivo. También es posible reconocer que, del 2º al 8º período del curso, el estudiante continúa siendo guiado por una lectura de cuerpos destinados a servir como matrices reproductivas, objetos del patriarcado instalado en Brasil desde el período colonial, reducidos a sus genitales y senos.

La medicina de la mujer no encuentra correspondencia para el hombre. El hombre es rociado a lo largo de los componentes curriculares, desmembrado en la próstata y el rendimiento sexual: "Androginia básica: impotencia, infertilidad masculina y eyaculación precoz" (UFCG, 2017, p. 80) - extracto del menú de la Clínica Quirúrgica I en la unidad de Urología. Portando un falo, el hombre se resume a este y próstata, es decir, se ve como un cuerpo que debe disfrutar (potencia) y fertilizar. Por otro lado, la mujer debe amamantar y amamantar, sin tener en cuenta cualquier otro aspecto que requiera su sexualidad. Los estudiantes del curso no son provocados a reflexionar y ampliar la lectura sobre los cuerpos femeninos cuando están excluidos, por ejemplo, el orgasmo femenino, la orientación sexual, los métodos anticonceptivos, la planificación familiar, la histerectomía opcional y electiva, las mujeres transexuales, los transgéneros, los travestis, los hombres transexuales.

Basado en este esencialismo, naturalismo y biologicismo, el pensamiento misógino confina a las mujeres a las demandas biológicas de la reproducción, asumiendo que, debido a ciertas transformaciones biológicas, fisiológicas y endocrinas específicas, las mujeres son de alguna manera más corporales y más naturales que los hombres. Sobre todo, al garantizar la lectura del cuerpo del hombre en Urología (Clínica Quirúrgica I) (UFCG, 2017, p. 80) y el cuerpo de la mujer como Salud de la Mujer, este currículo actualiza las formas de heteronormatividad en el discurso médico, presuponiendo dos tipos de cuerpos de género como naturales y complementarios entre sí y organizando la naturaleza misma de la sexualidad.

También se puede observar una pulverización de la dimensión de edad del cuerpo en los componentes curriculares, no mirando las especificidades del cuerpo del anciano en la relación

con los cruces de género, sexualidad y salud. Contradictoriamente, estos grupos excluidos del currículo tienen sus especificidades enmascaradas del concepto de salud de la familia, que funciona como un instrumento biopolítico, ya que se pretende, dirigiéndose a un grupo normativo de personas y no a la especificidad de cada uno de sus cuerpos. A menudo la persona LGBTQIA+ es expulsada de casa, termina resignificando el concepto de familia y ¿cuál es el concepto de familia para la Salud Familiar y Comunitaria? Nos topamos con otro patrón hegemónico, el de la formación familiar.

Analizando los discursos en los objetivos de la disciplina Salud Infantil y del Adolescente, ofrecida en el 8º período del curso, con 120 horas de carga de trabajo, destacan "factores de riesgo"; "etiopatogenia de enfermedades"; "fisiología y fisiopatología"; "conjunto de pruebas complementarias" y "terapia farmacológica o quirúrgica apropiada" (UFCG, 2017, p. 89, nuestra traducción).

Los discursos observados son biologizantes y tratan estos cuerpos como reservorios de enfermedades y comorbilidades, cuerpos con tratamiento urgente y normalización. Temas como la transgenitalidad, la intersexualidad, la homosexualidad y la travestilidad, la bisexualidad de una manera más allá de la edad, surgen en una taxonomía que jerarquiza, subaltera, patologiza, medicaliza y mutila a los sujetos, considerados automáticamente anormales, detonantes, extraños, abyectos y, en consecuencia, tratables/corregibles por la medicina. Un curso que pretende ofrecer una formación basada en "[...] también en la sensibilidad humanista y la responsabilidad social [...]" (UFCG, 2017, p. 258, nuestra traducción) no logra este objetivo cuando silencia estos cuerpos a lo largo del PPC analizado. Es negar violentamente la existencia de estas personas y negar a los médicos en formación y graduados el conocimiento sobre estas existencias y debilitar la formación de estos profesionales. Por lo tanto, los sujetos LGBTQIA + permanecen invisibles en los temas y acciones de salud en nuestra sociedad.

