
CIDADANIA ATIVA MULTICULTURAL, RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS NO BRASIL*

DOI 10.18224/frag.v33iEsp.13492

LORENZO LAGO**
CLOVIS ECCO***

Resumo: este estudo discute o cenário e as diretrizes da formação médica no Brasil, apontando algumas ambiguidades. O acelerado crescimento da última década assinala a valorização da profissão pela expectativa de boa remuneração social e financeira, vinculada a um imaginário de alta especialização. Isso contrasta com as políticas públicas de saúde da década de 2000 e 2010 voltadas para a consolidação do Sistema Único de Saúde, com foco na saúde como direito social essencial para a cidadania. As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina incorporam os temas dos direitos humanos, do reconhecimento, das diferenças, da autonomia e do empoderamento, da valorização das práticas e dos saberes populares e tradicionais, que convergem para cidadania ativa multicultural. Apesar desses avanços, permanecem áreas de exclusão, como a persistente ausência da religiosidade e da espiritualidade, cujos impactos na saúde das pessoas e das comunidades está bem documentado nas pesquisas das últimas décadas.

Palavras-chave: *Cidadania. Multiculturalidade. Medicina. Religiosidade. Espiritualidade.*

AS ESCOLAS MÉDICAS NO BRASIL

A quantidade de cursos de graduação de medicina no Brasil dobrou na última década. Segundo o cadastro do e-MEC, o sistema eletrônico de informação do Ministério da Educação, em dois séculos, desde a constituição das primeiras escolas em 1808 no Rio de Janeiro e na Bahia até 2010, haviam sido criados 188 cursos de medicina. No início de 2023 as escolas com curso autorizado chegam a 389 e oferecem 41.688 vagas por ano.

Dos cursos 389 cursos atuais, 81 (20,8%) são oferecidos por Instituições Federais de Educação Superior; 63 (16,2%) por instituições estaduais ou municipais; 109 (28%) pertencem a instituições

* Recebido em: 25.05.2023. Aprovado em: 27.06.2023.

** Doutorando em Ciências da Religião pela PUC Goiás. *E-mail:* lorenzo@pucgoias.edu.br

*** Doutorado em Ciências da Religião pela PUC Goiás (2013). *E-mail:* clovisecco@uol.com.br

sem fins lucrativos, entre elas as Instituições Comunitárias de Educação Superior; e 136 (35%) cursos são oferecidos por instituições privadas e com fins lucrativos.

Em 2010 o cenário era diferente: 48 cursos (25,5%) eram de Instituições Federais de Educação Superior; 35 (18,6%) de instituições estaduais ou municipais; 66 (35,1%) de instituições sem fins lucrativos, entre elas as Instituições Comunitárias de Educação Superior; e 39 (20,7%) de instituições privadas e com fins lucrativos.

Comparando a situação atual com o quadro de 2010 os cursos de Instituições Federais aumentaram 168,7%; os das estaduais e municipais 180%; os cursos das instituições sem fins lucrativos 165%. Já os cursos das instituições privadas aumentaram 348,7% no mesmo período. Os cursos de instituições públicas e privadas sem fins lucrativos mantiveram taxa de crescimento semelhante, enquanto os cursos de instituições privadas com fins lucrativos cresceram numa taxa 2 vezes maior. Esses cursos representam hoje mais de um terço dos cursos de medicina do país.

Segundo a página escolasmedicas.com.br, que se apresenta como “o maior portal brasileiro de informações sobre os cursos de medicina”, essa explosão de oferta de cursos coloca o Brasil no segundo lugar mundial quanto à quantidade de escolas, logo atrás da Índia. Na relação entre a população e número de escolas médicas, o Brasil está também em segundo lugar, logo atrás de Cuba. Com aproximadamente uma escola para cada 500 mil habitantes, o Brasil está muito à frente de países como Estados Unidos, Japão, França e Alemanha.

Esse cenário apresenta profundas ambiguidades. Por um lado, a expansão da oferta de formação médica pode ser vista como o primeiro e necessário passo para a expansão da oferta de serviços médicos à população. Essa expectativa motivou a criação do Programa Mais Médicos pela Lei n. 12.871/2013, que se articula em 3 eixos: o provimento emergencial de médicos especialmente para as regiões em que a atenção básica à saúde registra maior carência de profissionais; a reestruturação da formação médica e a expansão da oferta de vagas de graduação e residência; e a melhoria da infraestrutura para a atenção básica. No eixo da formação, o Programa estimula estratégias de integração ensino-serviço para promover o desenvolvimento de competências, habilidade e atitudes favoráveis à atenção básica (OLIVEIRA, 2019, p. 2).

Por outro lado, a acentuada e crescente participação do setor privado levanta dúvidas sobre a capacidade de conseguir superar as iniquidades no acesso à saúde pela expansão de vagas e a oferta de novos cursos, especialmente se não forem aplicados mecanismos regulatórios eficientes e transparentes para estabelecer uma relação orgânica entre educação médica e sistema de atenção à saúde (FEHN, 2019, p. 107).

AS DIRETRIZES CURRICULARES DE 2001

As ambiguidades se agravam observando as disparidades regionais na distribuição dos cursos. Estudos recentes mostram que as regiões sul e sudeste continuam concentrando vagas e cursos de graduação de medicina, em detrimento das demais regiões, que paradoxalmente apresentam maior demanda por profissionais médicos. Um estudo realizado em 2018 mostrou que o Estado de São Paulo tinha mais cursos que as regiões Centro-Oeste e Norte somadas (OLIVEIRA, 2019b, p. 14).

