



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

BIANCA BORGES DA SILVA LEANDRO

FRATERNIDADE E SAÚDE PÚBLICA: como a Igreja Católica do Brasil vem discutindo
o tema da saúde?

Rio de Janeiro

2013

BIANCA BORGES DA SILVA LEANDRO

FRATERNIDADE E SAÚDE PÚBLICA: como a Igreja Católica do Brasil vem discutindo
o tema da saúde?

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da
Universidade Federal do Rio de Janeiro, como
parte dos requisitos necessários à obtenção do
grau de bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Ligia Bahia

Rio de Janeiro

2013

FOLHA DE APROVAÇÃO

BIANCA BORGES DA SILVA LEANDRO

FRATERNIDADE E SAÚDE PÚBLICA: como a Igreja Católica do Brasil vem discutindo o tema da saúde?

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 25 de fevereiro de 2013.

Prof^a. Dr^a. Ligia Bahia (Orientadora)

IESC/UFRJ

Prof. Ricardo Antônio Wanderley Tavares

UFRJ

Prof^a. Sandra Maria Becker Tavares

UFRJ

Essa monografia é dedicada aos meus pais:

Arlim e Leonora.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, é preciso dizer que este trabalho diz muito sobre mim, meus valores, crenças e como me venho (re)construindo. Ele simboliza mais uma etapa importante na minha vida, cheia de medo, atribulações e felicidades. Contudo, acredito que nada disso seria possível se eu não tivesse ao meu lado pessoas que me inspirassem e dessem forças. Sendo assim, inicialmente, agradeço a Deus que me proporcionou e ainda proporciona momentos de muitas oportunidades para poder alcançar meus objetivos.

Agradeço, também, aos meus pais, Arlim e Leonora, e a toda a minha família, por todo o amparo e auxílio afetivo e material. Agradeço ao meu namorado, Davi, pelos momentos de ternura e carinho que me deram forças para escrever este trabalho, inclusive sendo bastante compreensivo com os meus valores e costumes durante esses 4 anos de graduação.

Agradeço a toda a explicação e ajuda da orientadora, professora Ligia Bahia, principalmente ao final do trabalho quando o tão falado ‘prazo de entrega’ se aproximava. Agradeço ao professor Ricardo Tavares e à professora Sandra Becker por aceitarem participar da defesa dessa monografia e partilharem esse momento comigo. Agradeço ao Pe Ari, Gabriel e demais funcionários da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil pela disponibilidade de material e conversas que colaboraram para que pudesse definir o tema.

Agradeço os meus amigos da graduação e os colegas de classe que me guiaram nos momentos de dificuldades, tanto em relação à monografia como em todo o percurso da graduação, algumas durante todo o período, outras mais no final, em especial, Laís, Nivia, Ana Cristina, Ariane, Carolyne e Ana Clara.

Agradeço a todos aqueles, inclusive os amigos espalhados pelo Brasil, que de alguma forma estiveram presentes, apoiando-me, doando parte de seu tempo, lendo o que eu escrevia ou simplesmente ouvindo minhas ideias e sonhos. Enfim, a todos que estiveram ao meu lado tanto para dar apoio quanto para cobrar o suficiente para que esse trabalho fosse realizado.

É preciso canalizar as energias, ser ousado, dar um passo novo.

É preciso acreditar naquilo que se faz.

Dom Mauro Morelli

RESUMO

LEANDRO, Bianca Borges da Silva. **Fraternidade e Saúde Pública**: como a Igreja Católica do Brasil vem discutindo o tema da saúde? Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

A Igreja Católica do Brasil, principalmente via Comunidades Eclesiais de Base e Pastorais Sociais, desempenha importante papel mobilizador na sociedade. A literatura sobre o tema evidencia que apesar de contradições internas, a Igreja tem sido contestadora e crítica da ordem estabelecida. Como a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) sempre esteve presente desde à formulação e implementação do SUS, a opção pelo tema da Campanha da Fraternidade 2012 (CF-2012) - *Fraternidade e Saúde Pública* - pode ser compreendida como resposta estratégica aos desafios contemporâneos à garantia da saúde enquanto direito social. Sendo assim, este estudo objetivou sistematizar o debate político sobre a saúde ao longo da CF-2012. Para isso, realizou uma revisão bibliográfica sobre a atuação sócio-política da Igreja no Brasil e também uma análise documental dos materiais e reportagens oficiais da CF-2012. Os resultados foram organizados segundo a tipologia das proposições registradas em duas dimensões: *valorativa* e *pragmática*. Dentre as dimensões valorativas foram apontados os principais valores simbólicos que a CF-2012 atribuiu à saúde, tais como a defesa do SUS e a luta pelo seu justo financiamento público, no campo das dimensões pragmáticas, foram expressas as ações e propostas de intervenção no processo político e social real, como, por exemplo, a coleta de assinaturas para o Projeto Saúde mais Dez. Em seguida, foram apresentadas algumas lacunas do processo que se configuram como desafios a serem encarados pela CNBB. Por fim, o trabalho aponta que a união das pastorais sociais e do movimento sanitário para se construir uma pauta consensual mínima em defesa da saúde pública apresentou-se como um dos grandes ganhos da CF-2012, contudo, faz-se necessário que a CNBB dialogue de forma oficial com os poderes de Estado sobre tais encaminhamentos.

Palavras-chave: Saúde pública. Igreja Católica. Mobilização social. Mobilização política.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese das Concepções Valorativas e Pragmáticas da CF-2012.....	40
Quadro 2 - Caracterização pragmática do elemento contexto do documento da CF-2012	51
Quadro 3 - Mesas temáticas e especialistas convidados para o Seminário Nacional sobre a Campanha da Fraternidade 2012	54
Quadro 4 - Temas e Slogans de ‘denúncia’ e anúncio’ da Cartilha <i>Plataforma em Defesa da Saúde Pública</i>	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Proporção de Religiões no Brasil de acordo com o IBGE – anos censitários.....	24
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEBs	Comunidades Eclesiais de Base
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CELAM	Conferência Episcopal Latitno-Americana
CFM	Conselho Federal de Medicina
CF-2012	Campanha da Fraternidade do ano de 2012
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CONSEP	Conselho Episcopal Pastoral da CNBB
DSI	Doutrina Social da Igreja
DST/AIDS	Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodef. Adquirida
EC/29	Emenda Constitucional n° 29/2000
FNP	Frente Nacional de Prefeitos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
JAC	Juventude Agrária Católica
JEC	Juventude Estudantil Católica
JIC	Juventude Independente Católica
JOC	Juventude Operária Católica
JUC	Juventude Universitária Católica
LEC	Liga Eleitoral Católica
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
5ª-SSB	Quinta Semana Social Brasileira

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIUFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	17
3.1 OBJETIVO GERAL.....	17
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
4 METODOLOGIA	18
5 CONTEXTO HISTÓRICO DA IGREJA NO BRASIL	20
5 O PAPEL DA IGREJA ENQUANTO MOVIMENTO SOCIAL	26
5.1 A CNBB E AS PASTORAIS SOCIAIS	30
6 A CAMPANHADA FRATERNIDADE 2012: “FRATERNIDADE E SAÚDE PÚBLICA”	34
6.1 HISTÓRICO DA CAMPANHA DA FRATERNIDADE.....	34
6.2 CNBB E SAÚDE.....	35
6.3 ANÁLISE DA CAMPANHA DA FRATERNIDADE 2012	38
6.3.1 Dimensões Valorativas	40
6.3.2 Dimensões Pragmáticas	51
7 LACUNAS DA CAMPANHA DA FRATERNIDADE 2012	65
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	71
ANEXOS	77
ANEXO A – ORGANOGRAMA	78
ANEXO B – PROPOSTAS E ENCAMINHAMENTOS PACTUADOS DURANTE A REUNIÃO DE ARTICULAÇÃO DA CF-2012 EM 17/02/2012.....	79
1 INTRODUÇÃO	

A Igreja Católica Apostólica Romana no Brasil, doravante aqui denominada por Igreja, principalmente via Comunidades Eclesiais de Base e Pastorais Sociais, desempenha importante papel mobilizador na sociedade brasileira. Azevedo (2004) cita que apesar de contradições internas, a Igreja tem sido contestadora e crítica da ordem estabelecida. Em 2012, através da Campanha da Fraternidade (CF-2012) cujo tema foi *‘Fraternidade e Saúde*

Pública e o lema *‘Que a saúde se difunda sobre a terra’*¹, a Igreja aprofundou a discussão sobre Saúde Pública com a população. Sendo assim, com o objetivo de sistematizar o debate político sobre a saúde ao longo dessa Campanha, este estudo analisou os documentos oficiais produzidos para o desenvolvimento da CF-2012, situando essa campanha no contexto mais amplo da atuação da Igreja na esfera pública do Brasil.

A Campanha da Fraternidade, enquanto objeto político-social da Igreja Católica no Brasil, é uma proposta evangelizadora da Igreja desenvolvida no período Quaresmal² em preparação para a Páscoa³. Iniciou-se, no Brasil, em 1964 e é coordenada pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). Essas campanhas têm a missão de despertar o espírito comunitário e cristão, educar para a vida em fraternidade e renovar a consciência da responsabilidade social de cada indivíduo. A Campanha da Fraternidade se constitui em importante instrumento para a prática cidadã dos valores cristãos. Dessa forma, uma das questões norteadoras desse estudo é a trajetória do debate sobre a temática da saúde na Campanha da Fraternidade ao longo de 2012.

Para tentar responder a esse questionamento, o presente trabalho divide-se em quatro partes. Na primeira, far-se-á uma retrospectiva histórica da Igreja no Brasil, contextualizando as relações estabelecidas entre esta instituição e o Estado brasileiro. A segunda parte pretende resgatar a atuação da Igreja enquanto importante movimento social no Brasil, com grande potencial de capilarizar as discussões políticas. Nessa lógica, em uma terceira etapa, o texto debruça-se sobre o tema e material da Campanha da Fraternidade 2012 e, por fim, problematiza questões dessa Campanha.

¹ Versículo Bíblico adaptado de Eclesiástico Capítulo 38, versículo 8. Toda Campanha da Fraternidade possui um versículo bíblico que está diretamente relacionado com o tema a ser trabalhado.

² Período do ano litúrgico católico que dura quarenta dias e é preparatório para a Páscoa. Inicia-se na quarta-feira de Cinzas, pós-Carnaval, e finaliza-se no Domingo de Ramos. Simboliza o período no qual Jesus Cristo ficou no deserto, por conta disso, trata-se de um tempo de reflexão, jejum e abstinência para os católicos e de mudança em algo que precisem melhorar a fim de se aproximarem de Cristo. A Igreja convida todos os católicos a viverem esse tempo como um caminho a Jesus Cristo, compartilhando com o próximo e praticando boas obras.

³ É um dos dias mais importantes da Igreja Cristã, é uma festa que celebra a ressurreição de Jesus Cristo, depois de morrer na cruz. Trata-se de uma data comemorativa com simbolismos diferenciados presente em outros calendários religiosos, como o judaico.

2 JUSTIUFICATIVA

De acordo com o Censo de 2010, mesmo que o Brasil ainda se constitua em um país de maioria católica, observou-se crescimento da diversidade dos grupos religiosos, com destaque especial para *o aumento da população evangélica* que passou de 15,4%, em 2000, para 22,2%, em 2010, e, vale realçar também a *manutenção da redução da proporção de católicos* que foi de 73,6% para 64,6% nos mesmos anos. De acordo com o mesmo estudo, os evangélicos foram o segmento religioso que mais cresceu no Brasil no período intercensitário, a pesquisa lembra que, em 1980, o percentual de evangélicos era de 6,6%, e afirma que a religião católica vem perdendo adeptos desde o primeiro Censo realizado em 1872 (IBGE, 2012).⁴

Entretanto, mesmo com as reduções na proporção de católicos ao longo do tempo, faz-se necessário compreender o papel histórico da Igreja Católica no engajamento com as políticas sociais, em especial a saúde, não só por ainda contar com maioria da população afirmando-se como católica, mas também por sua importante presença histórica e política no território brasileiro. Nesse sentido, compreender as relações políticas e sociais estabelecidas pela Igreja Católica com e para a sociedade ainda se faz muito relevante.

Dessa forma, outro questionamento que surgiu foi: Por que estudar a relação entre Igreja e o Sistema Único de Saúde (SUS)?

Para responder essa questão, vale lembrar que a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), enquanto importante entidade representativa da Igreja Católica no Brasil, é um ator político que sempre esteve presente desde a formulação até a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, nesse sentido, a opção pelo tema da Campanha da Fraternidade 2012 – *Fraternidade e Saúde Pública* - pode ser compreendida como resposta estratégica aos desafios contemporâneos à garantia da saúde enquanto direito social⁵, inclusive, na própria CF-2012, a defesa do SUS apareceu como um dos eixos estruturantes. Vale lembrar também que, segundo Whitaker (2010), a Igreja tem uma presença importante na

⁴ Esses dados do Censo Demográfico definem a identidade religiosa dos declarantes, mas não a sua prática e nem mesmo a sua presença a uma determinada igreja ou tradução religiosa.

⁵ Os direitos sociais são “*direitos de segunda geração, originados no século XIX em virtude dos relevantes problemas sociais e econômicos que acompanharam o processo de industrialização, apresentam-se como uma dimensão positiva do Estado no intuito de patrocinar um ‘bem-estar social’.* Caracterizam-se por outorgarem aos indivíduos direitos a prestações sociais por parte do Estado, tais como assistência social, saúde, educação e trabalho. No século XX, de modo especial após a Segunda Guerra, esses direitos fundamentais acabaram por ser consagrados em várias constituições e tratados internacionais.” (MEDEIROS, 2009, p. 5).

afirmação e luta pelos direitos sociais, tendo participado ativamente no período pré Constituição de 1988 para a garantia de tais direitos, inclusive, o da saúde. Complementando, Azevedo (2004, p. 110) cita que a “Igreja no Brasil adquiriu prestígio e poder ao ajudar o país a voltar à democracia, em 1985”. Este autor também lembra que a Igreja participou do processo da Constituinte e se mobilizou a favor de emendas populares a Constituição, “com ênfase para a ética na política e para a implementação de políticas sociais, como condição *sine qua non* para a estabilidade democrática” (AZEVEDO, 2004, p. 113).

Fora relação pela busca dos direitos sociais garantidos em Constituição, há também uma longa caminhada da Igreja em atuação para o fortalecimento e defesa do SUS via as Pastorais Sociais que além de suas dimensões solidárias e eclesiais possuem também dimensões políticos-institucionais, em especial pode-se fazer destaques para as Pastorais da Saúde, da Criança e da DST/AIDS. De acordo com Luna (2010), a Pastoral da DST/AIDS é bastante envolvida com a construção de políticas públicas de saúde e a superação da discriminação e preconceito. Por sua vez, a Pastoral da Criança é considerada uma organização progressista por sua atuação de assistência às famílias, às crianças e de educação a fim de superar a mortalidade infantil. Já a Pastoral da Saúde presta auxílio à pessoa enferma, à comunidade e atua na defesa da garantia da saúde enquanto direito humano, defendendo bastante a participação social nos órgãos colegiados do SUS.

Contudo, será que a luta pela efetivação da saúde se faz realmente necessária tendo em vista a conquista na Constituição de 1988 e a criação do SUS, fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e participação social?

