

Resumo: *A vida, recebida como dádiva, é vivida com alegrias e sofrimentos. A realidade da saúde e da doença compõe essa condição da vida humana. Para quem tem fé em Deus, o desenvolvimento de uma espiritualidade do sofrimento é uma grande força nos momentos de enfermidade. Essa fé permite compreender a presença de Cristo junto aos doentes, nos evangelhos, com os seus atos de cura como sinais do reino da vida que Deus quer para todos. A missão da Igreja é continuar e explicitar em no nosso tempo esses sinais, solidarizando-se com todos os enfermos. Nesse sentido é que a Igreja participa das lutas por melhorias na saúde pública da população brasileira. E para isso ela realiza a CF 2012 com o objetivo de “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”.*

Abstract: *Life, received as a gift, is lived with joys and pains. Human life is composed of the reality of health and illness. For him who has faith in God, the building of a spirituality of suffering is of a great help in times of infirmity. This faith helps to perceive the presence of Christ with the ill in the Gospels; in his healing acts which are signs of the kingdom of life that God wants for all. The mission of the Church is to continue to make these signs known in our times and being in solidarity with all the ill. It is in this sense that the Church participates in the struggle for betterment in public health of the Brazilian populace. That is the reason behind the CF2012 which has the aim of “reflecting on the subject of the situation of health in Brazil toward the goal of a healthy life, raising up a fraternal and community spirit among people for the care of the ill, and to mobilize for betterment in the public health system.*

Fraternidade e Saúde Pública

*Luiz Carlos Dias**

* Membro do clero da Diocese da São João da Boa Vista. Fez a graduação dos cursos de Filosofia e de Teologia no CEARP em Ribeirão Preto e Mestrado em Filosofia na PUG, em Roma. Atualmente, exerce o cargo de Secretário Executivo Nacional da CF e CE, na CNBB.



Introdução

Neste ano com o tema “*Fraternidade e Saúde Pública*”, a Campanha da Fraternidade toca diretamente em uma problemática que manifesta, de modo palpável, uma das grandes fragilidades das políticas públicas do Estado brasileiro. E trata-se de uma questão crucial à própria vida, pois o desrespeito ao direito à assistência de saúde digna e eficiente, assegurado pela nossa Constituição a todos os cidadãos e cidadãs, coloca em risco muitas vidas.

A temática nos convida a empreendermos uma séria reflexão sobre o SUS. Fruto de uma bela história de lutas por melhorias na saúde pública do Brasil, está pautado por princípios diretores e organizativos que o posicionam entre os melhores, elaborados pelos governos que procuram apresentar proposta de saúde pública de caráter universal.

No entanto, os problemas atuais verificados no SUS, servem como exemplo de como, em nosso país, leva muito tempo para se concretizarem as políticas públicas, mesmo as essenciais para a vida, como as do atendimento da saúde da população. Na maioria das vezes, as melhorias se efetivam após duros embates e ao custo de muitas vidas inocentes, como acontece com o SUS. O intuito desta Campanha é contribuir para a melhoria do nosso sistema de saúde.

Ao tratar da saúde e da doença, realidades que tocam a vida das pessoas, das famílias e da sociedade em geral, impondo, a todos esses níveis, grandes limitações e dificuldades, esta Campanha também quer oferecer uma palavra de esperança em relação ao tema do sofrimento humano, especialmente na doença.

Com esta Campanha, a Igreja no Brasil espera servir o nosso povo, contribuindo para que “*a saúde se difunda sobre a terra*” (Cf. Eclo 38,8), lema que aponta para o objetivo que se visa alcançar.

1 A dádiva da vida, a saúde e a doença

A vida é uma grande dádiva. No entanto, o ser humano em sua jornada existencial se depara com situações e fatos que o desafiam. O sofrimento, as doenças e a morte são exemplos dessas realidades duras e desafiadoras, pois se constituem em ameaças à vida e contrariam os naturais anseios de uma vida com bem-estar.



Essas realidades desafiadoras, que provocam sofrimento, levam o ser humano à percepção de sua fragilidade e, normalmente, à procura por auxílio. No caso de quem adoece isso é evidente, pois, para recobrar a saúde, precisa de cuidados de outros. Essa experiência nos ajuda a entender o fato de as línguas antigas utilizarem um mesmo vocábulo para expressar tanto “saúde” como “salvação”, como encontramos no latim *salus*.