O mesmo estudo sugere que à interiorização da oferta de cursos de medicina deve acoplar-se à inserção estrutural do currículo na comunidade e na atenção primária, para estimular a criação de vínculo entre os futuros profissionais e as regiões de maior demanda (OLIVEIRA, 2019b, p. 15). Uma tentativa de desenhar uma estratégia curricular para promover esse vínculo pode ser observada na evolução das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para cursos de graduação em medicina.

As DCN para cursos de medicina foram entre as primeiras a serem instituídas, após a aprovação da Lei n. 9394/1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional). Sua publicação em 2001 marca a transição do modelo centrado nos currículos mínimos para o modelo centrado nas diretrizes, determinada pelo Parecer n. 776/1997 da Câmara de Educação Superior do CNE. Segundo o Parecer, as DCN devem superar a rigidez dos currículos mínimos, assegurando autonomia às instituições de ensino e promovendo a articulação entre a teoria e a prática. Idealmente, o modelo centrado em DCN deveria estimular a oferta de uma sólida formação básica, preparando o graduando ao enfrentamento dos desafios provocados pelas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e da atuação profissional. Destaca-se já nas orientações do Parecer a referência à cidadania como norteadora da formação e da atuação do futuro profissional.

O movimento de mudança na formação médica no Brasil, que levou à publicação das DCN, afunda suas raízes em meados do século passado. Nas décadas de 1980 e 1990 a Rede IDA (Integração Docente-Assistencial, movimento iniciado na década de 1950, juntamente com a Medicina Comunitária) e o Programa Uni provocaram uma onda de reflexão e de avaliação da formação de profissionais de saúde, pedindo maior a integração entre os cursos, os serviços e as comunidades e suas organizações (GONZÁLES, 2010, p. 553). Apesar de não terem alcançados os resultados esperados, esses movimentos evidenciaram a urgência de superar a fragmentação técnica e social entre os protagonistas das políticas de saúde, especialmente nas universidades, que não conseguiram abdicar de sua cultura da hegemonia e da predominância do saber, especialmente em relação aos saberes das comunidades (LINS, 1998, p. 101; GONZÁLES, 2010, p. 559).

Em 1997 militantes da Rede IDA e do Programa Uni constituíram a Rede Unida, que participou ativamente da discussão das primeiras Diretrizes Curriculares para a formação de profissionais de saúde, buscando estimular os dois eixos, o do serviço e o da academia, para uma mudança concomitante e articulada na formação (GONZÁLES, 2010, p. 562)

Após a publicação das DCN de 2001, os Ministérios da Saúde e da Educação, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde, lançaram o programa de incentivo a mudanças curriculares nos cursos de medicina (PROMED), baseado na medicina preventiva com foco na saúde, na atenção básica e na humanização do atendimento. Em 2004 o Ministério da Saúde publicou a cartilha Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação na saúde no Brasil (BRASIL, 2004), para apoiar a gestão de cursos de graduação em saúde em aderência às novas diretrizes.

As DCN para cursos de medicina de 2001, resultado desse longo processo de gestação e discussão, apresentavam uma estrutura em dois blocos: o primeiro (art. 3º a 5º) com as diretrizes gerais da formação médica; o segundo (art. 6º a 12) detalhando os elementos e componentes curriculares necessários para tal formação. A formação a ser oferecida é descrita no art. 3º como generalista, humanista, crítica, reflexiva, promovendo uma atuação profissional na perspectiva da integralidade, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

O tema da cidadania remete às discussões desencadeadas na Conferência de Alma Ata em 1976 sobre a atenção primária à saúde e, especialmente, na Conferência de Ottawa em 1986 sobre a promoção da saúde, ambas destacando o papel fundamental da participação ativa de todos os sujeitos, pessoas e comunidades, nas ações de atenção e promoção da saúde, especialmente pela mediação da defesa e promoção dos direitos fundamentais universais e da valorização de todos os saberes (VERAS, 2019, p. 3).

Mesmo assim, apesar de gozar de posição de destaque, os descritores gerais da formação, apresentados no art. 3º das DCN, parecem não ter desdobramentos nas competências definidas no art. 5º e nos componentes curriculares recomendados nos artigos seguintes. Especialmente a

referência à cidadania é frágil e sem consequências para a orientação à formação médica. A palavra aparece no art. 3º, numa genérica recomendação ao senso de compromisso com a cidadania como promotor de saúde integral. A recomendação, porém, não encontra ressonância no decorrer das DCN e não se desdobra em nenhum componente curricular nem em alguma linha ou eixo transversal. A palavra aparece de novo somente no art. 12, quando as DCN recomendam a inclusão das dimensões éticas e humanísticas, para o desenvolvimento de atitudes e valores orientados para a cidadania, retomando literalmente o texto do Parecer CNE n. 776/1997. Nessa nova ocorrência, o termo “cidadania” está desprovido de determinações que o tornem significativo. O mesmo destino é reservado ao termo “humanismo”. Se essas referências fossem retiradas do texto das DCN de 2001, a articulação entre perfil do egresso e competências a serem desenvolvidas na formação continuaria funcionando perfeitamente. A cidadania, assim como o humanismo, parece ainda não fazer muita falta na formação médica desenhada pelas DCN de 2001.

Por outro lado, as DCN afirmam a necessidade da inserção precoce do estudante nos diversos cenários das práticas e a vinculação da formação à prática do Sistema Único de Saúde pela integração entre o ensino e o serviço (incisos VII e VIII do art. 12), como tentativa de fomentar o contato dos futuros profissionais com a demanda efetiva e regionalmente específica do sistema, principalmente na atenção básica. Essa orientação é resultado do longo e complexo trabalho da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), que no fim da década de 1990 diagnosticou os principais problemas da formação médica no Brasil: a valorização da especialização e das ações voltadas para o nível terciário de atenção à saúde (GONZÁLEZ, 2010, p. 557).