Es en el currículo donde se confrontan diferentes culturas e idiomas, y los maestros, estudiantes y administradores a menudo difieren en relación con el aprendizaje y las prácticas que deben ser elegidas y valoradas" (MEYER; KRUSE, 2003, p. 337, nuestra traducción). Mi búsqueda de cuerpos intersexuales, a través del uso de descriptores como hermafroditas y ambigüedad de sexo, no trajo ningún resultado. Tal vez una justificación para la ausencia de contenido sobre seres hermafroditas puede estar asociada con teorías biológicas, que argumentan que no hay lugar para alguien con ambos sexos / géneros, solo personas con un sexo y su correspondiente suposición de género. Así, es en el cuerpo de las personas con algún

tipo de ambigüedad sexual o que dejan márgenes para este tipo de dudas que la medicina centrará su atención, promoverá la intervención y creará una forma de interpretar los sexos.

Del 9º al 12º periodo del curso, los alumnos circulan a través de las prácticas curriculares tuteladas, que corresponde al Internado. El internado está en la Clínica Médica I y II, esto ocurre en los Servicios de Emergencia, la UCI y las salas; Clínica Quirúrgica; Pediatría I y II y en este contenido hay una repetición del menú y objetivos de la pasantía en Clínica Quirúrgica y creo que es un error documental, porque los objetivos de esta pasantía (Pediatría) se definen como "aplicar conocimientos teóricos y prácticos en conductas médicas en cirugía general y anestesia" (UFCG, 2017, p. 95, nuestra traducción) sin embargo, la bibliografía básica y complementaria es específica de pediatría y neonatología; Ginecología y Obstetricia cuyos objetivos es la aplicación de los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos en Salud de la Mujer y finalmente, Salud Colectiva I y II cuyos objetivos son:

Promover la integración de los estudiantes con los servicios de atención primaria de salud, centrándose en la integralidad, valorando el desarrollo de la competencia técnica, la sensibilidad humanística y la responsabilidad social necesarias para el médico general (UFCG, 2017, p. 97, nuestra traducción).

Es evidente que, en esta etapa del curso de graduación, el internado es el sujeto médico obsoleto, que en teoría dialoga con el perfil del sujeto médico requerido por el SUS y determinado por el DCN. Así, se constituye un ciclo que involucra al SUS con sus Políticas Públicas en Salud, políticas públicas en educación junto con las DCN, instituciones de educación superior junto con sus PPC's y profesionales de la salud junto con su desempeño en el SUS.

Sin embargo, observamos que la asignatura médica que produjo este currículo formativo fue una asignatura médica normalizada y normalizadora, cuya mirada y acciones se dirigieron a cuerpos normalizados tanto en su biología como en su sexualidad.

Tomamos el PPC del curso de pregrado en medicina de la UACV/UFCG como un artefacto pedagógico que constituye los sujetos en formación. Los discursos observados son biologizantes y, sin pautas de género, sexualidad, edad o aspectos sociales. Dado que el currículo es una herramienta poderosa que moldea los pensamientos, las conductas, la toma de decisiones de los sujetos, demuestra un camino de construcción de sujetos médicos condicionados por la mirada selectiva, puramente biológica y de género sobre estos cuerpos: cuerpos con vulva, vagina, útero y ovarios; cuerpos reducidos al falo y su rendimiento; cuerpos del niño y/o del adolescente y/o del anciano.

Reconocemos que un currículo de formación médica no se hace sin los componentes curriculares sobre dimensiones biológicas (como las disciplinas de anatomía, histología, embriología), fisiopatológicas, propedéuticas, terapéuticas, en resumen, esto es indiscutible. Sin embargo, lo discutible es, ¿solo necesitamos estas dimensiones de enseñanza-aprendizaje para capacitar a nuestros médicos? Este contenido excluye vidas, excluye cuerpos disidentes y esta exclusión nos impide tener graduados efectivos, humanizados, generalistas, capaces de actuar en el SUS ejerciendo los principios de equidad e integralidad. Por lo tanto, la calidad del sistema de salud es supuestamente sinérgica para la formación de sus profesionales, porque la formación de los profesionales de la salud debe reflejar la realidad en constante cambio. Por lo tanto, sería una garantía de universalidad, donde las especificidades de una nación estuvieran, por otro lado, contribuyendo a la eficacia del sistema que la acoge y la sirve. Fue en lo biológico que los currículos permanecieron durante mucho tiempo y para el modelo biopsicosocial Quieres moverte. Sin embargo, es evidente que todavía están cargados de discursos biologizantes y masculinos, donde las relaciones de poder operan y permanecen fortalecidas, abrazando un sistema que sigue influyendo e influenciando.

