

CAMPANHA DA FRATERNIDADE 2012

Lema: Que a Saúde se Difunda sobre a Terra (cf. Eclo 38,8)

Tema: A fraternidade e Saúde Pública



CNBB – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

Coordenação Editorial:

Pe. Valdeir dos Santos Goulart

Redator Chefe:

Pe. Luiz Carlos Dias

Revisão Doutrinal:

Dom Paulo César Costa

Revisão Ortográfica:

Dom Hugo Cavalcante, OSB

Lúcia Soldera

Projeto Gráfico, Capa e Diagramação:

Henrique Billygran da Silva Santos

Cartaz da CF 2012:

CRIAÇÃO: Marcelo Jacyntho de Godoy

ADAPTAÇÕES e ARTE FINAL: Edições CNBB.

Impressão e acabamento:

Editora e Gráfica Ipiranga Ltda.

Edições CNBB

SE/Sul Quadra 801, Conjunto "B"

CEP: 70200-014

Fone: (61) 2193-3019 / Fax: (61) 2193-3001

vendas@edicoescnbb.com.br

www.edicoescnbb.com.br

© CNBB - Todos os direitos reservados

C748c Conferência Nacional dos Bispos do Brasil / Campanha da Fraternidade 2012: Texto-Base.
Brasília, Edições CNBB. 2011.

Campanha da Fraternidade 2012: Texto-Base / CNBB.

152p. : 14 x 21 cm

ISBN: 978-85-7972-094-9

1. Fraternidade – Vida – Saúde – Doença – Salvação – Igreja Católica – Bíblia – Bom Samaritano
Enfermos – Sacramentos – Cura – Unção dos Enfermos – Pastoral da Saúde;
2. Saúde Pública – SUS – Saúde – Doença – Sofrimento;
3. Financiamento – Desafios – Acesso – Sociedade – Estado.

CDU 250

Sumário

Oração da CF 2012	5
Siglas	7
Apresentação da CF 2012	9
Introdução	11
Objetivo Geral	12
Objetivos Específicos	12

Primeira Parte

Fraternidade e a Saúde Pública.....	13
1. Saúde e Doença: dois lados da mesma realidade	13
2. Saúde e salvação para a Igreja.....	14
3. Elementos da Doutrina Social da Igreja pertinentes à saúde pública.....	16
4. Contribuições recentes da Igreja no Brasil para a Saúde Pública.....	20
5. Panorama atual da Saúde no Brasil.....	30
6. Grandes preocupações na saúde pública no Brasil.....	34
7. Os determinantes sociais na saúde	49
8. Conceitos básicos do SUS.....	50
9. A problemática do financiamento da saúde pública no Brasil ..	54
10. Participação complementar das Instituições Privadas sem fins lucrativos no SUS	56
11. Avanços no Sistema Único de Saúde	57
12. Direitos, Humanização e espiritualidade na saúde	59
13. Desafios do Sistema Único de Saúde	61

Segunda Parte

Que a Saúde se Difunda Sobre a Terra	65
Introdução	65
1. Saúde na antiguidade e na Bíblia	66
2. Doença e saúde no Antigo Testamento	66
3. O Eclesiástico e a sabedoria popular em saúde	68
4. O sofrimento do justo e seu significado	70
5. Saúde e doença no Novo Testamento	72
6. O Horizonte humano e teológico do sofrimento	80
7. A Igreja, comunidade servidora no amor	84

8. Os Enfermos no seio da Igreja.....	85
9. A Unção dos Enfermos, Sacramento da cura	86
10. Maria, Saúde dos enfermos, modelo para a ação da Igreja na Saúde	88

Terceira Parte

Indicações para a ação Transformadora no Mundo da Saúde

Introdução	91
1. A Pastoral da Saúde	92
2. A dignidade de viver e morrer	94
3. Os Agentes da Pastoral da Saúde	97
4. Propostas de ação para a Igreja cooperar no avanço do Sistema Público de Saúde	98
5. Como as famílias podem colaborar para a saúde se difundir..	100
6. Em relação à sociedade em geral	101
7. Propostas para a ação em relação a temáticas específicas	102
8. Em relação aos desafios do SUS	102
9. Propostas gerais para Sus.....	104

Conclusão

Olhando para o futuro

Anexo – I

Constituição Federal: a saúde como direito de todos e dever do Estado

Anexo – II

O Serviço de preparação e animação da CF.....

Anexo – III

Gesto concreto.....

Hino da CF – 2012.....

Bibliografia.....

Oração da CF 2012

Senhor Deus de amor,
Pai de bondade,
nós vos louvamos e agradecemos
pelo dom da vida,
pelo amor com que cuidais de toda a criação.

Vosso Filho Jesus Cristo,
em sua misericórdia, assumiu a cruz dos enfermos
e de todos os sofredores,
sobre eles derramou a esperança de vida em plenitude.

Enviai-nos, Senhor, o Vosso Espírito.
Guiai a vossa Igreja, para que ela,
pela conversão se faça sempre mais,
solidária às dores e enfermidades do povo,
e que a saúde se difunda sobre a terra.
Amém.

Grupo de trabalho para a elaboração do Texto-Base da CF 2012

Pe. Luiz Carlos Dias – Secretário Executivo da Campanha da Fraternidade – CNBB (Coordenador)

Dr. André Luiz Oliveira – Coordenador Nacional da Pastoral da Saúde e representante da CNBB no CNS/MS

Vânia Lúcia Ferreira Leite – Assessora Nacional da Pastoral da Criança; representante da CNBB na Comissão Permanente da Saúde do Idoso no CNS/MS;

Pe. Alexandre A. Martins, MI – Capelão do Hospital das Clínicas São Paulo

Frei José Bernardi, OFMCap – Secretário Nacional da Pastoral da AIDS

Lirce Lamounier – Sanitarista e Agente da Pastoral da Saúde na Arquidiocese de Goiânia

Sebastião Geraldo Venâncio – Vice-Coordenador da Pastoral da Saúde e Assistente Social

Clóvis Bouffleur – Gestor de Relações Institucionais da Pastoral da Criança e representante da CNBB no CNS/MS

Clemilde da Costa Dalboni – Secretária Nacional da Pastoral da Saúde

Siglas

AA	Decreto <i>Apostolicam Actuositatem</i>
AG	Decreto <i>Ad Gentes</i>
CIC	Catecismo da Igreja Católica
CV	Papa Bento XVI, Carta Encíclica <i>Caritas in Veritate</i>
ChL	Papa João Paulo II, Exortação Apostólica <i>Chistifidelis Laice</i>
DAP	Documento de Aparecida
DCE	Papa Bento XVI, Encíclica <i>Deus Caritas est</i>
DGAE	Diretrizes Gerais da Ação Evangelizadora da Igreja no Brasil 2011-2015
EN	Papa Paulo VI, <i>Evangellii Nuntiandi</i>
EV	Papa João Paulo II, Encíclica <i>Evangellium Vitae</i>
GPS	CELAM, Guia para a Pastoral da Saúde na América Latina e no Caribe
GS	Constituição Pastoral <i>Gaudium et Spes</i>
LG	Constituição Dogmática <i>Lumen Gentium</i>
PO	Decreto <i>Prebyterorum Ordinis</i>
SRS	Papa João Paulo II, <i>Sollicitudo Rei Socialis</i>
SS	Papa Bento XVI, Carta Encíclica <i>Spe Salvi</i>
SD	João Paulo II, Carta Apostólica <i>Salvifici Doloris</i>
VD	Papa Bento XVI, Exortação apostólica <i>Verbum Domini</i>

Apresentação da CF 2012

“Converte-te e crê no Evangelho”!

Ao recebermos a imposição das cinzas, no início da quaresma, somos convidados a viver o Evangelho, viver da Boa Nova.

A Boa Nova que recebemos é Jesus Cristo. Ele abriu um novo horizonte para todas as pessoas que nele creem.

Crer no Evangelho é crer em Jesus Cristo que na doação amorosa da cruz deu-nos vida nova e concedeu-nos a graça de sermos filhos do Pai. Com sua morte transformou todas as realidades, criando um novo céu e uma nova terra.

A quaresma é o caminho que nos leva ao encontro do Crucificado-ressuscitado. Caminho, porque processo existencial, mudança de vida, transformação da pessoa que recebeu a graça de ser discípulo-missionário. A oração, o jejum e a esmola indicam o processo de abertura necessária para sermos tocados pela grandeza da vida nova que nasce da cruz e da ressurreição.

Assim, atingidos por Ele e transformados n'Ele, percebemos que todas as realidades devem ser transformadas, para que todas as pessoas possam ter a vida plena do Reino.

A Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) promove a Campanha da Fraternidade, desde o ano de 1964, como itinerário evangelizador para viver intensamente o tempo da quaresma.

A Igreja propõe como tema da Campanha deste ano: *“A fraternidade e a Saúde Pública”*, e com o lema: *Que a saúde se difunda sobre a terra* (cf. Eclo 38,8). Deseja assim, sensibilizar a todos sobre a dura realidade de irmãos e irmãs que não têm acesso à assistência de Saúde Pública condizente com suas necessidades e dignidade. É uma realidade que clama por ações transformadoras. A conversão pede que as estruturas de morte sejam transformadas.

A Igreja, nessa quaresma, à luz da Palavra de Deus, deseja iluminar a dura realidade da Saúde Pública e levar os discípulos-missionários a serem consolo na doença, na dor, no sofrimento e na morte. E, ao mesmo tempo, exigir que os pobres tenham um atendimento digno em relação à saúde. *Que ela se difunda sobre a terra*, pois a salvação já nos foi alcançada pelo Crucificado.

À nossas Comunidades, grupos e famílias, uma abençoada caminhada quaresmal e celebremos a Jesus Cristo que fez novas todas as coisas.

Dom Leonardo Ulrich Steiner

Bispo Prelado de São Felix - MT
Secretário Geral da CNBB

Pe. Luiz Carlos Dias

Secretário Executivo da
Campanha da Fraternidade

Introdução

1. A Igreja no Brasil, para enfrentar os grandes desafios à ação evangelizadora, percebe a necessidade de voltar às fontes e recomeçar a partir de Jesus Cristo. Toda a ação eclesial brota de Jesus Cristo e se volta para Ele e para o Reino do Pai. No contexto eclesial, não há como empreender ações pastorais sem nos colocarmos diante de Jesus Cristo.
2. Esta perspectiva norteia as novas Diretrizes Gerais da Ação Pastoral. Ela é condição para que, na Igreja, aconteça uma conversão pastoral que a coloque em estado permanente de missão, com o advento de inúmeros discípulos missionários, enraizados em critérios sólidos para ver, julgar e agir no enfrentamento dos problemas concretos e urgentes da vida de nosso povo.
3. A Campanha da Fraternidade, celebrada na quaresma, intensifica o convite à conversão. Ela contribui incisivamente para que este processo ocorra e alargue o horizonte da vivência da fé, na medida em que traz, para a reflexão eclesial, temas de cunho social, portadores de sinais de morte, para suscitar ações transformadoras, segundo o Evangelho.
4. Nesse ano, o tema proposto é “Fraternidade e a Saúde Pública”, com o lema: *Que a saúde se difunda sobre a terra* (cf. Eclo 38,8). A saúde integral é o que mais se deseja. Há muito tempo, ela vem sendo considerada a principal preocupação e pauta reivindicatória da população brasileira, no campo das políticas públicas.
5. O SUS (Sistema Único de Saúde), inspirado em belos princípios como o da universalidade, cuja proposta é atender a todos, indiscriminadamente, deveria ser modelo para o mundo. No entanto, ele ainda não conseguiu ser implantado em sua totalidade e ainda não atende a contento, sobretudo os mais necessitados destes serviços.
6. Entendendo ser um anseio da população, especialmente da mais carente, um atendimento de saúde digno e de qualidade,

a Campanha da Fraternidade 2011 aborda o tema da saúde, conforme os objetivos a seguir propostos.

Objetivo Geral

Refletir sobre a realidade da saúde no Brasil em vista de uma vida saudável, suscitando o espírito fraterno e comunitário das pessoas na atenção aos enfermos e mobilizar por melhoria no sistema público de saúde.

Objetivos Específicos

- a. Disseminar o conceito de bem viver e sensibilizar para a prática de hábitos de vida saudável;
- b. sensibilizar as pessoas para o serviço aos enfermos, o suprimento de suas necessidades e a integração na comunidade;
- c. alertar para a importância da organização da pastoral da Saúde nas comunidades: criar onde não existe, fortalecer onde está incipiente e dinamizá-la onde ela já existe;
- d. difundir dados sobre a realidade da saúde no Brasil e seus desafios, como sua estreita relação com os aspectos socio-culturais de nossa sociedade;
- e. despertar nas comunidades a discussão sobre a realidade da saúde pública, visando à defesa do SUS e a reivindicação do seu justo financiamento;
- f. qualificar a comunidade para acompanhar as ações da gestão pública e exigir a aplicação dos recursos públicos com transparência, especialmente na saúde.

Primeira Parte

Fraternidade e a Saúde Pública

1. Saúde e Doença: dois lados da mesma realidade

7. A vida, a saúde e a doença são realidades profundas, envoltas em mistérios. Diante delas, as ciências não se encontram em condições de oferecer uma palavra definitiva, mesmo com todo o aparato tecnológico hoje disponível. Assim, as enfermidades, o sofrimento e a morte apresentam-se como realidades duras de serem enfrentadas e contrariam os anseios de vida e bem-estar do ser humano.
8. Nas línguas antigas é comum a utilização de um mesmo termo para expressar os significados de saúde e de salvação.¹ Na língua grega, *soter* é aquele que cura e ao mesmo tempo é salvador. Em latim, ocorre o mesmo com *salus*. Verifica-se o mesmo em outras línguas.² Certamente, a convergência destes significados para um único termo é reflexo da dura experiência existencial diante destes fenômenos e a percepção de que o doente necessita ser curado ou salvo da moléstia pela ação de outrem.
9. Outro elemento importante, na antiguidade, para a compreensão da convergência dos significados de saúde e de salvação, é a antropologia de fundo. Sobretudo entre os orientais, o ser humano era concebido de forma unitária, com suas distintas

1 “É o significado sânscrito de *svastha* (= bem estar, plenitude), que depois assumiu a forma do nórdico *heill* e, mais recentemente, *Heil, whole, hall* nas línguas anglo-saxônicas, que indicam integridade e plenitude. A mesma coisa acontece com o termo *soteria* na língua grega, segundo a qual justamente Asclépio é considerado *sóter*: aquele que cura e que é ao mesmo tempo salvador”. TERRIN, A. N. *O sagrado off limits: a experiência religiosa e suas expressões*. Tradução de Euclides Balancin. São Paulo: Loyola, 1998. p. 154.

2 *Ibid.*

dimensões profundamente integradas. Eles concebiam doenças de ordem corporal e de ordem espiritual, muitas vezes ligadas à ação de espíritos maus e a castigos. Neste contexto, consideravam que não é só o corpo que adocece, nem só a medicina que cura, o que conferia grande importância aos ritos religiosos para a *salvação* do adoentado.

10. A estreita ligação entre saúde e salvação (cura) e a convergência desses significados em um mesmo termo apontam, portanto, para uma concepção mais abrangente do que seja a doença. As tendências de excluir a dimensão espiritual na consideração do que seja saúde e doença resultam, pois, em compreensões superficiais destas realidades. Como exemplo, temos a definição de saúde que a OMS (Organização Mundial da Saúde) apresentou, em 1946, que não incluía a dimensão espiritual: *“um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”*.³
11. Somente em 2003, a OMS incorporou a espiritualidade na reflexão e na definição da saúde, não sem polêmicas e posicionamentos contrários. Esta nova concepção vem, no entanto, se firmando como uma direção a ser seguida, pois amplia os elementos para a compreensão deste fenômeno, o que é mais condizente com a natureza humana.

2. Saúde e salvação para a Igreja

12. A experiência da doença mostra que o ser humano é uma profunda unidade pneumossomática. Não é possível separar corpo e alma. Ao paralisar o corpo, a doença impede o espírito de voar. Mas se, de um lado, a experiência é de profunda unidade, de outro, é de profunda ruptura. Com a doença passamos a perceber o corpo como um ‘outro’, independente, rebelde e opressor.

3 Esta definição consta na *Constituição da Organização Mundial de Saúde*, aprovada em 22 de julho de 1946, Nova York.

Ninguém escolhe ficar doente. A doença se impõe. Além de não respeitar nossa liberdade, ela também tolhe nosso direito de ir e vir. A doença é, por isso, um forte convite à reconciliação e à harmonização com nosso próprio ser.

13. A doença é também um apelo à fraternidade e à igualdade, pois não discrimina ninguém. Atinge a todos: ricos, pobres, crianças, jovens, idosos. Com a doença, escancara-se diante de todos nossa profunda igualdade. Diante de tal realidade, a atitude mais lógica é a da fraternidade e da solidariedade.
14. Os temas da saúde e da doença exigem, portanto, uma abordagem ampla, como a proposta pelo Guia para a Pastoral da Saúde, elaborado pelo CELAM (Conferência Episcopal Latino-Americana). O GPS diz que a saúde é afirmação da vida, em suas múltiplas incidências, e um direito fundamental que os Estados devem garantir.⁴ O mesmo documento assim define saúde: *“saúde é um processo harmonioso de bem-estar físico, psíquico, social e espiritual, e não apenas a ausência de doença, processo que capacita o ser humano a cumprir a missão que Deus lhe destinou, de acordo com a etapa e a condição de vida em que se encontre”*.⁵
15. A vida saudável requer harmonia entre corpo e espírito, entre pessoa e ambiente, entre personalidade e responsabilidade.⁶ Nesse sentido, o Guia Pastoral, entendendo que a saúde é uma condição essencial para o desenvolvimento pessoal e comunitário, apresenta algumas exigências para sua melhoria:
 - a. articular o tema saúde com a alimentação; a educação; o trabalho; a remuneração; a promoção da mulher, da criança, da ecologia, do meio ambiente etc.;
 - b. a preocupação com as ações de promoção da saúde e defesa da vida, que respondem a necessidades imediatas das

4 Cf. CELAM. *Guia para a Pastoral da Saúde na América Latina e no Caribe*. Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2010, nn. 6-7.

5 GPS, n. 8.

6 *Ibid.*

pessoas, das coletividades e das relações interpessoais. No entanto, que estas ações contribuam para a construção de políticas públicas e de projetos de desenvolvimento nacional, local e paroquial, calcada em valores como: a igualdade, a solidariedade, a justiça, a democracia, a qualidade de vida e a participação cidadã.⁷

16. Trata-se de uma concepção dinâmica e socioeconômica da saúde que, ao tomar o tema da saúde, não restringe a reflexão a causas físicas, mentais e espirituais, mas avança para as sociais. Com esta abordagem, a Igreja objetiva apresentar elementos para dialogar com a sociedade, a fim de melhorar a situação de saúde da população.⁸

3. Elementos da Doutrina Social da Igreja pertinentes à saúde pública

17. A solidariedade, de acordo com a Doutrina Social da Igreja, é um princípio com dois aspectos complementares: um *social* e outro ligado à *virtude moral*. Esses aspectos da solidariedade devem nortear as pessoas em suas relações, além de levá-las a compromissos em prol do bem comum e da transformação das estruturas injustas que ferem a dignidade da pessoa.⁹ A solidariedade precisa se efetivar em ações concretas, convergindo para a caridade operativa. “*Jesus de Nazaré faz resplandecer, aos olhos de todos os homens, o nexo entre solidariedade e caridade, iluminando todo o seu significado*”.¹⁰
18. Constata-se a proximidade entre justiça e solidariedade, de maneira especial, no âmbito da saúde pública, quando a pessoa enferma e debilitada necessita de justo e qualificado cuidado

7 GPS, n. 9.

8 *Ibid*, n. 10.

9 PONTIFÍCIO CONSELHO JUSTIÇA E PAZ. *Compêndio da Doutrina Social da Igreja*. São Paulo: Paulinas, 2005, n. 193, 116-117.

10 *Ibid*, n. 196. p. 119.

médico, envolvido pelo solidário calor humano de quem serve. Esses princípios inseridos na ação são enriquecidos pela prática da caridade, pois ela marca a justiça com o amor na condução das relações entre as pessoas. Por isso, Bento XVI afirma que, mesmo em uma sociedade em que as relações e serviços se pautem pela justiça, faz-se necessária a caridade, pois: “*Não há qualquer ordenamento estatal justo que possa tornar supérfluo o serviço do amor*”.¹¹

19. É oportuno salientar também a importância dos princípios de subsidiariedade e de participação. Ambos constituem princípios da Doutrina Social da Igreja¹² que nos ajudam a compreender e a iluminar a realidade da saúde pública e a buscar caminhos para melhorá-la.
20. A subsidiariedade é um princípio que aponta para um modo de relação e cooperação construtivo entre as instituições maiores, de mais ampla abrangência, e entre as menores de uma sociedade. Essa cooperação deve se realizar em duas vias. Primeiro, que as macro instituições subsidiem as pequenas no que é necessário, sem interferir ou restringir o espaço vital das células menores e essenciais da sociedade,¹³ como família, associações e grupos organizados, para que elas cumpram a própria missão. Segundo, uma vez que estas instituições menores realizem suas funções,

11 Cf. BENTO XVI. *Carta Encíclica Deus Caritas est*. Brasília: Edições CNBB, 2006, n. 28.

12 O papa Bento XVI lembrou, em sua encíclica *Caritas in veritate* n. 15, a importância da Doutrina Social da Igreja para a evangelização: “Por sua vez, a exortação apostólica *Evangelium nuntiandi* tem uma relação muito forte com o desenvolvimento, visto que “a evangelização – escrevia Paulo VI – não seria completa, se não tomasse em consideração a interpenetração recíproca que se fazem constantemente o Evangelho e a vida concreta, pessoal e social, do homem”. “Entre evangelização e promoção humana – desenvolvimento, libertação – existem de fato laços profundos”: partindo dessa certeza, Paulo VI ilustrava claramente a relação entre o anúncio de Cristo e a promoção da pessoa na sociedade. O testemunho da caridade de Cristo através de obras de justiça, paz e desenvolvimento faz parte da evangelização, pois a Jesus Cristo, que nos ama, interessa o homem inteiro. Sobre estes importantes ensinamentos, está fundado o aspecto missionário da doutrina social da Igreja como elemento essencial de evangelização. A doutrina social da Igreja é anúncio e testemunho de fé; é instrumento e lugar imprescindível de educação para a mesma”.

13 PONTIFÍCIO CONSELHO JUSTIÇA E PAZ. *Compêndio da doutrina social da Igreja*. São Paulo: Paulinas, 2005, p. 112.

isto se reverte em benefício para as instituições macro. As instituições macro, como o Estado, devem, porém, se abster do que possa “*restringir o espaço vital das células menores e essenciais da sociedade*”.¹⁴ Deste modo, a aplicação do princípio de subsidiariedade estabelece condições irrenunciáveis para a vivência da cidadania de modo democrático, “*é impossível promover a dignidade da pessoa sem que se conceda o necessário espaço para sua própria constituição e livre atuação*”.¹⁵ São espaços onde se expressa a “*subjetividade criadora do cidadão*”.¹⁶

21. O princípio da participação exprime-se numa série de “*atividades mediante as quais o cidadão, como cidadão ou associado com outros, contribui para a vida cultural, econômica, política e social da sociedade civil a que pertence. A participação é um dever a ser conscientemente exercitado por todos de modo responsável e em vista do bem comum*”.¹⁷
22. Estes princípios oferecem bases para uma reflexão oportuna sobre as responsabilidades no campo da saúde. Se é dever do Estado promover a saúde por meio de ações preventivas e oferecer um sistema de tratamento eficaz e digno a toda população, especialmente aos mais desprovidos de recursos, é, também, responsabilidade de cada família e cidadão assumir um estilo de viver que, por meio de hábitos saudáveis e de exames preventivos, contribua para evitar as doenças. Se cabe ao Estado providenciar toda a assistência médica aos enfermos, cabe à família o acompanhamento dedicado e carinhoso aos seus que adoecem. A família, o Estado e a Igreja têm funções distintas, mas complementares no processo de tratamento de seus membros adoecidos.

14 PONTIFÍCIO CONSELHO JUSTIÇA E PAZ. *Compêndio da doutrina social da Igreja*. São Paulo: Paulinas, 2005, p. 112.

15 *Ibid*, p. 111.

16 SRS, n.15.

17 PONTIFÍCIO CONSELHO JUSTIÇA E PAZ. *Compêndio da doutrina social da Igreja*. São Paulo: Paulinas, 2005, p. 114.

23. Pelos princípios de subsidiariedade e de participação, infere-se que os cidadãos e as entidades e organizações civis e religiosas precisam colaborar com o Estado na implementação das políticas de saúde, por meio dos espaços de controle social. Desta forma, cabe-lhes exigir do Estado o cumprimento de suas obrigações constitucionais, acompanhar e fiscalizar a qualidade dos serviços oferecidos, verificando a situação das estruturas de atendimento, a responsabilidade dos profissionais no exercício de suas funções.
24. A reflexão sobre estes princípios orientadores são importantes para que a ação evangelizadora, da Igreja e dos cristãos, possa se revestir de contundência e profetismo na área da saúde. Além da caridade na atenção aos enfermos, é necessário empenho por mudanças nas estruturas que geram enfermidades e mortes. Tais estruturas tornam-se visíveis nas situações de exclusão, na falta de condições adequadas e dignas de vida e no descaso, em certas circunstâncias, no atendimento oferecido aos usuários do sistema de saúde. Tudo isto é exposto não só pelos MCS, mas também pelos rostos sofridos e pelas mortes causadas pelo indigno atendimento.
25. *“A Igreja no Brasil sabe que ‘nossos povos não querem andar pelas sombras da morte. Têm sede de vida e felicidade em Cristo’. Por isso, proclama com vigor que ‘as condições de vida de muitos abandonados, excluídos e ignorados em sua miséria e dor, contradizem o projeto do Pai e desafiam os discípulos missionários a maior compromisso a favor da cultura da vida’.*¹⁸ A fidelidade ao projeto de salvação de nosso Senhor, que indicou o caminho do cuidado aos doentes como um dos mais genuínos sinais da realização do Reino, reclama da evangelização ações pela justiça em favor dos injustiçados, vivê-la profeticamente é ser fiel ao Evangelho.

18 DGAE, n. 66.

4. Contribuições recentes da Igreja no Brasil para a Saúde Pública

26. Em mais uma manifestação da preocupação da Igreja com a realidade social da população, em 1981, a Campanha da Fraternidade (CF) “Saúde e Fraternidade” apresentou o lema “Saúde para Todos”. A Campanha contribuiu para a reflexão nacional do conceito ampliado de saúde. Na época, o Papa João Paulo II escreveu, em sua mensagem para a Campanha, que a *“boa saúde não é apenas ausência de doenças: é vida plenamente vivida, em todas as suas dimensões, pessoais e sociais. Como o contrário, a falta de saúde, não é só a presença da dor ou do mal físico. Há tantos nossos irmãos enfermos, por causas inevitáveis ou evitáveis, a sofrer, paralisados, ‘à beira do caminho’, à espera da misericórdia do próximo, sem a qual jamais poderão superar o estado de ‘semimortos’”*.¹⁹
27. A discussão sobre a saúde foi retomada na CF de 1984, com o tema ‘Fraternidade e Vida’ e o lema ‘Para que todos tenham vida’, partindo da citação bíblica: *“pois eu estava com fome, e me destes de comer,... doente, e cuidastes de mim”* (Mt 25,35-36). Esta Campanha buscou ser um sinal de esperança para as comunidades cristãs e para todo o povo brasileiro, a fim de que, em um panorama de sombras e de atentados à vida, sentissem a luz de Cristo, que vence o egoísmo, o pecado e a morte, reforçando os princípios norteadores da valorização da vida, do início até o seu fim.
28. Tais iniciativas constituem em marcos importantes da ação da Igreja, tanto no campo da saúde como no da saúde pública, em nosso país. Por ser amplo o leque destas atividades, com satisfação identificam-se ações pastorais, próprias do múnus eclesial, que resultam em contribuição da Igreja para o cumprimento das ‘Metas do Milênio’, com as quais o governo brasileiro comprometeu-se perante a comunidade internacional, mobilizando diretamente vários de seus setores.

19 JOÃO PAULO II, *Mensagem ao povo brasileiro por ocasião da abertura da CF 1981*.

29. No início da década de 1990, a ONU (Organização das Nações Unidas), estabeleceu 8 metas de melhorias sociais a serem implementadas pelos países com *deficits* nestes indicadores. As “Metas do Milênio” tornaram-se referenciais para as ações sociais do governo e de entidades civis e religiosas, em prol da melhoria das condições de vida das populações. A saúde não só está contemplada entre as metas, como também ocupa o centro de suas atenções, com objetivos estipulados para serem alcançados até o ano de 2015. Desde então, são invidados esforços para a consecução dos objetivos, resultando em ações concretas de governos, Igrejas e sociedade. A seguir, são elencadas as “Metas do Milênio”. Na sequência, são abordadas as que estão grafadas em negrito.

	1	Reduzir pela metade o número de pessoas que vivem na miséria e passam fome.
	2	Educação básica de qualidade para todos.
	3	Igualdade entre os sexos e mais autonomia para as mulheres.
	4	Redução da mortalidade infantil.
	5	Melhoria da saúde materna.
	6	Combate a epidemias e doenças.
	7	Garantia da sustentabilidade ambiental.
	8	Estabelecer parcerias mundiais para o desenvolvimento.

a. A Redução da Mortalidade Infantil (quarto objetivo)

30. O Brasil é um dos países onde mais se reduziu a mortalidade infantil: de 69,12 óbitos por mil nascidos vivos, em 1980, para 19,88, em 2010, segundo dados da Revista *The Lancet*, em seu estudo Saúde no Brasil (2011). Este decréscimo de 71,23% é um avanço positivo e aconteceu basicamente graças ao SUS,

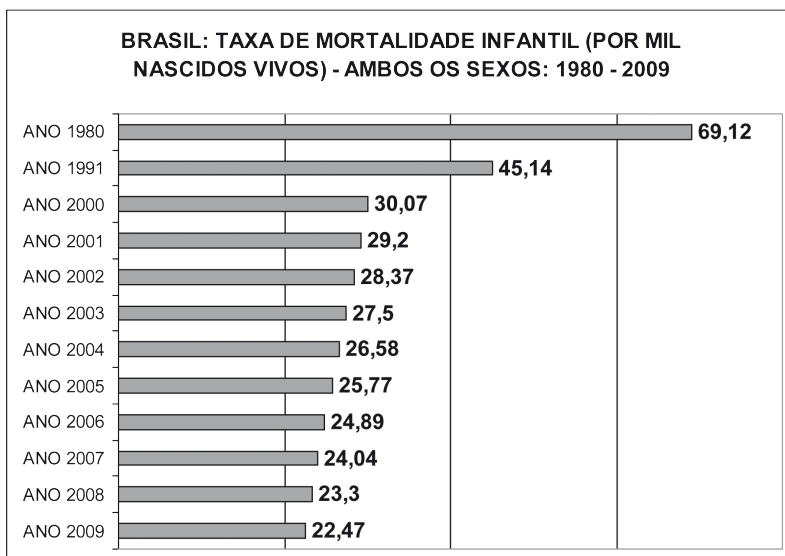
à participação da sociedade, ao maior incentivo ao aleitamento materno. Segundo o mesmo estudo, de 1970 a 2007, a duração média da amamentação materna aumentou de 2,5 para 14 meses.