Nesse sentido, a doença é, por excelência, um apelo à fraternidade e à solidariedade. É uma realidade que atinge a todos, não poupa a juventude e nem os que têm melhores condições de vida. E o sofrimento de uma pessoa, quando enferma, se constitui em oportunidade para o exercício do cuidado do outro. A solidariedade em momentos como esse faz-se necessária, pois tais gestos aliviam e consolam quem é acometido pelo sofrimento.

2 O horizonte do sofrimento

A compreensão cristã sobre a vida é otimista, entende que o homem é destinado à alegria, apesar de se deparar com variadas formas de sofrimento e de dor¹. Essas experiências são diversas em sua natureza: moral ou psicológica, provenientes de flagelos sociais ou de catástrofes naturais e provocadas por doenças. “Entre os sofrimentos, os provocados pela doença são uma realidade constantemente presente na história humana, tornando-se, ao mesmo tempo, objeto do profundo desejo do homem de se libertar de todo o mal”².

Diante disso, é significativo que os Evangelhos mostrem a solicitude do Senhor para com as pessoas doentes e sofredoras. “Por isso, o Senhor, nas suas promessas de redenção, anuncia a alegria do coração ligada à libertação dos sofrimentos (Cf. Is 30,29; 35,19; Br 4,29). Ele é, de fato, *‘aquele que liberta de todos os males’*” (Sb 16,8)³.

As ações de Jesus em benefício desses enfermos, com inúmeras curas, foram os sinais mais eloqüentes da manifestação da presença do Reino de Deus na história. Tanto, que a cura dos enfermos foi inserida

¹ Cf. *Christifideles Laici*, n. 53.

² CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ. *Instrução sobre as orações para alcançar de Deus a cura*. São Paulo, Paulinas, N. 3, p. 5.

³ *Idem*. *Instrução sobre as orações para alcançar de Deus a cura*. São Paulo, Paulinas, N. 3, p. 5.



entre as principais atividades do Senhor, juntamente com o ensino nas sinagogas e o anúncio da boa nova do Reino. Ele curava toda espécie de doença e enfermidade das pessoas com as quais se encontrava, sem qualquer discriminação (cf Mt 4,23-25)

Detalhe importante: vemos, nos Evangelhos, que as ações de Jesus em relação aos doentes são de um exemplar ecumenismo. Atendeu a todos, não se detendo nos doentes do território de Israel. Curou também os de fora, desde o leproso samaritano, o único que voltou para agradecer (Lc 17,11-19), até os considerados “pagãos”, como a mulher Cananéia que intercedia por sua filha (Mt 15,21-28) ou o centurião romano, que pedia pelo seu servo (Lc 7,1-10).

Enfim, curou a todos em suas enfermidades, a ponto de transformar esse seu ministério em sinal messiânico, na resposta aos discípulos de João Batista, que vieram interpelá-lo, em nome do seu mestre: “*És tu aquele que há de vir, ou devemos esperar outro?*” Em resposta disse Jesus: “*Ide contar a João o que estais ouvindo e vendo: cegos recuperam a vista, paralíticos andam, leprosos são curados, surdos ouvem, mortos ressuscitam e aos pobres se anuncia a Boa Nova*” (Mt 11,3-5).

3 A Igreja e os doentes

Continuadora das ações do Mestre, a Igreja sempre teve um grande apreço pelos doentes e enfermos. Recentemente, Bento XVI afirmou, “A Igreja, à qual é confiada a tarefa de prolongar no espaço e no tempo a missão de Cristo, não pode desatender estas duas obras essenciais: a evangelização e a cura dos doentes no corpo e no espírito”⁴.

A ação evangelizadora da Igreja é sua razão de ser. Ela é impulsionada pelo Espírito a testemunhar e anunciar a boa nova da vida em Jesus Cristo e o Reino do Pai. Ela experimenta-se amada por Cristo, que saiu de si e veio junto à humanidade marcada por situações de morte e pecado. Com gestos de alteridade e gratuidade, sobretudo em sua doação total na cruz, Ele mostrou que o pecado só é vencido pela graça⁵, o que gera a gratuidade e leva a responder ao mal com o bem (cf. Rm 12,7-21).

⁴ BENTO XVI. *Discurso na celebração do dia mundial do doente*. L'Osservatore Romano, 13/02/2010.

⁵ Cf. DGAE, n. 12.