Mesmo com as limitações apontadas, as DCN abriram uma nova fase na discussão sobre o processo ensino-aprendizagem nos cursos de medicina, que coincidiu com dois movimentos simultâneos embora divergentes. No ensino médico as décadas de 2000 e de 2010 registraram o intenso movimento de expansão da oferta, apresentado acima, marcado pelo predomínio da iniciativa privada. Nas políticas públicas para a saúde, especialmente a década de 2000 corresponde a uma fase de intenso debate e de produção de políticas específicas para o SUS. O resultado desse segundo movimento se consolida na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002); na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004); na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (2006); na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2008) e na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2009).

Em 2004 foi instituído o primeiro Plano Nacional de Saúde. A portaria n. 687 do Ministério da Saúde cria a Política Nacional de Promoção da Saúde em 2006, que será revisada em 2014. Em 2010 foi criado o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) para atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais que atuam no SUS. A Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC, de setembro de 2011, instituiu o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB). No mesmo ano a Portaria nº 2.488/GM/MS aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. As ações estratégicas voltadas para atenção básica se consolidam finalmente com a Lei 12.871/2013, que cria o Programa Mais Médicos.

AS DIRETRIZES CURRICULARES DE 2014

Esse produtivo movimento de discussão e elaboração de diretrizes e políticas para o SUS qualificou o ambiente da expansão do ensino médico, favorecendo e legitimando a aproximação

das escolas à atenção básica e às estratégias de promoção da saúde. Criaram-se, assim, as condições para uma apreciação crítica das DCN vigentes e para a demanda de uma maior articulação dos temas assumidos e não desenvolvidos na redação de 2001.

As DCN de 2001 foram atualizadas em 2014 pela Resolução n. 3/2014 da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (CNE). Nelas recebem ênfase as metodologias participativas, a inserção precoce do estudante no contexto da atenção à saúde, o processo de humanização em saúde com a formação de habilidades e atitudes específicas, prevendo a inclusão de conteúdos curriculares novos da área das humanidades médicas.

A análise comparativa das duas resoluções permite evidenciar alguns aspectos do debate nacional sobre o marco regulatório da formação em medicina. Indiretamente, permite perceber o clima do debate das duas últimas décadas entre distintas concepções da profissão e da prática médicas. Em pouco mais de uma década, a estrutura lógica e narrativa das DCN para cursos de medicina muda consideravelmente. A Res. CNE/CES 4/2014 se articula em 41 artigos, contra os 14 da Res. CNE/CES 3/2001. Entre os dois blocos da primeira versão (diretrizes e componentes curriculares) insere-se um terceiro, que se estende do art. 8º ao 22 e detalha as áreas de competência do futuro profissional. As áreas são três: atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde. Já estavam presentes nas DCN de 2001, mas as competências específicas de cada uma delas não se encontravam desenvolvidas. As DCN de 2014 dedicam amplo espaço à identificação das ações características de cada área, que são chamadas de ações-chave. Para cada ação-chave apontam-se os desempenhos esperados e seus respectivos descritores. O desdobramento analítico permite uma melhor definição das competências, tornando inclusive significativas as referências à cidadania, que nas DCN de 2014 aparece 4 vezes, sendo em uma qualificada como “cidadania ativa multicultural” (art. 29).

Um conjunto de temas, que não tinha representação nas DCN de 2001, ganham espaço e reconhecimento, permitindo dar um sentido aos apelos para uma formação humanista e compromissada com a cidadania. Em primeiro lugar, a cultura e seus impactos na atenção à saúde recebem destaque. Em 2001 os termos “cultura/cultural” aparecem somente 3 vezes. A ocorrência mais significativa está no art. 6º e refere-se aos determinantes culturais do processo saúde-doença. Nas DCN vigentes os termos aparecem 18 vezes, sendo associados ao tema da diversidade em pelo menos 10 ocorrências. A diversidade cultural, genericamente mencionada apenas no art. 10 das DCN de 2001, se desdobra em múltiplos sentidos na versão de 2014, onde aparece 6 vezes, incluindo as diferenças étnico-raciais, linguísticas, de gênero e de práticas de saúde.

Na perspectiva assumida pelas DCN de 2014 adquirem visibilidade diferenças e identidades totalmente silenciadas em 2001: as de gênero e orientação sexual (art. 5º e 12); étnico-raciais (art. 5º, 12, 23 e 29); as culturas e práticas de saúde afro-indígenas (art. 12 e 23); as pessoas com deficiências (art. 5º, 12 e 23). Além das afro-indígenas, explicitamente mencionadas, aparecem as práticas populares de saúde, das quais se afirma no art. 12 que podem ser incluídas na negociação do processo terapêutico. Os valores e as crenças das pessoas em situação de doença são considerados relevantes para a construção do vínculo (art. 12) e para a organização dos processos de trabalho em saúde (art. 17).

Todos esses elementos constitutivos das nossas relações e identidades são registrados nas DCN de 2014 pela primeira vez como componentes relevantes da atuação do profissional médico, gerando exigências determinadas para a formação. Cidadania e cultura, cuja presença nas DCN de 2001 parecia mais um rápido e inofensivo tributo ao politicamente correto, ganham literalmente corpo em 2014, dando voz a sujeitos normalmente silenciados na prática e na formação médica. Na esteira desse empoderamento de sujeitos invisibilizados, aparece pela primeira vez a referência aos

direitos humanos (art. 23 e 29), como especificação do humanismo genérico, que marcava o texto de 2001. Esses olhares diferentes e da diferença, bem como os saberes e as práticas que os constituem, devem perpassar de forma transversal toda a formação do profissional médico (art. 3, 23 e 29).