31. Destaca-se, neste âmbito, o trabalho da Igreja por meio do engajamento das Pastorais Sociais, da Pastoral da Criança e da Pastoral da Saúde. A Pastoral da Criança, em suas ações, promove o desenvolvimento integral das crianças pobres, da concepção aos seis anos de idade, em seu contexto familiar e comunitário, com ações de preventivas de saúde, nutrição, educação e cidadania. O índice de mortalidade infantil, em 2010, foi de 9,5 mortes para cada mil nascidas vivas, quase metade da média nacional. Segundo o IBGE,²⁰ de 1998 a 2008, foram evitadas 205 mil mortes de crianças de zero a 1 ano de idade, havendo, neste período, redução de cerca de 30% da taxa de mortalidade infantil no país. Trata-se, pois, de um grande benefício proporcionado ao nosso povo carente, a partir da solidariedade e da fé com baixíssimo custo para a sociedade.
32. Uma das razões da significativa redução da mortalidade infantil, entre as crianças atendidas pela Pastoral da Criança, é o trabalho solidário e contínuo de inúmeros voluntários na promoção de ações básicas de saúde. Dentre elas, salienta-se a campanha de incentivo à utilização do soro caseiro, uma das mais conhecidas e bem sucedidas. Outra frente de mobilização dos agentes desta pastoral é a campanha pelo registro civil de nascimento, com grande impacto nas políticas de prevenção à mortalidade infantil.
33. O grande desafio para a continuidade e o avanço na diminuição da mortalidade infantil é o combate às afecções perinatais, relacionadas ao aparelho respiratório do bebê, às infecções intestinais (como as diarreias) e a outras complicações

²⁰ Fonte: Dados da Pastoral da Criança. Fonte: Folhas de Acompanhamento, digitadas até 13/04/2011, disponível também na internet: www.pastoraldacrianca.org.br. Acesso em: 07/07/2011.

de saúde antes, durante e logo após o parto, normalmente causadas por gestação de curta duração, baixo peso e infecções. Estas moléstias normalmente ocorrem nos primeiros 28 dias de vida da criança e são responsáveis, no país, por metade das mortes de crianças menores de 1 ano.

34. O quadro, a seguir, mostra o significativo decréscimo da mortalidade infantil, no Brasil, entre 1980 e 2009.



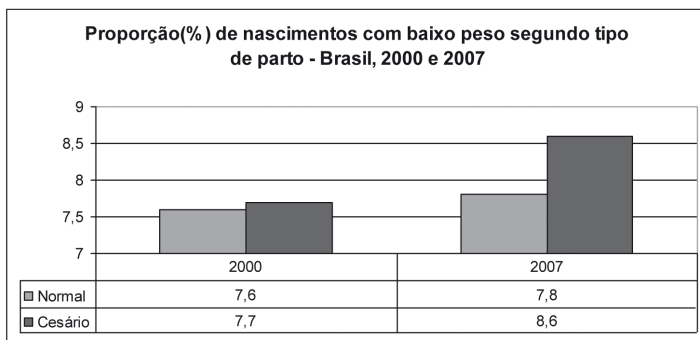
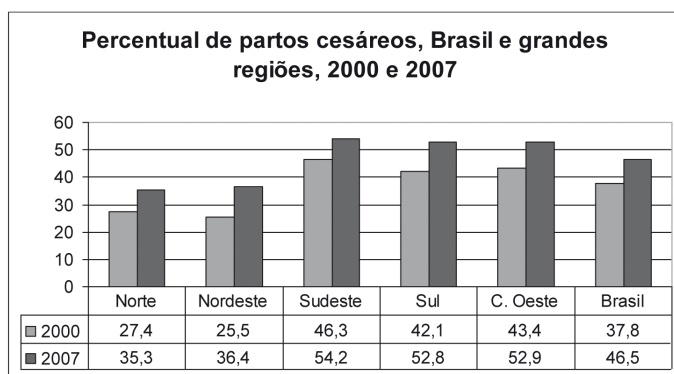
35. Os dados atuais indicam rápido declínio da mortalidade infantil no Brasil. Assim, o país deverá cumprir o quarto dos objetivos das ‘Metas do Milênio’. Pelo ritmo atual de queda da taxa da mortalidade infantil, haverá, em 2015, 15 óbitos de menores de um ano para cada mil nascidos vivos. Para efeito de comparação, o índice dos países mais desenvolvidos é de 2 a 5 em média.

b. Melhoria da saúde materna (quinto objetivo)

36. O quinto ojetivo das “Metas do Milênio” é a saúde materna. Graças ao envolvimento social, expandiu-se, no país, o apoio

integral às gestantes, com o oferecimento de orientação e supervisão nutricional às futuras mães; a valorização da vida, a partir da gestação; a preparação das gestantes para o aleitamento materno; o encaminhamento para as consultas de pré-natal.

37. Um dos temas preocupantes, ao se tratar do assunto da maternidade, é o da gravidez na adolescência, embora o Ministério da Saúde tenha detectado, no período de 2000 e 2008, redução de 9% no número de partos de adolescentes. A Igreja, como toda a sociedade, preocupa-se em virtude das consequências para estas parturientes e seus pais, para a comunidade e, principalmente, para as crianças nascidas em um cenário nem sempre favorável. Urge, pois, a oferta de melhor assistência às adolescentes gestantes, a fim de transmitir-lhes orientações quanto à sua saúde e sobre os cuidados adequados com seus bebês e, em casos extremos de gravidez indesejada, sobre o encaminhamento para adoção.



38. O Ministério da Saúde considera precoce a idade em que, no Brasil, ocorre a gravidez. Vinte por cento dos partos são de jovens entre 15 e 19 anos e 29%, entre 20 e 24 anos. O número de partos através de cesariana cresceu muito no Brasil, detentor, no presente, da maior taxa do mundo.²¹ Os partos por cesárea passaram de 38%, em 2000, para 47%, em 2007. Este é um procedimento de maior morbidade para a mãe e para a criança, Os bebês nascidos por este meio têm, em geral, peso menor do que os nascidos por parto natural. O acompanhamento pré-natal com, pelo menos, sete consultas ainda é baixo, mesmo com a melhora de 43,7% para 55,8%, em 2008.²²
39. Nas visitas domiciliares, os agentes de pastoral, ao encontrarem adolescentes grávidas e passam a acompanhá-las de perto, cooperando para que superem as dificuldades e os riscos que enfrentam neste processo e também as encaminhando para a supervisão pré-natal. Na visita domiciliar, os agentes procuram orientar a família sobre a importância do apoio e da compreensão deles para que a adolescente viva esse momento com serenidade, responsabilidade e amor.
40. A Pastoral da Criança acompanha também a implementação da Política de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento, existente desde o ano 2000 (Portaria 569/MS). O Ministério da Saúde estabelece, como dever de toda Unidade de Saúde, oferecer atendimento adequado, assistência médica, exames laboratoriais gratuitos, medicamentos, vacinas e outros tratamentos necessários (por exemplo, o odontológico e para anemias) a todas as gestantes, garantindo seu acesso ao acompanhamento de qualidade no pré-natal, na gestação, no parto e no puerpério.

21 *The Lancet*. Saúde no Brasil, maio de 2011. Acesse em: www.thelancet.com.br . Acesso em 07/06/2011.

22 Ministério da Saúde, 2010. Acesse em: www.portal.saude.gov.br . Acesso em: 07/06/2011.

c. Combate a epidemias e doenças (sexto objetivo)

41. A Igreja, nos últimos anos, empreendeu ações de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis – DST, especialmente em relação a AIDS e a sífilis. Seus agentes estendem sua solidariedade a pessoas e grupos portadores de outras doenças endêmicas, como hanseníase, dengue, influenza, tuberculose, cooperando na prevenção de tais enfermidades.
42. Desde abril de 2009, a Igreja contribui com o Programa Nacional de DST/AIDS, do Ministério da Saúde, que visa incentivar o diagnóstico precoce do HIV e da sífilis. Estão envolvidas, no Programa, as Pastorais da AIDS, da Criança, da Saúde, Familiar e as Sociais. Através de campanhas, orientam as pessoas a realizarem o teste anti-HIV a fim de evitar que a doença se manifeste. O diagnóstico tardio é uma das principais causas de mortes de quem tem HIV. A rede pública de saúde disponibiliza profissionais qualificados, testes, aconselhamento pré e pós-teste e vinculação à rede para os serviços de assistência, para as pessoas cujo teste HIV tenha sido positivo.
43. As ações da Igreja também se pautam pela disseminação da cultura da prática de hábitos e estilos de vida saudáveis. Elas procuram fazer eco aos alertas sobre os cuidados necessários em relação a doenças que se disseminam como a hipertensão (pressão alta) e a diabetes. Nos últimos anos, através de seus meios de comunicação e de sua capilaridade, a Igreja tem marcado importante presença na participação em campanhas de esclarecimentos sobre o câncer, o combate à dengue, ao consumo de álcool.
44. Em relação às doenças negligenciadas, as pastorais da Igreja também colaboram no esforço para a eliminação da hanseníase e da tuberculose. Na última década, a Igreja, por meio de suas pastorais afins, uniu-se aos grandes esforços para a eliminação da hanseníase, problema de saúde pública, divulgando informações sobre a identificação e a cura da doença. Os trabalhos se efetivam por meio de campanhas de sensibilização e de

educação em saúde, visando à promoção da saúde em todos os seus aspectos.

d. Garantia da sustentabilidade ambiental (sétimo objetivo)

45. Com o advento da industrialização, no século XVIII, o meio ambiente passou a sofrer alterações marcantes, cada vez mais aprofundadas, conforme se desenvolveram os meios tecnológicos e o consumo de bens industrializados. Na raiz deste processo, encontra-se a corrida desenvolvimentista desenfreada, liderada pelos países detentores de capitais para investimento tecnológico. Este movimento teve um efeito “cascata” negativo na natureza, ao expor a vida e o meio ambiente a elementos prejudiciais e agressores. Dentre tais consequências estão a poluição dos mananciais de água potável; a disseminação de campos eletromagnéticos; a poluição atmosférica; a contaminação por agrotóxicos; a contaminação de solos por resíduos; a ocorrência de desastres ambientais.²³
46. O estilo de vida dos indivíduos e das comunidades tornou-se fator preponderante no incremento das chamadas doenças da civilização (cardiovasculares, obesidade, diabetes, câncer, entre outras). Os danos causados ao meio ambiente provocam graves prejuízos à saúde, razão pela qual o ser humano deve procurar conciliar o desenvolvimento com a sustentabilidade do meio ambiente. A atual situação é grave, pois, segundo a OMS cerca de 2 milhões de pessoas morrem anualmente, no mundo, vítimas da poluição do ar. Em certas regiões, especialmente nos países em desenvolvimento, ela atinge níveis insuportáveis ao ser humano.²⁴

23 FILHO, J. K. A. *et al.* In. Neurobiologia, 73 (3) Julho/Setembro, 2010.

24 “a OMS apelou hoje a uma redução drástica dos níveis de poluentes nas cidades, propondo limites muito mais rigorosos do que aqueles que estão actualmente a ser aplicados em muitos países. A redução de 70 para 20 microgramas por metro cúbico dos níveis de um poluente específico conhecido como PM10, produzido principalmente pela combustão de combustíveis fósseis e de outros tipos, poderia fazer baixar em 15% por ano o número de mortes nas cidades, diz OMS ao publicar as suas novas orientações sobre a qualidade do ar (Air Quality Guidelines)”. <http://www.unric.org/pt/actualidade/6718> . Acesso em 28/06/2011. Acesso do site da OMS: www.who.int .

47. A estimativa é de que 80% de todas as moléstias e mais de um terço dos óbitos, nos países em desenvolvimento, sejam causados pelo uso de água contaminada. Em média, 10% do tempo produtivo das pessoas afetadas são perdidos em virtude de doenças relacionadas à água “potável”. Estas condições propiciam a disseminação de parasitoses intestinais, um grave problema para a saúde pública em algumas regiões do país. Os esgotos estão entre as importantes causas da deterioração da qualidade da água, em países em desenvolvimento, devido às toxinas que carregam, como pesticidas, metais pesados, resíduos industriais e outras substâncias. Geralmente, estes produtos contaminantes são oriundos de práticas amadoras e irregulares, por exemplo, as capinas químicas, em doses excessivas, em áreas de construção urbana. O descaso com os esgotos resulta em contaminação do lençol freático e compromete a pureza dos recursos hídricos, gerando inúmeras enfermidades.
48. Um debate importante refere-se ao modelo de organização e de ocupação do solo nas cidades. O crescimento contínuo da população urbana requer políticas públicas que atentem para questões como moradia, saneamento, transporte, acesso e qualificação ao trabalho, saúde, educação, cultura, de modo a viabilizar vida com qualidade e contribuir para a redução das desigualdades existentes.
49. Há atividades que visam à educação das famílias para a valorização da riqueza que o meio ambiente pode oferecer à saúde. Dentre elas, ressaltam especialmente a valorização das plantas e o desenvolvimento de práticas de medicina natural e caseira, uma tradição de nossa cultura, amplamente utilizada geração após geração. É fundamental, no entanto, respeitar as normas sanitárias vigentes e as condições de higiene recomendadas.
50. Catástrofes e tragédias de grandes proporções, como temporais, enchentes, secas, terremotos, deslizamentos de encostas e maremotos, são inevitáveis e continuarão a ocorrer. Entretanto, no século XXI, as condições para amenizar estes danos são

superiores às de outras épocas históricas. A ciência e a tecnologia disponíveis permitem ações de prevenção; políticas públicas de médio e longo alcance; utilização sustentável do solo; comunicação à população sobre alterações significativas de condições climáticas que coloquem vidas em risco. É necessário, porém, maior empenho na implantação de políticas públicas preventivas de médio e longo prazo.

51. O sistema jurídico brasileiro contempla a relação entre meio ambiente e saúde. O artigo 225, da Constituição Federal do Brasil, assegura que: *“Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para a presente e futuras gerações”*.²⁵ Assim, um meio ambiente ecologicamente equilibrado é vislumbrado por nossa Carta Magna. Ele deve, portanto, ser pleiteado pela população, por ações cidadãs reivindicatórias em benefício de sua saúde. A Igreja tem contribuído efetivamente neste sentido.
52. A temática do meio ambiente já foi, em anos anteriores, abordada pela Campanha da Fraternidade. Em 1979, com o tema “Por um mundo mais humano” e o lema “Preserve o que é de todos”, a CNBB propôs a discussão sobre a necessidade de despertar, no ser humano, o compromisso com a preservação. Em 1986, o tema foi “Fraternidade e terra” e o lema “Terra de Deus, terra de irmãos”; em 2002, “Fraternidade e povos indígenas” com o lema: “Por uma terra sem males”; em 2004, “Fraternidade e água” com o lema: “Água, fonte de vida”; em 2007, “Fraternidade e Amazônia” com o lema: “Vida e missão neste chão”; em 2011, “Fraternidade e a vida no planeta”, com o lema: “A criação geme em dores de parto”.
53. Este breve histórico demonstra que a Igreja está permanentemente preocupada com a preservação do meio ambiente e sua sustentabilidade. Ela o faz, impulsionada pela missão de

25 *Constituição Federal do Brasil*, 1988, n. 225.

defender a obra da Criação de nosso Deus e seu projeto de amor e vida. Neste sentido, tem procurado apontar soluções viáveis que ajudem o ser humano em sua relação com a mãe natureza e o engajamento efetivo nos grandes debates que ocorrem na sociedade referentes à questão. A Igreja está consciente de que a temática do meio ambiente é transversal aos assuntos pertinentes à saúde humana e fundamental para as reflexões sobre a vida, especialmente sobre a vida humana, em perspectiva de futuro.

5. Panorama atual da Saúde no Brasil

54. Nas últimas décadas, o setor da saúde passou por impressionantes transformações em importantes aspectos demográficos, epidemiológicos, nutricionais e tecnológicos. Segue uma exposição sobre estas mudanças que interferem diretamente na saúde da população.

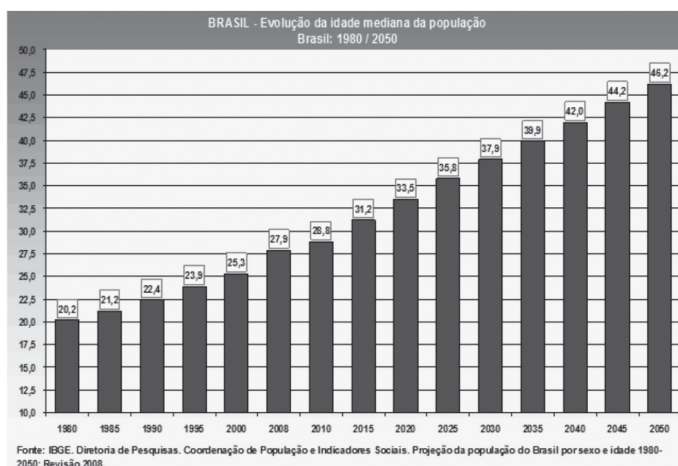
5.1. Fatores intervenientes na saúde em geral

55. A transição demográfica – a expectativa de vida no Brasil tem apresentado evolução significativa nas últimas décadas. Segundo o IBGE,²⁶ em 2008, a esperança de vida dos brasileiros, ao nascer, chegou a 72 anos, 10 meses e 10 dias. A média entre os homens é de 69,11 anos e, entre as mulheres, 76,71. De 1980 a 2000, a população de idosos cresceu 107%, enquanto a dos jovens de até 14 anos cresceu apenas 14%.²⁷ Em 1980, as crianças de 0 a 14 anos correspondiam a 38,25% da população e, em 2009, elas representavam 26,04%. Entretanto, o contingente com 65 anos ou mais de idade pulou de 4,01% para 6,67% no mesmo período. Em 2050, o primeiro grupo representará

26 IBGE. Diretoria de Pesquisa. Coordenação de População e indicadores Sociais. *Projeção da População do Brasil por sexo e idade* 1980-2050 – Revisão 2008.

27 Ministério da Saúde. *Vigilância de Doenças Crônicas não Transmissíveis*, 2011. Acesse em: www.saude.gov.br. Acesso em 07/06/2011.

13,15%, ao passo que a população idosa ultrapassará os 22,17% da população total.



56. A melhoria, no Brasil, das condições de vida em geral trouxe maior longevidade à população. O número de idosos aumentou e já chega a 21 milhões de pessoas. As projeções apontam para a duplicação deste contingente nos próximos 20 anos, ou seja, ampliação de 8% para 15%. Por outro lado, o percentual de crianças e jovens está em queda. Uma das explicações para este fato é a diminuição do índice de fecundidade por casal, que, em 2008, caiu para 1,8 filhos, o que aproxima o Brasil dos países com as menores taxas de fecundidade. Como a mortalidade infantil ainda é alta em relação aos melhores indicadores - 19,88 óbitos por mil nascidos vivos em 2010²⁸ - verifica-se a preocupante diminuição percentual da faixa etária mais jovem. Portanto, uma impactante transição demográfica está em curso no país.
57. A julgar pelas projeções, esta transição demográfica mudará a face da população brasileira. Segundo estimativas, em 2050, haverá 100 milhões de indivíduos com mais de 50 anos, causando reflexos diretos no campo da saúde. De acordo com o

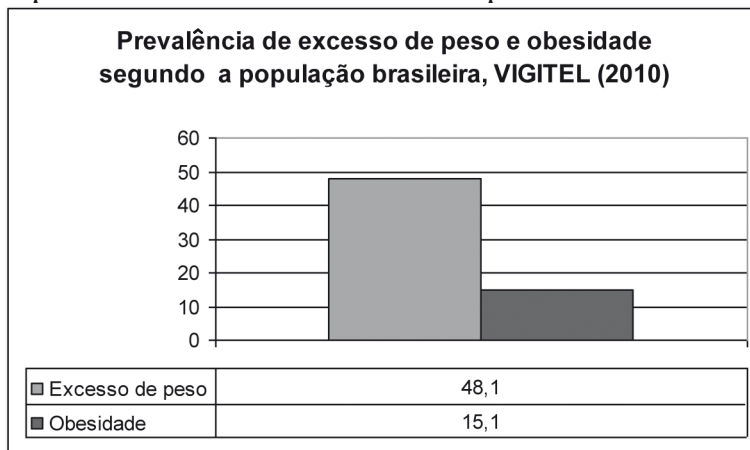
28 *The Lancet*. Saúde no Brasil, maio de 2011. Acesse em: www.thelancet.com.br. Acesso em 07/06/2011.

Suplemento de Saúde da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio) e 2008, apenas 22,6% dos idosos declararam não ter doenças. Entre aqueles com 75 anos ou mais, este percentual caiu para 19,7%. Quase metade (48,9%) dos idosos sofria de mais de alguma doença crônica, especificamente na faixa a partir de 75 anos, o percentual atingia 54%. A hipertensão afeta metade dos idosos. Dores na coluna, artrite, reumatismo são doenças muito comuns entre as pessoas de 60 anos ou mais.

58. A Igreja atenta a este novo perfil que se desenha na população brasileira, por meio da Pastoral da Pessoa Idosa, empreende ações para a consolidação dos direitos das pessoas nesta etapa da vida e tenham acesso a políticas públicas de saúde e à assistência social, que a idade requer. Contribui, assim, para que sejam valorizados e tenham as condições para viver dignamente no ocaso da vida, numa sociedade acostumada a descartar o que não se enquadra na lógica da produtividade. Em 2010, a Pastoral da Pessoa Idosa acompanhou 188.767 pessoas idosas, em 5.435 comunidades, de 1.343 paróquias, 878 municípios e 26 Estados.
59. Os dados desta projeção indicam que, se não for implantada uma política agressiva de prevenção de doenças e promoção da vida saudável, haverá uma população de idosos com vários problemas de saúde, o que transtornará o sistema de saúde e dificultará seu financiamento. Esta projeção aponta para o necessário trabalho de identificação precoce dos fatores de risco para doenças como problemas cardiovasculares (como a hipertensão arterial); tabagismo; diabetes; sedentarismo; obesidade; dislipidemias (colesterol e/ou triglicérides aumentados), bem como para doenças relacionadas à dependência química. Por terem repercussões no indivíduo, na família e na sociedade, elas devem ser prioridade de qualquer gestor de saúde. Este diagnóstico indica a urgência da implantação de políticas sérias e adequadas.
60. A transição epidemiológica também se faz presente como fator interveniente na saúde. No passado recente, doenças infecto-parasitárias, com desfecho rápido, eram as principais causas de morte

na população brasileira, chegando a 26% do total de mortes.²⁹ Nas últimas décadas, porém, este cenário modificou-se e tais doenças, atualmente, representam apenas 6,5% dos óbitos. No entanto, as doenças crônico-degenerativas (como diabetes, hipertensão, demências), os cânceres (neoplasias) e as causas externas (mortes violentas) assumiram o papel de principais causas de mortalidade. O tratamento e a reabilitação dos pacientes acometidos por estas doenças figuram entre os altos custos do sistema de saúde.

61. A transição tecnológica - na medicina atual, a tecnologia assume papel cada vez mais significativo. A incorporação de novos artefatos é sempre bem vinda, pois adiciona qualidade aos tratamentos curativos ou paliativos. A agregação de tais avanços levanta, no entanto, algumas discussões, por implicar altos custos e por trazer o perigo de relegar a plano secundário a necessária humanização no tratamento dos pacientes.
62. A evolução tecnológica geralmente agrega benefícios, facilidades e precisão, mas é preciso lembrar que o incremento tecnológico não deve substituir a relação humana nem desumanizar o atendimento à saúde. A incorporação dos avanços de última geração no sistema de atendimento à saúde deve, portanto, preservar o senso humanitário e o respeito ao ser humano.



29 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), 2009. Acesse em: www.ibge.gov.br . Acesso em 07/06/2011.

63. A transição nutricional proporcionou mudança no padrão físico do brasileiro. O excesso de peso ou sobrepeso e a obesidade (índice de massa corpórea entre 25 e 30 e acima de 30, respectivamente) explodiram. Segundo o IBGE, em 2009, o sobrepeso atingiu mais de 30% das crianças entre 5 e 9 anos de idade; cerca de 20% da população entre 10 e 19 anos; 48% das mulheres; 50,1% dos homens acima de 20 anos.³⁰ Segundo dados,³¹ 48,1% da população brasileira estão acima do peso, 15% são obesos.
64. Esses números acenam para um quadro de verdadeira epidemia. Desde 2003, a POF³² indica que as famílias estão substituindo a alimentação tradicional na dieta do brasileiro (arroz, feijão, hortaliças), pela industrializada, mais calóricas e menos nutritiva, com reflexos no equilíbrio do organismo, podendo resultar em enfermidades, por exemplo, no descontrole da pressão arterial.

6. Grandes preocupações na saúde pública no Brasil

65. Conforme o contexto delineado, é possível extrair 5 temas pre-ocupantes para a saúde atualmente: doenças crônicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, cânceres, doenças renais crônicas e outras); doenças transmissíveis (AIDS, tuberculose, hanseníase, *influenzae* ou gripe, dengue e outras); fatores comportamentais de risco modificáveis (tabagismo, dislipidemias por consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal, obesidade, ingestão insuficiente de frutas e hortaliças, inatividade física e sedentarismo); dependência química e uso crescente e disseminado de drogas lícitas e ilícitas (álcool, crack, opi e outras); causas externas (acidentes e violências).

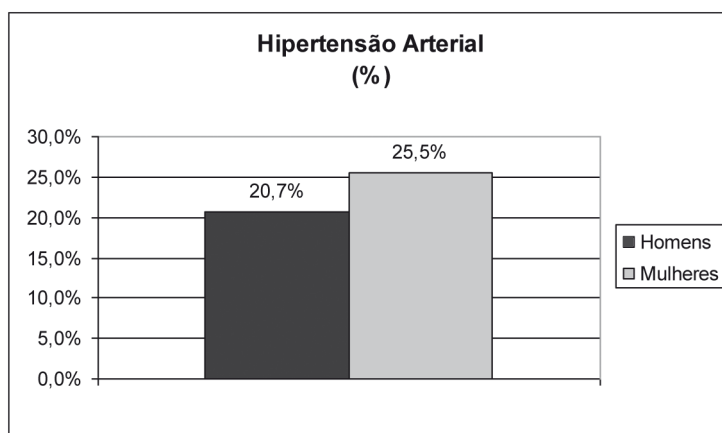
30 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). POF (*Pesquisa de Orçamento Familiar*), 2009. Acesse em: www.ibge.gov.br. Acesso em 07/06/2011.

31 VIGITEL Brasil 2010. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Ministério da Saúde, 2011.

32 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). POF (*Pesquisa de Orçamento Familiar*), 2009. Acesse em: www.ibge.gov.br. Acesso em 07/06/2011.

a. Doenças não Transmissíveis (DNT)

66. Essas doenças representam sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda. Estimativas da OMS (Organização Mundial de Saúde) mostram que as DNT são responsáveis por 58,5% das mortes ocorridas no mundo e por 45,9% das enfermidades que acometem as populações. Em 2005, cerca de 35 milhões de pessoas no mundo morreram por doenças crônicas, o que corresponde ao dobro das mortes relacionadas às doenças infecciosas.³³
67. Em 2007, as DNT respondiam por aproximadamente 67,3% das causas de óbitos no Brasil e representavam cerca de 75% dos gastos com a atenção à saúde. As doenças cardiovasculares correspondiam às principais causas, com 29,4%, de todos os óbitos declarados.³⁴



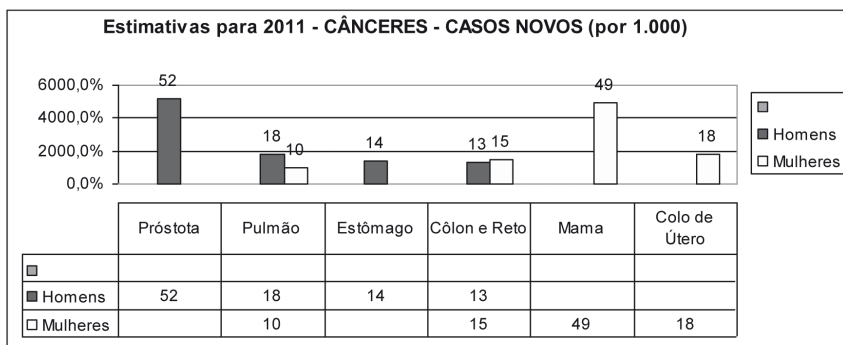
68. Segundo o Ministério da Saúde, estima-se que a hipertensão atinja 23,3% dos brasileiros, ou seja, 44,7 milhões de pessoas. Deste montante, apenas 33 milhões têm ciência de seu diagnóstico ou de diagnóstico autoreferido. Apenas 19% têm a pressão

33 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. POF (Pesquisa de Orçamento Familiar), 2009. Acesse em: www.ibge.gov.br . Acesso em 06/07/2011.

34 Ministério da Saúde, 2010. Acesse em: www.portal.saude.gov.br . Acesso em:07/06/2011.

sob controle entre aqueles que estão em tratamento. Em relação ao gênero, a hipertensão atinge mais as mulheres (25,5%) do que os homens (20,7%). O diagnóstico de hipertensão arterial torna-se mais comum com o avanço da idade, atingindo em torno de 50% das pessoas acima de 55 anos.³⁵

69. Em relação ao diabetes, estimativas apontam para 11 milhões de portadores, sendo que somente 7,5 milhões sabem que são portadores e nem todos se tratam adequadamente.³⁶



70. Em 2008, segundo a IARC (Agência Internacional para Pesquisa em Câncer) e a OMS (Organização Mundial da Saúde), houve 12 milhões de novos casos de câncer em todo o mundo, com 7 milhões de óbitos por este motivo.³⁷ No Brasil, para o ano de 2011, as estimativas apontam para a ocorrência de 489.270 novos casos de câncer.³⁸ Os tipos mais incidentes, excluindo o câncer de pele, não melanoma (113 mil novos casos), devem ser, nos homens, o câncer de próstata (52 mil), pulmão (18 mil),

35 MACHADO, C. A. *O custo social das doenças cardiovasculares*. Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2011.