No centro deste anúncio se encontra o convite para que as pessoas tomem consciência desse amor vivificador de Deus, oferecido em seu Filho, morto e Ressuscitado⁶. Nesse sentido, o discípulo missionário precisa estar enraizado em Jesus Cristo, para acolher e testemunhar o mistério divino como contínuo transbordar do amor do Pai pelo Filho, no Espírito⁷.

Dessa forma, a Igreja, comunidade constituída no amor e a serviço do amor, tem a caridade como sua grande tarefa. Como enfatizam as novas Diretrizes, mesmo tendo a mudança de época como o maior desafio a ser enfrentado, ela necessita trilhar o caminho do amor-serviço aos sofredores⁸. A interpelação advinda do outro que sofre, constitui-se em um caminho de convergência, para que, nesse auxílio, haja integração de todas as formas de paixão pela vida, com o intuito de vencer os tentáculos da cultura de morte⁹.

Esse caminho foi indicado pelas Conclusões de Aparecida, para que a Igreja seja fiel à sua opção em prol da vida. Esse caminho a conduz para as profundezas da existência, ao nascer e ao morrer, à criança e ao idoso, ao sadio e ao enfermo. Assim, a evangelização e o cuidado dos doentes, além de se mostrarem autênticos deveres, edificam toda a comunidade eclesial.

4 A experiência da Igreja ao aproximar-se dos doentes

Existe o consenso de que o socorro ao ser humano em situação de sofrimento é um dever ético, pela dignidade da pessoa. Nesse debruçar-se sobre a dor humana, podemos entrever uma oportunidade singular para que as Igrejas façam uma bela experiência ecumênica dando as mãos, no socorro aos necessitados. É um campo que pode, efetivamente, unir todas as religiões e todas as pessoas de boa vontade, mesmo as que não praticam nenhuma religião.

É uma causa humana por excelência, e a parábola do bom samaritano nos convida a caminhar nessa direção. Infelizmente, quem deixa

⁶ Cf. DAp, nn. 347-348.

⁷ Cf. DGAE, n. 16.

⁸ Cf. DGAE, n. 27.

⁹ Cf. DGAE, n. 67.



de socorrer o homem assaltado e ferido à beira da estrada são pessoas religiosas, um sacerdote e um levita, e quem o acode é um samaritano, considerado inimigo religioso pelos judeus e mal visto aos olhos de Deus (Lc 10, 25-37). Jesus transforma o samaritano em modelo para o cumprimento do mandamento do amor ao próximo: “*Vai e faz tu também a mesma coisa*” (Lc 10,37)

A Igreja, comunidade ouvinte da Palavra do Senhor, é desafiada a se fazer samaritana, assumindo com solicitude o cuidado dos doentes. Ela entende não ser justo delegar o alívio do sofrimento dessas pessoas somente à medicina. Em sua missão, por meio das pastorais que servem nesta área da saúde, como: a Pastoral da Saúde, a Pastoral dos Enfermos, a Pastoral da Criança, a Pastoral da AIDS e a Pastoral dos Idosos, a Igreja procura responder às grandes interrogações da vida, que se colocam com mais intensidade em momentos de sofrimento e de morte¹⁰.

Pela atitude de serviço e proximidade ao doente, a Igreja quer anunciar que Cristo foi solidário com a dura realidade do sofrimento humano, pois o assumiu sobre si com profundo amor, em livre obediência ao Pai. E realizou a Redenção de todo o gênero humano ao assumir a paixão e morte de cruz e carregar sobre si todos os pecados, para cancelá-los e, ressuscitando, vencer todos os males. Desse modo, o sofrimento redentor de Cristo leva o homem a reencontrar-se com seus próprios sofrimentos. E, com a luz intensa advinda da ressurreição, aquele que sofre descortina um caminho de vida em meio às trevas dos sofrimentos: verdadeira “boa notícia” para todos, especialmente para os doentes e moribundos.

5 Nova terra e novo céu, a bela imagem de Ap 21

Com esse testemunho e anúncio, a Igreja, ao longo de sua história, suscitou entre as pessoas, de maneira nova e profunda, a capacidade de vivenciar de diversos modos o sofrimento, o que é decisivo para a “humanização da humanidade”. Pois, como disse Bento XVI, “a grandeza da humanidade determina-se essencialmente na relação com o sofrimento e com quem sofre”¹¹.

Se é justo todo o empenho para superar o sofrimento, mesmo com a consciência de que não é possível eliminá-lo totalmente, a atitude de

¹⁰ Cf. DAp. n. 418.