A incursão das diferenças e do reconhecimento dos direitos pretende promover a valorização da autonomia e da singularidade da experiência dos envolvidos no processo saúde-doença. A autonomia aparecia uma única vez na DCN de 2001 e se referia aos limites da atuação dos estudantes de medicina na atenção à saúde (art. 12). Das oito vezes em que aparece nas DCN de 2014, “autonomia” se refere três vezes a atributos cognitivos e éticos dos estudantes de medicina. As demais cinco ocorrências qualificam o protagonismo dos pacientes, das famílias e das comunidades nas negociações de saberes e poderes, que compõem as relações decorrentes do adoecer e do cuidar. A figura da “singularidade”, ausente em 2001, aparece quatro vezes nos art. 5º e 12 das DCN de 2014, para qualificar, ao mesmo tempo, a forma da presença das pessoas e comunidades e o olhar do profissional médico na atenção à saúde.

Essas diferenças substanciais entre as duas versões das DCN assinalam uma mudança significativa na concepção do fazer e do ensinar medicina. À frágil referência à cidadania nas primeiras DCN se contrapõe uma articulada teia de diferenças, dando corpo e singularizando as demandas por atenção e cuidado, que constituem o objeto e a ambiência da atuação profissional em medicina. A mudança pode encontrar explicação no movimento de construção de políticas públicas de saúde, que marcou a década de 2000. As opções conceituais e estratégicas das atuais DCN parecem coerentes com as políticas desenvolvidas na mesma época para a viabilização e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). É razoável inferir que as discussões e as articulações políticas, que levaram à produção das estratégias voltadas para o fortalecimento das ações de atenção básica na perspectiva da integralidade, tenham confluído na elaboração das DCN para a formação médica.

CIDADANIA ATIVA MULTICULTURAL

De fato, os temas mais inovadores nas DCN de 2014 podem ser rastreados nas políticas elaboradas e publicadas na vigência das DCN de 2001. Alguns exemplos ajudam a perceber esta dependência temática. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas exige a formação de “recursos humanos para atuação em contexto multicultural” e a “articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde” (BRASIL, 2002, p. 13). As diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra recomendam a “inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde” e a “promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas” (BRASIL, 2009). As recomendações são atendidas, embora tímida e genericamente, nos artigos 12, f e 23,VII das DCN de 2014, que omite qualquer referência as religiões de matrizes africanas.

Na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher o gênero é considerado uma “construção social e histórica [...] sobreposta a um corpo sexuado”, que “define modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis” e “dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação” (BRASIL, 2004, p. 12). A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem recomenda “incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações educativas” (BRASIL, 2008, p. 32), reconhecendo que “a reflexão crítica em relação à univocidade da masculinidade desdobrou-se no avanço das discussões, que passaram a incorporar as relações de gênero como determinantes do processo de saúde-doença

e a resgatar os homens como sujeitos do direito à saúde” (BRASIL, 2008, p. 10). A Política “pretende tornar os homens protagonistas de suas demandas, consolidando seus direitos de cidadania” (BRASIL, 2008, p. 7). Estas percepções fundamentam as referências à diversidade de gênero nos artigos 5º e 12 ,I, c da DCN de 2014.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares compreende ser exigência da integralidade a consideração do “indivíduo na sua dimensão global - sem perder de vista a sua singularidade, quando da explicação de seus processos de adoecimento e de saúde”, e vincula essa abordagem ao “aumento do exercício da cidadania” (BRASIL, 2006, p. 5) pelo fortalecimento da participação e da corresponsabilidade. A articulação da atenção à singularidade com a participação e o controle social é estabelecida nos objetivos 2.3 e 2.4 da Política (BRASIL, 2006, p. 24). O tema da atenção à singularidade marca toda a seção das DCN dedicada à atenção à saúde das pessoas, especialmente nos artigos 5º e 12, embora sua conexão com a cidadania não seja explicitada.

Poucos meses após a publicação das DCN, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.446, revisando a Política Nacional de Promoção da Saúde, originariamente instituída pela Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Nessa Política todos os temas acima citados como inovadores nas DCN encontram-se articulados numa análise atenta às determinações identitárias, comunitárias e sociais da saúde:

A promoção da saúde deve considerar a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios, pois as formas como eles elegem seus modos de viver, como organizam suas escolhas e como criam possibilidades de satisfazer suas necessidades dependem não apenas da vontade ou da liberdade individual e comunitária, mas estão condicionadas e determinadas pelos contextos social, econômico, político e cultural em que eles vivem (BRASIL, 2014, p. 8).

As diferenças que singularizam pessoas e comunidades são destacadas como estratégicas na promoção da saúde: classe social, orientação sexual, identidade de gênero, diferenças entre gerações, étnico-raciais, relacionadas às pessoas com deficiências e necessidades especiais. O reconhecimento da legitimidade dessas diferenças implica na valorização dos “saberes populares e tradicionais e das práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2014, p. 11). A mesma exigência de reconhecimento e cidadania das diferenças é apresentada como condição para a promoção da “cultura da paz e dos direitos humanos”, no tema prioritário VII (BRASIL, 2014, p. 23).

A cidadania como reconhecimento das diferenças e condição de possibilidade do diálogo tem também uma dimensão epistêmica na Política. A promoção da saúde exige a incorporação da lógica de redes inclusivas, que permita acolher e reconhecer as diversas formas de saber: o popular, o tradicional e o científico. Na prática da promoção da saúde todos os saberes contribuem direta ou indiretamente, aportando conhecimentos, criando e fortalecendo vínculos, desenvolvendo tecnologias sociais de alta penetração comunitária (BRASIL, 2014, p. 14).