36 VIGITEL Brasil 2010. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Ministério da Saúde, 2011.

37 OLIVEIRA, C. *Médicos elogiam remédio gratuito, mas defendem melhor atendimento e prevenção*. Rede Brasil Atual, publicado em 05/02/2011. Acesse em: www.redebrasilatual.com.br/temas/saude/2011. Acesso em 06/07/2011.

38 Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Introdução, Estimativa 2010. Relatório da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC)/OMS (World Cancer Report, 2008)*. Acesse em: www.inca.gov.br. Acesso em 07/06/2011.

estômago (14 mil), cólon e reto (13 mil) e, nas mulheres, o câncer de mama (49 mil), colo de útero (18 mil), cólon e reto (15 mil), pulmão (10 mil).³⁹ Segundo o Ministério da Saúde,⁴⁰ desde 2003, as neoplasias malignas constituem a segunda causa de morte na população. Em 2007, elas representaram cerca de 17% dos óbitos de causa conhecida no país.

71. Conforme dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia,⁴¹ quase 1 milhão de brasileiros têm problemas renais, no entanto 70% ainda não o sabem. A doença renal crônica caracteriza-se por um quadro de evolução lenta, progressiva até a perda irreversível da função renal (quando os rins deixam de filtrar o sangue). As doenças renais matam pelo menos 15 mil pessoas por ano, no Brasil. Esse tipo de enfermidade é responsável pelo consumo de até 10% de toda a verba destinada a hospitais, clínicas, médicos e medicamentos, chegando a cerca de R\$ 1,4 bilhão ao ano. Dos 150 mil pacientes que deveriam estar em diálise, apenas 70 mil conseguem receber tal tratamento.⁴²
72. Pelos critérios do Ministério da Saúde, quando um paciente atinge a média de 10% das funções renais, precisa entrar em diálise até conseguir o transplante, caso preencha os critérios de receptor de órgãos. A cada ano, 20 mil novos brasileiros entram na fila do tratamento. Diante deste quadro, o número expressivo de procedimentos renais que ocorrem na rede pública a cada ano – 3 mil transplantes e cerca de 25 mil transplantados em acompanhamento – ainda fica bem aquém das necessidades reais da população. Eis uma área da saúde que reclama mais investimentos para atender a demanda.

39 Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Introdução, Estimativa 2010. Relatório da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC)/OMS (World Cancer Report, 2008)*. Acesse em: www.inca.gov.br. Acesso em 07/06/2011.

40 *Ibid.*

41 *Ibid.*

42 Sociedade Brasileira de Nefrologia. *Campanha de prevenção de doenças renais, 2010*. Acesse em: www.sbn.org.br. Acesso em 07/06/2011.

b. Doenças Transmissíveis

73. Os números da AIDS no Brasil (doença já manifesta), atualizados até junho de 2010, contabilizam 592.914 casos registrados desde 1980. A expansão da epidemia continua estável. A taxa de incidência oscila em torno de 20 casos de AIDS por 100 mil habitantes. Em 2009, foram notificados 38.538 novos casos da doença, sendo que, em 87,5% deste montante,⁴³ a transmissão ocorreu por via heterossexual.
74. Atualmente, ainda há mais casos da doença entre os homens do que entre as mulheres, mas essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos. A faixa etária entre 30 e 49 anos é a de maior incidência de AIDS, em ambos os sexos. Chama atenção a faixa etária de 13 a 19 anos, em que o número de casos de AIDS é maior entre as mulheres. Em 1989, a razão era de cerca de 6 casos de AIDS no sexo masculino para cada 1 caso no sexo feminino. Em 2009, chegou a 1,6 casos em homens para cada 1 em mulheres.⁴⁴
75. Segundo dados do Boletim Epidemiológico AIDS⁴⁵ a tendência é de queda na incidência de casos em crianças menores de cinco anos. Considerando o período entre os anos de 1999 e 2009, a redução chegou a 44,4%.⁴⁶ O resultado confirma a eficácia da política de redução da transmissão vertical do HIV (da mãe para o bebê) e outras medidas de prevenção, como a ampliação do diagnóstico do HIV/AIDS, já que as pessoas que conhecem a sua sorologia podem se tratar para evitar novas infecções.
76. O Brasil, entre 2008 e 2010, reduziu de 73.673 para 70.601 o número de novos casos de tuberculose, o que representa cerca de 3 mil novos casos a menos, no período. Com a redução, a

43 Sociedade Brasileira de Nefrologia. *Campanha de prevenção de doenças renais, 2010*. Acesse em: www.sbn.org.br. Acesso em 07/06/2011.

44 Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Dados e Pesquisas*. Ministério da Saúde, 2011. Acesse em: www.aids.gov.br. Acesso em 07/06/2011.

45 *Ibid.*

46 Presidência da República Federativa do Brasil. *Brasil reduz em 3 mil o número de novos casos de tuberculose entre 2008 e 2010*. Portal Brasil, 24/03/2011. Acesse em: www.brasil.gov.br/noticias/arquivos

taxa de incidência (número de pacientes por 100 mil habitantes) baixou de 38,82 para 37,99,⁴⁷ porém a tuberculose ainda é a terceira causa de óbitos por doenças infecciosas e a primeira entre pacientes com AIDS. Estes são números positivos, porém eles ainda demonstram ser a tuberculose um dos principais problemas de saúde pública do Brasil, exigindo esforços para acelerar a diminuição de sua ocorrência.

77. A Igreja somou esforços com a sociedade para oferecer informações atualizadas visando à superação dos preconceitos e do estigma em relação à hanseníase, uma doença que tem cura! O objetivo da Igreja é ajudar as pessoas a começarem, o quanto antes, o tratamento desta doença. Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, cerca de 47.000 novos casos são detectados a cada ano, sendo 8% deles em menores de 15 anos.⁴⁸ A detecção de novos casos especificamente nesta faixa etária foi adotada como principal indicador de monitoramento da endemia, com a meta de redução estabelecida em 10% até 2011.
78. O domicílio é apontado como importante espaço de transmissão da doença, embora ainda existam lacunas de conhecimento quanto aos prováveis fatores de risco implicados, especialmente aqueles relacionados ao ambiente social. A hanseníase apresenta tendência de estabilização dos coeficientes de detecção no país, mas eles ainda estão em patamares muito altos nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste. Essas regiões concentram 53,5% dos casos detectados em apenas 17,5% da população brasileira.⁴⁹ O controle desta doença é baseado no diagnóstico precoce dos casos, seu tratamento (sem interrupção) e cura. Busca-se também eliminar fontes de infecção e evitar sequelas.

47 Situação da Hanseníase no Brasil. Pastoral da Criança. Acesse em: www.pastoraldacrianca.org.br. Acesso em: 07/06/2011.

48 Vigilância em Saúde: *situação epidemiológica da hanseníase no Brasil*. Ministério da Saúde, 2008. Acesse em: www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos. Acesso em 07/06/2011.

49 Ministério da Saúde, 2010. Acesse em: www.portal.saude.gov.br. Acesso em: 07/06/2011.

79. É facilmente perceptível o temor frente às pandemias que rapidamente se espalham pelo mundo, devido à globalização. Chega a ser curioso, o homem se vangloriar de muitas conquistas e descobertas científicas, mas, ao mesmo tempo, ficar impotente frente à ação desconhecida e letal de um imperceptível e microscópico germe. Recentemente, um enorme pânico assombrou o planeta, por causa do surto de uma gripe denominada gripe A ou sorotipo H1N1. O vírus da influenza acomete, anualmente, no Brasil, cerca de 400 a 500 mil pessoas e mata de 3 a 4 mil indivíduos, sendo que 95% destes óbitos são de idosos.⁵⁰
80. Nas regiões mais quentes e úmidas do país, ainda se constata significativa frequência de doenças tropicais, dentre elas a malária e a dengue. A Organização Mundial da Saúde estima que entre 50 a 100 milhões de pessoas se infectam anualmente com as doenças tropicais em mais de 100 países⁵¹, exceto os da Europa. No Brasil, somente nos primeiros 9 meses do ano de 2010, 936 mil casos de dengue foram notificados ao Ministério da Saúde, sendo 14,3 mil graves, tendo ocorrido 592 mortes, no mesmo período.⁵²
81. Também, não se pode descuidar da doença de Chagas, em algumas regiões do Brasil ainda há um grande número de infectados. Não obstante, o Brasil ter recebido em 2006, da Organização Panamericana da Saúde, a Certificação Internacional de Eliminação da Transmissão desta doença, a erradicação definitiva da transmissão da doença requer a manutenção contínua de ações de controle e vigilância.

50 Organização Mundial da Saúde. *O mundo e as doenças tropicais*. Acesse em: www.who.int . Acesso em 07/06/2011.

51 Programa Nacional de *Controle da Dengue*. Ministério da Saúde, 2010. Acesse em: www.portal.saude.gov.br . Acesso em: 07/06/2011.

52 Organização Mundial da Saúde. *Causa de morte evitável*. Acesse em: www.who.int . Acesso em : 07/06/2010.

c. Fatores de Risco Modificáveis

82. O tabagismo é a principal causa evitável de morte no mundo.⁵³ É incontestável a associação entre o cigarro com suas mais de quatro mil substâncias tóxicas e os vários tipos de câncer (como de pulmão, boca, lábio, língua, laringe, garganta, esôfago, pâncreas, estômago, intestino delgado, bexiga, rins, colo de útero), bem como com diversas moléstias, por exemplo: derrame cerebral, ataque cardíaco, doenças pulmonares crônicas, problemas de circulação, úlceras, diabetes, infertilidade, bebês abaixo do peso, osteoporose, infecções no ouvido. Segundo a OPAS,⁵⁴ 90% dos casos de câncer de pulmão estão associados ao tabagismo.
83. O percentual de fumantes no país teve redução nas últimas décadas. Em 1989, representava um terço da população,⁵⁵ e, em 2010, foi reduzido para 15,1% da população adulta.⁵⁶ A OMS afirma que o tabagismo (dependência física e psicológica do cigarro), no Brasil, ainda mata cerca de 200 mil pessoas por ano. Segundo o INCA (Instituto Nacional de Câncer), pelo menos 2,7 mil não fumantes morrem no Brasil por ano devido a doenças provocadas pelo tabagismo passivo.⁵⁷ O fumante passivo possui 30% de chances a mais de desenvolver câncer de pulmão e 24% a mais de sofrer infarto e doenças cardiovasculares em relação a uma pessoa que não tenha nenhum tipo de contato direto com a fumaça do cigarro.
84. A prática regular de exercícios físicos está longe de fazer parte da rotina dos brasileiros. Em 2008, somente 10,2% da população

53 **Organização Pan-americana da Saúde.** *Organismo internacional de saúde pública dedicado a melhorar as condições de saúde dos países das Américas. Atua também como Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas e faz parte dos sistemas da Organização dos Estados Americanos (OEA) e da Organização das Nações Unidas (ONU).* Acesso em: www.opas.org.br.

54 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição*, 1989. Acesso em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 07/06/2011.

55 VIGITEL Brasil 2010. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Ministério da Saúde, 2011. Acesso em: 07/06/2011.

56 INCA (Instituto Nacional de Câncer). Acesso em: www.inca.gov.br. Acesso em: 07/06/2010.

57 VIGITEL Brasil 2010. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Ministério da Saúde, 2011. Acesso em: 07/06/2011.

com 14 anos ou mais tinha uma atividade física regular.⁵⁸ De acordo com dados,⁵⁹ 14,2% da população adulta não praticam nenhuma atividade física, nem durante o tempo de lazer nem para ir ao trabalho.

85. Em relação à primeira fase da vida, se anteriormente assombrava o índice da mortalidade infantil, agora preocupa o crescimento da obesidade. Através da relação entre altura, idade e peso, é possível saber o IMC (Índice de Massa Corporal) adequado para a idade da criança.
86. O crescimento do número de pessoas com sobrepeso e obesas, em um curto período, é uma tendência e constitui um desafio mundial a ser enfrentado. A OMS projetou que, em 2005, o mundo tinha 1,6 bilhões de pessoas acima de 15 anos com excesso de peso e 400 milhões de obesos (IMC acima ou igual a 30). A projeção para 2015 é ainda mais pessimista: 2,3 bilhões de pessoas com excesso de peso e 700 milhões de obesos, indicando aumento de 75% nos casos de obesidade em 10 anos.⁶⁰ No Brasil, há 48,1% de pessoas com excesso de peso, sendo 15% de obesos.⁶¹ Além das dificuldades naturais causadas pelo excesso de peso, a obesidade pode, ao longo do tempo, acarretar problemas à saúde do ser humano como hipertensão arterial e diabetes.

d. Dependência Química

87. O Escritório das UNODC (Nações Unidas contra Drogas e Crimes) mencionou, em um Relatório Mundial sobre Drogas⁶² (2008), que cerca de 5% da população mundial (208 milhões de pessoas)

58 VIGITEL Brasil 2010. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Ministério da Saúde, 2011. Acesso em: 07/06/2011.

59 Organização Mundial da Saúde. *Cenário da obesidade no mundo*. Acesse em: www.who.int. Acesso em: 06/07/2011.

60 VIGITEL Brasil 2010. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Ministério da Saúde, 2011. Acesso em: 07/06/2011.

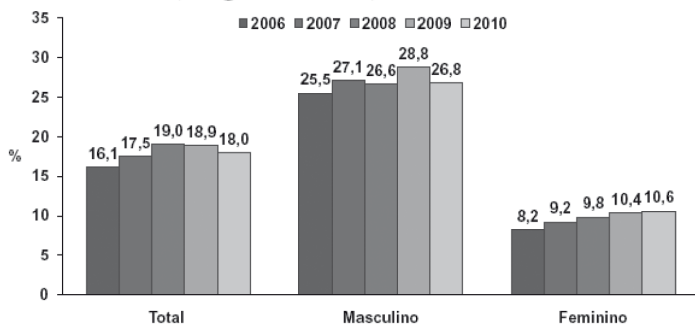
61 UNODC. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. *Relatório Mundial sobre Drogas, 2008*. Acesse em: www.unodc.org.br. Acesso em: 07/06/2011.

62 Ministério da Saúde, 2010. Acesse em: www.portal.saude.gov.br. Acesso em: 07/06/2011.

já fez uso de drogas ao menos uma vez. Esta pesquisa cita que o Brasil é o segundo maior mercado de cocaína das Américas, com cerca de 870 mil usuários adultos (entre 15 a 64 anos), atrás apenas dos Estados Unidos que têm cerca de 6 milhões de consumidores da droga.

88. O Brasil é o responsável pela maior quantidade de maconha apreendida na América do Sul, foram 167 toneladas em 2008. O consumo da maconha e do haxixe no Brasil aumentou duas vezes e meia: em 2001, 1% dos brasileiros consumia droga. Em 2005, o número chegou a 2,6% da população. Segundo o Ministério da Saúde, o crack poderá tirar a vida de, pelo menos, 25 mil jovens por ano no Brasil. A estimativa é que mais de 1,2 milhão de pessoas sejam usuárias de crack no país e cerca de 600 mil pessoas façam uso frequente de droga. A média de idade do início do uso é 13 anos.⁶³

Evolução da frequência de consumo abusivo de bebida alcoólica, segundo sexo, VIGITEL 2006 a 2010



Aumento significativo entre as mulheres (2006-2010) → $p < 0,001$

25 a 34 anos – 23%

89. Ultimamente, há notícias que indicam a rápida difusão de uma nova devastadora droga, já apreendida em todas as regiões do país. Trata-se do oxi, uma droga mais barata e de consequências ainda mais danosas para os usuários que o temível crack.

63 Ministério da Saúde, 2010. Acesse em: www.portal.saude.gov.br. Acesso em: 07/06/2011.

O oxi é produzido pela mistura de cocaína, combustível, cal virgem, cimento, acetona, ácido sulfúrico, soda cáustica e amônia. Pesquisas iniciais do Ministério da Saúde apontam que cerca de um terço (33%) dos usuários de oxi morrem no primeiro ano.⁶⁴ A dependência química, especialmente ao crack, tem levado milhares de jovens às prisões, os quais cometem pequenos delitos como furto de lojas para comprar drogas. Nesse sentido, cremos que em alternativas à prisão. como a justiça terapêutica.

90. A Pastoral Carcerária testemunha um elevado número de pessoas cuja saúde física e mental foram deterioradas devido à permanência na prisão por longo tempo e em condições desumanas e degradante, cuja escassa ventilação, distribuição reduzida de água e, pior, a superpopulação prisional, ou seja, onde se põe mais de 50 pessoas numa só cela, são propícias a proliferação de doenças e o agravamento das mesmas. Nesse sentido, cremos que em alternativas à prisão. como a justiça terapêutica, cujo tratamento é voltado à saúde do dependente químico.
91. A dependência do álcool é um dos graves problemas de saúde pública brasileiro. De acordo com o CEBRID,⁶⁵ atualmente 18% da população adulta consomem álcool em excesso, em contraposição aos 16,2% em 2006. A população masculina ainda é a maioria entre os que bebem em excesso (26,8%, em 2010), mas foi entre as mulheres que se deu o aumento mais expressivo na utilização da bebida alcoólica. Neste grupo, a taxa passou de 8,2%, em 2006, para 10,6%, em 2010.
92. O uso do álcool, além de causar sérios e irreversíveis danos a vários órgãos do corpo, está também relacionado a cerca de 60% dos acidentes de trânsito e a 70% das mortes violentas⁶⁶. O consumo do álcool vem crescendo em todos os setores da

64 VIGITEL Brasil 2010. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Ministério da Saúde, 2011. Acesso em: 07/06/2011.

65 CEBRID. *Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas*, 2010. Acesse em: www.unifesp.br/dpsicobio. Acesso em: 07/06/2011.

66 GPS, n. 422.

sociedade, independente de cor, raça, religião, condições financeiras de seus usuários, tanto em grandes centros urbanos como nas mais distantes áreas rurais.

93. Segundo o Documento de Aparecida, *“o problema da droga é como mancha de óleo que invade tudo. Não reconhece fronteiras, nem geográficas, nem humanas. Ataca igualmente países ricos e pobres, crianças, jovens, adultos e idosos, homens e mulheres. A Igreja não pode permanecer indiferente diante desse flagelo que está destruindo a humanidade, especialmente as novas gerações”*.⁶⁷

e. Causas Externas (acidentes e violências)

94. No Brasil, o número de mortes por causas externas (mortes violentas) já ocupa o terceiro lugar em relação aos óbitos da população em geral, só perdendo para as doenças cardiovasculares e as neoplasias (cânceres), e detém o primeiro lugar como causa de morte na faixa etária de 15 a 39 anos. Segundo um estudo sobre Saúde no Brasil, houve, no país, em 2007, 47.707 homicídios (36,4%) e 38.419 óbitos (29,3%) relacionados ao trânsito, constituindo juntos 67% do total de 131.032 óbitos por causas externas.⁶⁸
95. É assustador o alto número de acidentes de trânsito que acontecem pelo país, ceifando milhares de vidas. Eles também deixam inúmeros sobreviventes com sequelas irreversíveis, que passam depender muito do sistema de saúde e da família devido ao constante cuidado de que precisam. Dentre estas vítimas, muitas são crianças e jovens. Neste grupo, também há muitas vítimas de outros tipos de acidentes, ocorridos até mesmo nos lares.⁶⁹ No entanto, acidentes com crianças e adolescentes podem ser

67 DAp n. 422.

68 *The Lancet*. Saúde no Brasil, maio de 2011. Acesse em: www.thelancet.com.br. Acesso em: 07/06/2011.

69 No Brasil, cerca de 5 mil crianças morrem e 137 mil são hospitalizadas anualmente. Segundo relatório da OMS (2007), os acidentes por causas externas lideram no *ranking* da mortalidade infantil. Estudos mostram que 90% dos casos podem ser evitados com informações e educação por meio de ações multidisciplinares.

previstos e evitados com medidas apropriadas relacionadas à moradia e aos espaços de lazer. É importante que haja reflexão sobre o contexto no qual os acidentes ocorrem, em busca de alternativas para oferecer às crianças melhores condições de segurança.

96. É igualmente a preocupante escalada dos números de vítimas da violência doméstica. Mesmo com a existência da Lei Maria da Penha (lei n. 11.340/2006), só em 2010, foram feitos 734.416 registros, sendo 108.026 com relatos de violência e 63.831 especificamente referentes à violência física.⁷⁰

f. A Saúde bucal

97. Grande parte dos brasileiros não sabe que podem receber tratamento odontológico gratuito pelo SUS. Dados do IBGE, apurados em 1998, indicam que, até aquele ano, 30 milhões de brasileiros nunca tinham ido ao dentista. Segundo o levantamento nacional de saúde bucal, concluído em março de 2004 pelo Ministério da Saúde, 13% dos adolescentes nunca tinham ido ao dentista; 20% da população brasileira havia perdido todos os dentes; 45% dos brasileiros não tinham acesso regular à escova de dentes.
98. Frente a tal situação, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, o Programa Brasil Sorridente, visando ampliar o acesso da população ao tratamento odontológico. Trata-se de um programa estruturado e que não pretende apenas conceder incentivos para ações isoladas à saúde bucal.

g. Conceito e números atuais do sistema de saúde pública

99. A saúde pública pode ser compreendida como um conjunto de discursos, práticas e saberes que objetivam o melhor estado de saúde possível das populações, ou seja, ela se refere à saúde da coletividade. Os conceitos atualmente aplicados são

70 Ministério da Justiça, 2011. Acesse em: portal.mj.gov.br . Acesso em: 07/06/2011.

diferenciados, sendo que o escopo e o campo de práticas da saúde pública dependem de diversos fatores, tais como, a concepção do papel de Estado nos campos econômico e social e a concepção das responsabilidades individual e coletiva sobre a saúde e sobre os fatores intervenientes no processo saúde-enfermidade.

100. Deve-se, no entanto, enfatizar que o processo saúde-enfermidade de uma coletividade é resultante de diversos fatores sociais, políticos, econômicos, ambientais e biológicos. Destacam-se entre os determinantes sociais: a urbanização; e a industrialização crescente, bem como as condições de moradia, de saneamento básico, de nutrição e de alimentação, de escolarização, de recreação e lazer, de acesso aos serviços de saúde de trabalho, de emprego e de renda.⁷¹
101. Um dos conceitos mais citados, na literatura científica, no âmbito da saúde é aquele emitido, em 1920, por Winslow (1877-1957): *“Saúde Pública é a ciência e a arte de evitar a doença, prolongar a vida e promover a saúde física e mental, e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade, visando o saneamento do meio, o controle das infecções comunitárias, a educação do indivíduo nos princípios da higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e o tratamento da doença e o desenvolvimento dos mecanismos sociais que assegurarão a cada pessoa na comunidade o padrão de vida adequado para a manutenção da saúde, organizando estes benefícios de tal modo que cada indivíduo esteja em condições de gozar de seu direito natural à saúde e à longevidade”*.⁷²
102. Ressalte-se do extenso conteúdo, ser a saúde pública o esforço organizado da sociedade para ampliar as possibilidades de os indivíduos poderem gozar as melhores condições possíveis de saúde.
103. Em 2002, a Organização Panamericana de Saúde afirmou que a *“Saúde pública é o esforço organizado da sociedade, principalmente através de suas instituições de caráter público, para melhorar,*

71 FORTES, P.A. C., *Op. cit.* p. 122.

72 WINSLOW, C.E.A. *The untitled Field of public health*. Modern Medicine. N. 2 (1920), p. 183.

*promover, proteger e restaurar a saúde das populações por meio de atuações de alcance coletivo”.*⁷³

104. Este conceito revela a amplitude da ação da saúde pública, envolvendo a promoção da saúde, a prevenção específica das enfermidades, assim como medidas e serviços que atuem no sentido de restaurar e serviços que atuem no sentido de restaurar, “cuidar, tratar e reabilitar as pessoas em virtude das doenças e dos agravos à sua saúde.
105. Garantir para a população os direitos e os recursos previstos na Constituição Federal sobre a Seguridade Social (Assistência Social, Previdência Social e Saúde) é um dos principais desafios sociais na atualidade. Na contramão do que prevê a Constituição, são as famílias que mais gastam com saúde. Dados do IBGE⁷⁴ mostram que o gasto com a saúde representou 8,4% do Produto Interno Bruto (PIB) do país, em 2007. Do total registrado, 58,4% (ou 128,9 bilhões de reais) foram gastos pelas famílias, enquanto 41,6% (93,4 bilhões de reais) ficaram a cargo do setor público. As instituições sem fins lucrativos gastaram 2,3 bilhões de reais.

UNIDADES ASSISTENCIAIS PÚBLICAS	ADMINISTRADA PELO AMS
52 MIL	95,6%
LEITOS PÚBLICOS	HOSPITAIS PARTICULARES E FILANTROPICOS
152,8 MIL 35,4%	279,1 MIL 64,6%

106. Nos países ricos, 70% dos gastos com saúde são cobertos pelo governo e somente 30% pelas famílias, segundo o IBGE. Para especialistas na área de Saúde Pública, o gasto total com a saúde, em 2009, foi de R\$ 270 bilhões (8,5% do PIB), sendo R\$ 127 bilhões

73 ORGANIZACION PANAMERICANA DE SALUD. *La salud publica en las Américas*. Washington, OPS, 2002.

74 IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Acesse em: www.ibge.gov.br . Acesso em 07/06/2011.

(47% dos recursos ou 4% do PIB) de recursos públicos e R\$ 143 bilhões (53% dos recursos ou 4,5% do PIB) de recursos privados.⁷⁵

107. O orçamento da União para a Saúde, em 2011, é de R\$ 68,8 bilhões (Orçamento 2011, Lei Nº 12.381, de 09/02/2011).⁷⁶ Deste total, somente R\$ 12 bilhões serão investidos na atenção básica à saúde, por meio de programas do Ministério da Saúde, por exemplo, no ESF (Estratégia Saúde da Família), através de transferências fundo a fundo do PAB (Piso da Atenção Básica). Em 2010, foram gastos 9,9 bilhões.⁷⁷ Nesta conta, não estão computados os recursos próprios investidos por Estados e Municípios.
108. O Brasil conta com mais de 192 milhões de habitantes⁷⁸ e 5.565 municípios. Entretanto, vários municípios, principalmente das regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste, não dispõem de profissionais de saúde para os cuidados básicos, sendo que, em centenas deles, não há o profissional médico para atendimento diário à população.
109. Existem no Brasil, 52 mil unidades assistenciais públicas - AMS (Assistência Médica Sanitária), sendo 95% administrada pelos municípios, segundo dados do IBGE.⁷⁹ pesquisa referente à AMS revela que, dos quase 432 mil leitos de hospital no país, 152,8 mil (35,4%) pertenciam a hospitais públicos e 279,1 mil (64,6%) a hospitais particulares e filantrópicos.

7. Os determinantes sociais na saúde

110. Determinantes sociais de saúde são elementos relacionados à preservação ou à produção de saúde. Trata-se das condições

75 CARVALHO, G. *Domingueira do SUS*, publicada pelo Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA), 2011. Acesse em: www.idisa.org.br

76 Ministério da Saúde, 2011. Acesse em: www.portal.saude.gov.br . Acesso em: 07/06/2011.

77 *Ibid.*

78 IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Acesse em: www.ibge.gov.br . Acesso em: 07/06/2011.

79 *Idem. Pesquisa Assistência Médico Sanitária* IBGE, 2009. Acesse em: www.ibge.gov.br . Acesso em: 07/06/2011.

mais gerais socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade e têm relação com as condições de vida das pessoas, como: trabalho, habitação, saneamento básico, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação de qualidade, ligações das redes sociais e comunitárias.

111. Os determinantes sociais de saúde podem também ser caracterizados como políticas macroeconômicas, de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade, tendo em vista o desenvolvimento sustentável. Eles visam, pois, diminuir as desigualdades sociais e econômicas, a violência, a degradação ambiental, bem como seus efeitos sobre a sociedade.
112. Os determinantes sociais influenciam os estilos de vida das pessoas e geram diferenças nas regiões do Brasil. Por isso, as ações de saúde devem promover o enfrentamento das desigualdades, buscando a equidade e a inclusão, através do melhor conhecimento das relações entre as pessoas e de como elas vivem e trabalham.

8. Conceitos básicos do SUS⁸⁰

113. O SUS está estruturado a partir de princípios doutrinais e organizacionais. Os princípios doutrinais são arquitetônicos e apontam as coordenadas gerais para a estruturação do modelo de assistência de saúde, são eles: universalidade, integridade, equidade. Os princípios organizacionais dão roupagem à estrutura do SUS, são eles: regionalização, hierarquização, descentralização, racionalização e resolução, complementaridade do setor privado e participação da comunidade.
114. O princípio da universalidade traduz o que estabelece a Constituição, quando diz, logo no início da *Seção II*, “*A saúde é direito de todos*”. O Sistema de Saúde deve, portanto, atendimento a

80 Cf. Texto da Constituição Federal referente ao SUS, em ANEXO – I.

todo e qualquer cidadão.⁸¹ Do princípio da integralidade decorre a exigência de acesso a todos e a qualquer cidadão a todos os serviços que o Sistema de Saúde dispõe, desde vacinas até transplantes.⁸² O princípio da equidade visa assegurar que as ações e os serviços, em todos os níveis do sistema público de saúde, mesmo os mais sofisticados e caros, sejam oferecidos a todo cidadão, sem privilégios.⁸³

115. Há seis princípios organizativos.

- a. **Regionalização** – objetiva levar as ações do campo da saúde o mais próximo possível da população, para que sejam mais eficazes sobre as causas epidemiológicas, culturais e geográficas das doenças de cada área delimitada (CEAP, 2003).⁸⁴ Deste modo, os serviços se organizam em diversos âmbitos ou regiões, nas esferas municipal, estadual e federal.
- b. **Hierarquização** – as ações de saúde devem estar articuladas entre si de forma hierarquizada, desde o nível de **atenção primária** (procedimentos realizados nas unidades básicas de saúde ou postos de saúde como vacinas, curativos e consultas médicas na área de clínica geral, pediatria, obstetrícia e saúde bucal), passando pelo nível de **atenção secundária** (procedimentos realizados em ambulatórios especializados

81 Várias referências contribuíram para este item: *site do Conselho Nacional de Saúde* (acesse em: conselho.saude.gov.br); *Direito à saúde com controle social*, 2003 (Fórum Sul da Saúde, Fórum Regional da Saúde e CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular de Passo Fundo, outubro de 2003); *O direito humano à saúde e o seu sub-financiamento*, 2010 (CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular de Passo Fundo, outubro de 2003); *Participação da comunidade na saúde*, 2006 (Gilson Carvalho e CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular de Passo Fundo); *A Pastoral da Saúde e o Controle Social no SUS do Brasil, 2010/2011* e *A Pastoral da Saúde e o SUS no Brasil* (Cartilhas da Pastoral da Saúde Nacional para capacitação de agentes de pastoral).

82 BAPTISTA, T. W. F. *História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde (capítulo 1 do livro: Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do SUS)*. FIOCRUZ e Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007. Organizadores: Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes.