¹¹ Cf. *Spe Salvi*, n. 38.



fuga dessa realidade dolorosa não contribui para o amadurecimento do ser humano e nem para se criar uma rede de solidariedade ao redor dos que sofrem.

De fato, a capacidade de sofrer encontra-se estreitamente relacionada à natureza da esperança que o ser humano alimenta em si¹². Nesse sentido, encontramos um anúncio no livro do Apocalipse, que responde aos mais profundos anseios da humanidade: “*A morte não existirá mais, e não haverá mais luto, nem grito, nem dor, porque as coisas antigas passaram*” (Ap 21,4). A resposta se completa com a bela expressão apocalíptica “um novo céu e nova terra”. É uma imagem densa de esperança de vida que supera as dores, os sofrimento e a morte, pois, se o homem é mortal, ele é também nascido para a eternidade.

Essa passagem do Apocalipse fortalece a Igreja em sua missão, pois tem a garantia do Senhor que assegura, “*Eu faço novas todas as coisas*” (Ap 21,5). E faz novas todas as coisas por sua ação de doação gratuita à humanidade, a qual é incessante e contínua, atualizada na Eucaristia e na vida dos que se fazem autênticos discípulos-missionários de Jesus Cristo. Assim, o Reino de Deus se torna presente na história e na vida das pessoas e da sociedade, pois o novo céu e a nova terra começam já, mesmo que ainda não encontrem acabamento perfeito nos meandros da história.

6 A participação da Igreja na história da saúde pública no Brasil

Desde os primórdios do processo de colonização, a Igreja, no exercício de sua missão, tem prestado relevantes serviços à saúde, em nosso país. De fato, com a chegada dos portugueses, não demorou a implantação do modelo das Santas Casas de Misericórdia. As primeiras apareceram na capitania hereditária de São Vicente, em 1543, fundada por Braz Cubas e, em Salvador, em 1549, por iniciativa de Tomé de Souza.

O avanço da colonização levou à criação de outros estabelecimentos hospitalares pelos Senhores chamados “homens bons”, associados às Irmandades da Misericórdia. Tais irmandades eram sociedades civis, geralmente católicas, que se propunham a realizar determinadas obras de assistência social.

¹² Cf. *Ibid.*, n. 39.



Capítulo importante nessa história escreveram os religiosos, enviados para o “novo mundo”. Especialmente os Jesuítas, que desenvolveram importante trabalho de intercâmbio entre as técnicas europeias de tratamento, que aqui introduziram, e as cultivadas pelos nativos da terra, baseadas no potencial terapêutico da rica flora dos trópicos.

7 Contribuições da Igreja no Brasil para a Saúde Pública pela CF

Esta é a terceira vez que a Igreja vem contribuir, por meio da Campanha da Fraternidade, junto à sociedade brasileira, para o avanço na qualidade da saúde da população e a melhoria do atendimento público de saúde.

Em 1981, a Campanha foi realizada com o tema, “*Saúde e Fraternidade*” e o lema ‘*Saúde para Todos*’. Essa Campanha contribuiu para a reflexão nacional do conceito ampliado de saúde. Na época, o papa João Paulo II escreveu, em sua mensagem para a CF, 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’ ”¹³.

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). Essa Campanha buscou ser um sinal de esperança para as comunidades cristãs e para todo o povo brasileiro, a fim de que, num panorama de sombras e de atentados à vida, experimentassem a luz de Cristo, que vence o egoísmo, o pecado e a morte, reforçando os princípios norteadores da valorização da vida, desde o seu início até seu fim natural.

¹³ JOÃO PAULO II, *Mensagem ao povo brasileiro por ocasião da abertura da CF1981*. http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/1981/march/documents/hf_jp-ii_spe_19810309_campagna-fraternita_po.html. Acesso em: 10/08/2011.



Tais iniciativas constituem-se em marcos importantes da ação da Igreja, tanto no campo da saúde como no da saúde pública, em nosso país. É amplo o leque das atividades ligadas à área da saúde, exercidas no âmbito da Igreja. Com satisfação, percebe-se que essas ações pastorais acabam tornando-se um contributo da Igreja para o país cumprir as ‘Metas do Milênio’, com as quais o governo brasileiro comprometeu-se perante a comunidade internacional, mobilizando diretamente vários de seus setores.