Nesse conjunto de Políticas, todos esses temas se organizam entorno da cidadania como elemento articulador da identidade e do reconhecimento das diferenças, que permite construir redes de vínculos comunitários densos e persistentes. A cidadania alcança as práticas e os saberes em saúde. É um movimento que inclui as pessoas e as comunidades reconhecendo suas competências no enfrentamento dos problemas de saúde e, mais ainda, na definição valorativa dos projetos de vida, das percepções que qualificam o bem-viver e sem as quais a saúde é uma categoria vazia ou um item de consumo.

As DCN recebem essa perspectiva numa inesperada e inexplicada referência à “cidadania ativa multicultural” (art. 29). A cidadania, qualificada como ativa e multicultural e acoplada aos direitos humanos, deve orientar o desenvolvimento de atitudes e valores, isto é, a dimensão ética da formação dos profissionais. Essa referência tem assonâncias com a teoria da cidadania desenvolvida por Adela Cortina em sua obra *Cidadãos do mundo: para uma teoria da cidadania*. Na perspectiva de Cortina a cidadania no século XXI tem necessariamente um traço cosmopolita e multicultural. Retomando a perspectiva multiculturalista de C. Taylor, Cortina reafirma a centralidade da identidade, como definição de si ao longo do tempo, para garantir a estabilidade do horizonte da vida moral, que define o que é importante para a pessoa. Essa estabilidade é condição para a saúde e a integridade da pessoa.

Os direitos humanos, inclusive os sociais, são condições para a cidadania. Se a sociedade não reconhece os direitos, inclusive sociais, de alguns indivíduos, estes não reconhecerão a sociedade como a sua comunidade política. Nessa proposta e na perspectiva das políticas nacionais acima apresentadas, saúde é um direito social essencial, que pertence ao mínimo necessário ao reconhecimento (CORTINA, 2005, p. 70-73).

Outra condição essencial à cidadania é a autonomia, que o Estado deve proteger e defender, para que cada membro possa construir sua identidade e ser reconhecido por ela na sociedade. A autonomia é um “mínimo moral”, que precisa ser garantido para que os interlocutores possam dialogar em pé de igualdade (CORTINA, 2005, p. 169).

Propor uma formação ética de profissionais de saúde orientada para a cidadania ativa multicultural parece implicar o desenvolvimento de estratégias epistêmicas e pedagógicas inclusivas, que ofereçam ferramentas para reconhecer as diversas percepções e práticas, que convivem no contexto multicultural e qualificam a escolha autônoma dos cidadãos. Para que isso aconteça, é necessário reconhecer em princípio a legitimidade de todas as perspectivas sobre a saúde e criar as condições de um diálogo ético centrado na competência cultural (TARGA, 2012).

No cenário aberto pela cidadania ativa multicultural uma ausência se torna mais evidente e gritante nas DCN: a ausência de referências explícitas às percepções e práticas de saúde de matriz religiosa.

A CIDADANIA DA RELIGIOSIDADE E DA ESPIRITUALIDADE

Ausentes nas DCN, religiosidade e espiritualidade estão muito bem representadas na literatura e na pesquisa em saúde. É muito frequente encontrar artigos sobre as relações entre religião, espiritualidade e saúde, que comecem com a mesma afirmação: nas últimas décadas (em geral, três) aumentou muito a produção científica sobre o tema, discutindo e produzindo evidências sobre a correlação entre a prática religiosa ou a adesão a alguma forma de espiritualidade e o bem-estar físico ou psíquico das pessoas (Weber, 2014; Moreira Almeida, 2009). Em fevereiro de 2023 a busca no PubMed pelos termos ((*spirituality*) OU (*religion*)) AND (*health*) retornou 3.792 resultados até 1989 e 41.542 resultados de 1990 a hoje. Na BVS-Lilacs a mesma pesquisa registrou 19 resultados até 1989 e 926 até hoje. Na Scielo Brasil, a evolução no mesmo período foi de 14 para 327 publicações. Análises bibliométricas mostram que somente na primeira década desse século foram publicados mais artigos sobre o tema que no século passado inteiro (KOENIG, 2012).

As pesquisas e publicações se distribuem em um amplo espectro temático, no qual a maior frequência envolve a saúde mental (Weber, 2014). Estima-se que cerca de 80% das publicações sobre religiosidade/espiritualidade (R/E) e saúde relatem e discutam pesquisas do campo da saúde

mental e da psiquiatria (KOENIG, 2012). As práticas e as vivências religiosas ou espirituais tendem a ter sempre uma relação com a saúde mental e emocional, mesmo quando as correlações estudadas envolvem a saúde física. As dimensões cognitivas, emocionais e comportamentais tendem a ser interpretadas como mediadoras entre a R/E e a saúde física.

Entre os impactos sobre a saúde mental, está bem documentado nas pesquisas que a R/E potencializa emoções positivas, agindo como um fator de qualidade de vida, e neutraliza as emoções negativas, agindo como um recurso de enfrentamento das adversidades tanto externas (circunstâncias ambientais) como internas (vulnerabilidades genéticas). Entre as emoções positivas, as pesquisas destacam a percepção de bem-estar (felicidade), a esperança, o otimismo, o senso de propósito e de controle, a autoestima. A R/E pode ser fator protetor diante da depressão, da ideação suicida, da ansiedade, do abuso de substâncias, de algumas desordens psicóticas. Pode reduzir o risco de comportamentos socialmente prejudiciais, reduzindo a instabilidade social das pessoas, aumentar seu capital social e fortalecer suas redes de apoio social (KOENIG, 2012).

Os impactos na saúde física das pessoas parecem mediados pela capacidade da R/E de induzir ou fortalecer comportamentos saudáveis, como a adoção de específicos regimes alimentares, o controle do uso de substâncias prejudiciais (álcool, cigarro etc.) e a manutenção de comportamentos sexuais que favorecem a saúde.