83 Ministério da Saúde, 2010. Acesse em: www.portal.saude.gov.br. Acesso em: 07/06/2011.

84 *Direito à saúde com controle social*, 2003 (Fórum Sul da Saúde, Fórum Regional da Saúde e CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular de Passo Fundo, outubro de 2003). Acesso em: 07/06/2011.

e em hospitais de baixa complexidade, como internações e cirurgias simples, inclusive partos), até o nível de **atenção terciária** (procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados em hospitais de maior complexidade e resolutividade). Alguns autores ainda consideram didaticamente a existência de serviços de **atenção quaternária** (como hospitais especializados e com alto nível tecnológico, sendo geralmente instituições de ensino e pesquisa).

- c. **Descentralização** – propõe a distribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, pois a decisão ocorrendo mais próxima do fato, as chances de acerto aumentam.⁸⁵
- d. **Racionalização e Resolução** – são norteadores para que ações e serviços de saúde sejam definidos e organizados de modo a responder aos problemas de determinada região. Objetiva resolver os problemas de saúde sem desperdícios.⁸⁶
- e. **Complementaridade do setor privado** – a Constituição Cidadã de 1988, inspirando-se nesse princípio, definiu que, em caso de insuficiência do setor público, é permitido recorrer à contratação de serviços privados, por meio de contratos ou convênios. Há, porém, **três condições**: celebração de contrato, conforme as normas de direito público; a instituição privada esteja de acordo com os princípios básicos e as normas técnicas do SUS; os serviços privados ocorram com a mesma lógica organizativa do SUS. A **preferência na escolha dos serviços privados deve recair sobre aqueles sem fins lucrativos** (setor filantrópico como as Santas Casas e os hospitais católicos).⁸⁷

85 Ministério da Saúde, 2010. Acesse em: www.portal.saude.gov.br. Acesso em: 07/06/2011.

86 **Direito à saúde com controle social**, 2003 (Fórum Sul da Saúde, Fórum Regional da Saúde e CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular de Passo Fundo, outubro de 2003).

87 Ministério da Saúde, 2010. Acesse em: www.portal.saude.gov.br. Acesso em: 07/06/2011. Resolução 333 do Conselho Nacional de Saúde, novembro de 2003. Acesse em: conselho.saude.gov.br. Acesso em: 07/06/2011.

- f. **Participação da comunidade** – oferece garantias constitucionais à **população de participação nos processos de tomada de decisão, sobretudo através de entidades representativas**.⁸⁸ A participação se dá nas **instâncias colegiadas do SUS** (Conselhos e Conferências de Saúde), em cada esfera de governo, e **visa ao exercício do controle social sobre o SUS**. (CEAP, 2003). Esta participação deve ser paritária entre os diversos atores sociais (50% usuários, 25% trabalhadores e 25% gestores e prestadores de serviço).⁸⁹
116. **Os Conselhos e as Conferências de Saúde** merecem atenção especial, por serem espaços de participação democrática por meio dos quais se pode avançar na melhoria dos serviços públicos. Os Conselhos têm caráter deliberativo e a função **exercer o papel** de formulação, acompanhamento e controle permanente das ações do governo em seus três níveis. Assim se estabelece um canal permanente de relação entre o gestor, os prestadores de serviço, os trabalhadores e a população usuária. As **Conferências de Saúde** têm por objetivo **avaliar**, periodicamente (a cada 4 anos), **o panorama da saúde e propor diretrizes para a política de saúde** nos níveis correspondentes. É convocada pelo poder executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde.⁹⁰
117. **Para que a implantação do SUS se realize segundo os princípios constitucionais**, ele **necessita de incremento** de recursos financeiros, melhor organização, diminuição dos desperdícios e das irregularidades e estabelecimento de prioridades no atendimento em benefício das classes sociais mais desfavorecidas, social e economicamente.⁹¹
118. **O orçamento anual da saúde** é constituído por, no mínimo, 15% da arrecadação municipal e 12% da estadual. Esses recursos,

88 BAPTISTA, T. W. F. *Op. cit.*

89 Resolução 333 do Conselho Nacional de Saúde, novembro de 2003. Acesse em: conselho.saude.gov.br Acesso em: 07/06/2011.

90 BAPTISTA, T. W. F. *Op. cit.*

91 FORTES, P. A. C. *Op. cit.* p. 22-27.

somados aos provenientes da esfera federal, têm obrigatoriamente que ser administrados com a participação popular. Isto pode evitar práticas de corrupção ou o uso de cargos da administração pública como moeda eleitoral, que normalmente alça a tais cargos pessoas despreparadas para uma área de vital importância para a população. Quando houver tais fatos, eles devem ser conduzidos ao Ministério Público.

119. Os desafios constatados em relação ao SUS requerem o exercício da cidadania comprometida com melhorias sociais, como no sistema de saúde público. Trata-se de um direito de todos, assegurado pela Constituição. Assim como para o advento do SUS concorreu a ação dos movimentos populares, agora eles precisam se mobilizar para que se dê a efetiva implantação.⁹²

9. A problemática do financiamento da saúde pública no Brasil

120. Apesar do avanço que significou a criação do SUS, o Brasil está longe de dedicar atenção à saúde pública semelhante à dos países que contam com um sistema público e universal, como Reino Unido, Suécia, Espanha, Itália, Alemanha, França, Canadá e Austrália⁹³. Para atestar esta afirmação, basta lembrar que, em 2008, enquanto o SUS gastou 3,24% do PIB, o gasto público em saúde nos países mencionados foi, em média, 6,7%.⁹⁴
121. O SUS teve que disputar recursos com outros ramos da seguridade social (Assistência Social e Previdência Social) desde o primeiro momento, quando as formas de sua implementação ainda estavam sendo elaboradas. Na época, foi garantido no Ato

92 BAPTISTA, T. W. F. *Op. cit.*

93 MARQUES, R. M. e MENDES, Á. *A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008*. Artigo do projeto de pesquisa "Sistemas de proteção social brasileiro e cubano", financiado pelo CNPq (processo n. 620006/2008-0) e realizado pelos Programas de Pós-Graduação em Política Social (UFES), em Economia Política (PUC/SP) em Serviço Social (PUC/RS) e a Universidade de Havana (Cuba), agosto de 2010.

94 Organização Mundial da Saúde. Acesse em: www.who.int . Acesso em: 06/07/2011.

das Disposições Transitórias que, enquanto não fosse regulamentada a lei de custeio da Seguridade Social, pelo menos 30% do total de seus recursos deveriam ser destinados para a saúde. Os anos que se seguiram à Constituição de 1988 são caracterizados pela tensão permanente entre dois princípios: a construção da universalidade e a contenção de gastos na saúde.⁹⁵

122. Estudos e análises de experiências concretas de distribuição intergovernamental de recursos financeiros para a promoção de equidade no Brasil é uma árdua e complexa tarefa. Ela torna-se, porém, indispensável para a compreensão das várias dimensões a considerar quando se busca reduzir desigualdades no processo saúde/doença/saúde, seja de indivíduos, seja de coletividades. Tais experiências contrariam a descentralização da saúde no país, considerando que os estados e municípios têm pouca margem de manobra para implementar, com recursos próprios, políticas específicas, sintonizadas com suas prioridades locais, quer pela escassez destes recursos, quer por entraves jurídicos e burocráticos e/ou administrativos.⁹⁶
123. Os recursos financeiros destinados à saúde pública em todo o Brasil são insuficientes. Várias propostas de lei para regulamentar os repasses à saúde foram colocadas em debate no Congresso Nacional, mas, até hoje, nenhuma foi aprovada em definitivo. Até um novo imposto sobre movimentação financeira foi criado para custear a saúde, a CPMF, no entanto ele foi usado para melhorar os números da arrecadação tributária brasileira e não representou, em nenhum momento, agregação de novos recursos à saúde pública no período de sua vigência, até 2007.
124. Desde 1999, há, no Congresso Nacional, uma proposta de regulamentação destes repasses através da **Emenda Constitucional 29** (EC 29). Além de definir um repasse mínimo do governo federal

95 MARQUES, R. M. e MENDES, *Op. Cit.*

96 RIBEIRO, P. Departamento Ciências da Saúde ENSP/FIOCRUZ - vol. 10 Nº 2 Rio de Janeiro Abril/Junho, 2005.

(corrigido pelo PIB), dos governos estaduais (de 12%) e dos municípios (de 15%), a EC 29 também define ações e serviços em saúde, caracterizando o que realmente pode ser gasto em saúde e propõe medidas de sanção ou punição aos maus gestores que descumprirem as determinações. É preocupante o não cumprimento sistemático, por muitos governantes, do mínimo de investimento na saúde, ocasionando um arriscado e perigoso subfinanciamento na saúde pública, sob a argumentação de que a Emenda não foi regulamentada (pelo menos até junho de 2011).

125. Por mais de uma década, os esforços empreendidos não foram suficientes para vencer o comodismo das centenas de parlamentares brasileiros que, por motivos diversos, não se interessam ou colocam empecilhos para o avanço desta vital regulamentação para o maior patrimônio da saúde pública: o SUS. Há, no entanto, um fundo de reserva especial para possíveis ressarcimentos, a qualquer serviço privado nacional e até internacional, de custos com a saúde dos parlamentares.

10. Participação complementar das Instituições Privadas sem fins lucrativos no SUS

126. Ao apresentarmos os princípios organizativos do SUS (cf. parágrafo 113), mencionamos a “complementariedade com a iniciativa privada”. Aqui entram, prioritariamente, as entidades sem fins lucrativos, filantrópicas. Estas entidades são as Santas Casas de Misericórdia, hospitais filantrópicos de inúmeras congregações religiosas, dioceses, Igrejas cristãs e outras entidades da sociedade civil. Estes prestadores de serviço têm importância estratégica para o SUS, pois, sem eles, este não conseguiria viabilizar suas ações assistenciais, nos três níveis de governo: municipal, estadual e federal. A capacidade instalada destas instituições é de cerca de 175.000 leitos (34,7% dos existentes no Brasil), sendo: 41,% em hospitais com menos de 50 leitos; 31%, de 50 a 100 leitos; 18,3%, de 100 a 200 leitos; 7,9%, acima de 200 leitos.

127. Estas entidades mantêm cerca de 480 mil empregos diretos, além de 140 mil médicos que neles atuam na condição de autônomos. Realizaram, em 2009, mais de 7 milhões de internações (4.526.930 para o SUS) e obtiveram faturamento na casa de R\$ 15 bilhões.
128. Além de prestadores complementares de serviços assistenciais ao SUS, atuam no sistema suplementar de saúde e se constituem em autêntico espaço de produção de conhecimento, emprego, formação de recursos humanos. Aqui se destacam, especialmente, os hospitais de ensino que disponibilizam expressiva oferta de vagas para estagiários de diversas graduações, para residência médica e multiprofissional, para cursos de pós-graduação. Todas as áreas da saúde são contempladas, representando importante contribuição ao desenvolvimento da ciência, inclusive devido aos vínculos com universidades federais.

11. Avanços no Sistema Único de Saúde

129. O Programa Saúde da Família atinge atualmente 100 milhões de brasileiros, segundo o Ministério da Saúde. O país reduziu em mais de 70% a mortalidade infantil nos últimos 30 anos; ampliou o número de consultas de pré-natal; diminuiu a desnutrição; alcançou uma das maiores coberturas de vacinação para crianças, gestantes e idosos do mundo. Segundo o Ministério da Saúde, a transmissão do cólera foi interrompida, em 2005. Eliminou-se a paralisia infantil e o sarampo, em 2007, e a rubéola, em 2009. Mortes por doenças transmissíveis, como tuberculose, hanseníase, malária e AIDS, foram reduzidas.⁹⁷
130. No campo de urgências e emergências, surgiu o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) que atende atualmente mais da metade da população brasileira, reduzindo, de maneira considerável, a procura por atendimento nas unidades de urgência e emergência e garantindo atendimento pré-hospitalar com qualidade.

97 Ministério da Saúde, 2011. Acesse em: www.portal.saude.gov.br . Acesso em: 07/06/2011.

131. Foi criado também o programa da Farmácia Popular, que disponibiliza medicamentos com até 90% de desconto e, desde março de 2011, a população pode adquirir sem nenhum custo, ou seja, gratuitamente, vários medicamentos para o tratamento da hipertensão e do diabetes.
132. As pesquisas realizadas pelo IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) e que instituem o SIP (Sistema de Indicadores de Percepção Social) mostraram, em 2010, o grau de satisfação entre os usuários do SUS. Ao se referir à percepção dos entrevistados, a pesquisa indicou que o atendimento pela Equipe de Saúde da Família (80,7% das respostas) e a distribuição gratuita de medicamentos (69,6%) são os **serviços mais bem avaliados**. O principal ponto positivo do SUS, de acordo com a percepção dos entrevistados, é o acesso gratuito aos serviços de saúde prestados pelo sistema (52,7%), seguido pelo atendimento universal (48,0%) e pela distribuição gratuita de medicamentos (32,8%).
133. As realizações do SUS, em 2010, com base nos dados do DATASUS,⁹⁸ mostram que foram realizados 535 milhões de ações de prevenção e promoção, disponibilizados 634 milhões de medicamentos; realizados 495 milhões de exames; houve 239 milhões de atendimentos de saúde bucal; foram feitos 40 milhões de fisioterapias; ocorreram 11,1 milhões de internações. Todos os anos, registram-se 3,5 milhões de órteses e próteses e mais de 20 mil transplantes.
134. Em sintonia com os resultados da Pesquisa do Ibope, 1998, encomendada pelo CONASS (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e da FNS (Fundação Nacional de Saúde), as recentes avaliações do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde mostram que, apesar de problemas na qualidade do atendimento, mais da metade das pessoas atendidas pelo SUS ficam satisfeitas. As **respostas negativas** estão relacionadas ao tempo

98 Ministério da Saúde, 2011. Datasus – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde. Acesse em: www.datasus.gov.br . Acesso em: 07/06/2011.

de espera nas filas, à ansiedade ou à tensão para ser atendido. É o conhecido problema da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, de acolhimento e de atendimento no tempo adequado.

12. Direitos, humanização e espiritualidade na saúde

135. Melhorar o atendimento no Sistema Público de Saúde Brasileiro e diminuir as reclamações em relação ao desrespeito e à dignidade humana, frente à vulnerabilidade do sofrimento e da doença, é um grande desafio ainda a ser enfrentado pelas autoridades sanitárias brasileiras. Em nosso país, o Ministério da Saúde, aprovou a Portaria n. 1820, de 13 de agosto de 2009, que “*dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde nos termos da legislação vigente*” (Art. 1º), que passam a constituir a “**Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**” (art. 9º), publicada no D.O.U, 14 de agosto de 2009.
136. Trata-se de uma verdadeira carta para o *exercício da cidadania* no âmbito de cuidados e serviços no campo da saúde. Espera-se que esta proposta não fique somente no papel, simplesmente como uma declaração de boas intenções. Com vigilância cidadã, ela pode se transformar num instrumento fundamental na humanização dos cuidados de saúde.
137. O **artigo 4º e parágrafo único** afirmam: “*Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo confortável e acessível a todos. Parágrafo único: É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou de deficiência, garantindo-lhe: III – nas consultas, nos procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, o seguinte: (...); d) aos seus valores éticos, culturais e religiosos; (...); g) o bem-estar psíquico e emocional; X - a escolha do local de morte;*

(...) XIX – o recebimento de visita de religiosos de qualquer credo, sem que isso acarrete mudança na rotina de tratamento e do estabelecimento e ameaça à segurança ou perturbações a si ou aos outros”.

138. Interessante o Art. 5º quando afirma que *“Toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde, garantindo-lhe: (...) VIII – o recebimento ou recusa à assistência religiosa, psicológica e social.*
139. Conforme exposto na portaria do Ministério da Saúde sobre os direitos e deveres dos usuários do sistema de saúde, a questão religiosa é vista de forma positiva, reconhecida como uma necessidade humana que aponta para os cuidados a que o doente tem direito.
140. Há um cansaço na cultura contemporânea em relação à medicina que reduz o ser humano meramente à sua dimensão biológica orgânica. É o momento de dar um basta à atuação de profissionais ‘mecânicos e insensíveis’. Há clamor, especialmente dos mais pobres, por profissionais ‘humanos e sensíveis’. O ser humano é muito mais do que sua materialidade biológica. Poderíamos dizer que esse cansaço provocou uma crise da medicina técnico-científica e favoreceu o nascimento de um novo modelo – o *paradigma biopsicossocial*. A partir dessa virada antropológica, pode-se introduzir a dimensão espiritual como uma dimensão fundamental do ser humano, que necessita ser valorizada e implementada no âmbito dos cuidados e da saúde.
141. É importante lembrar que a Associação Médica Mundial, na “Declaração sobre os Direitos do Paciente” (2005) diz que *“O paciente tem o direito de receber ou recusar conforto espiritual ou moral, incluindo a ajuda de um ministro de sua religião de escolha”*. A dimensão da espiritualidade é fator de bem-estar, conforto, esperança e saúde. Precisamos urgentemente que nossas instituições de saúde se organizem no atendimento desta necessidade humana.

13. Desafios do Sistema Único de Saúde

142. O SUS tem desafios de curto, médio e longo prazo, sobretudo por **precisar de mais recursos e da otimização do uso do dinheiro público**. Hoje é investido o dobro de recursos na doença (internações, cirurgias, transplantes) do que nas ações básicas de saúde (vacinas e consultas) que previnem a doença. Segundo a pesquisa do IPEA,⁹⁹ os problemas mais frequentes são a falta de médicos (58,1%), a demora para atendimento em postos, centros de saúde ou hospitais (35,4%) e a demora para conseguir uma consulta com especialistas (33,8%).
143. As **melhorias mais sugeridas** pelos entrevistados foram: aumento do número de médicos e redução do tempo de espera. A partir de relatos, divulgações nos meios de comunicação e situações vivenciadas pelos usuários do Sistema Único de Saúde, elencam-se, a seguir, algumas oportunidades de melhoria e alguns desafios gerais para melhorar prestação de serviços do SUS.

a. Acesso:

1. falta de reconhecimento e de valorização à atenção básica, desarticulação de seus programas entre si e com a sociedade;
2. superlotação das unidades de urgência e emergência (prontos-socorros);
3. acesso precário com longas filas para marcação de consultas, procedimentos (como cirurgias) e exames;
4. falta de leitos hospitalares e desigualdade na distribuição pelas regiões do país, bem como insuficiência de leitos de UTI;

99 Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Pesquisa sobre a saúde brasileira, 2010. Acesse em: www.ipea.gov.br . Acesso em: 07/06/2011.

5. insuficiente assistência farmacêutica à população;
6. falta de humanização e de acolhimento adequados nas unidades de saúde;
7. descaso com a saúde mental, mesmo diante do aumento indiscriminado de dependentes químicos no país, principalmente na camada mais jovem da população;
8. tendência à judicialização na saúde, provocando demandas excessivas e corriqueiras ao poder judiciário e ao ministério público.

b. Gestão (de ordem administrativa e de recursos humanos):

1. carência e má distribuição de profissionais de saúde pelo território nacional;
2. sucateamento de material permanente e desabastecimento de material de consumo;
3. carência de informações e esclarecimentos adequados à população;
4. planejamento insuficiente ou inexistente dos serviços disponibilizados;
5. tendência à terceirização de várias unidades públicas de saúde;
6. profissionais de saúde com baixa remuneração, más condições de trabalho, bem como precarização da contratação da mão de obra;
7. ausência dos profissionais, falta de cumprimento da carga horária em plantões e escalas de serviço, nas unidades de saúde e no Programa da Saúde da Família;
8. fragilidade ou inexistência do complexo regulatório intermunicipal, interestadual e internacional;
9. falta de regulação e organização dos serviços com sobrecarga de demanda em municípios ‘polo’ ou ‘de referência’;

10. despreparo ou falta de gerenciamento e má gestão por parte dos responsáveis pela execução das políticas públicas em saúde;
11. falta de capacitação e valorização da participação da comunidade no país, com preocupante desconsideração aos conselheiros de saúde.

c. Financiamento:

1. a tabela de valores SUS está defasada e não condiz com a realidade nacional;
2. carência de uma política direcionada e de incentivos a possíveis parcerias com a rede de entidades filantrópicas na saúde e com as Santas Casas de Misericórdia;
3. subfinanciamento, pois ocorre redução contínua do montante de recursos financeiros aplicados na saúde com o descumprimento da Emenda Constitucional (EC 29);
4. desvio e maversação de recursos na área da saúde.

d. Fatores Externos:

1. excessiva especialização do segmento de SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico) com demanda crescente por tecnologias de ponta, também mais onerosas;
2. relação eticamente inadequada e contestável entre os profissionais de saúde e a indústria de insumos especiais, como: órteses, próteses e medicamentos excepcionais ou de alto custo;
3. processo falho de escolha dos delegados nas conferências de saúde, em todas as suas instâncias, e baixa implementação de suas propostas.

Segunda Parte

Que a Saúde se Difunda Sobre a Terra

Introdução

144. Os significados de saúde e de salvação, ao longo da história, são convergentes e sempre apresentaram uma relação profunda. Em diversas línguas, os termos nasceram de uma raiz única e, por muito tempo, partilharam a mesma palavra. Em geral, saúde e salvação significaram plenitude, integridade física e espiritual, paz, prosperidade. Evidência disso é que, nas grandes romarias, o povo em sua fé sempre pede, mas também agradece pela cura e saúde alcançada. Não é algo que somente aconteceu no passado, pois ocorre ainda hoje.
145. No Santuário Nacional de Nossa Senhora Aparecida (Aparecida – SP), por exemplo, há a famosa *'sala das promessas'*, no linguajar da teologia erudita, mas *'dos milagres'* na linguagem da fé simples do povo. Aí estão milhões de objetos *'sacramentais'* (fotos, roupas, velas, peças anatômicas em cera de todos os tamanhos), verdadeiros presentes do povo para a *'Mãe da Saúde'*, que nos revelam histórias de salvação de perigos, acidentes, sofrimentos afetivos, doenças incuráveis, enfim da morte! Corações agradecidos deixam sua marca de *'ação de graças'* pela cura e salvação alcançada.
146. As religiões sempre ofereceram respostas à busca de um sentido para a existência e seus grandes desafios, particularmente em relação à dor, ao sofrimento, ao mal e à morte, que afligem a humanidade indistintamente. Nesse sentido, procuremos ouvir não só os ensinamentos bíblicos, como também os, da teologia e da prática pastoral da Igreja, a fim de iluminar esta questão vital para todos.
147. E, que pela convergência de todos os olhares para Jesus Cristo, que liberta e salva, a saúde se difunda sobre a Terra.

1. Saúde na antiguidade e na Bíblia

148. Desde muito cedo, a humanidade empenhou-se em conservar a saúde e vencer as doenças, além de lhes atribuir diferentes conceitos e explicações. Para muitos povos, a doença resulta da ação de forças alheias ao organismo que se instalam na pessoa por causa da desobediência a certas normas sociais, por erros cometidos em vidas passadas, por castigo de alguma divindade ofendida, pela ação de demônios ou maus espíritos.
149. Por outro lado, consideram que as divindades podem curar o mal, o que supõe diagnósticos, práticas e receitas curativas associadas, quase sempre, a esconjurações mágicas, que são concebidas como remédios em uma esfera na qual atuam os deuses e todos os tipos de entidades intermediárias. Assim, é comum, em diversas culturas, o recurso à religião e à magia na busca de sentido para a vida, a doença e a saúde, indicando profunda relação entre doença e religião.

2. Doença e saúde no Antigo Testamento

150. A bíblia hebraica, já nas primeiras páginas, apresenta a origem do mal e do sofrimento, mas descartando qualquer possibilidade de participação divina. No decorrer da caminhada do povo hebreu, outros conceitos e outras justificativas foram sendo desenvolvidos a respeito de doença e do sofrimento, que passaram a ser vistos como consequência do pecado e da desobediência à Lei. Assim, a preservação da saúde, mais do que a cura da doença, é obtida pela observância da lei de Deus. Em uma passagem do Livro do Deuteronômio (*cf.* Dt 28,1-14), a bênção prometida para quem observa a lei de Deus é uma situação de bem-estar, saúde e prosperidade.
151. Porém, quem não a observa terá a maldição, a infelicidade, as doenças, a opressão (*cf.* Dt 28,15ss). A doença é vista como castigo de Deus ao pecado do ser humano, por isso, somente

eliminando a causa da doença, ou seja, o pecado, pode-se obter novamente de Deus a saúde. Dessa forma, a preservação da saúde é obtida pela observância da Lei, enquanto a cura e o perdão dos pecados, como dois lados da mesma moeda, são obras de Deus que concedia aos que o pediam na prece.

152. Houve um tempo em que, entre os judeus piedosos, o fato de recorrer aos médicos era visto como falta de fé no Deus vivo e verdadeiro, pois a doença era compreendida como uma forma de punição por parte de Deus. É o que se percebe no segundo livro das Crônicas que denuncia o rei Asa por não ter recorrido ao Senhor, mas ter buscado médicos e morrido rapidamente (cf. 2Cr 16,12). Para certos problemas físicos, eram os sacerdotes que deviam ser consultados, visto que eles diagnosticavam os sintomas, orientando o tratamento para a pessoa, bem como os rituais de purificação a serem seguidos.¹⁰⁰
153. O livro do Eclesiástico considera a doença como o pior de todos os males (cf. 30,17), um mal que faz perder o sono (cf. 31,2). O povo judeu entendia que a falta de saúde estava intimamente ligada com a culpa, o pecado. A cura para as doenças deveria ser obtida, em primeiro lugar, pela oração (cf. 2Sm 12,15-23). Vários salmos são de doentes que suplicam a Deus a cura. Segundo Carlos Mesters, *“cura e perdão dos pecados parecem duas faces de uma mesma moeda: ambos vêm de Deus mediante a prece. Porém, o Eclesiástico também propõe um novo modo de compreender a doença e, sobretudo, estimula um comportamento diferente na busca do restabelecimento da saúde. Se antes, recorrer à medicina e a seus profissionais era visto como falta de fé no Deus Altíssimo, o Eclesiástico considera os remédios, os médicos e a ciência como possibilidades de cura que vêm do próprio Deus e, conseqüentemente, devem ser buscados quando necessário”*.¹⁰¹

100 ROVER, M. C. *Toque terapêutico: o encontro entre o desejo de uma vida plena e a plenitude da vida*. UCG, 2004.

101 MESTERS, C. *Os profetas e a saúde na Bíblia* – São Leopoldo: CEBI. 1985, p. 5.

3. O Eclesiástico e a sabedoria popular em saúde

154. O conteúdo do livro do Eclesiástico resulta da coleta de um conjunto de ensinamentos que circulava no meio do povo. O autor desejou deixá-los por escrito para manifestar a resistência contra os dominantes da época que queriam impor sua cultura e ciência, tirando do povo de Israel sua autoestima e negando sua sabedoria. Muitas vezes, os ditos são dispostos de maneira a constituir pequenas coletâneas, como no caso do verso que inspirou o lema da CF deste ano, “*a saúde se difunde sobre a terra*” (cf. Eclo 38,8). Este é o verso central de uma coleção de ditos sobre saúde e sobre o papel e a missão dos médicos e de outros profissionais que buscam preservá-la.
155. Essa perícope (cf. Eclo 38,1-15) está emoldurada por duas coleções relacionadas com o tema da saúde. O texto antecedente (cf. Eclo 37,27-31) fala sobre a temperança, especialmente como modo de preservar a saúde. O texto posterior (cf. Eclo 38,16-23) fala da morte, inevitável para homens e mulheres, mas que não deve ser causa de tristeza permanente para os que permanecem.
156. É importante resgatar a relação da saúde com a temperança, pois, efetivamente, a melhor forma de tratar da saúde de uma pessoa é evitar que ela adoça. Neste sentido, convém resgatar e valorizar as práticas centradas na prevenção, na informação, na disseminação de iniciativas que ajudam na preservação da saúde. Tanto iniciativas governamentais, como campanhas de vacinação, de cuidados para evitar epidemias ou incentivo ao pré-natal, quanto as comunitárias, que estimulam modos alternativos de alimentação, prática de esportes, exercícios físicos, entre outros.
157. O texto subsequente (cf. Eclo 38,16-23), de maneira realista, recorda que temos um destino comum: a morte. Ela faz parte da vida. Nenhum ser vivente dela escapa. Embora reconheça que é natural a dor da separação e da perda, o compilador resgata da

sabedoria popular o conceito de ‘a vida continua’, ou seja, as pessoas que perdem seus entes queridos precisam ressignificar sua vida e não se deixarem vencer pelo desânimo. Nestas ocasiões, é tempo de manifestação da solidariedade fraterna que pode fazer brotar de novo a esperança.

158. Desse texto já citado do Livro do Eclesiástico (cf. 38,1-15), ainda podemos extrair ensinamentos oportunos para a área da saúde pública, pois faz referência às pessoas responsáveis pela manutenção da saúde da população. Mais importante que curar é o trabalho de evitar que as pessoas adoeçam e promovê-las para que tenham vida em abundância. Realidade que o ditado popular consagrou: *“é melhor prevenir que remediar”*.
159. Sabe-se, no entanto, que apesar do esforço e do cuidado para evitar doenças, a fragilidade do corpo e do espírito acabam se revelando. Eis o tempo de recorrer ao serviço de saúde, ao ‘médico’, como cita o texto bíblico (v.5), sem hesitações, pois é um dom de Deus para a saúde. Também foi o Senhor quem deu ao homem “a ciência” (v.6), por meio da qual o médico cura, elimina a dor e o “farmacêutico prepara as fórmulas” (cf. Eclo 38,7).
160. Deus providencia e coloca à disposição da humanidade todos esses dons e por meio deles *“a saúde se espalha sobre terra”*. O autor sugere que há colaboração entre Deus e a humanidade, por isso não se deve renunciar, nem menosprezar as conquistas alcançadas pela inteligência humana, pois elas são obra de Deus e meios pelos quais o criador continua sua ação no mundo. Percebe-se assim, que a sabedoria popular assimilou uma nova forma de entender os processos de adoecimento e cura. Mesmo que a referência última seja o Deus Altíssimo, sua ação se dá também pela mediação de pessoas que se dedicam à medicina e em recursos que a natureza, dádiva de Deus, oferece para a arte da cura.