8 A Campanha da Fraternidade de 2012

Partindo do lema “Fraternidade e Saúde Pública”, esta CF focaliza especialmente o SUS (Sistema Único de Saúde). Inspirado em belos princípios, como o seu caráter universal e a proposta de atender a todos, indiscriminadamente, o SUS deveria ser modelo para o mundo. Hoje, no entanto, com algumas exceções, assemelha-se a um autêntico caos, sobretudo aos olhos dos mais necessitados de seus serviços. Entendendo ser um anseio da população, especialmente da mais carente, a CF 2012 aborda o tema da saúde com os seguintes objetivos:

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 saudáveis;
- 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: criá-la onde não existe, fortalecer onde está incipiente e dinamizá-la onde já existe;



- d) Difundir dados sobre a realidade da saúde no Brasil e seus desafios, como sua estreita relação com os aspectos socioculturais de nossa sociedade;
- e) Despertar nas comunidades a discussão sobre a realidade da saúde pública, visando a 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 transparência¹⁴.

9 A Saúde Pública em nossos dias

É sabido que o SUS vem sendo motivo de várias reportagens nos MCS, que expõem suas fragilidades. São enormes filas, pessoas enfermas em macas à espera de um leito, morte de pessoas sem atendimento, dificuldades na realização dos exames. Também são apresentadas deficiências estruturais nas unidades de atendimento, falta de profissionais etc. Um quadro realmente caótico e desanimador. No entanto, apesar de suas deficiências, não podemos simplesmente fustigar o SUS. Este sistema representa um avanço, um grande avanço para a saúde pública no país. Vejamos.

1) No Conceito

Houve um grande avanço do ponto de vista conceitual, pois antes da Constituição, denominada “cidadã”, de 1988, o atendimento da saúde pública no Brasil era organizado segundo o modelo previdenciário, desenvolvido em alguns países da Europa, especialmente na Alemanha. Nessa concepção, os benefícios são correspondentes à contribuição das categorias de profissionais e das empresas em que trabalham. Nesse esquema, têm assegurado o direito, ao atendimento de saúde, somente os contribuintes. Assim, é natural pensar que a qualidade dos serviços fornecidos será proporcional ao montante destinado ao convênio.

Entretanto, o SUS foi constituído para oferecer saúde para todos, indistintamente. Os princípios doutrinários que o inspiram, são: a universalidade, a integralidade e a equidade. O princípio da universalidade traduz o que estabelece a Constituição, quando diz, no início da Seção II: ‘A

¹⁴ Cf. Texto-Base CF 2012, pp. 11-12.



saúde é direito de todos'. ... atendimento a todo e qualquer cidadão... Do princípio da integralidade decorre a exigência de acesso de todo e qualquer cidadão *a todos os serviços de que o Sistema de Saúde dispõe*. O princípio da equidade visa assegurar que as ações e os serviços ... sejam oferecidos a todo cidadão, *sem privilégios*¹⁵.

Mas o SUS também se estrutura a partir de princípios organizativos, que apontam para a *descentralização* conjugada com uma administração centralizada em cada esfera de governo:

- a) Regionalização – objetiva levar as ações do campo da saúde o mais próximo possível da população. 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, passando pelo nível de atenção secundária, até o nível de atenção terciária. 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 – quer distribuir as responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo,
- d) Racionalização e Resolução – são princípios norteadores para que ações e serviços de saúde sejam definidos e organizados de modo a responder aos problemas de determinada região.
- e) Complementaridade do setor privado – a Constituição “cidadã” prevê recorrer à contratação de serviços privados, por meio de contratos ou convênios, no caso de insuficiência do setor público. E que a escolha recaia sobre as instituições sem fins lucrativos. Há, porém, três condições: celebração de contrato; adequação da instituição privada aos princípios e às normas técnicas do SUS; os serviços privados sejam ofertados, com a mesma lógica organizativa do SUS.

¹⁵ Cf. Texto-Base CF 2012, n. 118.



2) No controle externo:

Na estrutura do SUS está implícito o seu controle pela sociedade, com garantias constitucionais, sobretudo por meio de entidades representativas. Para isso, foram constituídas instâncias como os Conselhos e Conferências de Saúde, segundo as esferas governamentais. “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 de exercer o papel de formulação, acompanhamento e controle permanente das ações do governo em seus três níveis... São convocados pelo poder executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde”¹⁶.