Reduzindo o impacto das emoções negativas e de outros estressores e, ao mesmo tempo, potencializando o apoio e o capital social das pessoas, a R/E tem efeitos na saúde física, podendo afetar significativamente as taxas de mortalidade (COHEN, 2016; VANDERWEELE, 2017). Especialmente estudadas foram as doenças cardiovasculares, as cerebrovasculares, a hipertensão, os problemas imunológicos e endocrinológicos, o câncer e a dor (KOENIG, 2012).

Por esses resultados, que foram se avolumando, desde a década de 1990 várias instituições internacionais começaram a alertar para a oportunidade, ou até a necessidade, de incluir a R/E na prática clínica (VANDERWEELE, 2017). A inclusão responderia à exigência de uma atenção integral à pessoa e a seu sofrimento, que sempre transcende a dimensão biológica porque se constitui na dimensão dos significados. Responde, também, a uma demanda de competência cultural por parte dos profissionais, que devem ter habilidades para interpretar as linguagens pelas quais os pacientes apresentam e oferecem seus sofrimentos (BALBONI, 2018).

A área de atuação médica que mais incorporou a espiritualidade em seu discurso e em sua prática é a dos cuidados paliativos. A Organização Mundial da Saúde incluiu explicitamente o suporte espiritual entre os recursos essenciais aos cuidados paliativos. Uma publicação internacional recente consolidou os resultados de uma vasta literatura, estabelecendo um estado da arte abrangente e robusto para a área (STEINHAUSER, 2017; BALBONI, 2017). Os resultados são classificados em quatro blocos: os impactos na qualidade de vida, as consequências para os cuidados médicos no fim da vida, as disparidades nos cuidados em situação de terminalidade e o planejamento das condições do fim da vida. O estudo assinala importantes relações entre a espiritualidade e os cuidados paliativos, destacando efeitos tanto na qualidade de vida dos pacientes como na atuação dos profissionais de saúde, especialmente na tomada de decisão e na atuação culturalmente competente. Os autores consideram que as evidências acumuladas são suficientes para que os profissionais de saúde avancem nas pesquisas e na inclusão da dimensão religioso-espiritual na atenção à saúde de quem está em cuidados paliativos (BALBONI, 2017).

Diante dessas volumosas evidências algumas organizações e instituições médicas, sobretudo nos Estados Unidos, passaram a recomendar a inclusão da abordagem da R/E na prática clínica e na formação médica (Lucchetti, 2012). Vários instrumentos para a inclusão das variáveis de R/E na coleta da história clínica são elaboradas e testadas (BALBONI, 2017; LUCCHETTI, 2013; PHELPS, 2012;

BORNERMAN, 2010). Centros especializados para o estudo, a sistematização e a divulgação das práticas e das perspectivas de pesquisa sobre a interação da R/E na promoção de saúde e na atenção surgiram em vários países. Nos Estados Unidos, podemos mencionar a *Initiative on Health, Spirituality and Religion*, na Universidade de Harvard; o *Center for Spirituality, Theology and Health*, na Universidade Duke; o *Georgetown Institute for Spirituality & Health*, na Universidade Georgetown e o *Spirituality, Meaning and Health Lab* da Universidade de Connecticut. Na Europa, podemos mencionar o *Research Institute for Spirituality and Health*, na Suíça; o *Centre for Spirituality, Theology and Health*, na Universidade de Durham, no Reino Unido; o *Centre for Religion, Health and Wellbeing* da Universidade de Groningen, na Holanda.

Mesmo com esse quadro consistente de pesquisas e experiências acadêmicas, o tema encontra espaços relativamente pequenos na formação dos profissionais médicos. Em 2011 79% das escolas de medicina nos Estados Unidos ofertavam algum tipo de discussão sobre espiritualidade e saúde no currículo e em 75% delas os estudantes eram obrigados a cursar pelo menos uma disciplina sobre o tema (DUGAN, 2011). Uma pesquisa recente avaliou a inclusão do cuidado espiritual nas escolas de medicina de Alemanha, Áustria e Suíça (TAVERNA, 2019), evidenciando específicas dificuldades na discussão do tema entre estudantes, docentes e profissionais. Pesquisas análogas foram desenvolvidas nas escolas médicas da Holanda (PIETERS, 2019) e da Espanha (de DIEGO, 2019).

No Brasil, uma pesquisa desenvolvida em 2010 buscou envolver todos os 180 cursos de medicina à época existentes (LUCCHETTI, 2012). Os coordenadores de 86 cursos (47,7%) responderam, representando todas as regiões brasileiras em proporção semelhante (quase 50% das escolas de cada região responderam). Do universo dos cursos participantes, 10% declararam ter uma disciplina obrigatória ou eletiva/optativa abordando o tema da espiritualidade. Aproximadamente 30% dos cursos declararam tratar o tema de alguma forma, com atividades pontuais ou transversalmente em outras disciplinas. Porém, quase 90% dos coordenadores ou diretores, que responderam ao questionário, afirmaram considerar a inclusão curricular do tema muito ou bastante importante.

Na discussão dos resultados, os autores do estudo destacaram alguns pontos críticos. Em primeiro lugar, havia uma perceptível resistência à introdução do tema no currículo. Chamou a atenção a dissonância entre o reconhecimento de sua importância (90% dos entrevistados) e sua efetiva inclusão no processo formativo (10% dos cursos). A mesma dissonância foi registrada nos estudos europeus (TAVERNA, 2019; PIETERS, 2019; DIEGO, 2019). A espiritualidade na atenção à saúde parece uma daquelas coisas que são boas enquanto permanece no nível das declarações de intenção, isto é, “na teoria”, mas que não se consegue (ou não se pode) aplicar “na prática”.