Nesse trabalho defende-se que sim, afinal cabe ressaltar que mesmo a Constituição Federal reconhecendo a saúde como um direito social (Art. 6º)⁶ e direito de todos e dever do Estado (Art. 196)⁷, Paim (2011) afirma que as atuais crises e dificuldades do SUS estão implicadas, inclusive, na efetivação da saúde como direito social universal. Delgado e Castro (2004) complementam essa análise, ampliando-a aos demais direitos sociais, afirmam que o processo de desconstrução pelo qual passam estes direitos foi reforçado pelo ideário neoliberal, tanto em escala nacional como no Brasil a partir de 1990, segundo eles, “as manobras políticas que foram efetuadas [no decorrer de 1990] tinham como principal objetivo

⁶ O artigo 6º estabelece como direitos sociais “a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988).

⁷ 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*”. (Grifo da autora). (BRASIL, 1988).

a obstrução à consumação dos novos direitos sociais que haviam sido inscritos na Constituição de 1988” (DELGADO; CASTRO, 2004, p. 147). Delgado e Castro (2004, p. 147) citam que “o ideário neoliberal, ao propagar-se em escala mundial, trouxe consigo uma série de idéias; uma das mais proliferadas era que a crise fiscal nos Estados de Bem-Estar Social devia ser explicada como decorrência de uma sobrecarga atribuída aos gastos públicos na área social”. Os mesmo autores lembram que, no Brasil, um dos alvos privilegiados de ataque foi o SUS que teve sua estrutura de financiamento atingida seriamente com o veto presidencial a 25 itens da Lei Orgânica de Saúde, a maior parte concentrada nos dispositivos de financiamento. Ainda hoje, segundo Paim (2012, p. 612) o “Estado brasileiro contenta-se em cobrir apenas 41% do gasto em saúde, quando a maior parte dos países que optaram por sistemas universais responsabilizam-se por mais de 80% desta despesa”, tal atitude, sem dúvida, compromete o direito universal à saúde.

Ainda em relação ao SUS, Paim (2011, p. 28) afirma que o sistema de saúde brasileiro vem vivenciado um “modelo de desatenção” marcado por maus tratos e de não cumprimento do direito à saúde, na citação que segue há uma descrição da situação:

filas vergonhosas para a assistência médica desde a madrugada ou desde o dia anterior; desconsideração nos hospitais e unidades de saúde; desatenção por parte do pessoal da segurança, recepcionistas, auxiliares e profissionais de saúde às pessoas fragilizadas pelas enfermidades; corredores saturados de camas nos serviços de urgência; disputas por turnos para exames complementares tantas vezes desnecessários; largas esperas para realização de uma consulta ou exame em bancos incômodos; via crucis do paciente entre diferentes unidades de saúde, médicos e especialistas; ‘cortejo fúnebre’ de vans e ambulâncias em frente aos hospitais públicos para o transporte de doentes e familiares para outros municípios; pagamentos por consultas e exames em clínicas particulares das periferias por preços ‘moderados’ ou ‘por fora’ dos serviços do SUS; mercantilização da doença e do sofrimento por parte dos planos de saúde e prestadores privados; discriminação dos usuários do SUS em clínicas e laboratórios contratados ou hospitais universitários e filantrópicos por meio da ‘dupla entrada’ e o confinamento em instalações de segunda categoria. (PAIM, 2011, p. 28-29).

Vale lembrar também que o SUS, enquanto um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, constitui-se em um projeto social que visa efetivar a saúde enquanto direito social não concebido antes de 1988 onde o Estado apenas oferecia atendimento à saúde para trabalhadores com carteira assinada e suas famílias. Dada essa situação, Paim et al., (2011, p. 27) frisam que:

a implantação de um sistema de saúde universal no Brasil teve início em um contexto político e econômico desfavorável, que promovia a ideologia neoliberal, perspectiva essa reforçada por organizações internacionais contrárias ao financiamento público de sistemas de saúde nacionais e universais.

E, mesmo assim, afirmam que o SUS mostrou grandes avanços e inovações, por exemplo, aumentando o acesso aos cuidados de saúde para grande parcela da população brasileira e disseminando a conscientização da população sobre o direito à saúde vinculado à cidadania. Contudo, os referidos autores citam que mesmo com esses avanços, há desafios. Além dos desafios financeiros e de gestão do sistema de saúde, expostos cotidianamente pela mídia, o maior desafio enfrentado pelo SUS é político: “Agora é preciso garantir ao SUS sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica” (PAIM et al., 2011, p.28), inclusive, partindo-se do “pressuposto de que não há política irreversível” (PAIM, 2012, p. 612). Afinal, mesmo assentado na Constituição e nas leis, o SUS não está livre de retrocessos; Paim (2012) reforça que há a necessidade de se garantir sustentabilidade institucional, financeira e política do SUS.

Entendendo a importância do desafio político, a defesa da saúde enquanto direito social não será possível ser feita somente dentro do campo da saúde. Dessa forma é de grande relevância a busca, na arena política brasileira, de outros atores que possam colaborar nesse processo e, nesse sentido, surge a Igreja Católica como um importante ator estratégico, principalmente no ano de 2012 que escolheu como tema de sua Campanha da Fraternidade a Saúde Pública.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Sistematizar o debate político sobre a saúde ao longo da Campanha da Fraternidade 2012.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar um breve inventariamento sobre o papel histórico e social da Igreja Católica no Brasil;
- Analisar os materiais oficiais produzidos para a Campanha da Fraternidade 2012;
- Identificar lacunas na agenda da saúde da Campanha da Fraternidade 2012.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, de natureza qualitativa, realizado a partir de revisão bibliográfica sobre a atuação sociopolítica da Igreja Católica no Brasil e análise documental dos materiais oficiais da Campanha da Fraternidade 2012.

O primeiro passo do trabalho constituiu-se na realização de um levantamento bibliográfico nas principais bases de periódicos científicos relacionados ao tema - Biblioteca Virtual em Saúde, Portal CAPES, Scielo e Scopus – a fim de resgatar trabalhos que já abordaram a temática. Os descritores utilizados para a pesquisa foram: “*assistência religiosa*”, “*saúde pública*” e “*saúde*”. Os termos “*igreja*” e “*igreja católica*” não são descritores, contudo foram considerados palavras-chave para a consecução do trabalho dentro da estratégia de busca. O operador booleano “AND” foi utilizado para a interseção dos descritores e palavras-chave. Assinala-se que os descritores selecionados estão incluídos na lista dos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS). A partir desse levantamento, procedeu-se à revisão bibliográfica dos textos através da leitura do resumo de cada um dos artigos, delimitando-se assim os que permaneceriam como referências para o presente estudo, totalizando dezessete artigos.

Em um segundo momento, foram coletadas informações oficiais sobre a CNBB, documentos e reportagens da Campanha da Fraternidade 2012 no site oficial da entidade, no Youtube⁸, como também em uma visita técnica realizada nos dias 21 e 22 de Janeiro de 2013 ao Centro de Documentação Institucional da CNBB em Brasília, focando a busca nos documentos doutrinários e documentos de estudo da CNBB, não disponíveis em meio virtual. Por fim, a terceira fase do trabalho constituiu-se na análise do material oficial e reportagens da CNBB referente à CF-2012 à luz das principais referências sobre o tema. Os resultados foram organizados segundo a tipologia das proposições registradas em duas dimensões: *valorativa* e *pragmática*. O significado de tais dimensões está bastante relacionado com o uso que se faz delas na Linguística. Em relação à primeira, buscou-se analisar os valores e significados definidos e defendidos no material oficial a respeito da saúde, ou seja, qual a “visão de saúde e mundo” atrelada à CF-2012. A segunda, por sua vez, pretendeu expor a adaptação daquilo que é dito às situações e contextos reais (significados reais, práticos), ou

⁸ O Youtube é um site que permite seus usuários carregarem e compartilharem vídeos em formato digital. O Site disponibiliza diversos canais sob variados temas.

seja, a intervenção e propostas de intervenção no processo político e social.

Para caracterizar a dimensão pragmática também foram utilizados os princípios metodológicos apresentados por Almeida et al., (2012) a fim de se compreender o elemento contextual de um documento, neste caso, do texto base da CF-2012.

5 CONTEXTO HISTÓRICO DA IGREJA NO BRASIL

A religião de ontem não é a mesma de hoje, ela ta sempre sofrendo crítica e ‘evoluindo’... e crescendo... tem aquilo que faz dela a mesma, mas ela sempre muda.

(Seu Marinheiro – Guia Espiritual)

Vale destacar, antes da abordagem do contexto histórico, que o Pensamento Político da Igreja no Brasil foi retratado pela Campanha da Fraternidade de 1996 que abordou como tema: *Fraternidade e Política*. Nesse texto, a Igreja definiu *política* como:

O conjunto de ações pelas quais os homens e mulheres buscam uma forma de convivência entre os indivíduos, grupos e nações, que ofereça condições para a realização do bem comum. Do ponto de vista dos meios ou da organização, a política é o exercício do poder e a luta para conquistá-lo. (CAMPANHA DA FRATERNIDADE 1996, apud AZEVEDO, 2004).

Nesse sentido, reconstruir a atuação pública e histórica da Igreja no Brasil é essencial para se entender as relações entre Estado e Igreja e a relação da Igreja com o processo de luta por melhores políticas públicas, tanto na saúde como em demais setores sociais. Além disso, localizar sua atuação no Brasil é importante, pois, apesar de ser uma instituição única com tradições e normas centralizadas, apresenta particularidades e diferenciações de acordo com o contexto no qual está inserida. Azevedo (2004, p. 110) lembra que “a Igreja desempenha um papel destacado diante das crises econômicas e políticas da América Latina”.

Azevedo (2004) apresenta uma breve síntese sobre a legitimidade religiosa e política da Igreja no Brasil no período Colonial e no Império. Nesta descrição observa-se uma forte relação entre Igreja e poder político.

A legitimidade religiosa e política da Igreja no Brasil é o resultado de um longo processo, que acompanha a própria história do Brasil, desde 1500. O poder estabelecido, no período colonial, promoveu um modelo de Catolicismo, conhecido como Cristandade. Nele, a Igreja era uma instituição subordinada ao Estado e a religião oficial funcionava como instrumento de dominação social, política e cultural. A crise desse modelo é iniciada, simbolicamente, em 1759, com a expulsão dos jesuítas e com a progressiva hegemonia da nova mentalidade racionalista e iluminista. (AZEVEDO, 2004, p. 111).

O Instituto Nacional de Pastoral (2003) refere que a expulsão da Companhia de Jesus de todo o território brasileiro pelo marquês de Pombal na segunda metade do século XVIII simbolizou um fim abrupto à tarefa evangelizadora da Igreja. O sufocamento gradual da Igreja pelo governo imperial culminou com a ‘Questão Religiosa do Império’ – prisão dos bispos de

Recife e Belém. Azevedo (2004) complementa essa recuperação história e menciona que foi no segundo reinado, em 1840, que se iniciou uma nova fase na história da Igreja no Brasil, conhecida como romanização do Catolicismo, voltada à reorientação da Igreja sob as ordens diretas do Papa e não mais como uma instituição vinculada à Coroa luso-brasileira. O mesmo autor pondera que o distanciamento entre Estado e Igreja continuou e, com a Proclamação da República, em 1889, a Igreja separou-se formalmente do Estado e foi, nesse contexto, que a própria Igreja começou a construir estratégias para poder atuar e ter visibilidade na esfera política e social. Dessa forma,

perdendo as benesses imperiais, de que desfrutava no tempo em que o catolicismo era considerado a religião oficial do Estado, a Igreja voltou-se para o povo simples e começou a deitar raízes mais profundas nas populações humildes do interior brasileiro. (INSTITUTO NACIONAL DE PASTORAL, 2003, p. 17).

Devido a essa separação formal entre Estado e Igreja, esta criou estratégias para poder atuar, com toda a visibilidade possível, na arena política da época, a fim de garantir o seu *status quo*. Como resultado desse processo pode-se encontrar na Constituição de 1934: “a instituição do ensino religioso nas escolas públicas, a presença de capelães militares nas Forças Armadas e a subvenção estatal para as atividades assistenciais ligadas à Igreja” (AZEVEDO, 2004 p. 112). Souza (2004) também observa que foi a partir da Proclamação da República que a Igreja começou a adquirir contornos mais precisos e definidos e teve maior liberdade de ação separada do Estado, podendo estabelecer uma relação mais estreita com a sociedade, notou-se assim, um “deslocamento do poder político para as necessidades da sociedade” (SOUZA, 2004, p. 83).

Ainda na década de 1930, ocorreu um marco político importante na relação entre Igreja e Estado, foi a destituição da Liga Eleitoral Católica (LEC). A LEC analisava os candidatos a postos eleitorais, a partir de princípios indispensáveis da Igreja, e recomendava ou vetava esses candidatos. Além das insatisfações sociais contrárias ao fato de ser a Igreja a realizar essa ação, dentro da própria Igreja, iniciou-se um debate se não seria mais interessante para esta entidade atuar em uma dimensão política mais ampla ao invés de uma dimensão partidária. Dessa forma, “a intervenção na política não se reduziria então a juízos durante as eleições, mas se daria ao nível da consciência ética, em ações e posicionamentos na sociedade (polis), nos processos de tomada de decisão coletiva e na gestão da coisa pública.” (SOUZA, 2004, p. 84)

Nessa linha de pensamento, em 1935, é fundada a Ação Católica Brasileira pelo

Cardeal Sebastião Leme, tratou-se de uma entidade que unia uma gama de movimentos sociais criados à época pela Igreja que visavam ampliar sua influência na sociedade. De acordo com Souza (2004), a Ação Católica contava com uma parcela significativa de jovens organizados que foram responsáveis por um forte dinamismo da Igreja e por sua presença na sociedade mais ampla: Juventude Agrária Católica (JAC); Juventude Estudantil Católica (JEC); Juventude Operária Católica (JOC); Juventude Universitária Católica (JUC) e a Juventude Independente Católica (JIC). Souza (2004) lembra que foi a partir da JUC, junto com um movimento não ligado à Igreja, que surgiu, em 1962, a Ação Popular (grupo político de orientação socialista democrática).

Um pouco antes, em 1952, é fundada, por Dom Hélder Câmara, a Conferência Nacional dos Bispos no Brasil (CNBB). Trata-se de uma importante instituição da Igreja no Brasil, apesar de não compreender toda a Igreja em si, uma vez que congrega somente os bispos. Câmara (1977) afirma que em um país de dimensões continentais como o Brasil, fazia-se necessário um secretariado que ajudasse os bispos a equacionar com segurança os problemas locais, regionais e nacionais, perante os quais a Igreja não poderia ser indiferente. Nas décadas de 1950 e 1960, a CNBB desempenhou “um papel chave na articulação da sociedade civil, em defesa dos direitos humanos, das liberdades democráticas, da reforma agrária, dos direitos dos trabalhadores e da redemocratização do país” (AZEVEDO, 2004 p. 112). Azevedo (2004, p. 109) endossa a hipótese, levantada por Jeffrey Klaiber em 1998, de que “o papel de vanguarda assumido pela Igreja no Brasil, representado pela CNBB, deve-se à ausência de um grande partido democrático cristão, papel esse que teria sido assumido pelos movimentos católicos leigos”. Complementando, Souza (2004, p. 79) afirma que com a CNBB,

A Igreja Católica, até então espalhada e isolada localmente através das dioceses, que se ligavam diretamente a Roma, passaria a ter uma estrutura nacional. Isso se deu num contexto mais amplo da sociedade brasileira quando, a partir do último governo Vargas (1950-1954) até o final da presidência de Juscelino Kubitscheck (1955-1959), tivemos um período que podemos chamar de construção da nação. A Igreja participou desse processo e dessa tendência de unidade nacional.