A composição dos Conselhos deve ser paritária entre os diversos atores sociais (50% usuários, 25% trabalhadores e 25% gestores e prestadores de serviço) (Res. 333, CNS, 2003)¹⁷.

3) Pelo gigantismo do sistema

É o maior sistema de atendimento público de saúde do mundo, pois a população do Brasil já se aproxima dos 200 milhões de pessoas. Disponibiliza mais de 50 mil unidades, denominadas Assistência Médica Sanitária (AMS), entre públicas e particulares ou filantrópicas (especialmente as Santas Casas de Misericórdia). As estimativas indicam que o SUS realiza 12 milhões de internações/ano nos quase 432 mil leitos disponibilizados (35,4% públicos e 64,6% particulares ou filantrópicos) e mais de 100 milhões de procedimentos ambulatoriais. Seu orçamento alcança a cifra de 67 bilhões de reais¹⁸.

4) Pelos seus programas de atendimento à saúde

Entre as ações do SUS, merece destaque a Política de Humanização de Serviços de Saúde (PNHAH), lançado em 2001, e a Estratégia de Saúde da Família.

¹⁶ Cf. TB CF 2012, n. 120.

¹⁷ Resolução 333 do Conselho Nacional de Saúde, novembro de 2003. Acesse em: www.conselhosaude.gov.br. In TB CF 2012, n. 119 (f).

¹⁸ Cf. FORTES, P. A. C. *SUS, um sistema fundado na solidariedade e na equidade, e seus desafios*. Revista: Vida Pastoral, janeiro/fevereiro – 2011, ano 52, n. 276, p. 24. Cf. Texto-Base CF 2012, nn. 109-113.



O primeiro, intenta proporcionar melhor padrão de atendimento e assistência aos usuários do SUS, procurando introduzir, nas relações entre profissionais e usuários, valores e atitudes que se traduzam em respeito à vida. Trata-se de uma perspectiva humanística traduzida pela expressão “Humaniza SUS”. A finalidade é proporcionar acolhida e respeito, de acordo com a dignidade da pessoa que procura atendimento para a sua saúde¹⁹.

Com o programa Estratégia de Saúde da Família (ESF), o SUS procura promover ações que resultem em benefício à saúde das pessoas e da comunidade. Essas ações se pautam pelo caráter preventivo, de recuperação ou reabilitação, de doenças mais comuns. Para a operacionalização dessa estratégia são compostas equipes com profissionais das principais áreas do atendimento à saúde, que se encarregam de um determinado número de famílias residentes em certa área geográfica²⁰.

No campo de urgências e emergências, surgiu o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), que atende atualmente mais da metade da população brasileira²¹. 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 diabetes²².

10 Os desafios do SUS

Apesar dos avanços constatados, são notórias as deficiências do atendimento e serviços ofertados pelo SUS. A implantação deste sistema de Saúde, segundo seus princípios básicos, exige maior aporte 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 economicamente²³.

¹⁹ Cf. Fortes, P.A.C., art. cit., pp. 25-26.

²⁰ Cf. BRASIL, Ministério da Saúde. *O que é o Humaniza SUS*. Disponível em <portal.saude.gov.br/portal>. In *Ibid*, pp. 26-27.

²¹ Cf. Texto-Base CF 2012, n. 134.

²² Cf. Texto-Base CF 2012, n. 135.

²³ Cf. *Ibid*, p. 27.



1) O financiamento

Os recursos financeiros destinados à saúde pública em todo o Brasil são insuficientes. Para efeito de comparação, em 2008, enquanto o SUS consumiu 3,24% do PIB, a média de gasto público em saúde em países como o Reino Unido, Suécia, Espanha, Alemanha, França, Canadá foi, em média, 6,7% do PIB (OMS, 2008)²⁴.

O SUS precisou, literalmente, disputar recursos com outros ramos da seguridade social (Assistência Social e Previdência Social) desde a sua constituição. Na época, foi garantido no Ato 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 saúde²⁵.

A resolução do problema da insuficiência dos recursos financeiros para o SUS, passa pela definição do que são efetivamente *ações da saúde*, que devem ser financiadas com verbas próprias para a saúde e pela regulamentação dos percentuais da arrecadação das diversas instâncias do governo a serem destinadas ao financiamento da área da saúde pública. No Congresso Nacional, tramita a Emenda Constitucional 29 (EC 29), que procura resolver tal questão. Enquanto isso, vemos distorções como a existência de um fundo de reserva especial para possíveis resarcimentos, a qualquer serviço privado nacional e até internacional, de custos com a saúde dos parlamentares²⁶.