O segundo ponto crítico era a quase total ausência de abordagem prática ao tema e a sua aplicação ao contexto clínico. Somente três cursos ensinavam técnicas de coleta da história espiritual do paciente e apenas duas ofereciam algum tipo de treinamento para isso. O tema da espiritualidade tinha o mesmo destino dos demais temas das humanidades médicas, que tem seu espaço curricular sempre ameaçado pelas exigências da formação de habilidades técnicas consideradas evidentemente prioritárias.

O terceiro questionamento dos autores se referia, justamente, ao conteúdo curricular da disciplina e, especialmente, a sua falta de padronização e uniformidade. Cada instituição desenvolvia sua matriz temática, aparentemente em função de suas opções político-epistemológicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do cenário e das diretrizes dos cursos de medicina no Brasil reforçam um quadro de profundas ambiguidades. O acelerado crescimento, registrado especialmente na última década,

assinala uma tendência de valorização da profissão pela expectativa de alta remuneração social e financeira, vinculada a um imaginário de alta especialização confirmado em pesquisas com estudantes (TAVERNA, 2019).

Essa tendência contrasta com as diretrizes e políticas públicas de saúde da década de 2000 e 2010. Nesse período foram publicados importantes documentos voltados para a consolidação do Sistema Único de Saúde em busca da construção de serviços focados na saúde como direito social essencial para a construção da cidadania. Essas políticas expressam uma compreensão de saúde voltada para a inclusão e o empoderamento de pessoas e comunidades, na construção de efetivas condições de autonomia e participação. Todas as políticas elaboradas nesse período insistem na necessidade de formular propostas inovadoras de formação de profissionais de saúde com elevados níveis de competência cultural, capazes de valorizar e potencializar todos os saberes e as práticas de promoção de saúde.

A publicação, nas últimas décadas, de duas versões de Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em medicina favoreceu a incorporação de temas inovadores e urgentes na formação acadêmica dos futuros profissionais de saúde. Destacam-se os temas dos direitos humanos, do reconhecimento das identidades e das diferenças, da autonomia e do empoderamento das pessoas e das comunidades, da valorização das práticas e dos saberes populares e tradicionais.

Todos esses temas convergem, nas DCN de 2014, para cidadania ativa multicultural, entendida como uma estratégia de desenvolvimento de atitudes e valores que favoreçam a inclusão, a autonomia e o efetivo reconhecimento de todos os envolvidos nas ações de cuidado e promoção de saúde. Apesar desses significativos avanços nos documentos normativos, ainda permanecem limites e áreas de exclusão. A mais evidente é a persistente omissão do tema da religiosidade e da espiritualidade, cujos impactos na promoção e cuidado com a saúde das pessoas e das comunidades está bem documentado na pesquisa e na literatura. O crescimento e o amadurecimento metodológico das pesquisas relacionando religiosidade, espiritualidade e saúde nos últimos trinta anos ofereceu evidências de que a conexão é sólida e significativa, inclusive na perspectiva das ciências da saúde.

ACTIVE MULTICULTURAL CITIZENSHIP, RELIGION AND SPIRITUALITY IN THE TRAINING OF MEDICAL PROFESSIONALS IN BRAZIL

Abstract: this study discusses the scenario and guidelines for medical training in Brazil, pointing out some ambiguities. The accelerated growth of the last decade marks the appreciation of the profession due to the expectation of good social and financial remuneration, linked to an imaginary of high specialization. This contrasts with the public health policies of the 2000s and 2010s aimed at consolidating the Unified Health System, focusing on health as an essential social right for citizenship. The National Curriculum Guidelines for medical courses incorporate the themes of human rights, recognition, differences, autonomy and empowerment, valuing popular and traditional practices and knowledge, which converge to active multicultural citizenship. Despite these advances, areas of exclusion remain, such as the persistent absence of religiosity and spirituality, whose impact on the health of people and communities is well documented in research over the last few decades.

Keywords: Citizenship. Multiculturalism. Medicine. Religiosity. Spirituality.

Referências

AHRENFELDT, Linda Juel et al. Religiousness and health in Europe. *European journal of epidemiology*, v. 32, n. 10, p. 921-929, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10654-017-0296-1>. Acesso em: 15 abr. 2023.