Um acontecimento mundial da Igreja Católica a ser destacado e que teve impactos importantes no processo de desenvolvimento da Igreja no Brasil refere-se ao Concílio Vaticano II que ocorreu na década de 1960 e culminou, de acordo com Luna (2010), para a modernização litúrgica e a abertura do diálogo inter-religioso. O resultado, no Brasil, do Concílio Vaticano II foi a realização do Plano de Pastoral de Conjunto em 1965 o qual, de acordo com Azevedo (2004, p. 112), “levou a Igreja a direcionar a sua atuação, na sociedade

brasileira, a partir da situação dos pobres e excluídos”.

Em 1964, instaura-se, no Brasil, como ocorre em momentos distintos em demais países da América Latina, o regime militar que perdurou até 1985. No início dos anos 1970, a Igreja concentrou sua atuação nas áreas econômica e política, em dois focos: “no modelo econômico vigente, que considerava elitista e concentrador de rendas e no regime de exceção, diante do qual comprometeu-se a lutar para o restabelecimento da ordem democrática” (AZEVEDO, 2004, p.112). No cenário brasileiro, a CNBB foi uma das instituições católicas que manteve essa linha de trabalho e interveio nos problemas nacionais como ator sociopolítico. Azevedo (2004) também lembra que esta instituição participou ativamente no processo de transição para a democracia, cita que “neste contexto, a Igreja atua, simultaneamente, como um ator da sociedade civil e da sociedade política, no processo de pressão e de negociação com a arena Estatal com vistas ao restabelecimento da plenitude democrática” (AZEVEDO, 2004, p.113).

Na mesma linha, Souza (2004) afirma que durante a ditadura militar no Brasil enquanto se fechavam os lugares de articulação política, sindical e social, a Igreja apresentou-se como um local de relativa liberdade de organização e de ação, além disso, a CNBB e alguns bispos foram considerados “a voz dos sem voz”. Segundo esse autor, foi durante a ditadura que surgiram a Comissão da Pastoral da Terra, Pastoral Operária e as pastorais da juventude, porém o autor cita que a presença mais marcante foi a das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs):

Eram pequenos grupos de cristãos de setores populares que se reuniam para momentos de oração e de celebração de sua fé, mas também de reflexão sobre seus problemas concretos de trabalho, **saúde**, educação e direitos humanos. Havia uma ligação muito profunda entre fé e vida concreta, que estaria na base da reflexão latino-americana desses anos, em torno à Teologia da Libertação. (SOUZA, 2004, p. 81, grifo da autora).

Apesar disso, Souza (2004) reforça que dentro da própria Igreja também existiam contradições no período ditatorial, com alguns bispos e cristão apoiando o regime e os órgãos de repressão. A própria CNBB em sua mensagem de 27 de maio de 1964 declarou: “Agradecemos aos militares, que com grave risco de suas vidas se levantaram em nome dos supremos interesses da Nação e gratos somos a quantos concorreram para libertar-nos do abismo iminente.” (SOUZA, 2004, p. 81). Entretanto, mesmo com sua heterogeneidade e divisões internas, é consenso na literatura que a Igreja teve um papel importante para o retorno da democracia no Brasil e para a consolidação dos direitos sociais na Constituição Federal de 1988. “Essa Igreja, acusada tantas vezes de chegar atrasada ao cenário dos

conflitos sociais dos últimos séculos, parecia então bastante adequada à consciência histórica desses tempos, pelo menos em alguns países e setores mais atuantes” (SOUZA, 2004, p. 83). Com o fim da ditadura militar e abertura democrática no Brasil, a presença da Igreja seguiu vigilante e ativa no que se refere ao trato da coisa pública. A CNBB publicou documentos importantes visando à democracia, dentre os quais pode se citar: *Exigências éticas da ordem democrática* (1989) e *Ética: pessoa e sociedade* (1993). No primeiro documento está dito que:

Não cabe à autoridade da Igreja propor modelo alternativo de organização da sociedade ou formular diretrizes de política econômica e social. Contudo, por seu esforço em ouvir ‘os clamores do povo’, o episcopado brasileiro tem chamado a atenção do governo e da sociedade sobre questões que lhe parecem particularmente urgentes e prioritárias. (SOUZA, 2004, p. 85).

E, no mesmo documento, lista alguns itens tidos como prioritários: necessidade de uma política agrícola e a execução de uma reforma agrária; garantia de uma justa distribuição do solo urbano; preservação e renovação do meio ambiente; apoio à luta dos trabalhadores e incentivo à sua participação na sociedade e na empresa; função social da empresa; auditoria da dívida externa. Tais itens ainda compõem hoje a agenda de atuação pública da CNBB.

Vale destacar que é a partir de 1980 e, principalmente no início de 2000, que nota-se, no Brasil, um crescimento acentuado da proporção de evangélicos e sem religião, conforme se observa na tabela I. Essas mudanças, principalmente em relação ao aumento de evangélicos e pessoas sem religião, denotam um caráter pluralista da sociedade brasileira, mesmo que os dados mostrem que o Brasil continue sendo um país majoritariamente cristão (católico e evangélico). Azevedo (2004) sugere que essas mudanças refletiram-se na atuação sociopolítica da Igreja, como, por exemplo, no relacionamento político com os evangélicos, já que o segmento evangélico, sobretudo o pentecostal, ganha espaço, principalmente no Poder Legislativo, às vezes somando-se e às vezes se separando dos parlamentares da bancada católica.

Tabela 1 - Proporção de Religiões no Brasil de acordo com o IBGE – anos censitários

Religião	1970	1980	1990	2000	2010
Católicos	91,6%	88,9%	83,0%	73,0%	64,6%
Evangélicos	5,2%	6,7%	10,4%	15,4%	22,2%
Mediúnicos/espiritualistas	1,6%	1,3%	1,5%	1,7%	2,3%
Outras religiões	0,8%	1,2%	0,4%	1,6%	2,9%
Sem Religião	0,8%	1,9%	4,7%	7,3%	8,0%

Fonte: IBGE – Censos.

Outro reflexo que a perda das proporções de católicos trouxe para a atuação da Igreja no Brasil ocorreu, principalmente durante a década de 1990, tratou-se de um distanciamento da Igreja da esfera pública e enfraquecimento das ações das pastorais sociais. Nessa época, a Igreja voltou-se mais para a sua dimensão interna e eclesial. Souza (2004) considera que a hipótese de enfraquecimento das pastorais sociais e CEBs durante 1990 deve ser relativizada, contudo, não nega que essa década foi marcada por um fortalecimento e crescimento dos novos movimentos religiosos, especialmente os carismáticos católicos, movimentos que estão mais vinculados com o refúgio na subjetividade e no encontro introspectivo com Jesus Cristo. Porém, no início dos anos 2000, observa-se novamente uma proximidade da Igreja com a esfera pública, principalmente no período eleitoral para o primeiro mandato do Presidente Lula, atuando, como sinaliza Azevedo (2004), como parceira e “parteira” de vários movimentos sociais. Ressalta-se que em um encontro que ocorreu entre os bispos e Lula em 1º de Maio de 2002, “dez bispos pediram a atenção governamental prioritária para as questões da reforma agrária, da violência urbana, do narcotráfico, da integração nacional, das comunidades indígenas, da Amazônia, do Nordeste e dos direitos humanos” (AZEVEDO, 2004, p. 117).

Por fim, vale salientar que nesse início do século XXI, o continente latino-americano abriga o maior número de católicos no mundo e, mesmo que a direção da Igreja Católica permaneça na Europa (Vaticano), a Igreja no Brasil, do ponto de vista sociológico e político, há muito tempo deixou de ser eurocêntrica. Além disso, nota-se, ao longo da história, mesmo que com suas divisões e tensões internas, há o comprometimento da Igreja no Brasil “com a democracia e com o Estado de Direito e sua opção de apoiar um modelo democrático, politicamente soberano e participativo, economicamente inclusivo e socialmente justo”. (AZEVEDO, 2004, p.118).

Essa breve síntese histórica evidencia que hoje a Igreja Católica é apenas uma das possíveis fontes de sentido para o mundo e o ser humano e, como no passado, não tem tanto poder para reger e comandar as normas da vida social, apesar de apresentar fortes discursos e princípios conservadores que demarcam a sua posição principal. A análise histórica e política mostra que é uma instituição dotada de *poder tradicional* e também *carismático*, no sentido weberiano desses tipos ideais e, dessa forma, ainda possui um forte prestígio histórico e uma atuação dinâmica e eficaz enquanto movimento social como se verá no próximo capítulo.

5 O PAPEL DA IGREJA ENQUANTO MOVIMENTO SOCIAL

Sonho que se sonha só pode ser pura ilusão. Sonho que se sonha juntos é sinal de solução.

Então vamos sonhar companheiros sonhar ligeiros – sonhar em mutirão.

(Zé Vicente – Canto das CEBs)

Observou-se, no primeiro capítulo, um resgate da relação histórica que se estabeleceu entre Estado brasileiro e Igreja Católica como uma forma de se compreender o processo que levou a atuação pública da Igreja no Brasil. Neste capítulo, debruçar-nos-emos sobre alguns fatos políticos e sociais que corroboram o importante papel da Igreja enquanto movimento social em nosso país, tanto em forma institucional, via CNBB, como através diretamente de seus bispos, leigos, CEBs e Pastorais Sociais, em especial, a Pastoral da Saúde.

A respeito desse papel como movimento social e propulsora de novos movimentos sociais, Jacobi (1987) apresenta a Igreja, especificamente as CEBs como estruturas capazes de construir uma nova cultura política. Segundo ele, a Igreja não só representa um espaço fundamental em um contexto de difícil articulação social, “mas se torna parte do espaço social de organização popular sendo frequentemente o próprio suporte institucional dos movimentos” (JACOBI, 1987, p. 24). Esse autor reitera que na década de 1980 “a emergência de inúmeros movimentos sociais no Brasil esteve particularmente vinculada à ação da Igreja Católica, através das Comunidades Eclesiais de Base, das diferentes forças da esquerda e dos partidos políticos” (JACOBI, 1987, p. 26).

Para Luna (2010, p. 92) “no Brasil, é notável a presença da Igreja Católica na esfera pública tanto na intervenção de questões sociais – a reforma agrária, entre outras – como em tópicos que seriam referidos à vida privada, com respeito à vivência da reprodução e da sexualidade”. Segundo a mesma autora, esse quadro mostra o quanto a atuação da Igreja é marcada por ambigüidades, pois adota um discurso progressista para alguns problemas sociais e apóia posições conservadoras do Vaticano em outros.

De acordo com Souza (2004), em se tratando de políticas públicas e propostas de transformação social também há resistências dentro da própria Igreja. Este autor também recorda que um dos temas de polarizações ideológicas foi o da reforma agrária na década de 1950. Apesar disso, destaca a presença pública da Igreja através de alguns bispos e da CNBB, como exemplo, cita as reuniões de “bispos do Rio Grande do Norte (1951), da Amazônia (1952 e 1957) e do Vale do São Francisco (1952) que trataram dos temas do desenvolvimento, da reforma agrária e das migrações” (SOUZA, 2004, p. 80). Inclusive foi em uma reunião que

se realizou, em 1956, com dirigentes da CNBB e do governo que se originou a Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE): “esta iniciativa do Governo Federal é devido à inspiração caridosa da Igreja [...]” (JK, encontro com bispos do nordeste apud SOUZA, 2004, p. 80).

Whitaker (2010) menciona que no Plano de Pastoral de Conjunto (PPC) de 1965, a Igreja, no Brasil, definiu claramente que além das dimensões tradicionais de sua ação – missionária, catequética e litúrgica – assumiria também as dimensões *comunitária* e *transformadora* que ampliavam e aprofundavam sua maneira de estar presente no mundo. Azevedo (2004) afirma que em todo o processo de formulação desse Plano, a Igreja tentou integrar-se, cada vez mais, à sociedade civil e aos movimentos sociais. Deve-se destacar que o PPC foi considerado um instrumento metodológico de renovação da Igreja no Brasil devido às linhas de ação afirmadas no Concílio Vaticano II.

Ressalta-se que foi a partir do PPC que se multiplicaram pelo país as CEBs que estimularam os fiéis a uma atuação mais diretamente política. As CEBs tinham um caráter fundamentalmente popular e passaram a constituir uma base social importante no processo de redemocratização do país onde um número crescente de leigos se engajava na ação por uma sociedade mais justa. Whitaker (2010, p. 76) defende que “a expansão, no Brasil, do conceito de cidadania – em termos de direitos a serem respeitados e de engajamento na luta pela igualdade – deve muito a essa maneira nova de ser Igreja, inaugurada pela força da mensagem conciliar”.

Vale ressaltar também que o PPC foi um evento que coincidiu com o início da Ditadura Militar no Brasil e, como já mencionado anteriormente, durante a Ditadura Militar, tanto os bispos quanto os leigos cumpriram um papel importante na luta contra a tortura praticada pelo regime, apesar de existir posições oficiais e bispos a favor do regime. Whitaker (2010, p. 76) cita que

a Igreja Católica se tornou de fato a única instituição com força e autoridade moral para denunciar nacional e internacionalmente essa prática [tortura] vergonhosa que se estava manchando a história brasileira. Tornaram-se exemplares as atitudes corajosas tomadas por prelados como Cardeal Dom Paulo Evaristo Arns, à frente da Comissão Justiça e Paz da Arquidiocese de São Paulo [...]. A publicação do livro *Tortura nunca mais*, elaborado sob responsabilidade de Dom Paulo, pelo trabalho intenso de leigos e de pastores de outras Igrejas, foi o marco final vitorioso na luta contra a tortura de presos políticos.

Souza (2004) sublinha que no início da década de 1960 a Igreja, junto com outros grupos dinâmicos, esteve presente nas atividades de sindicalização rural e educação popular. Em relação ao processo de educação popular, foi firmado um convênio entre a CNBB e o

Ministério da Educação, criando o Movimento de Educação de Base (MEB), projeto que possuía “escolas radiofônicas espalhadas por várias regiões e com programas de alfabetização e de educação fundamental” (SOUZA, 2004, p. 79). O mesmo autor também aponta as posições da CNBB em relação à problemática rural que sempre foi um dos eixos centrais da questão social brasileira. Segundo ele,

A CNBB, em sua Assembléia de 1980, aprovou uma declaração sobre a Igreja e os problemas da terra, que despertou fortes reações nos ambientes conservadores e nos setores dirigentes do sistema, por relativizar, a partir de sua doutrina mais tradicional, o direito de propriedade, subordinando-o ao uso e destinação universal dos bens. (SOUZA, 2004, p. 83).

Outros documentos oficiais publicados pela CNBB no período ditatorial que assinalaram prioridades para a agenda do país na época foram: *Exigências cristãs de uma ordem política* (doc. 10), *Igreja e problemas da terra* (doc. 17), *Reflexão cristã sobre a conjuntura política* (doc. 22), *Solo urbano e ação pastoral* (doc. 23), *Nordeste: desafio à missão da Igreja no Brasil* (doc. 31). (SOUZA, 2004)

Pós-ditadura, Whitaker (2010) aponta dois momentos importantes de atuação significativa da Igreja no Brasil para o fortalecimento da democracia participativa: o período de constituinte vivido no país de 1985 a 1988 e a campanha pela valorização do voto através do combate à corrupção eleitoral de 1997 a 1999. Em relação ao primeiro fato, pode-se destacar a participação ativa de Dom Mauro Morelli, na época bispo da diocese fluminense de Duque de Caxias/Rio de Janeiro, juntamente com um grupo de leigos entre os quais o Betinho, que viajaram por todo o Brasil incitando a mobilização para que fosse convocada uma nova Constituinte. Além dessas ações concretas praticadas pelos bispos e leigos, em 1988, a CNBB aprovou o documento *Exigências éticas da ordem democrática* no qual afirmava que a democracia não se realiza quando existe um sistema econômico que exclui parcelas significativas da população dos meios necessários a uma vida digna.