2) Melhor organização

O SUS, além de mais recursos financeiros, necessita otimizar o uso do dinheiro público. Hoje investe-se o dobro de recursos na cura de

²⁴ Cf. *Organização Mundial da Saúde*. Disponível em: <www.who.int>. Acesso em: 06/07/2011.

²⁵ Cf. 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. In TB CF 2012, n. 125.

²⁶ Cf. Texto-Base CF 2012, n. 128.



doenças (internações, cirurgias, transplantes) do que nas ações básicas de saúde (vacinas e consultas) que previnem a doença. Apesar disso, vemos um sinal alentador de mudança de perspectiva com o avanço, em alguns lugares, do projeto *Saúde da Família*.

Outros desafios se apresentam, pois uma pesquisa do IPEA²⁷ detectou aqueles que são considerados os problemas mais frequentes nas unidades de atendimento: 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%).

3) Problemas mais específicos do SUS

1. **Acesso:** falta de reconhecimento e de valorização à atenção básica, desarticulação de seus programas entre si e com a sociedade; superlotação das unidades de urgência e emergência (prontos-socorros); acesso precário com longas filas para marcação de consultas, procedimentos (como cirurgias) e exames; falta de leitos hospitalares e desigualdade na distribuição pelas regiões do país, bem como insuficiência de leitos de UTI; insuficiente assistência farmacêutica à população; falta de humanização e de acolhimento adequados nas unidades de saúde; descaso com a saúde mental, mesmo diante do aumento indiscriminado de dependentes químicos no país, principalmente na camada mais jovem da população; tendência à judicialização na saúde, provocando demandas excessivas e corriqueiras ao poder judiciário e ao ministério público.
2. **Gestão** (de ordem administrativa e de recursos humanos): carência e má distribuição de profissionais de saúde pelo território nacional; sucateamento de material permanente e desabastecimento de material de consumo; carência de informações e esclarecimentos adequados à população; planejamento insuficiente ou inexistente dos serviços disponibilizados; tendência à terceirização de várias unidades públicas de saúde; profissionais de saúde com baixa remuneração, más condições de trabalho, bem como precarização da contratação da mão de obra; ausência dos profissionais, falta de cumprimento da carga

²⁷ Cf. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Pesquisa sobre a saúde brasileira, 2010. Disponível em: <www.ipea.gov.br>. Acesso em: 07/06/2011.



horária em plantões e escalas de serviço, nas unidades de saúde e no Programa da Saúde da Família; fragilidade ou inexistência do complexo regulatório intermunicipal, interestadual e internacional; falta de regulação e organização dos serviços com sobrecarga de demanda em municípios ‘polo’ ou ‘de referência’; despreparo ou falta de gerenciamento e má gestão por parte dos responsáveis pela execução das políticas públicas em saúde; falta de capacitação e valorização da participação da comunidade no país, com preocupante desconsideração aos conselheiros de saúde.

- 3. Fatores Externos:** excessiva especialização do segmento de SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico), com demanda crescente por tecnologias de ponta, também mais onerosas; 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; processo falho de escolha dos delegados nas conferências de saúde, em todas as suas instâncias; e baixa implementação de suas propostas²⁸.

11 Alguns elementos intervenientes na saúde e na sua assistência pública

Nas últimas décadas ocorreram mudanças em nosso contexto, que se refletem diretamente na saúde da população. As mudanças mais importantes dessa ordem foram em relação à demografia, à epidemiologia, à nutrição e à tecnologia.

É notória a transição demográfica em curso no país. A melhoria de condições de vida em geral para as pessoas propiciou o aumento da expectativa de vida dos brasileiros (hoje, em torno de 72 anos). Este fato, somado à diminuição da taxa de crescimento dos nascimentos (1,17% entre 2000 e 2010), tende a envelhecer a população. Projeções apontam para um país que, em 2050, terá uma população composta de 13% (em 2009, 26%) na faixa entre 0 a 14 anos e 22% de idosos (em 2009, 6,67%). É necessário que o sistema de saúde se prepare para uma maior demanda e procure se adequar a essas projeções, pois os idosos

²⁸ Cf. Texto-Base CF 2012, n. 147.



são mais sujeitos às doenças, especialmente desenvolvendo políticas de prevenção e promoção da vida saudável.