- ALBUQUERQUE, Aline. Os direitos humanos na formação do profissional de medicina/ Human rights in medical training. *Rev Med.*, São Paulo, v. 94, n. 3, p. 169-78, jul./set. 2015.
- BALBONI, Michael; BALBONI, Tracy A. *Hostility to Hospitality: Spirituality and Professional Socialization within Medicine*. New York: Oxford Academic, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/med/9780199325764.001.0001>. Acesso em: 15 abr. 2023.
- BALBONI, Tracy. A. et alii. State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part II: Screening, Assessment, and Interventions. *Journal of pain and symptom management*, v. 54, n. 3, p. 441-453, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.029>. Acesso em: 15 abr. 2023.
- COHEN, Randy; BAVISHI, Chirag; ROZANSKI Alan. Purpose in life and its relationship to all-cause mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. *Psychosom Med.* v. 78, n. 2, p. 122-133, 2016.
- DE DIEGO CORDERO, Rocio et al. Opinions, Knowledge and Attitudes Concerning “Spirituality, Religiosity and Health” Among Health Graduates in a Spanish University. *J Relig Health* v. 58, p. 1592-1604, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00780-3>. Acesso em: 15 abr. 2023.
- DEMIR, Emre. The Evolution of Spirituality, Religion and Health Publications: Yesterday, Today and Tomorrow. *Journal of religion and health*, v. 58, n. 1, p. 1-13, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10943-018-00739-w>. Acesso em: 15 abr. 2023.
- DUGAN, B. DeeAnn et alii. Integrating spirituality in patient care: preparing students for the challenges ahead. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, v. 3, n. 4, p. 260-266, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2011.07.004>. Acesso em: 15 abr. 2023.
- ELLISON Christopher; LEVIN, Jeff. The Religion-Health Connection: Evidence, Theory, and Future Directions. *Health Education & Behavior*, v. 25, n. 6, p. 700-720, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/109019819802500603>. Acesso em: 15 abr. 2023.
- ESPERANDIO, Mary Rute Gomes et alii. Spirituality in Clinical Practice: The Perspective of Brazilian Medical Students. *Journal of religion and health*, v. 60, n. 3, p. 2154-2169, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01141-1>. Acesso em: 15 abr. 2023.
- FURLANETTO, Denise et al. Reflexões sobre as bases conceituais das Diretrizes Curriculares Nacionais em cursos de graduação em saúde. *Comun. ciênc. saúde*, v. 25, n. 2, p. 193-202, out. 2014.
- GONZÁLEZ, Alberto Duran; ALMEIDA, Márcio José de. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010.
- LINS, Auristela Maciel; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O Programa UNI no Brasil: uma avaliação da coerência no seu processo de formulação e implementação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 2, n. 3, p. 87-106, ago. 1998.
- LEVIN, Jeff; CHATTERS, Linda; TAYLOR, Robert. Theory in religion, aging, and health: an overview. *Journal of religion and health*, v. 50, n. 2, p. 389-406, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10943-009-9319-x>. Acesso em: 15 abr. 2023.
- LUCCHETTI, Giancarlo; LUCCHETTI, Alessandra. Spirituality, religion, and health: over the last 15 years of field research (1999-2013). *International journal of psychiatry in medicine*, v. 48, n. 3, p. 199-215, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.2190/PM.48.3.e>. Acesso em: 15 abr. 2023.

LUCCHETTI, Giancarlo; BASSI, Rodrigo; LUCCHETTI, Alessandra. Taking spiritual history in clinical practice: a systematic review of instruments. *Explore*, v. 9, n. 3, p. 159-170, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.explore.2013.02.004>. Acesso em: 15 abr. 2023.

MEIRELES, Maria Alexandra de Carvalho; FERNANDES, Cássia do Carmo Pires; SILVA, Lorena Souza. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 43, n. 2, p. 67-78, abr. 2019.

MORAES, Rodrigo dos Santos; JACOB-FILHO, Wilson; CARVALHO, Ricardo Tavares. Aspectos demográficos e acesso aos projetos pedagógicos dos cursos de Medicina no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 47, n. 1, p. e006, 2023.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; LUCCHETTI, Giancarlo. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. *Cienc. Cult.*, São Paulo, v. 68, n. 1, p. 54-57, mar. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21800/2317-66602016000100016>. Acesso em: 15 abr. 2023.

OLIVEIRA, Felipe Proença de; SANTOS, Leonor Maria Pacheco; SHIMIZU, Helena Eri. Programa Mais Médicos e diretrizes curriculares nacionais: avanços e fortalecimento do sistema de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 17, n. 1, p. e0018415, 2019.

PIETERS, Jolien et alii. Palliative care education in the undergraduate medical curricula: students' views on the importance of, their confidence in, and knowledge of palliative care. *BMC Palliat Care*, v. 18, n. 1, 2019. Disponível em: <http://doi:10.1186/s12904-019-0458-x>. Acesso em: 15 abr. 2023.

RAMOS, Juliana Larissa Lauriano; PESSOA JUNIOR, Djeify Alexandre; RIBEIRO, Juliana Terra; BOMFIM, Marcela Barros; BRIGLIA, Charlotte Aguiar Buffi. Espiritualidade em saúde: percepções e desafios na educação médica do Brasil. *Conjecturas*, v. 22, n. 15, p. 750-760, 2022. Disponível em: <https://www.conjecturas.org/index.php/edicoes/article/view/1930>. Acesso em: 12 mar. 2023.

REGINATO, Valdir et al. Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 14, n. 1, p. 237-255, jan. 2016.

SIQUEIRA, José Eduardo. O ensino da ética no curso de medicina. *Mundo Saúde* v. 33, n. 1, p. 8-20, 2009. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/66/8a20.pdf. Acesso em: 12 mar. 2023.

STEINHAUSER, Karen. et al. State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part I: Definitions, Measurement, and Outcomes. *Journal of pain and symptom management*, v. 54, n. 3, p. 428-440, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.028>. Acesso em: 12 mar. 2023.

TAVERNA, Mara et al. A Survey on the Integration of Spiritual Care in Medical Schools from the German-Speaking Faculties. *Advances in medical education and practice*, v. 10, p. 1009-1019, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/AMEPS224679>. Acesso em: 12 mar. 2023.

VANDERWEELE, Tyler; BALBONI, Tracy; KOH, Howard. Health and Spirituality. *JAMA* v. 318, n. 6, p. 519-520, 2017. Disponível em: <https://doi:10.1001/jama.2017.8136>. Acesso em: 12 mar. 2023.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. A associação entre vida religiosa e saúde: uma breve revisão de

estudos quantitativos. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, v. 4, n. 3, 2015. Disponível em:

<https://DOI: 10.3395/reciis.v4i3.659>. Acesso em: 12 mar. 2023.

VERAS, Renata Meira; FEITOSA, Caio Cezar Moura. Reflections on the National Curricular Guidelines of undergraduate medical courses based on the National Health Promotion Policy. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, p. e170743, 2019.

WEBER, Samuel; PARGAMENT, Kenneth. The role of religion and spirituality in mental health. *Current opinion in psychiatry*, v. 27, n. 5, p. 358-363, 2014. Disponível em:

<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000801>. Acesso em: 12 mar. 2023.