Especificamente em relação a Dom Mauro Morelli, vale destacar que se trata de uma figura história na luta contra a fome e a pobreza no país e teve papel importante no fortalecimento e construção do Programa Bolsa Família e do Fome Zero em 2004. Em entrevista concedida ao *Informe ENSP, em 13 de março de 2009*, Dom Mauro Morelli declarou que o Bolsa Família é uma medida assistencial que garante o acesso das famílias ao alimento, porém, para se trabalhar com a questão da fome apontou duas outras medidas estruturantes: os investimentos em educação e na atenção básica à saúde.

Whitaker (2010) afirma que como resultado do movimento por uma nova Constituinte

o Presidente da República na época, José Sarney, constituiu um grupo de 50 personalidades, chamado de “*Comissão de Notáveis*”, para elaborar um projeto de uma nova Constituição.

Tal decisão sofreu grandes críticas sociais e, paralelamente, surgiu, em São Paulo, o Plenário Pró-Participação Popular na Constituinte que teve como um dos seus principais líderes o bispo de Bauru, Dom Cândido Padim. Este plenário reivindicava a participação de toda a sociedade na formulação de uma nova constituição e também teve papel relevante nele a Comissão de Justiça e Paz da Arquidiocese de São Paulo, estimulada pelo Cardeal Arns. A CNBB para apoiar esse processo de participação popular constituiu uma Comissão de Acompanhamento da Constituinte que publicava um boletim semanal de notícias e informações sobre o andamento do processo e o distribuía em todo o Brasil. Pinheiro (2009) afirma que essa equipe encontrava-se todas as segundas-feiras junto com professores da Universidade de Brasília para planejar o trabalho da semana. O autor cita os meios que eram utilizados no processo de acompanhamento da Constituinte:

a) Encarte Semanal ao boletim Notícias da CNBB: criado com esse objetivo específico, irradiava o que acontecia no Congresso Nacional. Era redigido em mutirão, fruto da marcha dos acontecimentos e da discussão semanal do grupo.

b) Um ‘café da manhã constituinte’: na sede da CNBB contávamos diariamente com a presença de um parlamentar, que nos falava dos debates do Congresso Nacional na elaboração da Carta Magna. Por sugestão de Bom Ivo Lorscheiter, então Presidente da CNBB, fazíamos uma entrevista ao vivo com o constituinte convidado para a rádio Medianeira de Santa Maria (RS). Essa entrevista, gravada, era transmitida por fax para trezentos pontos do País. Assim, conseguimos informar as nossas Comunidades Eclesiais e os movimentos sociais sobre a evolução do grande evento. Na região da Amazônia, até os bancos colocavam seus instrumentos eletrônicos à disposição das comunidades para receber notícias da constituinte.

c) As emendas populares: milhares de assinaturas foram recolhidas, a partir da mobilização feita pela CNBB e pelas Igrejas locais. Aí os católicos do nosso país entraram de cheio, oferecendo suas firmas como sinal de esperança de um novo Brasil.[...] Os temas fortes das emendas populares foram: educação, participação popular, família, economia, reforma agrária e as questões indígenas. Uma montanha de assinaturas foi entregue pelo presidente da CNBB, Dom Luciano Mendes de Almeida, ao então Presidente do Congresso, o Deputado Ulisses Guimarães [...]. (PINHEIRO, 2009, p. 196-197).

Já em relação à campanha pela valorização do voto através do combate à corrupção eleitoral de 1997 a 1999, houve a aprovação da lei nº 9.840 de 1999 que contou com grande apoio político da CNBB, fazendo, inclusive com que tal lei ficasse conhecida como ‘lei dos bispos’. A CNBB e um grande número de outras organizações recolheram para o projeto de Iniciativa Popular que se consolidou na referida lei mais de um milhão de assinaturas. Vale destacar que essa Iniciativa Popular nasceu da Campanha da Fraternidade da CNBB de 1996 que teve como tema ‘Fraternidade e Política’ (WHITAKER, 2010).

Outro movimento no qual a Igreja foi uma grande força mobilizadora, mostrando o seu poder de capilarização, refere-se ao Projeto de Lei da Ficha Limpa, para que fosse remetido ao Congresso Nacional, para apreciação, e se tornasse lei. O apoio da instituição ocorreu tanto no quesito de coleta de assinaturas pelo Brasil como também em relação a pronunciamentos oficiais em defesa do projeto. De acordo com o jornal Gazeta do Povo, em reportagem publicada no dia 16 de Fevereiro de 2012, a CNBB coletou 1,5 milhão de assinaturas para a aprovação do Projeto de Lei.

Ainda em relação à atuação da Igreja no âmbito das necessidades sociais, não se pode deixar de mencionar da figura de Dom Hélder Câmara que não cessou de denunciar o autoritarismo e as violações de direitos na época da ditadura militar. Segundo Souza (2004, p.84), “seu nome desapareceu dos meios de comunicação brasileiros por imposição da censura, ao mesmo tempo em que alcançou enorme repercussão internacional; o governo pressionou e conseguiu que não lhe fosse concedido o Prêmio Nobel da Paz”.

Outra atividade que se iniciou dentro da Igreja e já conta, hoje, com uma variedade de movimentos sociais para além dos religiosos é a Semana Social, que, em 2012/2013 está em sua quinta edição no Brasil com o tema o *Estado que temos e o Estado que queremos*. As semanas sociais articulam as forças populares e intelectuais para debater questões sociopolíticas relevantes e traçar perspectivas para cada país, baseadas no Ensino Social da Igreja. No Brasil, as Semanas Sociais não possuem uma periodicidade certa e, apesar de serem denominadas “semanas”, duram mais que uma semana. No Brasil, a década de 1990 foi marcada pela realização das Semanas Sociais, devido a um rico processo de mobilização popular das décadas de 1970-80, onde nasceram e se fortaleceram as pastorais sociais, que juntamente com numerosos movimentos e organizações sociais iniciaram o debate para construir um Projeto Popular de Estado para o Brasil.

5.1 A CNBB E AS PASTORAIS SOCIAIS

Pelo que se pode depreender dessa breve síntese, a CNBB não compreende a totalidade da Igreja Católica no Brasil, porém Luna (2010) afirma que a CNBB é uma das principais entidades dessa Igreja e possui destacada atividade pública. Whitaker (2010) corrobora essa afirmação na medida em que a própria difusão das CEBs colaborou para que a CNBB se transformasse em um agente essencial nos embates políticos vividos no país. A CNBB, de acordo com o seu organograma (Anexo A), possui uma presidência, vice-presidência, secretário geral e as seguintes Comissões Episcopais Pastorais:

- Comissão Episcopal Pastoral para os Ministérios Ordenados e a Vida Consagrada.
- Comissão Episcopal para o Laicato.
- Comissão Episcopal Pastoral para a Ação Missionária e Cooperação Intereclesial.
- Comissão Episcopal Pastoral para a Ação Bíblico-Catequética.
- Comissão Episcopal Pastoral para a Doutrina da Fé.
- Comissão Episcopal Pastoral para a Liturgia.
- Comissão Episcopal Pastoral para o Ecumenismo.
- Comissão Episcopal Pastoral para o Serviço da Caridade, da Justiça e da Paz.
- Comissão Episcopal Pastoral para a Cultura e Educação.
- Comissão Episcopal Pastoral para a Vida e a Família
- Comissão Episcopal Pastoral para a Comunicação
- Comissão Episcopal Pastoral para a Juventude

Geograficamente, a CNBB possui 17 regiões com seus respectivos conselhos regionais (CONSER's). O órgão máximo de deliberação é a Assembleia Geral que congrega todos os bispos⁹ e reúne-se, ordinariamente, uma vez por ano; a cada quatro anos essa assembléia elege uma nova presidência para a entidade. Em votações separadas, são eleitos o presidente, o vice-presidente e o secretário-geral, também são eleitos os presidentes das Comissões Episcopais de Pastorais. Já o Conselho Permanente¹⁰ é o órgão de orientação e acompanhamento da atuação da CNBB e dos organismos a ela vinculados, bem como órgão eletivo e deliberativo, atualmente possui 42 membros. A presidência, vice-presidência, secretário geral e um bispo responsável por cada comissão episcopal pastoral conformam o Conselho Episcopal Pastoral (CONSEP) que é o órgão executivo das decisões pastorais da Assembléia Geral do Conselho Permanente.

Dentre as Comissões Episcopais Pastorais elencadas, é na *Comissão para o Serviço da Caridade, da Justiça e da Paz* que se encontram as Pastorais Sociais. Segundo Martins (2010), as Pastorais são meios para a Igreja continuar a missão de Cristo na história, atentas aos sinais e necessidades da população. O autor explica que há pastorais voltadas para o ambiente interno da Igreja, com foco litúrgico e teológico, como a Pastoral do Batismo e também pastorais voltadas para o contexto no qual está inserida a Igreja, denominadas de

⁹ São membros da CNBB os Bispos diocesanos, auxiliares, titulares e Prelados das Igrejas Orientais Católicas.

¹⁰ A relação dos componentes do Conselho Permanente está disponível em: <http://cnbb.org.br/site/cnbb/conselho-permanente>.

Pastorais Sociais, tais como a Pastoral da Criança, da Juventude, da Saúde, entre outras.

Hoje, no Brasil, todas as pastorais sociais devem estar vinculadas a CNBB. Estes grupos constituem-se em organismos de ação social dessa instituição com destacado papel político e social. Porém, há pastorais que surgiram sem vinculação com a CNBB, por iniciativas locais, e foram, posteriormente, acopladas à entidade, tais como a Pastoral da Terra e a Pastoral dos Surdos. Todas as pastorais, antes de se tornarem oficiais, passam pela Assembleia Geral da CNBB ou por seu CONSEP. Estar vinculada a CNBB é uma forma de estar vinculada à Igreja no Brasil. No Anexo I, observa-se que algumas pastorais estão vinculadas ao que se denomina '*organismos*', trata-se de uma divisão interna da CNBB para as pastorais que já possuem uma estrutura burocrática mais sólida.

Neste estudo, realça-se o papel desempenhado pela Pastoral da Saúde, herdeira da antiga Pastoral do Enfermo. De acordo com Martins (2010), essa pastoral assume como características os seguintes valores: deve ser encarnada na realidade concreta; deve agir de forma integral na sua ação e na concepção antropológica do ser humano; deve anunciar o Deus da vida; ser transformadora e libertadora.

A Pastoral da Saúde é uma sociedade cívico-religiosa da CNBB organizada por tempo indeterminado, com sede itinerante (*acompanha o coordenador nacional*), sem fins lucrativos e legalmente constituída por estatuto e regimento interno próprios. Esta Pastoral conta, atualmente, com cerca de 100.000 mil agentes voluntários. Ressalta-se que um dos objetivos elencados como estratégicos para a Pastoral da Saúde é a necessidade de garantir a saúde enquanto direito humano na perspectiva do acesso e da melhoria da qualidade de vida. Além na Coordenação Nacional da Pastoral da Saúde vinculada à CNBB, há um instituto que trabalha da capacitação e formação dos agentes da pastoral, trata-se do Instituto Camiliano de Pastoral da Saúde e Bioética (ICAPS). Nessa lógica, essa pastoral desenvolve suas atividades em três dimensões, sempre em consonância com as Diretrizes de Ação da CNBB: *Solidária, Comunitária e Político-Institucional*. (PASTORAL, 2010/2011).

A **dimensão solidária** compreende a vivência e presença samaritana junto às pessoas doentes nas instituições de saúde, família e comunidade, compreendendo integralmente cada indivíduo em seus aspectos físico, psíquico, social e espiritual. A **dimensão comunitária** visa à promoção e educação para a saúde no âmbito da saúde pública e do saneamento básico, atuando na prevenção das doenças e procurando valorizar o conhecimento, sabedoria e religiosidade popular em relação à saúde. Por fim, a **dimensão político-institucional** pretende conscientizar a população brasileira de seus direitos e deveres no sistema de saúde, participando das instâncias colegiadas do Controle Social na saúde pública e atua, junto aos

órgãos e instituições públicas e privadas que prestam serviços e formam profissionais na área de saúde, para que haja reflexão bioética e de humanização, e uma política de saúde plena. (PASTORAL, 2010/2011). Observa-se, nessa última dimensão, um forte aspecto de atuação política da Pastoral Social para a construção da participação social e defesa da saúde enquanto direito social.

Por fim, esse capítulo pretendeu mostrar que apesar do conservadorismo que marca as principais posições da Igreja no Brasil, há uma tradição, constituída e amadurecida, de voz ativa e de presença permanente da Igreja no que se refere à coisa pública, isto é, à vida política em seu sentido mais amplo e abrangente. Não se pode esquecer que é recorrente na história os levantes subversivos e contestadores que procuram promover relações justas entre os homens, o campo da saúde é uma prova concreta desses movimentos. A seguir, serão apresentadas as ações pública e social da Igreja, especificamente em relação à saúde, tendo por base os pronunciamentos da CNBB, ações das Pastorais Sociais e o material da CF-2012.

6 A CAMPANHADA FRATERNIDADE 2012: “FRATERNIDADE E SAÚDE PÚBLICA”

Ah! Não é justo, meu Senhor, ver o teu povo Em sofrimento e privação quando há riqueza! Com tua força, nós veremos mundo novo, Com mais justiça, mais saúde, mais beleza!

(Trecho do Hino da Campanha da Fraternidade 2012)

A Campanha da Fraternidade é um objeto político-social da Igreja Católica no Brasil. É uma campanha anual que traz embutida uma proposta evangelizadora, desenvolvida no período Quaresmal, em preparação para a Páscoa. Seu objetivo é despertar a solidariedade dos seus fiéis e da sociedade em relação a um problema concreto que envolve a sociedade brasileira, buscando caminhos de solução. A CNBB promove a Campanha da Fraternidade desde 1964. De acordo a CNBB (2011), a Campanha da Fraternidade pretende alargar o horizonte da vivência da fé, na medida em que traz para a reflexão eclesial, temas de cunho social para suscitar ações transformadoras, potencializando assim o papel social da Igreja.

6.1 HISTÓRICO DA CAMPANHA DA FRATERNIDADE

Apesar da CNBB promover a Campanha da Fraternidade desde 1964, o seu embrião não surgiu dentro dessa entidade, mas sim no município de Nísia Floresta no Rio Grande do Norte em 1961, sob a coordenação de Dom Eugênio Sales e dos padres Heitor de Araújo Sales e Otto Santana. A inspiração para a realização dessa atividade veio de uma ação semelhante, denominada Campanha Quaresmal, que ocorria na Alemanha na década de 1960 (CNBB, 2012b). No Brasil, a atividade que em sua origem já se chamava Campanha da Fraternidade visava propor, durante a quaresma, ações que modificassem as condições sociais da região de Natal e promovessem a solidariedade. No ano seguinte, a atividade contou com a participação de mais dezesseis regiões. Em 1963, sob o impulso no Concílio Vaticano II, o projeto foi acolhido pela CNBB e lançado, em âmbito nacional, em 1964 com o tema: *Igreja em Renovação – Lembre-se: você também é Igreja*. Toda Campanha da Fraternidade possui gestos concretos desde os âmbitos paroquiais até o nacional com vistas a atuar sob algum problema específico (CNBB, 2011).