El curso analizado sigue las regulaciones comprometidas en una lógica, donde hay una apreciación de la vida biológica reproductiva que promueve la base de la atención de la salud: las DCN de 2001. Y estos sujetos producidos en esta norma masculina, heterocisnormativa, se constituyen como profesionales de cuidados fragmentados, porque siguen un modelo de educación para la salud fuertemente influenciado por el modelo biomédico de enseñanza. No es solo con esta cosmovisión biológica que fácilmente estandariza y dicta las reglas en el currículo, sino por la forma de sus relaciones con otros aspectos formativos, creando una imagen que se pone a las relaciones sociales. Lo que observamos es una base biológica que a menudo está aislada y dictando los caminos. Un currículo de formación médica que selecciona los cuerpos que serán acogidos en su cuidado, es un ejemplo de violencia curricular que refuerza y perpetúa el sistema de relaciones de poder asimétricas.

Consideraciones finales

La medicina domina un conocimiento, legitimado por el poder científico, sobre el cuerpo humano, imponiendo un estado ideal y saludable, norma, de cómo debemos ser y ser en el mundo. Si, tal vez, evitamos el estado "natural" idealizado del que debemos presentarnos y comportarnos, pronto somos rendidos y conducidos a la mirada clínica de la medicalización, la única "mirada" capaz de (re)conducirnos al mayor imperativo de la normalización. Siempre estamos siendo observados, nuestros cuerpos siempre están siendo observados y etiquetados, normalizados, disciplinados. Nacemos y morimos en instituciones disciplinarias: nacemos en un hospital, somos educados en escuelas y universidades, somos "secuestrados" por el ejército, la iglesia, tenemos que ser entrenados para ingresar al mercado laboral donde pasamos el resto de nuestras vidas. Si nos desviamos, nos llevan a asilos, clínicas de rehabilitación, prisiones y finalmente morimos en un hospital. Siempre estamos en algunas o algunas de estas instituciones que aspiran a convertirse en individuos dóciles, útiles, saludables y, en última instancia, disciplinados. He aquí, en esta microfísica, en esta micro capilaridad del poder, el discurso médico actúa como una expresión del conocimiento-poder, autorizado, incontestable.

Tenga en cuenta que la elección de los contenidos a trabajar en el aula no es el campo de la neutralidad. Se conecta, entre otras cosas, con puntos de vista personales, con valores morales, con las opciones políticas y religiosas de los profesionales involucrados en este proceso.

Entendemos que existen múltiples formaciones discursivas —de normas y directrices oficiales, científicas, biológicas/biomédicas, sociales, pedagógicas— que entran en disputa en la composición curricular por el enfoque de conocimientos sobre género y sexualidad que terminan silenciando los cuerpos LGBTQIA+ en la formación médica, silenciando la diversidad o la diferencia. A través de este argumento, identificamos que la producción de médicos por el Currículo de la UACV/UFCG desencadena estrategias y técnicas de poder articulado, aún centradas en el modelo biomédico, asegurando, como institución de poder, el mantenimiento de relaciones de dominación y efectos de hegemonía.

REFERENCIAS

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde; **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: MS, 1990. Disponible en: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acceso: 24 mayo 2022.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CRediT Author Statement

Reconocimientos: Al Programa de Postgrado en Educación de la Universidad Federal de Sergipe (PPGED/UFS).

Financiación: No aplica.

Conflictos de intereses: No aplica.

Aprobación ética: El estudio se ajustó a la ética de la investigación. No pasó por ningún comité de ética de la investigación, ya que se trata de un análisis documental en el que no intervienen seres humanos.

Disponibilidad de datos y material: Los datos y materiales que componen esta investigación están en proceso de ser puestos a disposición en el Repositorio Institucional de la Universidad Federal de Sergipe - RI/UFS.

Contribuciones de los autores: Fabíola Jundurian Bolonha: Desarrollo de la investigación y redacción del artículo. Aldo Gonçalves de Oliveira: Orientación sobre los fundamentos teóricos y metodológicos de la investigación; orientación para la redacción del texto.

Procesamiento y edición: Editora Iberoamericana de Educación - EIAE.
Corrección, formateo, normalización y traducción.