4. O sofrimento do justo e seu significado

161. Talvez o livro mais significativo do Antigo Testamento, no que se refere ao tema de que estamos tratando, é o que narra a experiência de Jó. Este escrito da literatura sapiencial enfrenta o problema do sofrimento, relacionando: doença – castigo – pecado – Deus. Permeava a antiga cultura hebraica a concepção de que cada doença ou sofrimento se explicava pela identificação de algum pecado cometido contra Deus que, por justiça, castiga o pecador impondo-lhe algum sofrimento. Assim, o sofrimento é o castigo infligido por Deus pelos pecados dos homens. Ele se apresenta como resposta à transgressão, pois a ordem moral objetiva exige uma pena para o pecado e para o crime. O sofrimento só tem sentido no plano da justiça de Deus, que paga o bem com o bem e o mal com o mal.
162. A teologia proposta no livro de Jó representa um avanço na forma de se compreender o sofrimento, sua origem e valor. Não é, ainda, a palavra definitiva capaz de explicar o mal e o sofrimento, sobretudo aquele mal de que padece o inocente. Todo o livro de Jó é um debate teológico sobre o significado do sofrimento. É conhecida a história deste homem que, repentinamente, viu sua vida mudar. De pai rico e feliz de muitos filhos e filhas, tornou-se um miserável cheio de feridas.
163. Enquanto Jó toma consciência e se pergunta por que aconteceu tal mudança, apresentam-se em sua casa três amigos. Eles têm, inicialmente, profunda sensibilidade e por “uma semana” não dizem nada. Apenas sofrem com Jó sua penúria. Quando decidem dialogar, os amigos procuram convencer Jó a reconhecer o pecado, pois *“para ter sido atingido por tão variados e tão terríveis sofrimentos, deve ter cometido alguma falta grave”*.¹⁰² Jó, ciente de sua inocência, se nega a ligar doença com pecado e, sobretudo, ver a doença como castigo de Deus.

¹⁰² SD, n. 10.

164. Para ele, o sofrimento deve ter outra explicação. Por isso, ele mesmo chama Deus para que lhe dê a resposta. Atreve-se, contra o ‘bom senso’ de seus amigos, a questionar o próprio Deus. *“Por fim, o próprio Deus desaprova os amigos de Jó pelas suas acusações e reconhece que Jó não é culpado. O seu sofrimento é de um inocente: deve ser aceito como um mistério, que o homem não está em condições de entender totalmente com a sua inteligência”*.¹⁰³
165. Da leitura da experiência de Jó, percebe-se que Deus não é origem do sofrimento, nem do mal. O sofrimento faz parte da misteriosa presença do mal, impossível de compreender, mas que também não pode ser atribuído exclusivamente à responsabilidade pessoal. Sobretudo, supera a ligação automática entre doença e castigo divino, ou seja *“que a resposta à pergunta sobre o sentido do sofrimento não fique ligada, sem reservas, à ordem moral baseada somente na justiça”*.¹⁰⁴
166. O Beato Papa João Paulo II chama a atenção que, *“para se poder perceber a verdadeira resposta ao porquê do sofrimento, devemos voltar nossa atenção para a revelação do amor divino, fonte última do sentido de tudo aquilo que existe. O amor é também a fonte mais rica do sofrimento que, não obstante, permanece sempre um mistério; estamos conscientes da insuficiência e inadequação das nossas explicações. Cristo introduz-nos no mistério e ajuda-nos a descobrir o porquê do sofrimento, na medida em que nós formos capazes de compreender a sublimidade do amor divino”*.¹⁰⁵
167. Recordamos, ainda que de passagem, a profunda e instigante reflexão que o Beato João Paulo II apresentou por ocasião do ano santo da redenção, recordando a chave de compreensão cristã do sofrimento, em sua carta apostólica *Salvifici doloris*. No centro da Carta, está a apresentação do mistério redentor de Cristo, que supera a explicação do mal a partir do conceito de justiça e

103 SD, n. 11.

104 *Ibid.*

105 *Ibid.*, n. 13.

o propõe no âmbito do amor de Deus, que, “*de tal modo amou o mundo que entregou seu Filho único*” (cf. Jo 3,16). “*O Filho unigênito foi dado à humanidade para proteger o homem, antes de mais nada, deste mal definitivo e do sofrimento definitivo. Na sua missão salvífica, portanto, o Filho deve atingir o mal nas suas próprias raízes transcendentais, a partir do qual se desenvolve na história do homem*”.¹⁰⁶

168. Tendo isso presente, queremos recordar, a título de reflexão e exemplo, a prática e o ensinamento de Jesus em sua relação com a doença e o sofrimento. Iniciamos com a catequese oferecida por João, apóstolo e evangelista a partir da cura do cego de nascença e depois passamos à meditação da conhecida parábola do ‘bom samaritano’.

5. Saúde e doença no Novo Testamento

a. A cura do cego de nascença

169. O capítulo nono do Evangelho de São João relata o encontro de Jesus com um cego de nascença enquanto caminhava nos arredores do Templo (cf. Jo 9,1-41). Há notícias de que a cegueira era extremamente comum no Oriente Médio. Nos textos bíblicos, fala-se sobretudo de dois tipos de cegueira. A oftalmia, doença altamente contagiosa, agravada pelo brilho do sol, pela poeira e pela areia sopradas do deserto e pela falta de higiene. Outra forma mencionada é a cegueira senil, que resulta do avançar dos anos. De acordo com o relato evangélico, são os discípulos que, em primeiro lugar, percebem a presença do cego e propõem uma questão a Jesus.
170. A dúvida dos discípulos, ao encontrarem o cego, é de ordem teológica. “*Quem pecou para que ele nascesse cego?*” (cf. Jo 9,2) Seguindo a teologia tradicional, os discípulos propõem a Jesus uma pergunta pela causa da cegueira: teria o homem pecado ou

¹⁰⁶ SD, n. 14.

teriam sido seus pais (cf. Jo 9,2), pois havia a compreensão de que o pecado dos pais poderia prejudicar os descendentes, por várias gerações. Esta forma de compreender foi objeto de questionamento e de confronto com Jesus em várias ocasiões.

171. A resposta de Jesus aos discípulos é clara: *“nem ele, nem seus pais pecaram, mas é uma ocasião para que se manifestem nele as obras de Deus”* (cf. Jo 9,3). Cristo interrompe a tradição de vincular doença e pecado e oferece aos discípulos, aos fariseus, aos judeus, aos familiares do cego e ao próprio cego uma catequese sobre sua missão. Jesus apresenta-se como ‘luz do mundo’ e luz que se manifesta pelas obras que realiza. Essa experiência permite que o próprio cego se transforme em discípulo.
172. Ao romper com a teologia corrente e afirmar que a doença não é fruto de pecado, nem castigo de Deus, Jesus acaba também com a lógica excludente de atribuir a culpa da enfermidade a Deus e por decorrência ao pecado, o que gerava e, ao mesmo tempo, legitimava a exclusão social e religiosa de quem se achasse doente. Por isso, ao invés de se afastar do cego, como seria normal, Jesus se aproxima, cospe no chão, se abaixa e faz lama com a própria saliva e o pó do chão. Em seguida, a aplica sobre os olhos do cego e pede que ele vá se lavar na piscina de Siloé, cujo significado é “enviado” (cf. Jo 9,7). A narrativa do sinal é encerrada com a constatação: *“o cego foi, lavou-se e voltou enxergando”* (cf. Jo 9,7).
173. Depois do sinal realizado, Jesus sai de cena por um tempo e começa a discussão ao redor do fato de um homem que era cego e pedia esmola passar a enxergar. De um lado, aparece a incredulidade de vizinhos e familiares de que a mudança havia acontecido (de cego, o homem passou a vidente). De outro, a violação do descanso sabático que os judeus vão trazer para o centro da discussão e pedir explicações ao cego e a seus pais. Apesar de verem o bem na vida do cego, que passou a ver, condenam a ação de Jesus, pois ele tinha violado a lei do sábado.
174. A reação dos pais do cego diante das autoridades dos judeus, ou seja, diante daqueles que sustentam a velha lógica de que

doença está sempre vinculada ao pecado, é de medo. Por isso, dizem somente saber que aquele homem é seu filho, nasceu cego e agora vê. Como aconteceu isso, não sabem. A solução é que os chefes perguntem ao próprio homem que era cego e agora vê, pois ele já é maior, ou seja, já é responsável pelos próprios atos e opiniões.

175. A finalidade catequética do evangelista está em evidenciar a missão de Jesus como luz do mundo. Por isso joga muito com as palavras ‘ver’ e ‘crer’. Não somente neste capítulo e neste episódio de alguém que não vê e não crê e depois passa a ver e crer, pois a catequese finaliza com um novo encontro de Jesus com o cego: *“Tu crês no filho do Homem? Ele respondeu: Quem é, Senhor, para que eu creia nele? Jesus disse: Tu o estás vendo; é aquele que está falando contigo. Ele exclamou: “Eu creio, Senhor!” E ajoelhou-se diante de Jesus”* (cf. Jo 9,35-38).

176. O texto termina com Jesus voltando para a cena e dialogando novamente com o cego. O novo aqui é que da cegueira física passa à cegueira espiritual, sobretudo daqueles que não querem ver. Como diz o ditado popular: *“o pior cego é aquele que não quer ver”*. Jesus encontrou pessoas assim e, infelizmente, também as encontramos em nossos dias. É missão da Igreja a continuidade da ação de Jesus na história para que a saúde se difunda sobre a terra.

b. Jesus e os doentes: a saúde se difunde sobre a terra

177. O anúncio da missão de Jesus na sinagoga de Nazaré inclui *“a recuperação da vista aos cegos”* (cf. Lc 4,18). No entanto, em toda ação de Jesus, percebemos inúmeros gestos de quem está preocupado em recuperar a saúde. Não apenas no aspecto biológico, mas promover o ser humano para ter uma vida digna, saudável e reintegrada à sociedade, porque a doença significava exclusão social. Diz o Evangelho: *“Jesus percorria toda a Galieia, ensinando nas sinagogas deles, anunciando a Boa Nova do Reino e curando toda espécie de doença e enfermidade do povo”* (cf. Mt 4,23).

178. As obras de Jesus manifestavam, assim, sua origem divina e sua messianidade. É dessa forma que ele responde aos discípulos de João Batista, ao ser questionado sobre se era ou não o messias: *“Ide contar a João o que vistes e ouvistes: cegos recuperam a vista, paralíticos andam, leprosos são purificados e surdos ouvem, mortos ressuscitam e a pobres se anuncia a Boa Nova”* (cf. Lc 7,22).
179. Com sua ação evangelizadora, Jesus não apenas cura os doentes, mas resgata o ser humano para o meio da sociedade, dando-lhe dignidade e apresenta uma nova forma de relacionar-se com as pessoas necessitadas. O Novo Testamento é repleto de relatos de Jesus curando os doentes, os quais testemunham que a ação salvífica de Jesus também acontecia em suas intervenções no cuidado e atenção aos que sofrem.
180. *“Jesus não tem só poder de curar, mas também de perdoar pecados: ele veio curar o homem inteiro, alma e corpo; é o médico de que necessitam os doentes. Sua compaixão para com todos aqueles que sofrem é tão grande que ele se identifica com eles: “estive doente e me visitaste”* (Mt 25,36). *Seu amor de predileção pelos enfermos não cessou, ao longo dos séculos, de despertar a atenção toda especial dos cristãos para com todos os que sofrem no corpo e na alma. Esse amor está na origem dos incansáveis esforços para aliviá-los”*.¹⁰⁷

c. Bom samaritano: paradigma do cuidado

181. A parábola do bom samaritano é entendida como paradigma do cuidado. Mesmo que seja possível outras interpretações, parece-nos oportuno evidenciar, neste contexto da Campanha da Fraternidade, o bom samaritano como uma figura emblemática para o cuidado que se espera da parte dos profissionais e servidores da saúde. *“Esta parábola, em si mesma, exprime uma verdade profundamente cristã e, ao mesmo tempo, muitíssimo humana universalmente. Não é sem motivo que até na linguagem corrente se designa*

107 CIC, n. 1503.

*obra de bom samaritano qualquer atividade em favor dos homens que sofrem ou precisam de ajuda”.*¹⁰⁸

182. A parábola ajuda a pensar sobre a solidariedade, como também acerca da vulnerabilidade a que todos estamos condicionados, desde a criação. De fato, os dois relatos da criação do homem e da mulher, de alguma maneira nos remetem a esta ambiguidade que nos constitui. O primeiro relato sublinha a dignidade humana. Nós somos imagem e semelhança de Deus. Manifestamos uns para os outros a presença de Deus. O segundo relato lembra a matéria de que somos feitos: do húmus, do barro da terra. Assim, temos a dignidade de Deus, mas somos modelados pela fragilidade, pela precariedade. Carregamos a marca da criaturalidade, ou seja, da dependência e não a autossuficiência. Ninguém vive sozinho!
183. Essa condição faz lembrar outra imagem. A imagem do profeta Jeremias. Deus nos criou do barro, mas temos a possibilidade de ser constantemente recriados. Foi isso que Deus revelou ao profeta: *“Desce à casa do oleiro. Aí eu comunicarei minha palavra a você. Desci até a casa do oleiro e o encontrei fazendo um objeto no torno. O objeto que ele estava fazendo se deformou, mas ele aproveitou o barro e fez outro objeto, conforme lhe pareceu melhor. Então veio a mim a palavra de Deus: por acaso não posso fazer com vocês da mesma forma como agiu esse oleiro? Como barro nas mãos do oleiro, assim vocês estão em minhas mãos!”* (cf. Jr 18,1-6)
184. A parábola do Bom Samaritano nos lembra a condição de fragilidade humana, mas também indica que os seguidores de Jesus devem descobrir a importância do cuidado. Esse é, de fato, o apelo do texto evangélico: reconhecer a condição de fragilidade e de vulnerabilidade de todo ser humano e libertar do temor da proximidade sanadora do outro. A fragilidade somente se cura mediante a proximidade daquele que se dispõe a cuidar

108 SD, n. 29.

do debilitado. Cuida-se da própria vulnerabilidade quando se consente a proximidade do outro.

185. O samaritano é aquele que em face da necessidade do outro a assimila e se deixa transformar por ela. Não só porque cuida do ferido e lhe dá abrigo, mas porque o faz em prejuízo dos seus próprios planos iniciais. Tornar-se próximo compreende uma vulnerabilidade ativa, um aceitar tornar-se frágil nas mãos de outrem. O que essa dimensão revela é outra dimensão da fragilidade humana, uma dimensão ativa que se manifesta em ato de entrega ao projeto do outro, o que implica deixar-se nas mãos de quem se cuida.

186. Essa atitude é revelada nos sete verbos desta parábola e indica um modo de ser diante do outro, que pode iluminar o engajamento da Igreja e dos cristãos no campo da saúde pública.

a. **Ver** - a primeira atitude do samaritano que descia pelo caminho foi enxergar a realidade. Ele não ignorou a presença de alguém caído, de alguém que teve seus direitos violentados e que se encontra à margem da estrada. Esta atitude, porém, não é suficiente. O ‘sacerdote’ e o ‘levita’ que haviam passado antes dele também ‘viram’, mas passaram adiante. *“Bom samaritano é todo homem que se detém junto ao sofrimento de outro homem, seja qual for o sofrimento”*.¹⁰⁹

b. **Compadecer-se** - a percepção da presença do caído conduziu o Samaritano à atitude de compaixão. Ele deixou-se afetar pela presença do violentado que jazia quase morto. A compaixão diante da fragilidade do outro desencadeou as demais atitudes tomadas pelo samaritano. *“Bom samaritano é todo homem sensível ao sofrimento de outrem, o homem que se ‘comove’ diante da desgraça do próximo. Se Cristo, conhecedor do íntimo do homem põe em realce esta comoção, quer dizer que ela é importante para todo o nosso modo de comportar-nos*

109 SD, n. 28.

*diante do sofrimento de outrem. É necessário, portanto cultivar em si próprio esta sensibilidade do coração, que se demonstra na compaixão por quem sofre. Por vezes esta compaixão acaba por ser a única ou a principal expressão do nosso amor e da nossa solidariedade com o homem que sofre”.*¹¹⁰

- c. **Aproximar-se** - ao contrário dos que o antecederam, o viajante estrangeiro aproximou-se do caído, foi ao seu encontro, não passou adiante. No homem assaltado, ferido, necessitado de cuidado, reconheceu seu próximo, apesar das muitas diferenças entre ambos.
- d. **Curar** - a presença do outro exige cuidado. A aproximação, a compaixão não são simplesmente sentimentos benevolentes voltados ao outro. Elas se tornam obra, se transformam em ação que lança mão dos elementos que tem disponíveis para salvar o outro.
- e. **Colocar no próprio animal** - este passo também é significativo. Ele colocou a serviço do outro os próprios bens. Não temeu disponibilizar ao desconhecido ferido tudo o que dispunha: primeiro seu meio de transporte, depois o que trazia para seu autocuidado, dinheiro.
- f. **Levar à hospedaria** - o samaritano não só viu, aproximou-se, curou, colocou no próprio animal, por fim, também mudou o seu itinerário, adaptando-se para poder atender aquele necessitado. E ainda mais: ele acabou mobilizando e envolvendo outras pessoas e estruturas para não deixar morrer aquele que fora assaltado. Isso é muito importante, pois nem sempre conseguimos responder a todas as demandas, mas podemos mobilizar outras forças para atender e cuidar de quem sofre. Trata-se de criar parcerias, ser referência e contrarreferência. *“A Igreja em sua missão profética, é chamada a anunciar o Reino aos doentes e a todos os que sofrem,*

110 SD, n. 28.

cuidando para que seus direitos sejam reconhecidos e respeitados, assim como a denunciar o pecado e suas raízes históricas, sociais, políticas e econômicas, que produzem males como doença e a morte".¹¹¹

- g. **Cuidar** - esse é o sétimo verbo e expressa o conjunto da intervenção do samaritano. Trata-se de um cuidado coletivo, que envolveu outros personagens, recursos financeiros, estruturas que o viajante não dispunha e o compromisso de retornar. Mesmo que ele tenha dado sequência à sua viagem, ela não teve o mesmo fim, nem se limitou a cumprir os objetivos iniciais. A razão é que agora ela incluiu outra pessoa, um compromisso que não estava planejado no início da viagem, mas não pode mais ser ignorado. Cuidar passa a ser uma missão.

187. A figura do bom samaritano assume a condição de modelo para a ação evangelizadora da Igreja no campo da saúde e no campo da defesa das políticas públicas. Seguindo o exemplo da parábola, *"na comunhão com Cristo morto e ressuscitado, a Igreja se transforma em lugar de acolhida, em que a vida é respeitada, defendida, amada e servida – lugar de esperança, em que todo o peregrino cansado ou enfermo, que busca sentido para o que está vivendo, pode viver de maneira saudável e salvífica seu sofrimento e sua morte à luz da ressurreição"*.¹¹²

188. *"O espírito do samaritano deve impulsionar o trabalho da igreja. Como mãe amorosa, ela deve aproximar-se dos doentes, dos fracos, dos feridos, de todos os que se encontram jogados no caminho a fim de acolhê-los, cuidar deles, infundir-lhes força e esperança. No restabelecimento da saúde física está em jogo mais que a vitória imediata sobre a enfermidade. Quando nos aproximamos dos enfermos, aproximamo-nos de todo ser humano de suas relações porque a enfermidade o afeta integralmente"*.¹¹³

111 GPS, n. 58.

112 EV, n. 5.

113 GPS, n. 56.

6. O Horizonte humano e teológico do sofrimento

6.1. A experiência humana da dor e do sofrimento

189. O sofrimento é de difícil aceitação para a humanidade. Considerando nosso contexto cultural, marcado pelo hedonismo, a realidade do sofrimento gera desconforto, inquietação e até mesmo revolta, pois as pessoas são impulsionadas à busca de uma felicidade ligada à noção de prazer e à rejeição de esforços. Diante disso, surge uma grande dificuldade para a aceitação e vivência das situações de sofrimento, dado que estas ocorrências impõem limitações ao curso da vida, além de evidenciar a fragilidade do ser.
190. Geralmente, o sofrimento é entendido como um dos grandes entraves à jornada existencial do homem. Mas, também, se constitui em uma via de transcendência para a busca de respostas às interrogações que suscita na necessária superação das dificuldades e de si mesmo. Assim, as experiências de sofrimento merecem tratamento respeitoso e clamam por compaixão e solidariedade, em particular no caso dos que adoecem.
191. As enfermidades entendidas como causa do sofrimento, sempre estiveram entre os problemas mais graves da vida humana. Este fato levou o ser humano a desenvolver inúmeras práticas, técnicas e ritos para a cura. O universo do sofrimento humano é, porém, mais amplo e complexo, pois o ser humano se depara com esta situação em diversas modalidades, como as de natureza moral ou psicológica, e as provenientes de flagelos sociais ou de catástrofes naturais.

6.2. O sofrimento humano e o mal

192. O elenco das situações que proporcionam dor e sofrimento ao ser humano é extenso, mas delas podemos extrair um elemento

comum, o mal experimentado. É inevitável que da experiência do sofrimento humano advenham perguntas densas como aquelas sobre o que é o mal e sua origem. Afinal, o homem sofre, quando se sente acometido por um mal.

193. A indignação do ser humano ao sofrer, acaba se revestindo de um componente religioso, pois, geralmente dirige a Deus a pergunta sobre o sentido do mal e do sofrimento. Para muitas pessoas é impossível conciliar a experiência do sofrer decorrente do mal com um Deus que ama. Assim, passam a rejeitá-lo, sobretudo se não percebem com clareza uma relação causal entre transgressão e pena, que aquieta o espírito humano diante do sofrimento de uma pessoa. No entanto, esta lógica não se aplica ao caso do sofrimento sem uma culpa manifesta. O cotidiano é farto de sofrimentos sem culpa e de culpas sem pena adequada.¹¹⁴
194. A teologia cristã ilumina esta realidade, proclamando que o Criador é bom, que tudo o que criou se reveste de bondade. Em consequência, a existência é essencialmente um bem. Se há sofrimento e males, a causa é a ausência de um bem ou de bens dos quais a realidade ou o ser humano se encontram privados.¹¹⁵
195. A privação é fruto das relações injustas estabelecidas pelo ser humano. Contudo, se constitui em um caminho para o encontro com o Deus misericordioso que espera ansioso pelo retorno do filho para devolver-lhe a dignidade e o sentido para a existência com seu amor acolhedor. A partir deste gesto, instaura-se um processo de diálogo edificante e iluminador para a realidade histórica e existencial do ser humano (cf. Lc 15,8-31).

6.3. O amor, fonte mais rica do sentido do sofrimento

196. A grande luz sobre o a realidade misteriosa do sofrimento humano provém do amor divino, fonte mais rica de sentido para

¹¹⁴ Cf. SD, n. 9.

¹¹⁵ Cf. *Ibid.*, n. 7.

esta experiência. Cristo, a encarnação deste amor, nos introduz neste mistério e nos conduz ao manancial mais profundo e definitivo de sentido. Para tanto, é necessária a abertura incondicional do ser humano à luz da Revelação, mediante o encontro com o Enviado de Deus, que na cruz responde às perguntas decisivas para a existência humana, especialmente sobre o mal e o sofrimento.¹¹⁶

197. Cristo foi solidário com a dura realidade do sofrimento humano, pois o assumiu sobre si em livre obediência ao Pai. No exercício de sua missão, é evidente a presença do sofrimento, como: no cansaço, nas hostilidades, na perseguição, nas tramas para a sua morte, na traição, na prisão, na condenação, na flagelação, na crucificação. Cristo vivenciou o sofrimento em intensidade tal que realizou em si a profecia de Isaías, no quarto Canto do Servo Sofredor, tornando-se o *“o homem das dores... em que o Senhor fez cair as culpas de todos nós”* (cf. Is 53,3.6). No entanto, o amor profundo o impulsionou a cumprir fielmente a obra do Pai.

6.4. A palavra da Cruz

198. Cristo Jesus, que tem a mesma natureza do Pai, sofreu como homem. Aceita o sofrimento voluntariamente, como homem e homem inocente. O seu sofrimento é o sofrimento do inocente. Nesse caso, ainda há o agravante de o Homem sofredor ser o próprio Filho unigênito em pessoa: “Deus de Deus”. Então, seu sofrimento se reveste de profundidade e intensidade incomparáveis, capaz de abarcar a extensão do mal contida no pecado da humanidade.¹¹⁷ O Filho unigênito se sujeita a um sofrimento desta proporção, ao tomar sobre si os pecados, para cancelá-los e vencer todos os males.
199. A obra da redenção operada por Cristo, com sua paixão e morte na cruz, é a resposta mais completa à interrogação pelo sentido

¹¹⁶ Cf. SD, n. 13.

¹¹⁷ Cf. SD, n. 19.

do sofrimento. Esta resposta não foi dada por meio de teorias, mas com o dom de si mesmo que comportou um sofrimento desmedido e intenso.¹¹⁸

200. São Paulo fala em palavra da cruz, como interpretá-la? (cf. 1Cor 1,18). Ele aceita desde o início este sofrimento, como vontade do Pai e por amor ao Pai, para a salvação do mundo. Neste sentido, a cruz é a realização mais perfeita das palavras: “*Meu Pai... não se faça como eu quero... faça-se a tua vontade*” (cf. Mt 26,42). A livre aceitação da cruz atesta o amor do Filho pelo Pai e sua confiança em sua obra de salvação. A verdade do amor se prova mediante a verdade do sofrimento extremo na cruz.
201. Dessa forma, a paixão de Cristo representa a máxima expressão do sofrimento humano, que, nesta entrega do Redentor, recebe uma significação nova e profunda ao ser associado ao amor. A cruz de Cristo tornou-se uma fonte da qual brotam rios de água viva,¹¹⁹ nela e por ela “*Deus amou tanto o mundo que deu o Seu Filho unigênito, para que todo aquele que n’Ele crê, não pereça, mas tenha a vida eterna*” (cf. Jo 3,16).

6.5. A participação humana nos sofrimentos de Cristo

202. O sofrimento redentor de Cristo leva o homem ao reencontro com seus próprios sofrimentos. Ao reencontrá-los mediante a fé, os reencontra enriquecidos por um novo conteúdo e com um novo significado. Este processo foi vivido por São Paulo que assim o expressou: “*Com Cristo fui pregado na cruz. Eu vivo, mas não eu: é Cristo que vive em mim. Minha vida atual na carne, eu a vivo na fé, crendo no Filho de Deus, que me amou e se entregou por mim*” (cf. Gl 2,19-20).
203. A cruz de Cristo ilumina a vida humana, especialmente o sofrimento e a morte, porque o anúncio da cruz inclui a notícia

118 Cf. SD, n. 19.

119 Cf. *Ibid.*, n. 18; Jo 7,37.

da ressurreição, a qual confere uma iluminação completamente nova ao sofrimento. Paulo a experimentou no caminho de Damasco, quando descobriu a força da ressurreição, de modo a fazer de sua vida uma caminhada pascal: participação na cruz de Cristo mediante a experiência do Ressuscitado. Na ressurreição, o ser humano encontra uma luz completamente nova que descortina caminho de vida em meio às trevas das humilhações, das dúvidas, do desespero e da perseguição.

7. A Igreja, comunidade servidora no amor

204. O Papa Bento XVI nos lembra, em sua primeira Carta Encíclica, que a Igreja como comunidade deve praticar o amor. Na compreensão do evangelista João, a mensagem de Cristo parece conter apenas um grande mandamento: *“Eu vos dou um novo mandamento: amai-vos uns aos outros. Como eu vos amei, assim também vós deveis amar-vos uns aos outros”* (cf. Jo 13, 34). É o amor, no Espírito, que constitui a comunidade eclesial e a impulsiona ao serviço, a acorrer aos sofredos e necessitados, mesmo quando coopera para que sejam supridas suas necessidades materiais. A caridade é um dever da Igreja e suscita várias iniciativas.¹²⁰
205. A Igreja primitiva, em seus primeiros passos, procurou colocar em prática o mandamento maior do Mestre. Temos o testemunho da *koinonia*, narrado por Lucas nos Atos, afirmando que todos vendiam seus bens e colocavam o dinheiro em comum, segundo a necessidade de cada um. Certamente, eram motivados pela experiência pessoal do amor de Deus em Cristo, nutrida pela oração e pela liturgia (cf. At 2,44-45). A percepção de que o amor comunitário não condiz com grandes disparidades entre os irmãos levou a Igreja a dar outro passo, a organizar a assistência às viúvas, que figuravam entre as pessoas mais necessitadas da época.

120 DCE, n. 20.

206. Este serviço foi suscitado pelo Espírito de Deus, como se deduz do fato de terem escolhido para a diaconia sete homens “*cheios do Espírito Santo*” (cf. At 6,1-6). Este serviço espiritual conduz à autêntica fé cristã, a uma sensibilidade especial em relação aos sofrimentos humanos, como também a ações concretas para aliviar os sofrimentos e suprir as necessidades dos desprovidos. Socorrer o ser humano é um dever.
207. Desde os primórdios da Igreja, a caridade inspirou suas comunidades ao serviço dos adoecidos, pois a caridade como tarefa da Igreja encontra uma prática especialmente significativa no cuidado dos doentes. É bom frisar, no entanto, que a inspiração para este serviço é o próprio Cristo, pois, como nos lembra nosso atual Papa, “*a saúde do homem, do homem todo, foi o sinal que Cristo escolheu previamente para manifestar a proximidade de Deus, o seu amor misericordioso que purifica o espírito, a alma e o corpo*”.¹²¹

8. Os Enfermos no seio da Igreja

208. *Quem permanece por muito tempo próximo das pessoas que sofrem, conhece a angústia e as lágrimas, mas também o milagre da alegria, fruto do amor*”.¹²² Com estas palavras, o Papa Bento XVI descreve uma experiência edificante no sofrimento. Na Igreja, os doentes evangelizam e recordam que a esperança repousa em Deus.¹²³ Deste modo, no contexto eclesial, os doentes e os sofredores não se resumem a destinatários de atenções e de cuidados. Exercem o protagonismo na evangelização com um testemunho profundo, o do sofrimento aceito e oferecido, o milagre do amor.¹²⁴

121 PAPA BENTO XVI. *Discurso na Assembléia do Pontifício Conselho para a Pastoral no campo da saúde*. L'Osservatore Romano, 22/3/2007.

122 *Idem*. *Discurso na celebração do Dia Mundial do doente*. L'Osservatore Romano, 13/02/2010.

123 GPS n. 96.

124 BENTO XVI, *Discurso na celebração do Dia Mundial do doente*. L'Osservatore Romano, 13/02/2010.

209. Os enfermos não são somente objeto de nossa ação pastoral. Por sua condição de fragilidade e vulnerabilidade, devido à doença e ao sofrimento, constituem-se em sinais dos valores que são essenciais na nossa vida, em meio a tantas coisas supérfluas. Eles se tornam radares de alta sensibilidade. A resposta frente a esta realidade é nossa solidariedade samaritana. Quantos exemplos e testemunhos heroicos encontramos nesta área da saúde. Eles nos evangelizam!
210. *“Alguém dentre vós está doente? Mande chamar os presbíteros da Igreja, para que orem sobre ele, ungindo-o com óleo no nome do Senhor”* (cf. Tg 5,14). Se os enfermos evangelizam, também provocam uma resposta da Igreja. Primeiro, a oração na fé, *“a oração feita com fé salvará o doente, e o Senhor o levantará”* (cf. Tg 5,15). Justamente no atrair sobre a situação de doença e sofrimento a ação do Ressuscitado e do seu Espírito, reside a grande importância da Pastoral da Saúde. Um doente, curado pela ação de Cristo por meio das ações da Igreja, constitui uma grande alegria na terra e no céu, é primícia de vida eterna.¹²⁵ Que a saúde se difunda sobre a terra!