Ao longo desses 49 anos, os temas das Campanhas da Fraternidade podem ser categorizados em três fases. Em um primeiro momento, os temas buscavam a renovação interna da Igreja, em uma segunda fase, iniciada em 1973, observa-se que a Igreja começa a

se preocupar com a realidade social do povo, denunciando o pecado social e promovendo a justiça de forma geral. Já em uma terceira fase, em torno de 1985, a Igreja volta-se mais concretamente para as situações existenciais do povo brasileiro (CNBB, 2011). Em 1970, a Campanha ganhou um apoio significativo, pois foi recebida uma mensagem do papa Paulo VI para o dia do lançamento o que terminou por virar uma tradição entre os papas (CNBB, 2012b).

6.2 CNBB E SAÚDE

Essa parte do trabalho se propõe a fazer um resgate preliminar e discutir a forma pela qual a CNBB aborda a temática da saúde desde a sua fundação, em 1952, até a concretização da CF-2012. Para tanto, foram consultados os documentos doutrinários da CNBB que são aprovados em suas Assembleias Gerais e também seus documentos de estudo.

Em seus primeiros anos de entidade, a temática da saúde era abordada pela CNBB através, principalmente, da Pastoral do Enfermo. Mesmo assim, nessa época, saúde e doença já eram concebidas enquanto um processo em constante relação com raízes para além das questões biológicas e físicas. O momento do adoecimento, em especial, era visto como um processo de ressurreição, um momento para se repensar os valores individuais:

A recuperação da saúde pode assumir o aspecto de uma 'ressurreição', de uma novidade. A cura não será considerada apenas como restauração do equilíbrio biopsíquico e social anterior, tampouco será um retorno ao tipo de existência vivido antes da enfermidade. A pessoa olhará o mundo com outros olhos; outra escala de valores passará a nortear sua vida; o essencial assomará ao primeiro plano. Trata-se, verdadeiramente, de um novo nascimento, de uma ressurreição, uma situação a ser assumida pela liberdade e preenchida de sentido. (CNBB, 1979a, p. 15).

Em 1975, ocorreu um encontro, organizado pela Comissão Nacional de Liturgia da CNBB, que teve como uma das discussões a possibilidade de se viabilizar uma Pastoral da Saúde Nacional reconhecida pela CNBB. Nessa época, assumia-se o pressuposto de que *atendimento dos enfermos*, *Pastoral nos hospitais*, *Pastoral dos enfermos* e congêneres eram expressões usadas e que se encaminhavam para uma futura denominação de *Pastoral da Saúde*. É importante realçar que, nesse encontro, a dimensão solidária de atenção ao enfermo foi bastante trabalhada, porém também foi sinalizado que, sendo a Igreja comprometida com a luta pelos direitos do homem, não podia deixar de lado a discussão sobre o direito à saúde, até então limitado aos trabalhadores vinculados ao Instituto Nacional da Previdência Social. Também foram apontadas no encontro, discussões sobre a luta por melhores condições de

vida, a defesa da justiça, a assistência médica dentro do sistema previdenciário e o apoio pastoral à prevenção de doenças junto à medicina preventiva (CNBB, 1979b).

No decorrer dos anos, pode-se observar uma grande quantidade de materiais doutrinários da CNBB abordando a saúde de forma indireta, tais como, publicações focadas no aborto, causas indígenas, solo urbano, reforma agrária, educação e trabalho. Contudo, até 1981, nota-se uma dimensão solidária da saúde focada muito mais no indivíduo, no relacionamento pessoal com o enfermo como base para o trabalho evangelizador. “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” (CNBB, 2011, p. 87). O ano de 1981, com a Campanha da Fraternidade *Saúde para todos*, acopla à dimensão solidária de atenção ao enfermo, a dimensão da saúde enquanto bem coletivo e de direito universal:

Nossos esforços devem convergir para a conscientização de que a saúde é um direito fundamental de todos. Direito e dever. Essa conscientização será o ponto de partida imprescindível para todas as ações individuais e coletivas que se queiram eficazes. (CNBB, 1980, p. 21).

Essa outra dimensão da saúde é reforçada pela forte atuação desta entidade durante a década de 1980 para o fim do regime militar e na luta pelos direitos sociais, inclusive o da saúde. Na década de 1980 também foram oficializadas na CNBB duas importantes pastorais sociais com atuação direta na saúde – A Pastoral da Criança (em 1983) e a Pastoral da Saúde (em 1986). Analisar o surgimento dessas pastorais é importante, pois não havia uma luta direta da alta cúpula¹¹ da CNBB pelo direito à saúde, durante a década de 1980, esse debate ficou a cargo dos grupos específicos que conformavam essas pastorais e que possuíam Bispos de referência a elas ligados.

No Documento 42 da CNBB, intitulado *Exigências éticas da Ordem Democrática*, aprovado em 1989, apresenta-se uma síntese da qualidade de vida e saúde na década de 1980:

A qualidade de vida vai-se deteriorando cada vez mais em seus vários aspectos: a nutrição, a **saúde**, a educação, a habitação, o transporte, o saneamento básico. A mortalidade infantil nas áreas mais carentes infelizmente ainda é alta e desafia a

¹¹ Vale destacar que o presente trabalho entende por alta cúpula da CNBB os bispos que compõem o CONSEP (Conselho Episcopal Pastoral) da CNBB que é formado pela presidência, vice-presidência, secretário geral e 1 bispo de referência para cada uma das doze Comissões Episcopais, totalizando assim, 15 membros. O atual CONSEP foi eleito em maio de 2011 e sua primeira reunião foi a de aprovação do texto-base da CF-2012 no dia 15/06/2011.

consciência nacional. A situação dos menores abandonados que perambulam nas ruas não recebeu ainda adequado encaminhamento por parte da sociedade, apesar dos esforços recentes. Aumentaram os índices de evasão e de repetência escolar. O déficit habitacional, especialmente para as populações de baixa renda, atingiu níveis escandalosos, agravados pelas péssimas condições de saneamento e preservação ambiental. A vida é ameaçada [...] pela expansão de doenças endêmicas, pela difusão das drogas e pela violência urbana e rural, que amedronta o dia-a-dia de todos os cidadãos. (CNBB, 1989, p. 12-13, grifo da autora).

Além disso, o mesmo documento destaca o trabalho feito pela Pastoral da Criança que colaborou bastante para a redução da taxa de mortalidade infantil no Brasil em 1984, devido “à campanha do Soro Caseiro que salvou a vida de, aproximadamente, um milhão de crianças por ano” (CNBB, 1989, p. 12) nas áreas onde atuou. Complementando essa análise de situação, em 13 de dezembro de 1989, em um pronunciamento oficial da CNBB sobre as *Contribuições da Igreja para o bem do Brasil*, D. Luciano Mendes de Almeida, então presidente da instituição, apontou o atendimento à saúde como item necessário para se garantir à população uma vida digna. É, nesse contexto, que a saúde é apreendida pela CNBB como um direito da pessoa humana que deve ser defendida e promovida. (CNBB, 1993b).

Dessa forma, após a criação do SUS e com a presença da CNBB compondo o Conselho Nacional de Saúde, desde que o mesmo foi criado, e a continuidade dos trabalhos da Pastoral da Saúde e da Pastoral da Criança, como de demais pastorais que possuem uma interface com a Saúde Pública, a exemplo da Pastoral da AIDS, foi acoplada às **dimensões de solidariedade ao enfermo** e de entendimento da **saúde enquanto direito universal** e bem coletivo, também a **dimensão política** do debate sobre a saúde. A análise pela melhoria do acesso à saúde, principalmente com o avançar do desenvolvimento tecnológico, é reforçado, em 2001, pelo Documento 67 da CNBB – *Eleições 2002: propostas para reflexão*. Nesse documento, foram levantadas diretrizes a serem encaminhadas à comunidade política envolvendo a erradicação da fome, o respeito aos direitos humanos e o desenvolvimento sustentável, dentre elas, estava a saúde: “Impõe-se uma inversão de prioridades no uso dos recursos federais, estaduais e municipais, privilegiando as carências mais urgentes da população brasileira, como a educação, **saúde**, moradia e segurança” (CNBB, 2001, p. 17, grifo da autora). Essa interface da CNBB com o debate político sobre a saúde e defesa do SUS foi reforçada também pela Campanha da Fraternidade 2012 – Fraternidade e Saúde Pública que será analisada na próxima seção.

Por fim, deve-se explicar que uma dimensão não significa a eliminação da outra, pelo contrário, o que se observou foi um processo de aumento das concepções que norteavam os trabalhos da CNBB sobre a saúde. Além disso, os anos e momentos colocados como

referência nesse estudo são cortes históricos realizados para facilitar a visualização das dimensões. Todas as dimensões compõem um processo histórico da própria conformação interna e externa da CNBB. Apesar da formalização da saúde enquanto direito fundamental e universal ser mais destacada pela entidade durante a década de 1980, não significa que antes já não se fizesse essa discussão, porém, era uma pauta secundária, a ênfase recaía na atenção individual ao enfermo e sua evangelização. Da mesma forma, o debate político sobre a saúde está presente nas falas da CNBB desde a sua criação, porém torna-se mais destacado a partir da década de 1990.

6.3 ANÁLISE DA CAMPANHA DA FRATERNIDADE 2012

A saúde pública foi escolhida como tema da Campanha da Fraternidade por ser considerada como uma das principais preocupações e reivindicações da sociedade brasileira no campo das políticas públicas. Dessa forma, a defesa do SUS também é privilegiada nessa campanha, com destaque para o subsistema público de saúde (CNBB, 2011). O objetivo geral da CF-2012 foi: “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 melhorias no sistema público de saúde” (CNBB, 2011, p. 12). Para o alcance desse objetivo geral foram apresentados os seguintes 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 socioculturais 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. (CNBB, 2011, p. 13).

Sendo assim, a partir do manual oficial elaborado pela CNBB que serviu como recurso didático para a campanha e demais reportagens sobre a mesma (presentes no site da entidade), foram categorizadas as *dimensões valorativas* e *pragmáticas* que estão apresentadas no Quadro I. Em relação ao material oficial, é importante destacar que o mesmo é dividido em três partes:

- Parte I: *Fraternidade e a Saúde Pública*
- Parte II: *Que a Saúde se difunda sobre a Terra*
- Parte III: *Indicações para a ação transformadora no mundo da Saúde*

O mesmo foi aprovado no dia 15 de Junho de 2011 pelo Conselho Episcopal Pastoral da CNBB (CONSEP) e lançado no dia 07 de Julho de 2011 em São Paulo. O texto foi estudado pelos bispos do CONSEP juntamente com os secretários e assessores executivos da CNBB. Ressalta-se que este estudo foi precedido por uma palestra feita pelo diretor do Departamento de Análise de Situação de Saúde do Ministério da Saúde, Otaliba Libâneo de Moraes Neto e por outra palestra do então coordenador da Pastoral da Saúde, André Luiz de Oliveira. (CNBB, 2011).

Como o presente trabalho tomou como base o texto-base da CF-2012, achou-se relevante destacar que a segunda parte desse material - *Que a Saúde se Difunda sobre a Terra* – não foi esmiuçada neste estudo, tendo em vista que é uma seção que se dedica a fazer um resgate das concepções bíblicas e teológicas sobre saúde, doença e sofrimento. Em síntese pode-se dizer que esta seção perpassa passagens do Antigo e Novo Testamento relacionadas à saúde e doença, caminhando desde a concepção da doença como pecado, até a compreensão de que a doença e o sofrimento não vêm de Deus. Um destaque importante a se fazer é que, nessa parte, é explicada a parábola do Bom Samaritano¹² na qual se entende que “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” (CNBB, 2011, p. 81).

Dessa forma, o presente trabalho aprofundou sua análise teórica nas demais partes do documento, em reportagens disponíveis no site da CNBB e nos demais materiais advindos pela CF-2012. Segundo Almeida et al (2012), estudos sistemáticos sobre documentos vem sendo realizados desde o século XIX. Estes autores destacam que os documentos e as falas revelam uma variedade de poderes que lhes conferem papel de destaque na sociedade,

¹² A parábola do Bom Samaritano foi contada por Jesus aos mestres da Lei quando estes o questionaram sobre como amar ao próximo. Segundo a parábola, um homem indo de Jerusalém para Jericó havia sido roubado, maltratado e abandonado com muitos ferimentos. Passaram por ele um sacerdote e um levita que não prestaram nenhum socorro. Porém um samaritano ao passar, o ajudou. Limpou suas feridas, colocou-o sobre sua própria montaria, levou-o a uma hospedaria para maiores cuidados e pagou todos os seus gastos, retornando um tempo depois para saber como o homem estava. Ao final, Jesus questiona os doutores da Lei perguntando quem teria sido o próximo daquele homem machucado. Dessa forma, Jesus coloca a definição de *próximo* em um contexto mais amplo, além daquilo que as pessoas geralmente consideravam como tal. Deve-se destacar que bíblicamente Jericó era a cidade da maldição e os samaritanos eram considerados impuros, existindo uma inimizade secular entre eles e os judeus.

inclusive atuando nas interações sociais e produzindo efeitos sociais. Além disso, como os documentos e os atos de fala permanecem na história, permitem aos seres humanos criarem novos tipos de valores.

Sendo assim, segue, abaixo, o quadro síntese das dimensões valorativas e pragmáticas que serão detalhadas uma a uma nas próximas subseções.

Quadro 1 - Síntese das Concepções Valorativas e Pragmáticas da CF-2012

Dimensões Valorativas	Dimensões Pragmáticas
a) Concepções amplas e não antagônicas de <i>saúde e doença</i>	a) Constituição de um grupo de trabalho para articular atos políticos em prol da Saúde Pública
b) Princípios da Doutrina Social da Igreja relacionados com a Saúde Pública	b) Realização de um Seminário Nacional, articulado com o Movimento Sanitário, sobre a Saúde Pública
c) Contribuições da Igreja para o alcance das metas do milênio no Brasil	c) Confecção de uma cartilha de formação para os Agentes da Pastoral da Saúde e de articulação com demais movimentos sociais
d) Análise do Panorama da Saúde no Brasil	d) Crítica ao corte orçamentário na saúde e apoio oficial ao Projeto Saúde mais 10 com coleta de assinaturas
e) Apoio e fortalecimento das comunidades indígenas	e) Carta política entregue ao Supremo Tribunal Federal
f) Necessidade de maior financiamento público para a Saúde	f) Ações descentralizadas pelas paróquias e sociedade civil
g) Defesa da Ortotanásia	g) Sugestões de Ações Transformadoras
h) Fortalecimento do SUS	---x---

6.3.1 Dimensões Valorativas

a) Concepções amplas e não antagônicas de *saúde e doença*

O material oficial da CF-2012 apresenta os conceitos de saúde e doença como elementos que não são opostos, mas sim como “dois lados da mesma realidade” (CNBB, 2011, p.13). Em relação, especificamente, à saúde, há uma aproximação entre os termos saúde e salvação: “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.” (CNBB, 2011, p. 67).