Na saúde pública, vemos a transição que ocorre em relação às principais doenças. No passado recente, doenças infecto-parasitárias, com desfecho rápido, eram as grandes causas de morte na população brasileira. Atualmente, as doenças crônico-degenerativas (como diabetes, hipertensão, demências), os cânceres (neoplasias) e as causas externas (mortes violentas) se encontram entre as maiores causadoras de mortalidade.

Notamos mudanças também no padrão físico do brasileiro: com o crescimento alarmante da obesidade (índice de massa corpórea) entre pessoas na faixa de 25 a 30 e acima de 30, 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 anos²⁹. Segundo dados³⁰, 48,1% da população brasileira estão acima do peso, 15% são obesos³¹.

Por fim, devemos nos atentar para uma transição tecnológica. A tecnologia, um fenômeno próprio do nosso tempo que cada vez mais permeia as estruturas vitais, tornou-se importantíssima na medicina. Proporciona inúmeros benefícios, mas implica em custos altíssimos e no perigo de se relegar a humanização ao segundo plano.

Considerações finais

Ao abordar a realidade da saúde pública no país, as atenções se voltam para o SUS, o qual ainda não consegue oferecer tratamento de saúde digno para a parcela mais necessitada da população, apesar dos avanços que esta estrutura de saúde representa na história do atendimento de saúde no Brasil, como pudemos ver.

Dentre os maiores problemas, além da necessidade de um financiamento compatível com a demanda do sistema, sobressai a necessidade de melhor gestão para se otimizar os gastos dos recursos disponíveis.

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

³⁰ VIGITEL Brasil 2010. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Ministério da Saúde, 2011.

³¹ Cf. *Texto-Base CF 2012*, n. 63.



Entretanto, a Igreja, em sua sensibilidade de mãe, também se preocupa com a falta de sensibilidade diante do sofrimento ignorado dos usuários, mesmo em perigo de morte.

Para esse propósito, o Evangelho nos dá uma grande lição com a parábola do *Bom Samaritano*. Esta parábola sempre inspirou a Igreja a aproximar-se e cuidar dos doentes. Suscitou vidas consagradas, Instituições de caridade e Congregações, dedicadas ao cuidado dessas pessoas. Ainda hoje, milhares de pessoas atuam no seio da Igreja em várias pastorais nesta área. É um belo serviço que anima a vida eclesial.

Diante disso, esta Campanha quer lembrar a todos os envolvidos no sistema de saúde, dos gestores aos diversos profissionais, que são chamados a servir de modo a atualizarem a figura do Bom Samaritano, o próprio Cristo. Esta atitude geradora de vida precisa ser reproposta para se contrapor à frieza desumanizante do “profissionalismo tecnológico” e das mazelas nas políticas públicas, *para que a saúde se difunda* e gere vida entre nossa gente sofrida.

Endereço do autor:
cf@cnbb.org.br

Bibliografia

Documentos Pontifícios

João Paulo II, *Exortação Apostólica Christifideles Laici*. São Paulo, Ed. Paulinas, 1989.

João Paulo II, *Carta Apostólica Salvifici Doloris*. Petrópolis, Editora Vozes, 1984.

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

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

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



Documentos do Magistério da Igreja

CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ. *Instrução sobre as orações para alcançar de Deus a cura*. São Paulo, Paulinas, 2003.

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.

CNBB, *Diretrizes Gerais da Ação Evangelizadora da Igreja no Brasil 2011-2015*. Brasília, Edições CNBB, 2011, 2ª edição.

Artigos

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.

Internet

1. *Ministério da Saúde (MS)*. Disponível em: <www.saude.gov.br>.
2. *Vigilância Sanitária*. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br>.
3. *Dados do Sistema Único de Saúde (Datapus)*. Disponível em: <www.datapus.gov.br>.
4. *Conselho Nacional de Saúde (CNS)*. Disponível em: <www.conselho.saude.gov.br>.
5. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)*. Disponível em: <www.ibge.gov.br>.



6. *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)*. Disponível em: <www.ipea.gov.br>.
7. *Organização Mundial da Saúde (OMS)*. Disponível em: <www.who.int>; <<http://www.unric.org>>.
8. *Pastoral da Saúde Nacional (PS)*. E-mail: <pastoraldasaudenacional@yahoo.com.br>.
9. *Pastoral da Criança (PC)*. Disponível em: <www.pastoraldacrianca.org.br>.