9. A Unção dos Enfermos, sacramento da cura

211. O sacramento da unção dos enfermos é compreendido no âmbito da missão salvífica da Igreja, ou seja, no contexto do ministério de cura que toda a Igreja exerce junto aos enfermos. A unção não é um sacramento pontual e isolado, que se celebra de forma quase mágica, numa UTI, a um moribundo totalmente inconsciente. Pelo contrário, é um sacramento eclesial que, além de comprometer toda a Igreja, é também o ápice de um processo em favor e a serviço dos irmãos enfermos de uma comunidade¹²⁶. Faz parte do ministério de cura que atualiza e significa a presença do Reino no hoje das pessoas.¹²⁷

125 BENTO XVI, *Discurso na celebração do Dia Mundial do doente*. L'Osservatore Romano, 13/02/2010.

126 Cf. LG, n. 11.

127 Cf. PO, n. 28; LG, n. 8; AA, n. 8.

212. Este ministério supõe a experiência do amor gratuito de Deus;¹²⁸ a consciência de que o rosto de Jesus Cristo se faz presente e visível no rosto dos pobres e dos que sofrem.¹²⁹ Supõe também o zelo apostólico, nascido do amor que impele a partilhar com os irmãos o que se tem e o que se é.¹³⁰ O ministério da cura exige ainda atitude de gratidão que provoca um serviço de louvor e de culto ao Senhor.¹³¹
213. Por ser um serviço de toda a Igreja, compromete a todos na comunidade: o próprio doente em atitude plenamente ativa de identificação com Jesus Cristo, de aceitação da própria debilidade e de contribuição para o bem do povo de Deus e a salvação de todo o mundo; de todos os crentes em atitude de amor e presença junto aos pobres e doentes; dos religiosos, fazendo presente no mundo a pessoa de Cristo que se preocupa e cura os doentes; dos presbíteros cujo ministério exige deles, não só a visita, a atenção e a animação dos doentes, mas também a visibilidade da presença viva do Senhor que unge, cura e salva; dos bispos que precisam, num trabalho de coordenação pastoral e evangelizadora, mostrar que os doentes não são seres passivos, mas comprometidos do Corpo de Cristo.
214. É pena que, na mentalidade comum dos fiéis e até mesmo dos agentes de pastoral, o sacramento da unção dos enfermos ainda não tenha se desconectado suficientemente de sua relação com a morte. Este passo, no entanto, precisa ser dado. Todos precisam ter muito claro que o sacramento da unção dos enfermos já não é mais nem sacramento que consagra a morte nem preparação imediata para eternidade. Pelo contrário, é o sacramento que consagra uma situação de vida, ou seja, a situação de doença, confiando ao doente a missão de completar, no próprio corpo, o que falta à paixão de Cristo.

128 Cf. AA, n. 8; AG, n. 12.

129 Cf. LG, n. 8.

130 Cf. AA, n. 8; AG, n. 12; GS, n. 1.

131 Cf. LG, n. 8.

10. Maria, Saúde dos enfermos, a ação da Igreja na saúde

215. No Evangelho, a cura do corpo é sinal da purificação mais profunda, que é a remissão dos pecados (cf. Mc 2,1-12). “*Neles se manifesta a vitória de Cristo sobre o pecado e a morte, ao transformá-los em portadores da Boa Nova do Reino*”.¹³² Contemplando as ações de Jesus, a Igreja alarga o conceito de doença: se Jesus cura alguma moléstia do corpo, o faz para conceder uma libertação ainda maior à pessoa curada. Ele a cura de seus pecados, para que ela assuma seus valores e reproduza suas ações de amor fraterno e dedicação aos outros pelo cuidado e serviço.
216. Nesse sentido, nosso Papa Bento XVI lembra a toda a Igreja, “*não admira que Maria, Mãe e modelo da Igreja, seja evocada e venerada como “Salus infirmorum”, “Saúde dos enfermos”. Como primeira e perfeita discípula do seu Filho, Ela demonstrou sempre, acompanhando o caminho da Igreja, uma solicitude especial para com os sofredores*”.¹³³
217. O ser pleno de graça de Maria santíssima (cf. Lc 1,28), nova arca da aliança, plena do Espírito de Deus e primeira e perfeita discípula do seu Filho, sempre demonstrou especial solicitude para com os sofredores. Esta afirmação é respaldada por inúmeras pessoas que constantemente acorrem aos Santuários marianos para invocar a Mãe do Salvador e, em sua maternidade, recobrem a força e experimentarem o consolo.¹³⁴ No Santuário de Aparecida, Maria distribui inúmeros benefícios ao povo brasileiro, especialmente aos doentes. É importante também mencionar o Santuário de Lourdes, na França, lugar escolhido por Maria para manifestar sua solicitude maternal pelos enfermos.¹³⁵

132 GPS, n. 57.

133 BENTO XVI, *Discurso na celebração do Dia Mundial do doente*. L'Osservatore Romano, 13/02/2010.

134 BENTO XVI, *Discurso na celebração do Dia Mundial do doente*. L'Osservatore Romano, 13/02/2010.

135 *Ibid.*

218. Na narrativa da visitação e no apoio de Maria a Isabel, que vivia uma situação de gravidez de risco, pela idade avançada, vemos prefigurada toda a ação da Igreja em favor da vida que tem necessidade de cuidado. A exemplo de Maria, *“a Igreja conserva dentro de si mesma os dramas do homem e a consolação de Deus, mantendo-os unidos ao longo da peregrinação da história”*.¹³⁶
219. Em sua história, a Igreja gestou inúmeros homens e mulheres de fé, que depuseram sua esperança em Deus e, empenhando-se como Maria, serviram aos irmãos necessitados. São santos e santas da caridade. Alguns, incontestavelmente, despenderam a própria vida no meio dos doentes e sofrendores, como Camilo de Lellis e João de Deus.¹³⁷ A Igreja no Brasil também pode louvar a Deus pela vida de Santa Paulina, Beata Irmã Dulce e Frei Galvão, agora Santo, cujas vidas foram integralmente dedicadas aos doentes, pobres e sofrendores.
220. No seio da Igreja, a manifestação do amor do Pai em Cristo, em sua oferta na cruz, liberta e inspira os discípulos missionários na aceitação do sofrimento como participação no sacrifício do Redentor. Este fato tem suscitado, em meio aos dramas da vida, ações de graças naqueles que aprenderam a confiar na obra redentora de Deus. Assim, a Igreja pode lançar, a partir de grandes testemunhos, uma luz sobre a doença e o sofrimento, tão oportuna no contexto de uma sociedade que tem muitas dificuldades em aceitar e viver esta realidade.
221. Nesse sentido, atentemos para o que disse o Papa Bento XVI: *“A grandeza da humanidade determina-se essencialmente na relação com o sofrimento e com quem sofre”*.¹³⁸

¹³⁶ *Ibid.*

¹³⁷ *Ibid.*

¹³⁸ SS, n. 38.

Terceira Parte

Indicações para a Ação Transformadora no Mundo da Saúde

Introdução

222. As ações de Jesus para com os doentes inspiraram a Igreja no exercício da caridade fraterna. Neste sentido, lemos no referido Guia Pastoral, *“o mundo da saúde, em suas múltiplas expressões, ocupou sempre um lugar privilegiado na ação caritativa da Igreja. Através dos séculos, ela não só favoreceu entre os cristãos o nascimento de diversas obras de misericórdia como também fez surgir de seu interior muitas instituições religiosas com a finalidade específica de promover, organizar, aperfeiçoar e estender a assistência aos doentes, fracos e pobres”*.¹³⁹
223. É importante salientar que muitos religiosos e religiosas vivem sua consagração a Deus e se incorporam na missão da Igreja por meio do serviço aos doentes e àqueles que sofrem. *“O discípulo missionário abre seu coração para todas as formas de vida ameaçada desde o seu início até a morte natural”*.¹⁴⁰ Trata-se de uma multidão de pessoas dedicadas a trabalhar em situações difíceis e precárias, em solidariedade aos irmãos afetados pela doença, pela dor e pela morte, ajudando-os a encontrar sentido humano e cristão nessas realidades.
224. A presença da vida religiosa suscita energias de humanização em lugares e ambientes que correm o risco de se transformarem em lugares de abandono, desespero e desumanização.¹⁴¹ Desse modo, a proximidade de Jesus aos doentes não se interrompeu: prolonga-se no tempo, graças à ação do Espírito Santo na

139 GPS, n. 60.

140 DGAE 2011 – 2015, n. 67.

141 GPS, n. 60.

missão da Igreja, na Palavra, nos sacramentos, nos homens de boa vontade, nas atividades de assistência que as comunidades promovem com caridade fraterna, mostrando assim o verdadeiro rosto de Deus e o seu amor.

1. A Pastoral da Saúde

225. A Pastoral da Saúde representa a atividade desempenhada pela Igreja no setor da saúde, é expressão de sua missão e manifesta a ternura de Deus para com a humanidade que sofre. A Igreja, ao meditar a parábola do bom samaritano (cf. Lc 10,25-37), entende que não é lícito delegar o alívio do sofrimento apenas à medicina, mas é necessário ampliar o significado desta atividade humana.¹⁴²

226. A Pastoral da Saúde foi compreendida em Aparecida como sendo, *“a resposta às grandes interrogações da vida, como o sofrimento e a morte, à luz da morte e ressurreição do Senhor.”*¹⁴³ E, empenha-se em evangelizar com renovado ardor missionário no mundo da saúde, e contribuir para a construção de uma sociedade justa e solidária, a serviço da vida. Esta pastoral ainda procura oferecer oportunidade ao assistido, para refletir acerca da base valorativa de sua existência, e iluminá-lo com a luz de Cristo, sugerir formas criativas para bem viver, e ainda conviver com um dos maiores temores da humanidade: a enfermidade.

227. No Brasil, esta Pastoral conta com cerca de 80 mil agentes voluntários, grandes motivadores deste trabalho de evangelização. Ela se constitui em entidade de ação social, vinculada à CNBB, como sociedade cívico-religiosa, sem fins lucrativos, reconhecida oficialmente, desde 09 (nove) de maio de 1986, como

142 Pontifício Conselho para a Pastoral no campo da Saúde. L'Osservatore Romano, 13/02/2010.

143 DAp, n. 418.

Pastoral Social, organizada por tempo indeterminado, conforme seus Estatuto e Regimento Interno.

228. Seu objetivo geral é promover, educar, prevenir, cuidar, recuperar, defender e celebrar a vida ou promover ações em prol da vida saudável e plena de todo o povo de Deus, tornando presente, no mundo de hoje, a ação libertadora de Cristo na área da saúde. Sua atuação é em âmbito nacional e de referência internacional.
229. Esse trabalho evangelizador atua em três dimensões, sempre em consonância com as Diretrizes de Ação da CNBB. **São elas: solidária, comunitária, político-institucional.**
230. Pela **construção de uma sociedade solidária** - o enfermo, em seu leito de dor e angústia, necessita do apoio solidário. Os agentes, inspirando-se nas ações de Jesus, fazem chegar a estes irmãos o consolo do próprio Senhor, o Bom Samaritano.
231. Pela **dimensão comunitária**, a Pastoral da Saúde desenvolve ações de caráter educativo e preventivo para toda a comunidade em relação às enfermidades comuns. É uma educação para a saúde, que valoriza a sabedoria e a religiosidade popular, promovendo encontros educativos sobre temas e assuntos referentes a hábitos e estilos de vida saudáveis.
232. A **dimensão político-institucional** visa conscientizar o cidadão brasileiro de seus direitos e deveres no Sistema de Saúde, através da participação efetiva dos agentes nos Conselhos de Saúde, em âmbito local, municipal, estadual e nacional. Entre as ações desta dimensão também consta a aproximação com instituições de ensino e de saúde, para mostrar-lhes a importância da formação dos futuros profissionais com autênticos valores humanos e hábitos saudáveis de vida.
233. Dentre os grandes desafios da Pastoral da Saúde, nos dias de hoje, destaca-se o de ampliar a concepção de cuidados devidos aos doentes. O avanço das técnicas médicas propiciou grande evolução no tratamento das doenças. No entanto, há o perigo

de se submeter a vida à técnica, trazendo alguns problemas como a fertilização assistida, o aborto eugênico, a distanásia e a eutanásia, e sobretudo o perigo de se descuidar do devido calor humano àquele que sofre.

234. Na Carta Apostólica *Salvifici doloris* vemos uma bela interpretação da atuação paradigmática de Cristo junto aos doentes: “Cristo ensinou ao homem, ao mesmo tempo, a fazer o bem com o sofrimento e a fazer o bem a quem sofre”.¹⁴⁴
235. Fazer o bem, dentre as ações a serem desenvolvidas pela Pastoral da Saúde, inclui também fomentar a participação da comunidade no controle social das políticas públicas. Esta ação significa a cooperação estreita da sociedade civil e organizada na condução das políticas públicas, pelas vias já asseguradas pela Constituição, nos Conselhos de Saúde ou nas Conferências de Saúde.

2. A dignidade de viver e morrer

236. Por mais que trabalhemos para que o ser humano tenha uma vida longa e saudável, chegará o momento em que as forças diminuirão, envelheceremos e seremos confrontados com nossa própria finitude. A mortalidade faz parte de nossa existência, não há como negá-la ou considerá-la como inimiga. Precisamos de sabedoria e ética samaritana para cuidar das pessoas que estão se aproximando do final de suas existências. O desafio ético é considerar a questão da dignidade no adeus à vida.
237. A mídia alardeia casos individuais que nos envolvem sentimentalmente e anunciam o direito de todo ser humano a ter uma morte feliz, sem sofrimento. Perguntamo-nos qual o significado de tudo isso diante da morte violenta de milhares, por acidentes ou violência, em nossa sociedade. Existe muito o que fazer no sentido

144 SD, n. 30.

de levar a sociedade a compreender que o morrer com dignidade é uma decorrência do viver dignamente e não se tem condição de vida digna, no fim do processo garantiremos uma morte digna? Antes de existir um direito à morte humana, há que ressaltar o direito de que a vida possa ter condições de ser conservada, preservada e desabrochada plenamente. Chamamos a isto de direito à saúde. É chocante e até irônico constatar situações em que a mesma sociedade que nega o pão para o ser humano viver, lhe oferece a mais alta tecnologia para 'bem morrer!'.

238. Não somos doentes nem vítimas da morte. É saudável sermos peregrinos. Não podemos passivamente aceitar a morte que é consequência do descaso pela vida, causada por violência, acidentes e pobreza. Frente a este contexto, é necessário cultivar uma santa indignação ética. Podemos ser curados de uma doença classificada como mortal, mas não de nossa mortalidade. Quando esquecemos isso, acabamos caindo, pura e simplesmente, na tecnolatria e na absolutização da vida biológica. Insensatamente, procuramos a cura da morte e não sabemos mais o que fazer com os pacientes que estão se aproximando do adeus à vida. É a obstinação terapêutica (*distanásia*) adiando o inevitável, que acrescenta mais sofrimento e vida quantitativa que qualidade de vida.
239. Nasce uma sabedoria a partir da reflexão, aceitação e assimilação do cuidado da vida humana no adeus final. Entre dois limites opostos, de um lado a convicção profunda de *não abreviar intencionalmente a vida (eutanasia)* de outro, a visão para *não prolongar o sofrimento e adiar a morte (distanásia)*. Entre o não abreviar e o não prolongar, temos a prática da *ortotanasia*, o despedir-se da vida no momento e tempo certos, sem abreviações ou prolongamentos inúteis, deixando a natureza seguir seu curso natural.
240. A medicina brasileira, através do CFM (Conselho Federal de Medicina), ao aprovar o mais recente Código de Ética Médica (Resolução CFM n. 1931 de 17 de setembro de 2009) que entrou em vigor em 13 de abril de 2010, assume oficialmente que, no final

da vida, perante a morte iminente e inevitável, proporcione-se aos doentes cuidados paliativos e evite-se a prática da distanásia. Lemos no inciso XXII dos Princípios Fundamentais: “Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob a sua atenção os cuidados paliativos apropriados”.

241. O Papa Bento XVI, por ocasião do Dia Mundial do Enfermo (2007), disse: *“É necessário promover políticas que criem condições em que os seres humanos possam suportar as doenças incuráveis e enfrentar a morte com dignidade”*. Nesse sentido, o Papa enfatiza que é necessário criar centros de cuidados paliativos que proporcionem assistência integral, garantindo aos enfermos ajuda humana e acompanhamento espiritual.

242. A esse respeito encontramos palavras esclarecedoras do saudoso João Paulo II, *“Distinta da eutanásia é a decisão de renunciar ao chamado excesso terapêutico, ou seja, a certas intervenções médicas já inadequadas à situação real do doente, porque não proporcionais aos resultados que se poderiam esperar ou ainda porque demasiado penosas para ele e para a sua família. Nessas situações, quando a morte se anuncia iminente e inevitável, pode-se em consciência renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida, sem, contudo interromper os cuidados normais devidos ao doente em caso semelhantes. (...) A renúncia a meios extraordinários ou desproporcionais não equivale ao suicídio ou à eutanásia; exprime, antes, a aceitação da condição humana diante da morte. Na medicina atual, têm adquirido particular importância os cuidados paliativos, destinados a tornar o sofrimento mais suportável na fase mais aguda da doença e assegurar ao mesmo tempo ao paciente um adequado acompanhamento humano”*.¹⁴⁵

243. É um desafio difícil aprender a amar o paciente terminal sem exigir retorno, com a gratuidade com que se ama um bebê, num

145 EV, n. 65.

contexto social em que tudo é medido pelo mérito! O sofrimento humano somente é intolerável se ninguém cuida. Como fomos cuidados para nascer, precisamos também ser cuidados para morrer. Cuidar fundamentalmente é sermos solidários com os que hoje passam pelo ‘vale das sombras da morte’. Amanhã seremos nós!¹⁴⁶

3. Os Agentes da Pastoral da Saúde

244. Na Igreja, comunidade sanadora, todos têm o encargo de agentes de pastoral. Os agentes da pastoral da saúde são os discípulos missionários de Jesus Cristo e de sua Igreja, envolvidos em sua missão de cura e de salvação¹⁴⁷. São eles: o bispo, os presbíteros, os capelães, os diáconos, os religiosos e as religiosas, e todos os leigos, porque *“a missão de ser testemunhas do amor de Deus através da proximidade, do diálogo, da oração, do acompanhamento e exercício da caridade é a de todo batizado e, de maneira especial, dos que professaram o carisma da misericórdia”*.¹⁴⁸

245. No entanto, os profissionais de saúde cristãos, católicos (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais,...) são os agentes naturais da pastoral da saúde. Deveriam ser convidados a assumir evangelicamente sua profissão,¹⁴⁹ bem como liderança nas comunidades onde atuam nesta questão da saúde. Para se atuar nesta área, com eficácia, é precisa a formação especializada que eles têm. Neste sentido, temos um grande desafio pela frente. Tais profissionais devem ser exortados a assumirem o protagonismo pastoral na área da saúde, sendo animados a continuarem a missão de Jesus, assim expressa, *“Eu vim para que todos tenham vida e a tenham em abundância”* (cf. Jo 10,10).

146 Sobre o tema: PESSINI, L., BERTACHINI, L. *Humanização e Cuidados Paliativos*. 5ª. Edição. Centro Universitário São Camilo & Edições Loyola, São Paulo, 2010.

147 Cf. GPS, n. 94.

148 *Ibid.*, n. 95.

149 CL, n. 17.

246. Nas novas Diretrizes Gerais da Ação Evangelizadora, encontramos recomendações importantes para aqueles que se dedicam ao serviço à vida: “a) *defender e promover a dignidade da vida humana em todas as etapas da existência, desde a fecundação até a morte natural; b) tratar o ser humano como fim e não como meio, respeitando-o em tudo que lhe é próprio: corpo, espírito e liberdade; c) tratar todo ser humano sem preconceito nem discriminação, acolhendo, perdendo, recuperando a vida e a liberdade de cada pessoa, tendo presente as condições materiais e o contexto histórico, social, cultural em que cada pessoa vive*”.¹⁵⁰
247. Que estas diretrizes inspirem os profissionais da saúde a empreenderem atitudes concretas em prol da defesa, do cuidado e da promoção do imprescindível valor da vida, neste mundo marcado por tantos sinais de morte e inúmeras formas de exclusão.¹⁵¹
248. Salientamos, também, que, no imenso campo da Saúde Pública, encontramos uma multidão de profissionais de diversos credos que, com exemplar dedicação aos enfermos, suprem as deficiências que permeiam o sistema. A Igreja aproveita esta ocasião para manifestar seu agradecimento a todas estas pessoas que desenvolvem seu trabalho como verdadeiros apóstolos, nas mais distintas regiões de nosso país, ao mesmo tempo em que os incentivamos a continuar seus trabalhos na certeza de que essas ações de amor e solidariedade fazem chegar aos pobres e sofredores a presença misericordiosa de Cristo.

4. Propostas de ação para a Igreja cooperar no avanço do Sistema Público de Saúde

249. O Guia da Pastoral da Saúde na América Latina e Caribe enfatiza, “A Igreja, em sua missão profética, é chamada a anunciar o Reino

150 DGAE 2011 – 2015, n. 107.

151 DGAE 2011 – 2015, n. 106.

*aos doentes e a todos os que sofrem, cuidando para que seus direitos sejam reconhecidos e respeitados, assim como denunciar o pecado e suas raízes históricas, sociais, políticas e econômicas, que produzem males como a doença e a morte”.*¹⁵² Apresentamos para as comunidades, algumas sugestões de ações transformadoras, em vista de melhores condições de atendimento de saúde para todos, em especial para os mais necessitados:

- a. trabalhar, com as comunidades e os grupos pastorais em geral, datas ligadas à saúde, e mostrar a importância de se desenvolver um estilo de vida saudável;
- b. incentivar as comunidades a promoverem seminários, cursos e encontros de conscientização e formação política, que visem desenvolver a participação cidadã cada vez mais responsável dos cristãos;
- c. criar, na Pastoral da Saúde, um trabalho específico tanto de evangelização como com os agentes da área de saúde, especialmente nas datas de grandes santos que se empenharam na assistência aos doentes;
- d. articular a participação efetiva de membros das comunidades nas instâncias colegiadas do SUS (Conselhos municipais e Conferências de Saúde), nas três esferas de governo, oferecer-lhes respaldo e acompanhá-los neste trabalho;
- e. criar observatórios locais da saúde, com membros competentes e idôneos, que se tornem referências para a população. Para tanto, é necessária uma estrutura mínima de ouvidoria, diagnóstico, pesquisa, comunicação, monitoramento das iniquidades em saúde;
- f. estabelecer parcerias com Defensoria Pública, Controladoria Geral da União (CGU), Advocacia Geral da União (AGU), Procons, Ministério Público, Fóruns de Justiça, dentre outros, para denunciar situações de irregularidade na condução da coisa pública;

152 GPS, n. 58.

- g. dar continuidade às discussões iniciadas com a Campanha da Fraternidade de 2011 (Fraternidade e Vida no Planeta) e reforçar a necessidade de equilíbrio na relação entre ser humano e o meio ambiente.

5. Como as famílias podem colaborar para a saúde se difundir

250. A família ocupa o lugar primário na humanização da pessoa e da sociedade. Por isso, é chamada a ser uma comunidade de saúde, a educar para viver bem, a promover o bem estar de seus membros e do ambiente que a cerca. É importante recuperar a família como colaboradora essencial no cuidado e no acompanhamento de seus membros (GPS, p. 96, 2010).¹⁵³ Vários dos condicionantes e determinantes da saúde dependem da adesão das famílias e da educação prática das crianças.

251. Seguem algumas propostas de ação concreta para esta esfera:

- a. incentivar o cuidado pleno aos extremos de vida (criança e idosos), buscando atendimento digno, humano e com qualidade nos serviços de saúde, nos três níveis de governo;
- b. garantir que a prevenção avance para além da informação. É necessário visar não só ao bem estar individual, mas também ao familiar e ao de todos, através de ações educativas abrangentes;
- c. buscar a sensibilização e a mobilização de familiares e amigos quanto às ações básicas de prevenção e promoção da saúde, como manter o cartão de vacinas atualizado;
- d. estimular a adoção e a manutenção de padrões e estilos de vida saudáveis e a abolição de hábitos inadequados de vida, até reeducação alimentar e incentivo à atividade física regular;

¹⁵³ Cf. GPS, n. 96.

- e. estimular o uso dos serviços de saúde, de forma consciente, organizada e cuidadosa , visando à otimização de recursos públicos;
- f. estimular a disseminação do conceito de que a prevenção ao uso de drogas é de responsabilidade de todos, ou seja, pais, professores, empresários, líderes comunitários, sindicatos, igrejas e autoridades;
- g. incentivar e difundir programas de coleta seletiva e de reciclagem, no suporte a projetos de pesquisa na área ambiental e no estímulo a práticas sustentáveis, divulgadas em empresas, escolas e comunidades.

6. Em relação à sociedade em geral

252. É necessário fortalecer canais de participação efetiva da sociedade e de suas entidades representativas na formulação, implantação e controle das políticas públicas de saúde. Os Conselhos de Saúde, em suas diversas instâncias, constituem espaços privilegiados para o alcance deste objetivo. Para o avanço na implantação de mecanismos de gestão estratégica e participativa eficazes, ainda indicamos:

- a. incentivar a intersetorialidade das ações (saúde, educação, desenvolvimento social, justiça, esporte, emprego e renda), para promoção, prevenção, proteção, tratamento, reabilitação e recuperação da saúde, construindo uma sociedade justa e saudável;
- b. comunicar sistematicamente problemas não resolvidos nos serviços de saúde à Ouvidoria do SUS (difundir o disque saúde 136);
- c. reivindicar atendimento humanizado, acolhedor e digno a todo cidadão em qualquer unidade de saúde;

- d. garantir e valorizar métodos e princípios de uma educação de qualidade e acessível, fazendo com que a promoção em saúde seja prioridade nas políticas públicas de saúde e para a população em geral;
- e. valorizar os profissionais da área da saúde, com homenagens em seu dia. Criar, para as diversas categorias na saúde, premiação para os mais dedicados e solícitos no exercício da função.

7. Propostas para a ação em relação a temáticas específicas

253. Quanto ao acesso no atendimento dos doentes na rede de saúde pública:

- a. promover o direito ao atendimento ágil e no tempo certo, humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados em ambientes limpos, confortáveis e acessíveis a todos e livre de qualquer discriminação;
- b. reduzir a discrepância entre o número de leitos públicos disponíveis em relação ao número de habitantes e ampliar a oferta de leitos para internação clínico-cirúrgica eletiva, de urgência e emergência e de cuidados intensivos, com parcerias com redes privada e/ou filantrópica;
- c. incentivar os gestores a desenvolverem programas de valorização dos trabalhadores de saúde que cumprem, com responsabilidade e dedicação, o bom atendimento à população;
- d. solicitar aos poderes públicos que garantam a infraestrutura mínima e adequada à realidade local nas unidades de saúde, com recursos humanos qualificados e motivados;

- e. reivindicar, junto aos governos, que se coloque em prática o direito à integralidade da atenção à saúde do cidadão, incluindo a assistência farmacêutica em todos os níveis e complexidades de atenção.

254. Quanto à gestão do sistema de saúde pública:

- a. exigir maior responsabilização sanitária dos gestores técnicos (secretários e ministro da saúde) e políticos (prefeitos, governadores e presidente) em relação à boa condução das políticas públicas de saúde;
- b. defender maior formação e vinculação técnica (suprapartidária) aos pretendentes aos cargos de gestores do SUS e propiciar sua capacitação permanente;
- c. melhorar a informação e comunicação dos aspectos da saúde pública para com a comunidade em geral;
- d. estimular a realização de planejamento estratégico e de levantamento de oportunidades de melhorias nas unidades de saúde;
- e. reforçar a necessidade de gestão essencialmente pública nas unidades de saúde, desestimulando a prática abusiva de terceirização na saúde;
- f. estimular capacitações sistemáticas em controle social e políticas públicas de saúde aos interessados em contribuir para uma melhor saúde pública.

255. Quanto à problemática do financiamento:

- a. articular e mobilizar pela regulamentação da EC 29, de acordo com os preceitos defendidos pelo Conselho Nacional de Saúde e no PLC 01/2003;
- b. monitorar o pleno cumprimento da EC 29, nas três esferas de governo, assim como denunciar sua ausência;
- c. lutar pela readequação de investimentos na saúde, de modo que haja inversão nos percentuais entre o montante aplicado

no setor público na comparação com o privado no país, em âmbito federal, buscando maior fidelização do governo em relação à saúde pública;

- d. mobilizar as forças sociais e de governo para ampliar os investimentos e o apoio técnico e financeiro aos municípios, com o objetivo de expandir e qualificar a atenção básica, capacitar os profissionais envolvidos e melhorar a qualidade dos serviços de saúde;
- e. garantir o aumento gradativo e contínuo de aplicações de recursos na saúde, buscando equiparação e proporcionalidade a um terço do montante do orçamento da seguridade social, bem como ampliar a fiscalização de sua correta utilização, visando à maior transparência nestas relações.

256. Quanto aos fatores externos:

- a. denunciar aos Conselhos de Classe Profissional, Ouvidoria, Conselhos de Saúde, Ministério Público, dentre outros órgãos jurídicos, possíveis transgressões éticas e profissionais no atendimento à saúde;
- b. denunciar aos órgãos competentes (ouvidoria, ministério público, conselhos de saúde, poder legislativo, poder judiciário e outros) quaisquer constatações de desvios de verbas ou práticas de corrupção que envolvam os diversos atores da saúde pública no país, buscando ainda o repatriamento dos montantes ao respectivo fundo de saúde.

8. Propostas gerais para SUS

257. Em prol do seu fortalecimento

- a. Priorizar a atenção básica em relação aos outros níveis de atenção à saúde, fortalecendo e interiorizando as redes especializadas de atenção à saúde;

- b. estudar uma forma de coparticipação ou contribuição emergencial à saúde pública dos setores empresariais que usufruem ou estimulam hábitos inadequados à saúde;
- c. provocar a discussão com vistas à criação, no Poder Judiciário, da 'Vara da Saúde', proporcionando atendimento especializado e eficaz neste segmento;
- d. estimular a prática da 'quarentena política' (proibição de se candidatar, durante certo período, a cargos do legislativo e executivo) aos gestores técnicos que deixarem o cargo, nos três níveis de governo.