Além disso, o material destaca a importância da dimensão espiritual no conceito de saúde que só é incorporada pela Organização Mundial da Saúde em 2003. A dimensão espiritual é vista como uma “dimensão fundamental do ser humano, que necessita ser valorizada e implementada no âmbito dos cuidados e da saúde” (CNBB, 2011, p. 62).

Ainda em relação à definição de saúde, o material faz referência àquela expressa no Guia para a Pastoral da Saúde, elaborado pela CELAM (Conferência Episcopal Latino-Americana): “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” (CNBB, 2011, p. 15). O material da CF-2012 deixa bem claro que defende uma concepção dinâmica e socioeconômica da saúde, não restringindo a reflexão somente às causas físicas e mentais, mas avançando também para as sociais, inclusive estabelecendo uma relação com a Campanha da Fraternidade de 2011 (Fraternidade e Vida no Planeta) ao colocar a necessidade de se reforçar o equilíbrio na relação entre ser humano e o meio ambiente. Menciona também que, ao longo dos últimos anos, o conceito de saúde modificou-se da ‘caridade’ para ‘direito’, porém vem perdendo a ideia de direito e se transformando em ‘negócio’. Sendo assim, dentro dessa definição, a saúde também é compreendida como direito Constitucional que precisa ser garantido.

A doença, por sua vez, é entendida como um forte convite à reconciliação e à harmonização do próprio ser. O adoecer é visto como um momento propício para a prática da solidariedade e fraternidade: “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.” (CNBB, 2011, p. 15). O documento enfatiza que o processo saúde-enfermidade de uma coletividade é resultante de variados fatores sociais, políticos, econômicos, ambientais e biológicos, abarcando assim uma concepção de determinação social da saúde.

Contudo, a suposta igualdade entre todos no momento do adoecer, mencionada anteriormente, deve ser relativizada, pois, a crescente presença das iniquidades em saúde na sociedade brasileira faz com que alguns grupos tornem-se mais suscetíveis que outros para adoecer. Enquanto a desigualdade pode ser mensurada, como afirma Escorel (2008), a iniquidade é um conceito político que expressa um compromisso moral com a justiça social. Ao definir iniquidades em saúde, a autora recupera o conceito de Margaret Whitehead que menciona serem as iniquidades diferenças desnecessárias e evitáveis e que são, ao mesmo tempo, consideradas injustas e indesejáveis.

Apesar disso, o fato do material aproximar as concepções de *saúde* e *doença*, assumir a presença de determinantes sociais que estão intrinsecamente vinculados com a *saúde* e procurar novos elementos para se dialogar com a sociedade, aproximam essas discussões dos debates já trilhados e reforçados pelo Movimento Sanitário na busca de outra forma de se trabalhar com o trinômio *saúde-doença-cuidado*.

Em relação, especificamente à saúde pública, o material apresenta a seguinte definição:

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 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. (CNBB, 2011, p. 48).

b) Princípios da Doutrina Social da Igreja relacionados com a Saúde Pública

Outro ponto interessante de ser destacado são os elementos da Doutrina Social da Igreja (DSI)¹³ que possuem interface com a saúde pública. No material são apresentados, explicitamente, os princípios da *justiça*, *solidariedade*, *subsidiariedade* e *participação popular*. Complementando estes, implicitamente observa-se o princípio da justiça relacionado com o de *equidade*, uma vez que o material oficial expõem a opção de “ações pela justiça em favor dos injustiçados” (CNBB, 2011, p. 19). O documento enfatiza que “é preciso ousar profeticamente para a implementação de políticas sociais orientadas pelos referenciais éticos de justiça, equidade e solidariedade.” (CNBB, 2011, p. 109).

Deve-se fazer um destaque que tais princípios estão em consonância com os princípios e conformação do SUS. Afinal, o SUS é um sistema solidário, descentralizado e que preza a participação popular. Em especial a este último princípio, a DSI afirma que 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’. (CNBB, 2011, p. 18).

¹³ A Doutrina Social da Igreja (DSI) refere-se ao conjunto dos ensinamentos contidos na doutrina da Igreja Católica. Trata-se de numerosas encíclicas e pronunciamentos dos Papas inseridos na tradição multissecular, e que tem suas origens nos primórdios do Cristianismo. A DSI pretende fixar os princípios, critérios e diretrizes gerais a respeito da organização social e política dos povos e das nações, tendo papel importante para a evangelização, é um convite para ação na sociedade terrena.

O documento complementa essa definição de participação ao propor como uma ação transformadora da Igreja a necessidade de articular a participação efetiva de membros das comunidades nas instâncias colegiadas do SUS nas três esferas de governo: “É necessário fortalecer canais de participação efetiva da sociedade e de suas entidades representativas na formulação, implantação e controle das políticas públicas de saúde.” (CNBB, 2011, p. 103). Reforça também a necessidade de se estimular capacitações sistemáticas em controle social e políticas públicas de saúde aos interessados.

Tratando-se do princípio da equidade, não se pode deixar de mencionar que a busca da justiça pela equidade é uma das linhas fundamentais da teoria da justiça de John Rawls apresentada em 1971 (SILVEIRA, 2007). De acordo com Escorel (2008), “o princípio de equidade surge no período contemporâneo associado aos direitos das minorias”, tentando diferenciar-se assim das definições de justiça pela igualdade que pressupõem a distribuição homogênea, a cada pessoa a mesma quantidade de bens ou serviços. Um documento oficial do próprio Ministério da Saúde procura dar sentido prático à noção de equidade,

se o SUS oferecesse exatamente o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, estaria provavelmente oferecendo coisas desnecessárias para alguns, deixando de atender às necessidades de outros, mantendo as desigualdades. (Ministério da Saúde, 2000, p. 20).

c) Contribuições da Igreja para o alcance das metas do milênio no Brasil

Trata-se de uma ação pertencente à dimensão valorativa por não se tratar de uma ação concreta que ocorreu devido à CF-2012, mas sim de atividades realizadas pela Igreja ao longo do tempo que colaboraram e tiveram significativa importância para o alcance das metas do milênio¹⁴, dando assim um significado simbólico para as atividades realizadas e endossadas pelo texto-base da CF-2012.

Dentre as metas do milênio, faz-se um destaque especial para a **redução da mortalidade infantil** que diminuiu de 69,12 óbitos por mil nascidos vivos, em 1980, para

¹⁴ A Organização das Nações Unidas (ONU) promoveu, em setembro de 2000, a Assembléia do Milênio, contando com a presença de 191 delegações. Esse encontro resultou na aprovação da Declaração do Milênio, que reconhece que o mundo já possui a tecnologia e o conhecimento para resolver a maioria dos problemas enfrentados pelos países pobres. Dessa forma, foram elencados oito objetivos para serem alcançados até 2015, conhecidos como *metas do milênio*: (1) erradicar a extrema pobreza e a fome; (2) atingir o ensino básico universal; (3) promover a igualdade de gênero e a autonomia das mulheres; **(4) redução da mortalidade infantil; (5) melhorar a saúde materna; (6) combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; (7) garantir a sustentabilidade ambiental;** (8) estabelecer parceria mundial para o desenvolvimento. Em negrito estão marcadas aquelas diretamente relacionadas com a saúde.

19,88, em 2010 (VICTORA et al., 2011). O material da CF-2012 realça o papel do SUS para a redução desse indicador e ressalta também as ações desempenhadas pela Pastoral da Criança e pela Pastoral da Saúde. Dentre as ações realizadas para a queda da mortalidade infantil realizadas pela Pastoral da Criança, destaca-se a campanha de incentivo à utilização do soro caseiro e a campanha pelo registro civil de nascimento. Victora et al., (2011) valorizam o papel da Pastoral da Criança para as melhorias da saúde infantil:

Entre mais de 50 programas e iniciativas para melhorar a saúde infantil, informantes-chave atribuíram o maior efeito a programas específicos (promoção de imunização, amamentação e alojamento conjunto) e a melhorias no acesso aos cuidados preventivos e curativos de saúde, incluindo o SUS, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a **Pastoral da Criança**. A última é uma organização não governamental da Igreja Católica, com 260 mil voluntários que trabalham em todo o país promovendo a hidratação oral e outras intervenções de baixo custo entre crianças menores de 1 ano. (VICTORA et al., 2011, p. 42-43, grifo da autora).

Outro objetivo do milênio para o qual se pode apontar ações da Igreja refere-se à **melhoria da saúde materna**, não tão destacada quanto às ações da Pastoral da Criança para a saúde infantil. “Os voluntários da Pastoral da Criança, ao encontrarem adolescentes grávidas, passam a acompanhá-las de perto, [...] e as encaminham para a supervisão do pré-natal” (CNBB, 2011, p. 25). Além disso, a Pastoral da Criança participa da implementação da Política de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento, existente desde o ano 2000.

No que se refere ao combate ao HIV/AIDS, malária e outras doenças relata-se que nos últimos anos, a Igreja empreendeu ações de prevenção das DST, em especial, da AIDS e da sífilis:

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. (CNBB, 2011, p. 26).

Complementando esse quadro, no livro de José Trasferetti intitulado *CNBB, AIDS e Governo: Tarefas para uma Teologia da Prevenção* é possível encontrar, sistematizadas, as ações que vem sendo realizadas pela Pastoral da DST/AIDS.

Dentro do objetivo de se **garantir a sustentabilidade ambiental**, apreende-se do documento oficial da CF-2012 uma forte preocupação da Igreja com essa questão. A temática ambiental já foi abordada em diferentes campanhas da fraternidade, a saber: 1979 (*Por um mundo mais humano*); 1986 (*Fraternidade e terra*); 2004 (*Fraternidade e água*); 2007 (*Fraternidade e Amazônia*) e 2011 (*Fraternidade e vida no planeta*). “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.” (CNBB, 2011, p. 30).

d) Análise do Panorama atual da Saúde no Brasil

No material oficial há uma seção que apresenta um panorama da saúde no Brasil. Nesse panorama, foram descritas e analisadas informações relacionadas à transição demográfica, epidemiológica, nutricional e tecnológica. Aprofundou-se também temas que foram denominados como “grandes preocupações da saúde pública no Brasil” (CNBB, 2011, p. 34), eles são: doenças não transmissíveis; doenças transmissíveis; fatores de risco modificáveis; dependência química; causas externas (acidentes e violências) e saúde bucal.

Pode-se afirmar que tal exposição foi feita de forma simples e sucinta, abordando diretamente o que interessava para cada tema. Mostrou-se assim como uma descrição de fácil apreensão para um público leigo, sem deixar de mencionar itens importantes do contexto atual da saúde do Brasil, tais como o crescente consumo de crack e o aumento considerável das doenças não transmissíveis. Dessa forma, observou-se que essa parte do material capilariza e fortifica um debate muito importante de contextualização da saúde do Brasil e que, muitas vezes, fica inserido mais nas universidades do que dentro dos movimentos sociais e dos espaços de reuniões comunitárias.

e) Apoio e fortalecimento das comunidades indígenas

Uma parte do material dedicou-se a abordar o estado da arte e dificuldades das comunidades indígenas, principalmente em relação à saúde e destacou as iniciativas de promoção da saúde que são feitas pela Pastoral Indígena e pela Pastoral da Criança, as quais utilizam “língua adaptada à cultura de cada povo” (CNBB, 2011, p. 47) e incentivam o uso dos alimentos naturais para a alimentação. Além disso, no decorrer do material é mencionada a necessidade de empoderamento da população indígena:

Os diagnósticos sobre a saúde atual das comunidades indígenas apontam para a necessidade de intensificar atividades intersetoriais de educação e promoção da saúde, como valorização das práticas de saúde e alimentação tradicionais, saneamento básico e ambiental e fortalecimento da capacidade dos próprios índios de cuidar da saúde na sua comunidade. (CNBB, 2011, p. 49).

Deve-se destacar que a causa indígena já se constitui uma pauta forte da CNBB, inclusive já foi abordada na Campanha da Fraternidade de 2002 (*Fraternidade e povos indígenas*). Além disso, é abordada pela CNBB em seus documentos oficiais a respeito da

terra ou através de notas públicas como a que foi publicada, no próprio site da entidade, no dia 30 de agosto de 2012 em defesa dos direitos dos povos indígenas.

f) Necessidade de maior financiamento público em Saúde

A relação do financiamento público e privado do gasto com a saúde foi bastante frisada pelo material, com destaque especial para a proporção diferenciada de gastos, sendo 58,4% gasto privado (pelas famílias) e 41,6% público (pelo Estado). Ressalta-se que este fato também é analisado por Paim (2012) que cita que o Estado brasileiro cobre apenas, aproximadamente, 41% do gasto em saúde, enquanto que na maior parte dos países que optaram por sistemas universais a responsabilidade são de por mais de 80% desta despesa. Um dos objetivos específicos da CF-2012 refere-se justamente a reivindicação do justo financiamento para o SUS:

Para que a implantação do SUS se realize segundo os princípios constitucionais, ela 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. (CNBB, 2011, p. 55).

Dessa forma, a luta pela readequação de investimentos na saúde, de modo que se tenha inversão dos percentuais investidos entre o montante do setor público e privado surge como uma das prioridades defendidas pela CF-2012. Em especial, é destacada a necessidade de ampliação do apoio técnico e financeiro aos municípios com o objetivo de expandir e qualificar a Atenção Básica. O material abordou também a diferenciação de repasse financeiro entre os estados, municípios e a União, enquanto o financiamento dos dois primeiros está diretamente vinculado com as suas receitas brutas, o repasse da União varia com o PIB. Para esse debate indicaram, na época, a regulamentação da EC/29 de acordo com os preceitos definidos pelo Conselho Nacional de Saúde. Além disso, o documento também coloca em debate a difícil relação com os políticos e parlamentares que, no momento de alocação de verbas, não entendem o SUS como prioridade (CNBB, 2011).

Nesse sentido, é importante salientar que a lei complementar 141/2012, que regulamentou a EC 29/2000, continuou mantendo o financiamento da União vinculado à variação do PIB, o que significa manter os patamares atuais da despesa pública em saúde já que a variação do PIB é pouca, enquanto que os demais entes da federação, como já dito, possuem percentuais de financiamento vinculados às suas receitas brutas (*municípios com o mínimo de 15% e os estados com 12%*). O que se observa aqui são duas concepções de justiça tributárias diferentes e que terminam por influenciar no financiamento do sistema e em sua

sustentabilidade, uma vez que a União é o ente com o maior aporte financeiro. Deve-se construir, como afirma John Rawls (apud Silveira, 2007), princípios gerais de justiça, neste caso, princípios gerais que defendam e valorizem o orçamento público em saúde para que o mesmo não fique a mercê das mudanças de governo e gestores. Afinal, como cita Paim (2012), a sustentabilidade econômica do SUS encontra-se ameaçada, pois, ainda que assentado na Constituição e nas leis, o SUS não está livre de retrocessos, basta avaliar o que se passa em Portugal, Grécia, Espanha e Itália desde o último ano para se compreender a vulnerabilidade dos sistemas de saúde diante de crises econômicas ou políticas.