Conclusão

Olhando para o futuro

257. Precisamos nutrir a ‘utopia’, ou seja, construir, em meio a este contexto social injusto e desigual, em que a doença e pobreza falam mais alto do que o bem saúde, um horizonte de significado, a partir do conceito evangélico de ‘Reino de Deus’. Em nossas terras, o SUS tem que funcionar muito bem e devemos colaborar nesta direção. Está é uma grande utopia a ser concretizada. Este horizonte deve ser o guia para todas as nossas ações, escolhas, investimentos, buscas, pesquisas, pensamentos e sonhos nessa área, em vista do ‘Reino da saúde’. É preciso ousar profeticamente para a implementação de políticas sociais orientadas pelos referenciais éticos de justiça, equidade e solidariedade. Nosso grande objetivo é *construir uma sociedade justa e igualitária* que, permanentemente, estimule a solidariedade coletiva, voltada para a promoção do bem para todos sem preconceitos de qualquer tipo: raça, gênero, cor, religião, idade, nacionalidade.
258. Ao longo dos últimos anos, houve mudança no *conceito de saúde*: de ‘caridade’ para ‘direito’. Hoje em dia, no entanto, esse direito está sendo *transformado em ‘negócio’*, num mercado livre sem coração! Há necessidade de empoderamento dos pobres, em termos de reivindicação (cidadania) e para fazer algo concreto e forçar o direito básico à saúde. Este direito encontra-se garantido nas constituições de muitos países (controle social do Estado pela sociedade civil), mas ainda está longe de se tornar uma realidade para as populações da maioria dos países da América Latina e do Caribe. A mudança, que todos esperamos e estamos buscando, não acontecerá de cima para baixo, mas a partir da conscientização e da educação para a cidadania e do controle social.
259. A missão da Pastoral da Saúde é vital! Ela tem que fazer diferença pela sua presença e ser ‘o sal e a luz’, neste contexto marcado

pela escuridão de doença e mortes evitáveis. Além de cuidar dos doentes (*dimensão samaritana*), empenhar-se para educar para a saúde (*dimensão comunitária*), deve trabalhar para mudar as estruturas políticas e sociais desiguais (*dimensão político institucional*). Outro desafio é preservar a identidade cristã das instituições de saúde mantidas pela Igreja e pelas congregações religiosas cujo carisma as coloca no mundo da saúde a serviço de pobres e doentes. Além disso, zelar pelos valores humanos e cristãos na formação dos futuros profissionais da área da saúde.

260. Na visão cristã, a saúde é vista como um '*dom que Deus*' confiou à responsabilidade humana. Esta responsabilidade se traduz no cuidado da própria saúde e da saúde dos mais vulneráveis, com ética e competência técnica, científica, humana. O cuidado competente é um imperativo ético que se traduz, na prática, em prioridade de ação para os discípulos missionários no mundo da saúde. O que foi prioritário para Jesus há de ser também para seus seguidores. A ação de Jesus, sua proximidade e solidariedade com os pobres e doentes, os liberta de toda espécie de sofrimento e enfermidade, devolvendo à pessoa sua saúde integral. Teologicamente, podemos dizer que o ser humano, neste início de século XXI, ao buscar saúde, está diante de uma busca nostálgica e às vezes inconsciente de salvação!
261. No âmbito da saúde, faz-se necessário aprofundar e colocar em prática a chamada '*bioética dos 4 Ps*': *promoção* da saúde; *prevenção* de doenças; *proteção* das vulneráveis presas fáceis de manipulação; *precaução* frente ao desenvolvimento biotecnológico. Isto significa proteção da população frente a possíveis riscos de danos moralmente inaceitáveis, quer sejam uma ameaça à saúde ou à vida humana, ameaças de danos graves e irreversíveis, injustos com as gerações presentes e futuras. A responsabilidade pública pela saúde nos move a agir e também a refletir que uma sociedade, que se funda em valores de justiça, equidade e solidariedade entre os seres humanos, não deve aceitar as injustiças, evitáveis e mutáveis das desigualdades sociais, principalmente no âmbito da saúde. É mais do que hora de garantir a todos os brasileiros 'o acesso universal, integral e equânime' aos cuidados necessários de saúde.

Anexo – I

Constituição Federal: a saúde como direito de todos e dever do Estado

O atendimento à saúde pública integra, constitucionalmente, a tríade da Seguridade Social, Previdência e a Assistência Social, como no modelo abaixo, delineado pelos artigos 196 a 200 da Constituição de 1988. E concretiza o plano jurídico-institucional do Movimento de Reforma Sanitária no Brasil (RONCALLI, 2000).

Carta Magna de 1988 estabelece o seguinte sobre a assistência da saúde para o povobrasileiro:

Seção II – DA SAÚDE

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*
- III - participação da comunidade.*

§ 1º O sistema único de saúde **será financiado**, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I – no caso da União, na forma definida nos termos da **lei complementar prevista** no § 3º;

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 3º **Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:**

I – os **percentuais** de que trata o § 2º;

II – os **critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde** destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III – as **normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde** nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

§ 4º Os **gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde** e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.

§ 5º **Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias.**

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - **As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.**

§ 2º - **É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.**

§ 3º - **É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.**

§ 4º - **A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.**

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Como se vê, a nossa Constituição não é um livro de histórias, uma letra “morta”. É de suma importância que a conheçamos e participemos ativamente nessa construção e consolidação da cidadania. Para tanto, é necessário ressaltar ainda que o SUS é oficialmente regulamentado pelas chamadas Leis Orgânicas da Saúde de 1990 (Lei 8080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e Lei 8142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros) (CNS, 2011).

Anexo – II

0 Serviço de preparação e animação da CF

Tempo quaresmal e CF

Celebrar a Quaresma é reconhecer a presença de Deus na caminhada, no trabalho, na luta, no sofrimento e na dor da vida do povo!

A Quaresma é tempo forte de conversão, de mudança interior, de graça e salvação. Preparamo-nos para viver, de maneira intensa, livre e amorosa, o momento mais importante do ano litúrgico e da história da salvação: a Páscoa.

A espiritualidade quaresmal é caracterizada também por atenta e prolongada escuta da Palavra de Deus. Ela ilumina a vida e chama à conversão, infundindo confiança na misericórdia de Deus.

No Brasil, a dimensão comunitária da Quaresma é vivenciada e assumida pela CF. A cada ano, a Igreja destaca uma situação da realidade social que precisa ser mudada.

A CF ilumina de modo particular os gestos fundamentais desse tempo litúrgico: a oração, o jejum e a esmola.

Pelo exercício da oração, pessoal e comunitária, as pessoas se tornam sempre mais abertas e disponíveis às iniciativas da ação de Deus.

O jejum e a abstinência de carne expressam a íntima relação existente entre os gestos externos da penitência, mudança de vida e conversão interior.

A esmola confere aos gestos de generosidade humana uma dimensão evangélica profunda que se expressa na solidariedade. Coloca a pessoa e a comunidade face a face com o irmão empobrecido e marginalizado, para ajudá-lo e promovê-lo.

Para celebrarmos melhor o tempo litúrgico da Quaresma, valorizando a CF, poderemos responder às seguintes perguntas:

Quais os sinais de pecado e de morte que marcam mais a nossa comunidade atualmente?

Quais os sinais de vida e ressurreição que gostaríamos que aparecessem entre nós?

Como ligar esses sinais com o mistério que celebramos?

De que maneira podemos encaminhar a CF e as celebrações da Quaresma, para que ajudem a comunidade a melhor celebrar a Páscoa?

Como sentimos o tema proposto pela CF em nosso bairro, cidade ou região? Qual será o gesto concreto?

Natureza e histórico da CF

Em 1961, três padres responsáveis pela Cáritas Brasileira idealizaram uma campanha para arrecadar fundos para as atividades assistenciais e promocionais da instituição e torná-la, assim, autônoma financeiramente. A atividade foi chamada *Campanha da Fraternidade e realizada, pela primeira vez, na Quaresma de 1962, em Natal (RN), com adesão de outras três dioceses e apoio financeiro dos bispos norte-americanos. No ano seguinte, dezesseis dioceses do Nordeste realizaram a Campanha. Não teve êxito financeiro, mas foi o embrião de um projeto anual dos Organismos Nacionais da CNBB e das Igrejas Particulares no Brasil, realizado à luz e na perspectiva das Diretrizes Gerais da Ação Pastoral (Evangelizadora) da Igreja em nosso país.*

Em seu início, teve destacada atuação o Secretariado Nacional de Ação Social da CNBB, sob cuja dependência estava a Cáritas Brasileira, que fora fundada no Brasil, em 1957. Na época, o responsável pelo Secretariado de Ação Social era dom Eugênio de Araújo Sales, e por isso, presidente da Cáritas Brasileira. O fato de ser administrador apostólico de Natal (RN) explica que a Campanha tenha iniciado naquela circunscrição eclesiástica e em todo o Rio Grande do Norte.

Esse projeto foi lançado, em nível nacional, no dia 26 de dezembro de 1963, sob o impulso renovador do espírito do Concílio Vaticano II, em andamento na época, e realizado pela primeira vez na Quaresma de 1964. O tempo do Concílio foi fundamental para a concepção, estruturação e encaminhamentos da CF, do Plano de Pastoral de Emergência, do Plano de Pastoral de Conjunto e de outras iniciativas de renovação eclesial. Ao longo de quatro anos seguidos, por um período extenso em cada um, os bispos ficaram hospedados na mesma casa, em Roma, participando das sessões do Concílio e de diversos momentos de reunião, estudo, troca de experiências. Nesse contexto, nasceu e cresceu a CF.

Em 20 de dezembro de 1964, os bispos aprovaram o projeto inicial da mesma, intitulado: “Campanha da Fraternidade: pontos fundamentais apreciados pelo episcopado em Roma”. Em 1965, tanto a Cáritas quanto a Campanha da Fraternidade, que estavam vinculadas ao Secretariado Nacional de Ação Social, foram vinculadas diretamente ao Secretariado Geral da CNBB. A CNBB passou a assumir a CF. Nessa transição, foi estabelecida a estruturação básica da CF. Em 1967 começou a ser redigido um subsídio, maior que os anteriores, para a organização anual da CF. Nesse mesmo ano, iniciaram-se, também, os encontros nacionais das Coordenações Nacional e Regionais da CF. A partir de 1971, tanto a Presidência da CNBB como a Comissão Episcopal de Pastoral começaram a ter uma participação mais intensa em todo o processo da CF.

Em 1970, a CF ganhou um especial e significativo apoio: a mensagem do Papa, transmitida em cadeia nacional de rádio e televisão, quando de sua abertura, na Quarta-feira de Cinzas. A mensagem papal continua enriquecendo a abertura da CF.

De 1963 até hoje, a CF é uma atividade ampla de evangelização desenvolvida num determinado tempo (Quaresma), para ajudar os cristãos e as pessoas de boa vontade a viverem a fraternidade em compromissos concretos, no processo de transformação da sociedade, a partir de um problema específico que exige a participação de todos, na busca de alternativas de solução. É grande instrumento para desenvolver o espírito quaresmal de conversão, renovação interior e ação comunitária, como a verdadeira penitência que Deus quer de nós em preparação à Páscoa. É

momento de conversão, de prática de gestos concretos de fraternidade, de exercício de uma verdadeira pastoral de conjunto em prol da transformação de situações injustas e não-cristãs. É precioso meio para a evangelização no tempo quaresmal, retomando a pregação dos profetas, confirmada por Cristo, segundo a qual, a verdadeira penitência que agrada a Deus é repartir o pão com quem tem fome, dar de vestir ao maltrapilho, libertar os oprimidos, promover a todos.

A CF tornou-se especial manifestação de evangelização libertadora, provocando, ao mesmo tempo, a renovação da vida da Igreja e a transformação da sociedade, a partir de problemas específicos, tratados à luz do Projeto de Deus.

A CF tem como objetivos permanentes:

- a. Despertar o espírito comunitário e cristão no povo de Deus, comprometendo, em particular, os cristãos na busca do bem comum;
- b. educar para a vida em fraternidade, a partir da justiça e do amor, exigência central do Evangelho;
- c. renovar a consciência da responsabilidade de todos pela ação da Igreja na evangelização, na promoção humana, em vista de uma sociedade justa e solidária (todos devem evangelizar e todos devem sustentar a ação evangelizadora e libertadora da Igreja).

Temas da CF no seu contexto histórico

A CF surgiu durante o Concílio Vaticano II. Três documentos conciliares foram importantes para o desenvolvimento da CF: *Sacrosanctum Concilium*, sobre a liturgia; *Lumen Gentium*, sobre a natureza e missão evangelizadora da Igreja; e *Gaudium et Spes*, sobre a presença transformadora da Igreja no mundo de hoje.

Na América Latina, a Primeira Conferência Geral do Episcopado Latino-americano, em Medellín (1968), teve um papel muito

importante. A reflexão sobre a realidade latino-americana levou a Igreja a enfrentar o desafio da pobreza e a necessidade de uma presença transformadora nas estruturas sociais.

As Conferências de Puebla e Santo Domingo e a exortação pós-sinodal *Ecclesia in America* acentuaram ainda mais a dimensão social da fé e da vivência cristã, criando-se um clima de comunhão e participação.

Os temas da CF, inicialmente, contemplaram mais a vida interna da Igreja. A consciência sempre maior da situação de injustiça, de exclusão e de crescente miséria levou à escolha de aspectos bem determinados da realidade socioeconômica e política brasileira. O restabelecimento da justiça e da fraternidade nessas situações era compromisso urgente da fé.

Alguns critérios para a escolha dos temas:

- aspectos da vida da Igreja e da sociedade: o centenário da *Rerum Novarum*, em 1991 (Solidários na dignidade do trabalho), Ano da Família, em 1994 (A família, como vai?), e outros;
- os desafios sociais, econômicos, políticos, culturais e religiosos da realidade brasileira;
- as Diretrizes Gerais da Ação Evangelizadora da Igreja no Brasil e os documentos do Magistério Universal da Igreja;
- a Palavra de Deus e as exigências da Quaresma.

Desde 1971, há uma participação mais ampla das comunidades, paróquias e dioceses, que enviam suas sugestões de temas aos regionais da CNBB.

Os temas podem ser divididos em três fases, ao longo desses quarenta anos.

1ª Fase: Em busca da renovação interna da Igreja

a. Renovação da Igreja

CF-64: Igreja em renovação – Lembre-se: você também é Igreja

CF-65: Paróquia em renovação – Faça de sua paróquia uma comunidade de fé, culto e amor

b. Renovação do cristão

CF-66: Fraternidade – Somos responsáveis uns pelos outros

CF-67: Co-responsabilidade – Somos todos iguais, somos todos irmãos

CF-68: Doação – Crer com as mãos

CF-69: Descoberta – Para o outro, o próximo é você

CF-70: Participação – Participar

CF-71: Reconciliação – Reconciliar

CF-72: Serviço e vocação – Descubra a felicidade de servir

2ª Fase: A Igreja se preocupa com a realidade social do povo, denunciando o pecado social e promovendo a justiça (Vaticano II, Medellín e Puebla)

CF-73: Fraternidade e libertação – O egoísmo escraviza, o amor liberta

CF-74: Reconstruir a vida – Onde está o teu irmão?

CF-75: Fraternidade é repartir – Repartir o pão

CF-76: Fraternidade e comunidade – Caminhar juntos

CF-77: Fraternidade na família – Comece em sua casa

CF-78: Fraternidade no mundo do trabalho – Trabalho e justiça para todos

CF-79: Por um mundo mais humano – Preserve o que é de todos

CF-80: Fraternidade no mundo das migrações: exigência da eucaristia – Para onde vais?

CF-81: Saúde e fraternidade – Saúde para todos

CF-82: Educação e fraternidade – A verdade vos libertará

CF-83: Fraternidade e violência – Fraternidade sim, violência não

CF-84: Fraternidade e vida – Para que todos tenham vida

3ª Fase: A Igreja se volta para situações existenciais do povo brasileiro

CF-85: Fraternidade e fome – Pão para quem tem fome

CF-86: Fraternidade e terra – Terra de Deus, terra de irmãos

CF-87: A fraternidade e o menor – Quem acolhe o menor, a Mim acolhe

CF-88: A fraternidade e o negro – Ouvi o clamor deste povo!

CF-89: A fraternidade e a comunicação – Comunicação para a verdade e a paz

CF-90: A fraternidade e a mulher – Mulher e homem: imagem de Deus

CF-91: A fraternidade e o mundo do trabalho – Solidários na dignidade do trabalho

CF-92: Fraternidade e juventude – Juventude: caminho aberto

CF-93: Fraternidade e moradia – Onde moras?

CF-94: A fraternidade e a família – A família, como vai?

CF-95: A fraternidade e os excluídos – Eras Tu, Senhor?!

CF-96: A fraternidade e a política – Justiça e paz se abraçarão!

CF-97: A fraternidade e os encarcerados – Cristo liberta de todas as prisões!

CF-98: A fraternidade e a educação – A serviço da vida e da esperança!

CF-99: Fraternidade e os desempregados – Sem trabalho... Por quê?

CF-2000: Ecumênica: Dignidade humana e paz – Novo milênio sem exclusões

CF-2001: Campanha da fraternidade – Vida sim, drogas não!

CF-2002: Fraternidade e povos indígenas – Por uma terra sem males!

CF-2003: Fraternidade e pessoas idosas – Vida, dignidade e esperança!

CF-2004: Fraternidade e água – Água, fonte de vida

CF-2005: Ecumênica: Solidariedade e paz – Felizes os que promovem a paz

CF-2006: Fraternidade e pessoas com deficiência – “Levanta-te, vem para o meio” (Mc 3,3)

CF-2007: Fraternidade e Amazônia – “Vida e missão neste chão”

CF-2008: Fraternidade e defesa da vida – “Escolhe, pois, a vida” (Dt 30,19)

CF-2009: Fraternidade e segurança pública – “A paz é fruto da justiça” (Is 32, 17)

CF-2010: Ecumênica: Economia e Vida – “Vocês não podem servir a Deus e ao Dinheiro” (Mt 6,24)

CF-2011: Fraternidade e a Vida no Planeta – “A Criação Geme em dores de parto” (Rm 8,22).

Serviço de coordenação e animação da CF

A CF é um programa global conjunto dos Organismos Nacionais, do Secretariado Nacional da CNBB e das Igrejas Particulares, sempre realizado à luz e na perspectiva das Diretrizes Gerais da Ação Evangelizadora da Igreja no Brasil.

Desde 1963, com o Plano de Emergência, e 1966, com o Plano de Pastoral de Conjunto, a ação evangelizadora da Igreja vive um processo de planejamento abrangente. Esse processo tem as Diretrizes como fundamentação e inspiração e se expressa no Plano de Pastoral, elaborado de forma muito participativa e em diversos âmbitos.

A busca desse planejamento, sempre mais participativo, requer envolvimento dos agentes de pastoral, das equipes de coordenação e animação, dos conselhos e outros órgãos a serviço do crescimento da vida comunitária.

A realização da CF, como programa global conjunto, é exercício e expressão de planejamento participativo e de articulação pastoral, decorrente da própria natureza da Igreja-Comunhão.

A articulação:

favorece o desenvolvimento dos carismas eclesiais de maneira orgânica;

distribui tarefas e define as atribuições das diversas pastorais, organismos, movimentos e grupos;

envolve um maior número possível de interessados, na reflexão, na decisão, na execução e na avaliação.

Para uma eficaz e frutuosa realização da CF, como de todo programa pastoral, é indispensável reavivar, a cada ano, o processo de seu planejamento. Isso não acontece sem a constituição de equipes de trabalho com coordenação entusiasta, dinâmica, criativa, com profunda espiritualidade e zelo apostólico.

Em muitos regionais, dióceses e paróquias, a animação da CF é assumida pela respectiva equipe de Coordenação Pastoral, com o estabelecimento de uma Comissão específica para a CF. Esse procedimento poderá favorecer maior integração, evitando paralelismos. Poderá, por outro lado, apresentar o risco de a CF “ser de todos e, ao mesmo tempo, de ninguém”.

Especial tarefa e compromisso das equipes, em seus diversos níveis, deve ser a *desrotinização da Campanha*. *A CF não é a mesma a cada ano. Evitando a novidade pela simples novidade, as equipes saberão utilizar-se de criatividade para realizá-la, todos os anos, como algo realmente novo.*

1. Equipe regional da CF

Compete-lhe:

- estimular a formação, o assessoramento e a articulação das equipes diocesanas;
- planejar a CF em nível regional: *o que organizar, quem envolver, que calendário seguir, onde e como atuar.*

Atividades que poderá desenvolver Antes da Campanha:

- realizar encontro regional para o estudo do *Texto-base*, a fim de descobrir a melhor forma de utilização das peças e subsídios de divulgação;
- definir atividades a serem assumidas conjuntamente nas dioceses, paróquias e comunidades;
- verificar a possibilidade da produção de subsídios adaptados à realidade local;
- possibilitar a troca de informações e o repasse de subsídios, relacionados ao tema, produzidos em âmbito mais local ou provenientes de outras fontes e regiões;
- constituir equipes e/ou indicar pessoas que possam prestar serviço de assessoria.

Durante a Campanha:

- descobrir formas de estar em permanente contato com as equipes diocesanas, para animação e intercâmbio das experiências mais significativas;
- possibilitar o acompanhamento das atividades comuns programadas.

Depois da Campanha:

- promover um novo encontro regional de avaliação;
- providenciar a redação e o envio da síntese regional da avaliação à Secretaria Executiva Nacional da CF, dentro do cronograma previsto;
- definir a participação regional no encontro nacional de avaliação e planejamento da CF;
- repassar às dioceses a avaliação nacional e outras informações.

2. Equipe Diocesana da CF

Compete-lhe:

- estimular a formação, assessorar e articular as equipes paroquiais;
- planejar, em nível diocesano: o que realizar, quem envolver, que calendário seguir, como e onde atuar.

Atividades que poderá desenvolver Antes da Campanha:

- encomendar os subsídios necessários para as paróquias, comunidades religiosas, colégios, meios de comunicação, movimentos de Igreja;
- programar a realização de encontro diocesano para estudo do *Texto-base*, buscando a melhor forma de utilizar as diversas peças da Campanha;
- *definir atividades comuns nas paróquias;*
- *promover o intercâmbio de informações e subsídios;*
- *sugerir a escolha do gesto concreto;*

- *estabelecer uma programação especial de lançamento;*
- *constituir equipes para atividades específicas;*
- informar da existência de subsídios alternativos e repassá-los às equipes.

Durante a Campanha:

- acompanhar as diversas equipes existentes;
- verificar o andamento das atividades comuns programadas;
- manter freqüente contato com as paróquias, para perceber o andamento da Campanha;
- conferir a chegada dos subsídios a todos os destinatários em potencial;
- alimentar com pequenos textos motivadores (*releases*) os meios de comunicação social.

Depois da Campanha:

- promover encontro diocesano de avaliação;
- cuidar da redação final e do envio da síntese da avaliação à equipe regional;
- participar do encontro regional de avaliação;
- repassar às equipes paroquiais a avaliação regional e outras informações;
- realizar o gesto concreto e garantir o repasse da parte da coleta para a CNBB regional e nacional;
- fazer com que a Campanha se estenda por todo o ano, repassando outros subsídios que forem sendo publicados.

3. Equipe Paroquial da CF

A CF acontece nas famílias, nos grupos e nas comunidades eclesiais, articulados pela paróquia. Como em relação a outras atividades pastorais, o papel do pároco ou da equipe presbiteral é preponderante. Tudo anda melhor quando ele estimula, incentiva, articula e organiza a ação pastoral.

Em toda paróquia, pastoralmente dinâmica, não faltarão equipes de serviço para tudo que for necessário. O Conselho Paroquial de Pastoral, já constituído na maioria das paróquias, por si ou pela constituição de comissão específica, garantirá a realização articulada e entusiasta da CF.

Atividades que poderá desenvolver Antes da Campanha:

- providenciar o pedido de material junto à diocese;
- programar um encontro paroquial para estudo do *Texto-base e para discussão da melhor maneira de se utilizar as diversas peças de reflexão e divulgação da CF*;
- *definir as atividades a serem assumidas conjuntamente*;
- *estabelecer a programação da abertura, em âmbito paroquial*;
- *buscar, juntos, os meios para que a CF possa atingir eficazmente todos os espaços e ambientes da realidade paroquial*;
- *planejar um gesto concreto comum e a destinação da coleta da CF*;
- *realizar encontros conjuntos ou específicos com as diversas equipes paroquiais, para programação de toda a Quaresma e Semana Santa*;
- prever a utilização do maior número possível de subsídios da Campanha.

Durante a Campanha:

- intensificar sua divulgação;
- conferir a chegada dos subsídios aos destinatários;
- motivar sucessivos gestos concretos de fraternidade;
- realizar a coleta.

Depois da Campanha:

- avaliar sua realização, encaminhando a síntese à coordenação diocesana;
- marcar presença no encontro diocesano de avaliação;
- repassar às lideranças da paróquia as conclusões da avaliação diocesana;
- realizar o gesto concreto e garantir o repasse da parte da coleta à diocese;
- fazer com que a Campanha se estenda por todo o ano, repassando outros subsídios que forem sendo publicados.

Cronograma da Campanha da Fraternidade 2011 – 2012

2011

14 e 15 de Junho de 2011: CONSEP: Encontro Nacional com Coordenadores (as) Regionais da CF, Bispos da Presidência, Comissão Episcopal de Pastoral e Assessores (as) Nacionais da CNBB para avaliação da CF 2009; aprovação dos subsídios da CF 2010, elaboração das Orientações Gerais da CF 2010, escolha do tema da CF 2011.

07 de julho: lançamento nacional do material da CF 2012.

27 a 28 de julho de 2011: Seminário sobre as campanhas: apresentação da avaliação da CF 2012 pelos Regionais, encaminhamentos para a preparação e realização da CF 2013, ponderações sobre o tema da CF 2014.

Setembro a novembro de 2011: Apresentação do material, formação e articulação nos Regionais e Dioceses.

2012

Janeiro e fevereiro de 2012: organização da CF 2012 nos regionais, dioceses, paróquias, comunidades e grupos.

22 de fevereiro de 2012: Quarta-feira de Cinzas: Lançamento da CF 2012 em todo o Brasil, em nível nacional, regional, diocesano e paroquial, com a mensagem do Papa, da Presidência da CNBB e programas especiais.

22 de fevereiro a 01 de abril de 2012: Campanha da Fraternidade sobre o tema *Fraternidade e a Saúde Pública*, com o lema *Que a saúde se difunda sobre a terra* (cf. Eclo 38,8).

01 de abril de 2012 – Domingo de Ramos: Coleta nacional da solidariedade (60% para o Fundo Diocesano de Solidariedade e 40% para o Fundo Nacional de Solidariedade).

Abril a junho 2012: Avaliação da CF 2012 nos níveis paroquial (de 16 de abril a 04 de maio), diocesano (de 07 a 25 de maio), regional (28 de maio a 22 de junho).

22 a 23 de maio de 2012: CONSEP: Encontro Nacional com Coordenadores (as) Regionais da CF, Bispos da Presidência, Comissão Episcopal de Pastoral e Assessores (as) Nacionais da CNBB para; aprovação dos subsídios da CF 2013, elaboração das Orientações Gerais da CF 2013, escolha do tema da CF 2014.

Anexo – III

Gesto concreto

A Campanha da Fraternidade se expressa concretamente pela oferta de doações em dinheiro na *coleta da solidariedade*. *É um gesto concreto de fraternidade, partilha e solidariedade, feito em âmbito nacional, em todas as comunidades cristãs, paróquias e dioceses. A Coleta da Solidariedade é parte integrante da Campanha da Fraternidade.*

DIA NACIONAL DA COLETA DA SOLIDARIEDADE

Domingo de Ramos, 1 de abril de 2012

Todas as pessoas das comunidades eclesiais são convidadas a organizar o gesto concreto de solidariedade durante o tempo forte da Campanha, que vai do início da Quaresma, na quarta-feira de cinzas, 22 de fevereiro, até o Domingo de Ramos, que antecede à Páscoa.

Bispos, padres, religiosos(as), lideranças leigas, agentes de pastoral, colégios católicos e movimentos eclesiais são motivadores e animadores da Campanha da Fraternidade, para que todos participem, oferecendo sua solidariedade em favor das pessoas, grupos e comunidades. *“Ao longo de uma história de solidariedade e compromisso com as incontáveis vítimas das inúmeras formas de destruição da vida, a Igreja se reconhece servidora do Deus da vida” (DGAE, n. 66). O gesto fraterno da oferta tem um caráter de conversão quaresmal, condição para que advenha um novo tempo marcado pelo amor e pela valorização da vida.*

O resultado integral da coleta da CF de todas as celebrações do Domingo de Ramos, com ou sem envelope, deve ser encaminhado à respectiva diocese; esta, por sua vez, encaminha 40% do total da coleta para o Fundo Nacional de Solidariedade (FNS), na conta indicada no quadro abaixo.

Para Depósito dos 40%
(FUNDO Nacional de Solidariedade da CNBB)

Caixa Econômica Federal, Agência 2.220
Conta Corrente 000.009-0
CNBB, Brasília, DF

Enviar comprovante do depósito para a CNBB no FAX (61) 2103-8303.

Doações para o Fundo Nacional de Solidariedade da CNBB podem ser feitas para a conta indicada no quadro acima também ao longo de todo o ano, para aplicar em projetos sociais apontados pelo Texto Base da CF.

Do total arrecadado pela coleta, 40% constituem o Fundo Nacional de Solidariedade (FNS) da CNBB, e os outros 60% ficam nas dioceses, formando o Fundo Diocesano de Solidariedade (FDS), para o atendimento a projetos locais.

Destinação dos recursos. Eles serão aplicados para apoiar projetos que tenham um componente de Políticas Públicas. Os recursos arrecadados serão destinados prioritariamente a mudanças nas Políticas Públicas em relação à saúde, com o foco voltado para ações que revertam em benéficos da saúde das pessoas e comunidades, conforme os objetivos elencados no início deste texto.

A CNBB recebe os projetos encaminhados ao Fundo Nacional de Solidariedade (FNS). A análise da viabilidade de cada projeto é efetuada em parceria com a Cáritas Brasileira, que também acompanha o desenvolvimento dos mesmos. A supervisão do Fundo, a destinação dos recursos e a aprovação dos projetos está a cargo do Conselho Gestor do FNS com integrantes nomeado pela CNBB.

As Organizações que desejam obter apoio do Fundo Nacional de Solidariedade, de acordo com os critérios de destinação previstos para a CF-2009, deverão encaminhar os projetos ao:

Fundo Nacional de Solidariedade – CNBB

SE/S – Q 801 – Conj. “B”

CEP. 70200-014 – Brasília – DF

Fones: (61) 2103-8300; (61) 2103-8302 ou 8303 - FAX

Os pedidos serão submetidos ao Conselho Gestor do FNS, para análise e decisões.

O Fundo Diocesano de Solidariedade, composto por 60% da coleta do Domingo de Ramos, é administrado por um Conselho Gestor Diocesano, que pode ser constituído com a participação de uma pessoa da Cáritas Diocesana (onde ela existe), de um representante das Pastorais Sociais, da Coordenação de Pastoral Diocesana, da Equipe de animação das Campanhas, do responsável pela administração da diocese e de uma pessoa ligada ao tema da CF. O Bispo constitui este Conselho Gestor e normalmente o preside.

Campanha da Fraternidade de 2010 - Mapa da contribuição dos 40% da coleta de cada diocese, ao Fundo Nacional de Solidariedade – “Fraternidade – Economia e Vida”, realizada no domingo de ramos, 28 de março de 2010.

Contribuições Diocesanas para FNS – 2010

REGIONAL NORTE I		
Distribuição por Diocese	Data	Fraternidade R\$
Alto Solimões - AM	16/04/2010	2.320,00
Borba - AM	26/05/2010	1.405,00
Coari - AM	10/06/2010	2.632,10
ITACOATIARA - AM	22/07/10 (conf 19/04/11)	1.032,00
MANAUS - AM	13/08/2010	35.000,00
PARINTINS - AM	15/07/2010	2.350,00

RORAIMA - RR	07/07/2010	11.292,09
SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM		
TEFÉ - AM	16/06/2010	3.385,22
TOTAL		59.416,41

REGIONAL NORTE II		
Distribuição por Diocese	Data	Fraternidade R\$
ABAETETUBA - PA	24/06/2010	4.293,20
BELÉM - PA	10/05/2010	20.648,25
BRAGANÇA DO PARA - PA	29/07/2010 (01/11)	6.293,35
CAMETÁ - PA	18/08/2010	2.897,42
SANTÍSSIMA CONCEIÇÃO DO ARAGUAIA - PA	11/06/2010	4.279,96
ITAITUBA - PA	18/05/2010	3.582,00
MACAPÁ - AP	28/04/2010	7.753,61
MARABÁ - PA	03/05/2010	7.848,74
MARAJÓ - PA	11/06/2010	1.794,02
ÓBIDOS - PA	16/06/2010	5.193,02
PONTA DE PEDRAS - PA	14/05/2010	1.172,84
SANTARÉM - PA	07/12/2010	10.214,29
XINGU - PA	04/06/2010	5.089,22
CASTANHAL	12/07/2010 (16/11)	2.416,00
TOTAL		83.475,92

REGIONAL NORDESTE I		
Distribuição por Diocese	Data	Fraternidade R\$
CRATEÚS - CE	16/06/2010	4.510,00
CRATO - CE	20/04/2011	7.895,00
FORTALEZA - CE	21/07/2010	57.523,56
IGUATU - CE	14/06/2010	4.240,00
ITAPIPOCA - CE	09/12/2010	2.388,56
LIMOEIRO DO NORTE - CE	10/06/2010	4.806,46

QUIXADÁ - CE	20/05/2010	1.722,35
SOBRAL - CE	25/05/2010 e 29/06/2010	6.248,56
TIANGUÁ - CE	01/06/2010	6.505,74
TOTAL		95.840,23

REGIONAL NORDESTE II		
Distribuição por Diocese	Data	Fraternidade R\$
AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE	04/06/2010	8.950,00
CAICÓ - RN	05/05/2010	6.103,71
CAJAZEIRAS - PB	06/05/2010 e 27/08/2010	6.830,64
CAMPINA GRANDE - PB	26/04/2010	8.509,58
CARUARU - PE	19/05/2010	9.000,00
FLORESTA - PE	28/04/2010	1.565,40
GARANHUNS - PE	27/04/2010	7.381,00
GUARABIRA - PB	30/04/2010	4.977,54
MACEIÓ - AL	30/04/2010	19.000,00
MOSSORÓ - RN	21/05/2010	11.711,42
NATAL - RN	15/06/2010	30.117,98
NAZARÉ DA MATA - PE	26/04/2010	7.371,58
OLINDA E RECIFE - PE	05/05 e 19/11/10	38.138,76
PALMARES - PE	20/04/2010	4.448,60
PALMEIRA DOS ÍNDIOS - AL	26/05/2010	4.830,90
PARAÍBA - PB	17/06/2010	14.150,00
PATOS - PB	17/05/2010	5.444,52
PENEDO - AL	24/08/2010	4.243,56
PESQUEIRA - PE	12/11/2010	3.116,00
PETROLINA - PE	29/12/2010	10.139,38
TOTAL		206.030,57

Distribuição por Diocese	Data	Fraternidade R\$
ALAGOINHAS - BA	23/04/2010	6.709,80
AMARGOSA - BA	09/07/2010	7.205,82
ARACAJU - SE	29/04/2010	15.853,60
BARRA - BA	30/04/2010	3.287,18
BARREIRAS - BA	22/04/2010	15.611,86
BOM JESUS DA LAPA - BA	22/06/2010	2.617,50
BONFIM - BA	30/06/2010	6.029,67
CAETITÉ - BA	26/04/2010	6.000,00
ESTÂNCIA - SE		-
EUNÁPOLIS - BA	03/05/2010	3.111,58
FEIRA DE SANTANA - BA	27/05/2010	8.863,18
ILHÉUS - BA	07/05/2010	5.781,80
IRECÊ - BA	20/07/2010	1.902,74
ITABUNA - BA	26/04/2010	3.876,00
JEQUIÉ - BA	18/11/2010	5.087,00
JUAZEIRO - BA	28/06/2010	3.858,96
LIVRAMENTO DE NOSSA SENHORA - BA	18/11/2010	5.010,00
PAULO AFONSO - BA	05/11/2010	4.549,72
PROPRÍÁ - SE	25/11/2010	5.065,00
RUY BARBOSA - BA	12/05/2010	4.322,94
SÃO SALVADOR DA BAHIA - BA	16/07/2010	10.481,54
SERRINHA - BA	03/05/2010	8.976,88
TEIXEIRA DE FREITAS E CARAVELAS - BA	02/06/2010	6.961,13
VITÓRIA DA CONQUISTA - BA	25/06/2010	10.763,60
TOTAL		151.927,50

REGIONAL NORDESTE IV		
Distribuição por Diocese	Data	Fraternidade R\$
BOM JESUS DE GURGUÉIA - PI	28/04/2010	2.000,00
CAMPO MAIOR - PI	26/05/2010	8.364,92
FLORIANO - PI	02/06/2010	1.695,30
OEIRAS - PI	26/05/2010	3.943,90
PARNAÍBA - PI	04/05/2010	12.194,95

PICOS - PI	20/05/2010	4.756,32
SÃO RAIMUNDO NONATO - PI	27/04/2010	3.788,15
TERESINA - PI	05/05/2010	22.625,14
TOTAL		59.368,68

REGIONAL NORDESTE V		
Distribuição por Dioceses	Data	Fraternidade R\$
BACABAL - MA	28/07/2010	10.628,08
BALSAS - MA	06/05/2010	2.788,48
BREJO - MA	08/06/2010	2.481,00
CAROLINA - MA	26/05/2010	1.326,25
CAXIAS DO NORTE - MA	26/07/2010	1.400,00
COROATÁ - MA	12/08/2010	3.197,70
GRAJAÚ - MA	24/05/2010	4.730,00
IMPERATRIZ - MA	14/05/2010	3.976,00
PINHEIRO - MA	08/06/2010	4.000,00
SÃO LUÍS DO MARANHÃO - MA	17/06/2010	15.244,81
VIANA - MA	17/05/2010	3.580,00
ZÉ-DOCA - MA	22/04/2010	1.971,88
TOTAL		55.324,20

REGIONAL LESTE I		
Distribuição por Diocese	Data	Fraternidade R\$
BARRA DO PIRAÍ - VOLTA REDONDA - RJ	02/06/2010	28.051,05
CAMPOS - RJ	28/05/2010	4.550,00
DUQUE DE CAXIAS - RJ	07/07/2010	18.415,28
ITAGUAÍ - RJ	04/05/2010	6.343,52
NITERÓI - RJ	27/04/2010	28.170,21
NOVA FRIBURGO - RJ	20/05/2010	14.703,42
NOVA IGUAÇU - RJ	11/06/2010	22.923,00
PETRÓPOLIS - RJ	13/05/2010 (08/11)	16.559,74
RIO DE JANEIRO - RJ	12/05/2010	102.306,96
VALENÇA - RJ	10/06/2010	5.088,00
TOTAL		247.111,18

REGIONAL LESTE II		
Distribuição por Diocese	Data	Fraternidade R\$
ALMENARA - MG	10/06/2010 (02/09)	4.409,26
ARAÇUAÍ - MG	02/06/2010	6.685,43
BELO HORIZONTE - MG	27/05/2010	149.108,18
CACHOEIRO DO ITAPEMIRIM - ES	25/05/2010	44.702,64
CAMPANHA - MG	25/05/2010	17.062,95
CARATINGA - MG	20/04/2010 E 26/05/2010	11.200,00
COLATINA - ES	25/06/2010	33.397,60
DIAMANTINA - MG	07/07/2010	17.904,00
DIVINÓPOLIS - MG	26/05/2010 e 22/06/2010	37.680,00
GOVERNADOR VALADARES - MG	20/05/2010	4.610,33
GUANHÃES - MG	01/03/2011	8.716,80
GUAXUPÉ - MG	08/09/2010	28.447,47
ITABIRA - MG	20/09/2010	26.085,53
ITUIUTABA - MG	29/04/2010	2.565,32
JANAUBA - MG	15/12/2010	3.200,00
JANUÁRIA - MG	07/05/2010	7.200,00
JUIZ DE FORA - MG	08/10/2010	27.527,00
LEOPOLDINA - MG	10/11/2010	17.293,52
LUZ - MG	18/08/2010	8.796,00
MARIANA - MG	28/05/2010 e 03/05/2010	31.450,00
MONTES CLAROS - MG	17/06/2010	16.148,00
OLIVEIRA - MG	25/06/2010	6.745,60
PARACATU - MG	23/04/2010	5.518,08
PATOS DE MINAS - MG	28/05/2010	18.826,32
POUSO ALEGRE - MG	02/06/2010 (01/12)	22.858,00
SÃO JOÃO DEL REI - MG	04/05/2010	7.648,00
SÃO MATEUS - ES	07/06/2010	30.713,07
SETE LAGOAS - MG	30/04/2010	5.827,43

TEÓFILO OTTONI - MG	04/05/2010	5.286,54
UBERABA - MG	23/06/2010	15.960,39
UBERLÂNDIA - MG	21/05/2010	12.366,57
VITÓRIA - ES	02/06/2010 e 05/07/2010	66.161,55
TOTAL		712.101,58

REGIONAL SUL I		
Distribuição por Diocese	Data	Fraternidade R\$
AMPARO - SP	23/11/2010	7.637,00
APARECIDA - SP	12/04/2010 E 13/05/2010	10.744,82
ARAÇATUBA - SP	26/05/2010	14.729,22
ASSIS - SP	23/04/2010	17.383,19
BARRETOS - SP	31/03/2010 e 14/06/2010	10.376,38
BAURU - SP	11/05/2010	31.860,12
BOTUCATU - SP	30/07/2010	18.439,62
BRAGANÇA PAULISTA - SP	13/05/2010	16.800,00
CAMPINAS - SP	21/05/2010	58.988,94
CAMPO LIMPO - SP	28/05/2010	24.525,72
CARAGUATATUBA - SP	14/05/2010	8.518,31
CATANDUVA - SP	30/06/2010	17.350,29
FRANCA - SP	27/05/2010	26.433,38
GUARULHOS - SP	14/06/2010	24.861,26
ITAPETININGA - SP	26/10/2010	9.081,00
ITAPEVA - SP	18/06/2010	7.061,49
JABOTICABAL - SP	10/05/2010	18.533,16
JALES - SP	03/05/2010	22.649,58
JUNDIAÍ - SP	19/05/2010 (23/11)	72.723,16
LIMEIRA - SP	25/06/2010	56.000,00
LINS - SP	10/05/2010	9.204,40
LORENA - SP	18/06/2010 (12/11)	14.111,00

MARÍLIA - SP	04/05/2010	61.082,15
MOGI DAS CRUZES - SP	14/06/2010	19.492,44
OSASCO - SP	25/05/2010	19.297,33
OURINHOS - SP	29/06/2010	12.149,61
PIRACICABA - SP	01/06/2010	25.201,04
PRESIDENTE PRUDENTE - SP	23/07/2010	30.038,64
REGISTRO - SP	25/06/2010	6.959,14
RIBEIRÃO PRETO - SP	04/05/2010	27.738,50
RIO PRETO - SP	28/06/2010	41.191,20
SANTO AMARO - SP	27/07/2010	22.500,00
SANTO ANDRÉ - SP	18/06/2010	64.961,59
SANTOS - SP	17/06/2010	29.458,02
SÃO CARLOS - SP	12/11/2010	21.021,28
SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SP	08/07/2010	22.362,87
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SP	29/04/2010	83.677,56
SÃO MIGUEL PAULISTA - SP	07/06/2010	31.740,00
SÃO PAULO - SP	27/05/2010	202.098,16
SOROCABA - SP	16/07/2010	25.042,24
TAUBATÉ - SP	26/10/2010	17.503,25
TOTAL		1.261.527,06

REGIONAL SUL II		
Distribuição por Diocese	Data	Fraternidade R\$
APUCARANA - PR	30/08/2010	26.566,92
CAMPO MOURÃO - PR	03/05/2010	24.074,36
CASCADEL - PR	27/04/2010	22.542,98
CORNÉLIO PROCÓPIO - PR	26/05/2010	6.800,00
CURITIBA - PR	02/07/2010	106.832,24
FOZ DO IGUAÇÚ - PR	31/05/2010	19.893,46
GUARAPUAVA - PR	25/06/2010	13.104,00
JACAREZINHO - PR	13/05/2010	16.476,81
LONDRINA - PR	18/06/2010	61.958,27
MARINGÁ - PR	07/06/2010 (01/12)	37.024,59

PALMAS – PR	12/08/2010	22.205,00
PARANAGUÁ - PR	10/06/2010	5.860,00
PARANAVAÍ - PR	03/05/2010	17.750,00
PONTA GROSSA - PR	17/05/2010	34.665,12
TOLEDO - PR	11/05/2010	30.012,42
UMUARAMA - PR	21/06/2010	28.340,15
UNIÃO DA VITÓRIA - PR	26/05/2010	12.297,77
SÃO JOSÉ DOS PINHAIS - PR	29/06/2011	22.087,00
TOTAL		508.491,09

REGIONAL SUL III		
Distribuição por Diocese	Data	Fraternidade R\$
BAGÉ - RS	07/05/2010	3.386,04
CACHOEIRA DO SUL - RS	26/05/2010	2.702,14
CAXIAS DO SUL - RS	13/07/2010	41.549,28
CRUZ ALTA - RS	14/07/2010	13.197,69
EREXIM - RS	14/05/2010	15.625,30
FREDERICO WESTPHALEN - RS	04/06/2010	19.319,60
MONTE NEGRO - RS	20/05/2010	15.775,84
NOVO HAMBURGO - RS	02/06/2010	26.722,25
OSÓRIO - RS	14/07/2010	5.713,66
PASSO FUNDO - RS	08/08/2010	22.595,75
PELOTAS - RS	12/11/2010	7.836,00
PORTO ALEGRE - RS	10/08/2010	36.138,91
RIO GRANDE - RS	02/06/2010	2.843,84
SANTA CRUZ DO SUL - RS	28/02/2011	14.852,79
SANTA MARIA - RS	10/11/2010	9.280,00
SANTO ÂNGELO - RS	15/07/2010	24.913,95
URUGUAIANA - RS	11/05/2010	9.766,22
VACARIA - RS	08/07/2010	6.631,00
TOTAL		278.850,26

REGIONAL SUL IV		
Distribuição por Diocese	Data	Fraternidade R\$
BLUMENAU - SC	11/03/2010 e 21/05/2010	28.294,15
CAÇADOR - SC	08/06/2010	14.040,24
CHAPECÓ - SC	24/06/2010	50.673,96
CRICIÚMA - SC	24/05/2010	35.280,00
FLORIANÓPOLIS - SC	11/06/2010	58.415,67
JOAÇABA - SC	10/05/2010	14.000,00
JOINVILLE - SC	03/12/2010	39.021,09
LAGES - SC	11/06/2010	8.340,00
RIO DO SUL - SC	14/06/2010	17.634,00
TUBARÃO - SC	27/05/2010	12.297,19
TOTAL		277.996,30

REGIONAL CENTRO OESTE		
Distribuição por Diocese	Data	Fraternidade R\$
ARQUIDIOCESE MILITAR DO BRASIL	22/04/2010	5.982,48
ANÁPOLIS - GO	11/11/2010	16.429,55
BRASÍLIA - DF	07/05/2010 e 15/07 e	66.218,09
CRISTALÂNDIA - TO	21/05/2010	3.185,00
FORMOSA - GO	08/06/2010	6.311,00
GOIÂNIA - GO	06/05/2010	55.132,76
GOIÁS - GO	29/04/2010	7.241,20
IPAMERI - GO	18/04/2011	5.130,57
ITUMBIARA - GO - coleta enviada para o Haiti		0,01
JATAÍ - GO	05/05/2010	9.063,02
LUZIÂNIA - GO	24/06/2010	5.813,00
MIRACEMA DO TOCANTINS - TO	14/07/2010	2.540,24
PALMAS - TO	01/07/2010	3.690,48
PORTO NACIONAL - TO	26/05/2010	1.271,40
RUBIATABA-MOZARLÂNDIA - GO	11/05/2010	5.105,35
SÃO LUÍS DE MONTES BELOS - GO	04/05/2010	7.400,84

SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA - MT	23/04/2010	2.091,60
TOCANTINÓPOLIS - TO	26/05/2010	6.730,40
URUAÇU - GO	14/05/2010	10.752,30
TOTAL		220.089,29

REGIONAL OESTE I	Data	Fraternidade R\$
Distribuição por Diocese		
CAMPO GRANDE - MS	06/07/2010	33.186,40
CORUMBÁ - MS	29/04/2010	3.130,00
COXIM - MS	14/04/2010	5.229,28
DOURADOS - MS	11/11/2010	24.300,00
JARDIM - MS	28/07/2010	3.325,20
TRÊS LAGOAS - MS	29/04/2010	7.980,00
TOTAL		77.150,88

REGIONAL OESTE II		
Distribuição por Diocese	Data	Fraternidade R\$
BARRA DO GARÇA - MT	26/05/2010	4.219,34
SÃO LUÍZ DE CÁCERES - MT	29/04/2010 (09/11)	13.442,78
CUIABÁ - MT	28/05/2010	30.505,02
DIAMANTINO - MT	30/04/2010	17.473,44
GUIRATINGA - MT	16/04/2010	9.157,34
JUÍNA - MT	31/05/2010	4.955,22
PARANATINGA - MT	24/05/2010	1.321,18
RONDONÓPOLIS - MT	29/04/2010	11.554,13
SINOP- MT	17/08/2010 (01/12)	18.044,25
TOTAL		110.672,70

REGIONAL NOROESTE		
Distribuição por Diocese	Data	Fraternidade R\$
CRUZEIRO DO SUL – AC	04/05/2010	2.547,00
GUAJARA MIRIM - RO	19/07/2010	6.925,84

HUMAITÁ - AM	27, 28, 29 e 30/04/2010	3.500,00
JI-PARANÁ - RO	22/06/2010	34.731,00
LÁBREA - AM	05/05/2010	726,48
PORTO VELHO - RO	08/06/2010	17.743,16
RIO BRANCO - AC	04/05/2010	15.177,48
TOTAL		81.350,96

OUTROS	Data	Fraternidade R\$
		2.952,10
ADM. APOST. PESSOAL SÃO JOÃO MARIA VIANNEY	10/06/2010	1.712,00
PARÓQUIA EVANGÉLICA LUTERANA-BOM PASTOR-BLUM	23/04/2010	175,10
IRMÃOS DA FRATERNIDADE NOSSA Sra. DAS GRAÇAS	22/03/2010	110,00
IGREJA PRESBITERIANA DO IBES	15/04/2010 e 17/06/2010	495,00
EXARCADO APOSTOLICO ARMÊNIO	26/05/2010	460,00

VALORES SEM IDENTIFICAÇÃO		84.333,27
----------------------------------	--	------------------

RENDIMENTO DO ANO - DESPESAS BANCÁRIAS		122.328,11
RENDIMENTO DO ANO		122.328,11

TOTAL DE :OUTROS + EPARCAS, EXAR. + REND DO ANO		209.613,48
TOTAL GERAL		4.696.338,29

Brasília-DF, 29 de Junho de 2011

O resultado em dinheiro desta campanha, contando a coleta, as contribuições individuais de pessoas físicas e rendimentos bancários foi de R\$ 4.696.338,29.

Hino da CF – 2012

Letra: Roberto Lima de Souza

Melodia: Júlio César Marques Ricarte

Ah! quan - ta - es - pe - ra, des - de as fri - as ma - dru - ga - das, pe - lo re - mé - dio pa - ra a -
 li - vi - ar a dor! Es - te é teu po - vo em lon - gas fi - las nas cal - ça - das,
 a men - di - gar pe - la sa - ú - de, meu Se - ñhor! Refr.: Tu que vi - es - te pra que
 to - dos te nham vi - da, cu - ra teu po - vo des - sa dor em que se en -
 cer - ra; que a fé nos sal - ve e nos dê for - ça nes - sa li - da,
 e que a sa - ú - de se di - fun - da so - bre a ter - ra!

1. Ah! Quanta espera, desde as frias madrugadas,
Pelo remédio para aliviar a dor!
Este é teu povo, em longas filas nas calçadas,
A mendigar pela saúde, meu Senhor!

4. Ah! Na saúde já é quase escuridão,
Fica conosco nessa noite, meu Senhor, (Cf Lc 24,29)
Tu que enxergaste, do teu povo, a aflição
E que desceste pra curar a sua dor. (Cf Ex. 3,7-8)

Tu, que vieste pra que todos tenham vida, (Jo 10,10)
Cura teu povo dessa dor em que se encerra;
Que a fé nos salve e nos dê força nessa lida, (Mc 5, 34)
E que a saúde se difunda sobre a terra! (Cf Eclo 18,8)

5. Ah! Que alegria ver quem cuida dessa gente
Com a compaixão daquele bom samaritano. (Lc. 10,25-37)
Que se converta esse trabalho na semente
De um tratamento para todos mais humano!

2. Ah! Quanta gente que, ao chegar aos hospitais,
Fica a sofrer sem leito e sem medicamento!
Olha, Senhor, a gente não suporta mais,
Filho de Deus com esse indigno tratamento!

6. Ah! Meu Senhor, a dor do irmão é a tua cruz!
Sê nossa força, nossa luz e salvação! (Cf. Sl. 27,1)
Queremos ser aquele toque, meu Jesus, (Cf. Mc. 5,20-34)
Que traz saúde pro doente, nosso irmão!

3. Ah! Não é justo, meu Senhor, ver o teu povo
Em sofrimento e privação quando há riqueza!
Com tua força, nós veremos mundo novo, (Cf Ap 21,1-7)
Com mais justiça, mais saúde, mais beleza!

Bibliografia

Documentos Conciliares

CONSTITUIÇÃO DOGMÁTICA LUMEN GENTIUM. In Compêndio do Vaticano II, Editora Vozes, Petrópolis, 1984.

CONSTITUIÇÃO PASTORAL GAUDIUM ET SPES. In Compêndio do Vaticano II, Editora Vozes, Petrópolis, 1984.

DECRETO APOSTOLICAM ACTUOSITATEM. In Compêndio do Vaticano II, Editora Vozes, Petrópolis, 1984.

DECRETO AD GENTES. In Compêndio do Vaticano II, Editora Vozes, Petrópolis, 1984.

DECRETO PREBYTERORUM ORDINIS. In Compêndio do Vaticano II, Editora Vozes, Petrópolis, 1984.

Documentos Pontifícios

PAPA PAULO VI, Evangelii Nuntiandi. São Paulo, Edições Paulinas, 1986.

PAPA JOÃO PAULO II, Exortação Apostólica Chistifidelis Laice. São Paulo, Edições Paulinas, 1989.

PAPA JOÃO PAULO II, Encíclica Evangelium Vitae. São Paulo, Edições Paulinas, 1995.

JOÃO PAULO II, Carta Apostólica Salvifici Doloris. Petrópolis, Editora Vozes, 1984.

PAPA JOÃO PAULO II, Solicitudo Rei Socialis. São Paulo, Edições Paulinas, 1988.

PAPA BENTO XVI, Carta Encíclica *Caritas in Veritate*. Edições CNBB, Brasília, 2009.

PAPA BENTO XVI, Carta Encíclica *Deus Caritas est*. Brasília, Edições CNBB, 2005.

PAPA BENTO XVI, Carta Encíclica *Spe Salvi*. Brasília, Edições CNBB, 2007.

PAPA BENTO XVI, Exortação Apostólica *Verbum Domini*. Brasília, Edições CNBB, 2010.

PAPA BENTO XVI. Discurso na Assembléia do Pontifício Conselho para a Pastoral no campo da saúde. *L'Osservatore Romano*, 22/3/2007.

PAPA BENTO XVI, Discurso na celebração do Dia Mundial do doente. *L'Osservatore Romano*, 13/02/2010.

Documentos do Magistério Da Igreja

CATECISMO DA IGREJA CATÓLICA. Coedição Vozes, Paulinas, Loyola, Ave-Maria, 1993.

PONTIFÍCIO CONSELHO JUSTIÇA E PAZ. Compêndio da Doutrina Social da Igreja. São Paulo, Edições Paulinas, 2005.

PONTIFÍCIO CONSELHO PARA A PASTORAL NO CAMPO DA SAÚDE. Ao lado do doente. *L'Osservatore Romano*, 13/02/2010.

Documentos das Conferências Episcopais

CELAM. Documento de Aparecida. Brasília, Edições CNBB, 2007.

CELAM. Guia para a Pastoral da Saúde na América Latina e no Caribe. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2010.

CNBB. Diretrizes Gerais da Ação Evangelizadora da Igreja no Brasil 2011-2015. Brasília, Edições CNBB, 2011.

CNBB. Texto Base da Campanha da fraternidade de 1981: Saúde e fraternidade – Saúde para todos

Obras Referenciais

- MACHADO, C. A. O custo social das doenças cardiovasculares. Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2011.
- MESTERS. C. Os profetas e a saúde na Bíblia – São Leopoldo: CEBI. 1985.
- ROVER. M. C. Toque terapêutico: o encontro entre o desejo de uma vida plena e a plenitude da vida. UCG, 2004.
- TERRIN, A. N. O sagrado off limits: a experiência religiosa e suas expressões. Tradução de Euclides Balancin. São Paulo: Loyola, 1998.
- WINSLOW, C.E.A. The untilled Field of public health. Modern Medicine. N. 2 (1920).
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE SALUD. La salud publica en las Américas. Washington, OPS, 2002.
- PESSINI, L., BERTACHINI, L. Humanização e Cuidados Paliativos. 5ª. Edição. São Paulo, Centro Universitário São Camilo & Edições Loyola, 2010.
- BARCHIFONTAINE, C. P. Saúde & Cidadania. Aparecida, Editora Santuário, 2007.
- FRANÇA, F. A cruz em Paulo, um sentido para o sofrimento. São Paulo, Editora Paulinas, 2010.
- PESSINI, L. e BARCHIFONTAINE, C. P. Buscar o sentido e plenitude de vida. São Paulo, Editora Paulinas, 2008.
- PAULO, A. C. F. e ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e Saúde Pública. São Paulo, Edições Loyola, 2003.
- PESSINI, L. e BERTACHINI, L. Humanização e Cuidados Paliativos. São Paulo, Editora Loyola, 2006.
- PEREIRA, L. L., CHANES M. E GALVÃO. Gestão em Saúde: tendências, inovações, perspectivas. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2010.

BARCHIFONTAINE, C. P. Saúde pública é bioética? São Paulo, Editora Paulus, 2005.

BENTO, A. L. Bioética: desafios éticos no debate contemporâneo. São Paulo, Editora Paulinas, 2008.

TERRIN, A. N. O sagrado *off limits*: a experiência religiosa e suas expressões. Tradução de Euclides Balancin. São Paulo, Loyola, 1998.

WINSLOW, C.E.A. *The untilled Field of public health. Modern Medicine. N. 2 (1920)*

Artigos:

BAPTISTA, T. W. F. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde cap. 1. in Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do SUS. FIOCRUZ e Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio), 2007. Organizadores: Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes.

FORTES, P. A. C. SUS. um sistema fundado na solidariedade e na equidade, e seus desafios. Vida Pastoral, janeiro-fevereiro 2011. Ed. Paulus, São Paulo, ano 52, n. 276, p. 22-27.

MARQUES, R. M. e MENDES. A. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. Artigo do projeto de pesquisa “Sistemas de proteção social brasileiro e cubano”, financiado pelo CNPq (processo n. 620006/2008-0) e realizado pelos Programas de Pós-Graduação em Política Social (UFES), em Economia Política (PUC/SP) em Serviço Social (PUC/RS) e a Universidade de Havana (Cuba), agosto de 2010.

RIBEIRO, P. Departamento Ciências da Saúde ENSP/FIOCRUZ - vol. 10 Nº 2 Rio de Janeiro Abril/Junho, 2005.

Internet

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Acesse em: www.saude.gov.br

VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Acesse em: www.portal.saude.gov.br;

DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (Datasus).
Acesse em: www.datasus.gov.br;

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Acesse em:
www.conselho.saude.gov.br

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Acesse
em: www.ibge.gov.br;

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Acesse em:
www.ipea.gov.br;

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (MJ). Acesse em: portal.mj.gov.br;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Acesse em: www.who.int; <http://www.unric.org>;

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Acesse em:
www.opas.org.br;

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA).
Acesse em: www.inca.gov.br;

PASTORAL DA SAÚDE NACIONAL (PS). Acesse em:
www.pastoraldasaudenacional@yahoo.com.br;

PASTORAL DA CRIANÇA (PC). Acesse em:
www.pastoraldacrianca.org.br;

RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE DROGAS (UNDOC). Acesse em:
www.unodc.org.br;

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). Acesse em: www.unifesp.br/dpsicobio;

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (MJ). Acesse em: portal.mj.gov.br;

INSTITUTO DE DIREITO DE SAÚDE APLICADO (IDISA).
Acesse em: www.idisa.org.br

VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO (VIGITEL). Acesse em: www.saude.gov.br;

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). Acesse em:
www.sbn.org.br.

REDE BRASIL ATUAL. Acesse em: www.redebrasilatual.com.br/temas/saude/2011;

THE LANCET. Saúde no Brasil. Acesse em: www.thelancet.com.br.