Ainda em relação ao financiamento público, outro ponto levantado pelo documento da CF-2012 é a necessidade de se 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 (CNBB, 2011). O material também defende a necessidade de se estudar uma forma de coparticipação ou contribuição emergencial à saúde pública dos setores empresariais que usufruem ou estimulam hábitos inadequados à saúde. Todavia, acreditamos que tal sugestão merece ser melhor estudada e formulada para que não se passe a idéia de que o estímulo ao hábito inadequado à saúde possa ser equiparado com contribuições financeiras.

g) Defesa da Ortotanásia

O material faz referência à ortotanásia como a melhor opção no momento do fim da vida. Reforça essa importância com discursos do Papa João Paulo II de 1995 que se apresenta contrário à utilização da distanásia:

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. [...] A renúncia a meios extraordinários ou desproporcionais não equivale ao suicídio ou à eutanásia; exprime, antes, a aceitação da condição humana diante da morte. (CNBB, 2011, p. 11).

Complementa a exposição com um trecho do discurso realizado, em 2007, pelo Papa Bento XVI no Dia Mundial do Enfermo:

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. (CNBB, 2011, p. 98).

Esse debate e diferenciação sobre eutanásia¹⁵, distanásia¹⁶ e ortotanásia¹⁷ vêm sendo um tema bastante discutido ultimamente, principalmente devido à resolução¹⁸ do Conselho Federal de Medicina (CFM) que reconhece e regulamenta a ortotanásia. Menezes e Gomes (2012) apontam que em questões envolvendo a temática da vida (aborto, reprodução assistida, identidade sexual entre outras) costuma-se observar uma contraposição entre os valores religiosos e os médicos-científicos. Contudo, em relação à legitimação da ortotanásia na sociedade brasileira, as autoras observaram uma convergência de posicionamento entre a classe médica (simbolizada pelo CFM) e a Igreja Católica do Brasil. Complementando a análise dessas autoras, o presente estudo também percebeu que a defesa dessa prática é reforçada pela CF-2012.

h) Fortalecimento do SUS

Vale lembrar que a mobilização por melhorias no sistema público e consequente defesa do SUS também está entre os objetivos da CF-2012. O material apresenta os conceitos básicos do SUS e recupera seus princípios doutrinários (*universalidade, integralidade e equidade*) e organizacionais (*regionalização, hierarquização, descentralização, racionalização, complementaridade do setor privado e participação popular*). Em especial à complementaridade do setor privado, destaca que a preferência na escolha dos serviços privados deve recair sobre aqueles sem fins lucrativos, como as Santas Casas e os hospitais católicos. Reconhece também que o fortalecimento do SUS perpassa pela valorização dos profissionais e incentivo às ações intersetoriais para a promoção, prevenção e proteção, construindo uma sociedade justa e saudável. Entende que o fortalecimento do SUS está vinculado com uma gestão essencialmente pública nas unidades de saúde, desestimulando a prática abusiva de terceirização na saúde.

Em relação ao princípio da participação social explica as funções dos conselhos e conferências de saúde e afirma que tais instâncias “merecem atenção especial, por serem

¹⁵ De maneira geral, entende-se por eutanásia quando uma pessoa causa deliberadamente a morte de outra que está mais fraca, debilitada ou em sofrimento.

¹⁶ Significa um prolongamento do processo de morte à custa de sofrimento para o indivíduo (MENEZES; GOMES, 2012).

¹⁷ Conceito formulado em oposição à distanásia. É definido como o não prolongamento do processo penoso de morte, mas sim uma atividade que defende o processo de morte natural, quando é chegado o momento, caracterizando-se assim como uma “boa morte”. Está bastante vinculado ao uso dos cuidados paliativos. (MENEZES; GOMES, 2012).

¹⁸ Resolução CFM nº 1.931 de 17 de setembro de 2009 que entrou em vigor em 13 de abril de 2010.

espaços de participação democrática por meio dos quais se pode avançar na melhoria dos serviços públicos” (CNBB, 2011, p. 54). O documento também recorda que para o advento do SUS foi necessária a mobilização dos movimentos populares, agora, o desafio se encontra em uma nova mobilização e ação desses movimentos para a sua efetiva garantia e implantação. Ainda em relação à participação popular, o documento informa que fomentar a participação da comunidade no controle social das políticas públicas é uma das ações a serem desenvolvidas pela Pastoral da Saúde, como uma forma de se “fazer o bem” (CNBB, 2011, p. 96): “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”. (CNBB, 2011, p. 96).

Nessa dimensão, também são apontados avanços e desafios em relação ao SUS. São vistos como *avanços*, por exemplo: a Estratégia Saúde da Família; a ampliação das consultas pré-natal; a diminuição da desnutrição; a cobertura vacinal para crianças, gestantes e idosos; a eliminação de algumas doenças como o sarampo e a poliomielite; a criação do SAMU; o programa da farmácia Popular e demais estratégias de distribuição gratuita de medicamentos. Os *desafios* apontados pelo documento foram inúmeros dentre os quais se podem ressaltar: a necessidade de reconhecimento e valorização da atenção básica; a dificuldade de acesso a unidades de urgência e emergência; a precariedade das unidades de saúde; as filas para atendimento; falta de leitos hospitalares; falta de humanização e acolhimento; descaso com a saúde mental; tendência à judicialização da saúde; subfinanciamento do sistema; má gestão dos recursos escassos; carência e má distribuição de profissionais de saúde pelo território nacional; carência de informações e esclarecimentos adequados à população; más condições de trabalho e precarização; a defasagem da tabela de valores do SUS; carência de uma política direcionada e de incentivos a possíveis parcerias com a rede de entidades filantrópicas; excessiva especialização do segmento dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; conflito de interesses com as indústrias de órteses, próteses e medicamentos e processo falho de escolha dos delegados nas conferências de saúde (CNBB, 2011).

Apesar de não aprofundar, cita a questão da judicialização da saúde como um tema importante no atual contexto do SUS e propõem o aprofundamento dessa discussão com vistas à criação de uma ‘Vara da Saúde’, como uma forma de proporcionar atendimento especializado e eficaz neste segmento (CNBB, 2011). Vale destacar que a criação de Varas especializadas não é um consenso entre os especialistas e a produção científica, no Brasil, específica sobre Vara da Saúde, é praticamente inexistente. O que se pode afirmar é que a competência para especializar uma determinada Vara é dos Tribunais de Justiça Estaduais, que tem normas

próprias para esta criação, contudo nos atos normativos do Conselho Nacional de Justiça não há recomendação sobre isto.

Outra proposta apresentada pelo material que visa o fortalecimento do SUS, mas não muito aprofundada, refere-se ao estímulo à 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.

O documento também diz que no âmbito da saúde faz-se necessário colocar em prática a ‘Bioética dos 4Ps’: “promoção da saúde; prevenção de doenças; proteção das vulneráveis e precaução frente ao desenvolvimento biotecnológico” (CNBB, 2011, p. 110). Reforçando que:

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. (CNBB, 2011, p. 110).

Outro leque de ações para fortalecimento do sistema de saúde e para o próprio avanço da saúde, o documento denomina como sugestões de ações a serem desenvolvidas pelas famílias, entendendo que “a família ocupa o lugar primário da humanização da pessoa e da sociedade” (CNBB, 2011, p. 102). Tais ações são:

- Incentivar o cuidado pleno às crianças e idosos, buscando um atendimento digno humano e com qualidade;
- Garantir que a prevenção avance para além da informação a nível individual, trazendo essa discussão para o âmbito familiar;
- 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;
- 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;
- Estimular o uso dos serviços de saúde de forma consciente, organizada e cuidadosa.
- Estimular a disseminação de que a prevenção ao uso de drogas também é de responsabilidade da família. 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.

Em relação a essas ações para as famílias, observamos que muitas delas extrapolam o

âmbito familiar e também estão alinhadas com o fortalecimento e implementação de políticas públicas justas e saudáveis. O presente trabalho concorda que a célula familiar é um loco importante para o fortalecimento de ações de promoção e prevenção da saúde, inclusive de discussão sobre o uso de serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, porém faz um destaque especial para a questão da manutenção de padrões e estilos de vida saudáveis e a abolição de hábitos inadequados de vida, já que as famílias não são iguais, tanto em relação ao contexto cultural como também para o fato de não terem as mesmas oportunidades. Além disso, ao se falar em ‘implementação de hábitos saudáveis’, deve-se tomar cuidado para não se fazer um ‘novo-higienismo’, como sinaliza Campos (2007), dando pouca ou nenhuma consideração ao desejo e aos traços culturais de cada grupo social ou ‘impondo’ um estilo de vida para o qual a população não tem condições econômicas, sociais e ambientais de conseguir alcançar.

6.3.2 Dimensões Pragmáticas

Antes de se analisar em si as dimensões pragmáticas envolvidas com a CF-2012, o presente trabalho se apoiou em alguns dos pressupostos metodológicos apontados por Almeida et al (2012) para caracterizar o contexto do texto-base da Campanha. Estes autores, em seu trabalho, propõem alguns princípios metodológicos para a caracterização da dimensão pragmática em documentos. Eles entendem que documentos e atos da fala produzem efeitos sociais vinculados com o contexto no qual estão inseridos. Dessa forma, a análise contextual, conforme Almeida et al (2012), do texto base da CF-2012 está sintetizada no Quadro 2.

Quadro 2 - Caracterização pragmática do elemento contexto do documento da CF-2012

Quem emite	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
Quem recebe	População católica e não católica. Dioceses. Movimentos Sociais.
Aspecto temporal	Divulgado principalmente durante o período da quaresma 2012 (22 de Fevereiro e 7 de Abril de 2012). Disponível também no site da CNBB durante todo o ano de 2012.
Aspecto geográfico	Nacional
Propósito	Subsidiar em termos técnico-científicos e teológicos a Campanha da Fraternidade sobre Saúde Pública.
Sistema institucional	Religião Católica
Ações possíveis	Ler. Protestar. Sugerir.
Principais agentes	Agentes da Pastoral da Saúde. Profissionais de saúde. Movimentos sociais e Religiosos(as).

Sendo assim, compreendido os principais itens do contexto do texto-base da CF-2012, adiante, serão explicadas cada uma das dimensões pragmáticas apresentadas no Quadro 1.

a) Constituição de um grupo de trabalho para articular atos políticos em prol da Saúde Pública

Com o objetivo de fazer com que a CF-2012 avançasse em uma discussão intersetorial e conseguisse montar ações concretas, foi realizada, em 17 de Fevereiro de 2012, em Brasília, uma reunião, organizada pela CNBB, que contou com a participação de 35 pessoas, dentre as quais, representantes de diversas pastorais sociais, como também da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), Sindicato dos Médicos, professores universitários, organizações não governamentais (ONGs) e estudantes. A reunião foi aberta por Dom Leonardo Ulrich Steiner, secretário geral da CNBB, que resgatou a trajetória da Campanha da Fraternidade no Brasil e apontou a importância do tema da saúde pública no contexto brasileiro.

Durante esse encontro, foram colocadas diversas questões sob as quais a CF-2012 deveria atuar, dentre as quais se pode citar a fala de um dos participantes: “Não dá para discutir saúde sem discutir a política econômica, o modelo político, recuperando o debate sobre direitos sociais e numa linha de qual é o Estado que nós queremos e necessitamos para cumprir a Constituição”. Outros temas apontados problematizaram a formação dos profissionais da saúde, a terceirização e o sucateamento em saúde, enfatizaram o caráter público da saúde, o consumo exacerbado de agrotóxicos e a defesa do SUS. Reforçou-se durante a reunião que a tendência nacional observada é a de eliminação dos direitos sociais e foi bastante citado o corte da União, na época, no orçamento da saúde¹⁹.

Como já dito, essa reunião se propôs a levantar ações concretas a serem trabalhadas em 2012 como estratégias da CF-2012, extrapolando, assim, o período Quaresmal. Uma lista de propostas foi feita durante o encontro (ANEXO II), contudo as que foram priorizadas estão listadas abaixo:

- No lançamento da CF-2012, na quarta-feira de cinzas, promover um pronunciamento oficial da CNBB sobre os cortes orçamentários realizados pela União na saúde pública.
- Criação de um grupo de trabalho para amadurecer os encaminhamentos da reunião e organizar um seminário nacional sobre a CF-2012.

¹⁹ No início de 2012, a União, para o pagamento da dívida pública, bloqueou do orçamento R\$ 55 bilhões. O maior corte foi no Ministério da Saúde (R\$ 5,4 bilhões).

- Realizar um Seminário Nacional sobre a Política de Saúde e a CF-2012 nos dias 16 e 17 de maio de 2012 em Brasília. A partir desse seminário, criar documentos a serem entregues ao executivo, legislativo e judiciário, que apontem as propostas de consenso dos movimentos sociais e pastorais na defesa e melhoria do SUS.
- Promover via CNBB, um abaixo assinado, semelhante ao da ficha limpa, sobre reformas na saúde, principalmente sobre o financiamento.
- Aprofundar a discussão sobre o tema da saúde das populações indígenas, negras, quilombolas, moradores de rua, etc.
- Promover nas cidades e dioceses debates com autoridades sanitárias e políticas sobre a saúde pública, com vistas a não gerar plataforma política para os candidatos já que 2012 tratou-se de ano eleitoral, mas sim promover o debate crítico entre a população para exigibilidade dos seus direitos.

Dessa forma, dentro dessa reunião, foi oficializada a criação de um grupo de trabalho para aprofundar os encaminhamentos, formado pelas seguintes entidades: *CNBB*, *CEBES*, *Programa Justiça Econômica*²⁰, *Pastoral da Saúde e articulação estudantil*. Observa-se que se tratou se um grupo plural uma vez que unia representações da Igreja como também membros do Movimento Sanitário, mostrando a viabilidade de um diálogo conjunto para se pautar e lutar por questões que são consenso, neste caso, a garantia do direito social à saúde. Nos dias 22 e 23 de Setembro de 2012, durante um seminário preparatório para a 5ª Semana Social Brasileira em Brasília (5ª SSB), o grupo de trabalho se reuniu e apresentou a proposta de se conciliar a CF-2012 com as variadas temáticas trabalhadas pela 5ª SSB.

b) Realização de um Seminário Nacional, articulado com o Movimento Sanitário, sobre a Saúde Pública

Como tarefa do grupo de trabalho formado em fevereiro de 2012, foi organizado um seminário, nos dias 17 e 18 de Maio de 2012, para refletir sobre o tema da CF-2012 e resgatar, aprofundar e dar seguimento à ação pastoral e política da Igreja sobre a problemática que vem se debatendo em relação ao estado atual da saúde pública no Brasil. O seminário contou com

²⁰ O *Programa Justiça Econômica* é uma parceria entre as entidades Comissão Brasileira Justiça e Paz (CBJP), as Pastorais Sociais da CNBB, o Grito dos Excluídos/as Continental e a Rede Jubileu Sul/Brasil, com CAFOD – entidade da Igreja Católica da Inglaterra de apoio ao desenvolvimento social no mundo. Este Programa leva adiante um projeto denominado *Dívida e Direitos Sociais* que trabalha no sentido de garantir, ampliar e universalizar os direitos sociais no Brasil.

a participação de cerca de 50 pessoas oriundas de várias comunidades eclesiais, instituições de ensino e pesquisa, entidades da sociedade civil e participantes em nível pessoal.

A relatoria do encontro informa que com prévio assentimento do secretário geral da CNBB, Dom Leonardo Ulrich, foi elaborada uma lista de propostas consensuadas entre os participantes, entendidas como ações de agir político, a serem entregues a diferentes destinatários – autoridades políticas e movimentos sociais:

O rol dos problemas levantados e das propostas de agir político acordadas são rico material informativo e indicativo das diferentes falas que a CNBB precisará elaborar subsequentemente, para dar concreta resposta à profícua inquietação levantada neste Seminário. (Campanha da Fraternidade 2012, relatoria seminário nacional, p. 1).

O seminário foi organizado em seis diferentes mesas temáticas para as quais foram convidados especialistas sobre cada tema que suscitaram problematizações e, ao final de cada mesa, foram mapeadas ações políticas recomendadas. Os temas discutidos e os convidados para cada mesa estão apresentados no Quadro 3. Ressalta-se que a priorização dos temas que constituiriam o seminário ocorreu a partir das discussões que foram elencadas na reunião de 17 de Fevereiro de 2012.

Quadro 3 - Mesas temáticas e especialistas convidados para o Seminário Nacional sobre a Campanha da Fraternidade 2012

Mesa Temática	Palestrantes
Acesso à saúde e integração da prestação de serviços em saúde	Luciana Mendes e Jairnilson Paim
Financiamento Público em Saúde	Gilson Carvalho e José Noronha
Gestão dos Recursos em Saúde	Manoela Carvalho e Roberto Nogueira
Caráter Público e Privado da Saúde	Ligia Bahia e José Moroni
Educação para a Saúde: formação e educação para os hábitos saudáveis	Florentino Junio e André Luis Oliveira
Controle Social e Participação Popular	Eduardo Fagnanni

As propostas entendidas como consenso de ação política pela plenária do Seminário foram:

- Necessidade de planejamento do investimento em infraestrutura de saúde (equipamentos, atenção básica, hospitais, leitos pessoal etc.), vinculado às necessidades da população como um todo e não a critérios de concentração econômica. Como também a premente necessidade dos órgãos de regulação da saúde

de cuidarem em estabelecer prioridades ao investimento em infraestrutura privada em saúde;

- Definição de coordenação central do governo (federal) para regulamentar o acesso por fila única à proteção social dos trabalhadores acometidos por riscos incapacitantes (acidentes, doenças e/ou invalidez permanente) para que não precisem enfrentar duas filas, uma para a perícia no INSS e outra para atendimento no SUS;
- Não criar um novo projeto de lei, mas apoiar à aprovação do Projeto de Lei de Iniciativa Popular que propõe um percentual mínimo de 10% da Receita Corrente da União, vinculada à Saúde Pública. Foi frisado que não se recomenda aumento da carga tributária correspondente a esta proposta, mas sim mudanças de progressividade na tributação de maneira a torná-la mais equânime.
- Diálogo com o Poder Judiciário sobre a necessidade de melhor regulamentar o princípio constitucional do ‘atendimento integral’ a fim de se conferir coerência e simultaneidade aos vários princípios e diretrizes das políticas de saúde previstas constitucionalmente.
- Aplicação do princípio da Integralidade no atendimento aos planos de Seguro de Saúde.
- Ressarcimento ao SUS pelos Planos de Saúde dos atendimentos realizados aos segurados não cobertos por ‘Atendimento Integral’.
- Proibição de ‘duas portas’ de atendimento (reserva de leitos para planos de saúde), como sejam as quotas SUS e quotas privadas, em estabelecimentos do SUS.
- Ação de formação de cidadania em saúde pública, para o que se sugere especial empenho das Igrejas e instituições parceiras da área de saúde;
- Ações de solidariedade e cuidado com os enfermos, para o que as Igrejas têm importante papel de formação de consciência e mobilização.
- Ações de política pública na linha da segurança alimentar e na aplicação do princípio constitucional da função social e ambiental da terra (art. 186²¹), de responsabilidade

²¹ Art. 186. A função social é cumprida quando a propriedade rural atende, simultaneamente, segundo critérios e graus de exigência estabelecidos em lei, aos seguintes requisitos: I - aproveitamento racional e adequado; II - utilização adequada dos recursos naturais disponíveis e preservação do meio ambiente; III - observância das

dos poderes da República.

- Defesa da reforma curricular dos cursos da área da saúde, visando à interdisciplinaridade, ensino emancipador e prática humanizada. Nessa mesma linha, apoio e incentivo ao desenvolvimento de ações de ensino e aprendizagem que levem o estudante a refletir sobre a saúde, tais como o VER-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde).
- Incentivar a formação técnica-política de conselheiros de saúde pelas igrejas e entidades parceiras (como as universidades) especialmente pela Igreja católica, com vistas a fortalecer o papel dos conselhos.
- Reativar o Conselho Nacional da Seguridade Social, com vistas à articulação do sistema nacional de seguridade social.

Tendo em vista o leque propostas construídas no seminário, o grupo de trabalho teve a responsabilidade de sintetizá-las em documentos de formação e atos políticos a serem revisados pela secretaria geral da CNBB e encaminhados aos seus destinatários. A fim de organizar essas atividades e avaliarem o seminário, o grupo de trabalho se reuniu nos dias 01 e 02 de Junho de 2012. Essa reunião originou cartas políticas a serem construídas, vídeos temáticos e uma cartilha denominada “*Plataforma em Defesa da Saúde Pública*”. A cartilha deveria conter todas as propostas descritas anteriormente de forma didática a fim de que fosse utilizada como objeto de formação política para os agentes da Pastoral da Saúde e de articulação com outros movimentos sociais.

c) Confecção de uma cartilha de formação para os Agentes da Pastoral da Saúde e de articulação com demais movimentos sociais

A cartilha “*Plataforma em Defesa da Saúde Pública*”, cujo subtítulo é “*Mais Direito, Mais Saúde! Saúde é direito, não é favor!*” foi escrita pelo grupo de trabalho e teve seu lançamento no Congresso Nacional da Pastoral da Saúde²² nos dias 07 e 08 de Setembro de 2012 em São Paulo. Tal documento ainda não possui a chancela da CNBB, pois não passou pela aprovação de sua Assembleia Geral, nem do Conselho Permanente e do CONSEP, contudo, teve, em todo o seu processo de construção, a participação de representantes da

disposições que regulam as relações de trabalho; IV - exploração que favoreça o bem-estar dos proprietários e dos trabalhadores. (BRASIL, 1988).

²² O Congresso teve a participação de aproximadamente 1.000 pessoas e teve um momento presidido por Dom Leonardo Ulrich Steiner (secretário geral da CNBB) reservado para se discutir as repercussões da CF-2012.

CNBB, especificamente da Comissão Episcopal da Caridade, Justiça e Paz, da Pastoral da Saúde, além também do apoio do Programa Justiça Econômica. Em relação à Pastoral da Saúde, esta cartilha foi aprovada em sua assembleia nacional realizada em setembro de 2012 em São Paulo.

Além do Congresso Nacional da Pastoral da Saúde em São Paulo, esse documento também foi distribuído no Congresso da Pastoral da Saúde em Porto Alegre nos dias 15 e 16 de Setembro de 2012 que contou com a participação aproximada de 800 pessoas, como também durante o evento da Pastoral da Saúde na diocese de São José dos Campos, no dia 30 de Setembro de 2012, que teve por volta 1.200 pessoas. A cartilha também vem sendo disseminada pelo meio virtual.

A cartilha destina-se a sociedade e pretende constituir um pólo de reflexão e de mobilização pelo Direito à Saúde no Brasil, como também “resgatar o usuário como um indivíduo atuante no processo saúde-doença, para que assim possamos propiciar mudanças substantivas e ideológicas para a melhoria da Saúde Pública no Brasil” (CNBB, 2012, p. 3). Os seis temas trabalhados pela cartilha foram: *acesso, financiamento, gestão, privatização, participação popular e educação em saúde*. Para cada tema foi montada uma estrutura de colocações de “denúncia” e propostas denominadas de “anúncio” conforme se observa no Quadro 4. Reforça-se que as colocações apreendidas como denúncia e as propostas de anúncio de todos os temas tiveram como base as propostas consensuadas que emergiram do Seminário Nacional em maio de 2012. Um dos objetivos da cartilha também foi colocar de uma forma mais didática e simples as principais propostas do seminário com vistas a capilarizar a discussão entre os milhares agentes da pastoral da saúde e demais movimentos sociais.

Quadro 4 - Temas e Slogans de ‘denúncia’ e anúncio’ da Cartilha *Plataforma em Defesa da Saúde Pública*

Temas	Denúncia	Anúncio
ACESSO	Reduzida oferta pública do SUS. Longas filas e dramática desigualdade regional.	Em defesa do SUS
FINANCIAMENTO	Poucos recursos públicos, muitos subsídios privados	Mais recursos para a saúde
GESTÃO	Política de gestão catastrófica	Equidade de recursos humanos
PRIVATIZAÇÃO	Saúde não é mercadoria	Saúde é direito

<i>PARTICIPAÇÃO POPULAR</i>	Impotência e desprestígio dos mecanismos de participação popular e controle social	Cumprir a Constituição da República
<i>EDUCAÇÃO EM SAÚDE</i>	Formando para o mercado	Formando para o SUS

Ressalta-se que a cartilha vem sendo bastante utilizada principalmente pela Pastoral da Saúde, o impacto que ela terá só será possível de ser avaliado daqui a algum tempo.

d) Financiamento: crítica ao corte orçamentário na saúde e apoio oficial ao Projeto Saúde mais 10 com coleta de assinaturas

Como visto, a discussão sobre o financiamento público em saúde foi bastante frisada tanto no material oficial da CF-2012, como também no seminário nacional e na cartilha. Acompanhando essa ampla discussão valorativa, surgiu como uma sugestão de gesto concreto em âmbito nacional, durante o seminário nacional de maio, o apoio ao Projeto Saúde Mais 10²³. Esse apoio oficial foi ratificado pelo secretário geral da CNBB, Dom Leonardo Ulrich Steiner, na abertura do Congresso Nacional da Pastoral da Saúde nos dias 07 e 08 de Setembro de 2012 em São Paulo e reforçado, durante o mesmo evento, pelo coordenador geral da Pastoral da Saúde, Sebastião Venâncio que ficou responsável por descentralizar a coleta das assinaturas por todo o Brasil. É importante frisar que a coleta das assinaturas ainda está em andamento e tem previsão para término em março.

O apoio a esse projeto também veio como consequência de um processo de posicionamento que a CNBB já vinha realizando em relação ao financiamento da saúde pública, em especial, destaca-se a fala política da CNBB no dia 22 de Fevereiro de 2012²⁴ criticando o corte orçamentário na saúde pela União, conforme publicado no Globo online: “O secretário-geral da CNBB, Dom Leonardo Steiner, criticou o corte de mais de R\$ 5 bilhões no orçamento do Ministério da Saúde.” (G1, Globo.com, 22/02/2012). Ainda em relação ao corte orçamentário, Dom Leonardo destaca que “a decisão do governo preocupa e frustra a expectativa da população por maior destinação de recursos à saúde” (CNBB, 22/02/2012) e complementa ao afirmar que “os problemas verificados na área da saúde são reflexos do contexto mais amplo de nossa economia de mercado, hoje globalizada, que não tem, muitas

²³ Trata-se de um movimento em prol do projeto de lei de iniciativa popular que tem por objetivo assegurar o repasse efetivo e integral de 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde pública brasileira, alterando, dessa forma, a Lei Complementar nº 141 de 13 de Janeiro de 2012. Maiores informações estão disponíveis no site: <http://www.saudemaisdez.org.br/>

²⁴ Dia 22 de Fevereiro de 2012 foi uma quarta-feira de cinzas, data oficial de abertura da campanha da fraternidade 2012.

vezes, como horizonte os valores ético-morais e sociais” (CNBB, 2012b). Vale destacar que estas falas ocorreram durante a abertura oficial da CF-2012 que contou com a participação também do Ministro da Saúde Alexandre Padilha, do Sanitarista Nelson Rodrigues dos Santos, do Gestor de Relações Institucionais da Pastoral da Criança e membro do Conselho Nacional de Saúde, Clovis Boufleur e do membro da equipe de assessoria da Pastoral da Saúde, André Luis de Oliveira.

Em resposta a Dom Leonardo, o Ministro da Saúde disse que o corte orçamentário não levará à extinção de nenhum programa e que apesar desse corte, o orçamento da saúde teve um aumento de 17% em relação a 2011. Segundo Alexandre Padilha, “tudo o que estava programado pelo Ministério da Saúde e foi encaminhado ao Congresso, está absolutamente mantido” (CNBB, 2012d). Além disso, o Ministro agradeceu à CNBB pela escolha do tema na Campanha da Fraternidade e também reforçou que os desafios do SUS não são pequenos:

Tenho a esperança de que nesta Campanha da Fraternidade, cada uma das comunidades do país possam discutir o ‘SUS real’, aquilo que é a única porta para 145 milhões de brasileiros. É a partir desse debate que poderemos enfrentar os problemas que temos a sanar na saúde pública no país. (CNBB, 2012g, p. 1).

Complementando a análise sobre o financiamento, Dom Leonardo lembrou a necessidade de se ter mais fiscalização sob o uso dos recursos, inclusive da sociedade:

Faz parte da cidadania ajudarmos o governo e o Estado. Os conselhos municipais são decisivos. Onde existe uma boa experiência da participação da sociedade nos conselhos, tem havido aplicação melhor de recursos, inclusive com a discussão de prioridades. (CNBB, 2012d, p. 1).

Nesse sentido as críticas apontadas pela CNBB foram relevantes, pois é importante analisar que para o pagamento da dívida pública o governo prevê um valor que supera os gastos da União com Educação e Saúde. Mesmo em 2012, com o aumento do gasto financeiro da União para a saúde, conforme salientou o Ministro da Saúde, o setor foi surpreendido pelo corte no orçamento da Saúde de 5,4 bilhões para o pagamento de dívidas. Em um quadro já marcado pelo subfinanciamento, esse corte tem uma dupla face: de um lado reflete o descompromisso do governo, onde a saúde continua a não ser vista como prioridade; por outro lado, indica que os setores relacionados com a promoção, prevenção e educação em saúde podem vir a ser as principais áreas prejudicadas. De acordo com o SIAFI, em 2013, dos gastos totais do orçamento geral da União, 42% foram destinados para o pagamento de dívidas, enquanto 4% para a saúde.

e) Carta política entregue ao Supremo Tribunal Federal

A carta entregue ao Ministro Carlos Ayres Brito, presidente do Supremo Tribunal Federal (STF), pela CNBB consistiu em um dos documentos, compreendido como ato político em defesa da saúde pública, escrito pelo grupo de trabalho. Durante o Congresso Nacional da Pastoral da Saúde, em setembro, Dom Leonardo Ulrich mencionou o diálogo que teve com o STF e a entrega da carta. Contudo, não houve uma grande divulgação política e nem midiática da entrega dessa carta, nem da parte da CNBB, nem do STF. Apesar disso, dois trechos da carta merecem destaques e também merecem ser recuperados pela CNBB, tendo em vista a importância que tem no contexto do SUS:

[...] Dentre as múltiplas questões levantadas no referido debate, emergem algumas dúvidas de interpretação do Princípio do Atendimento Integral à Saúde (art. 198, II, da CF/88), definido pela Lei Orgânica da Saúde como ‘[...] conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos exigido para cada caso em todo os níveis de complexidade do sistema’ (Lei n. 8.080/90). Dois distintos problemas jurídicos subjazem à interpretação desses conceitos constitucional e legal. O primeiro deles, objeto de verdadeira plethora de demandas judiciais individuais para obtenção de medicamentos, não ainda oferecidos pelo SUS, tem sido tratado pelo Judiciário de diferentes maneiras, a critério de cada juiz singular. No STF este tema suscitou audiência pública relativamente ao tema, em especial o RE 566471 (tema nº 06), Rel. Min. Marco Aurélio, em que já houve o reconhecimento da repercussão geral, mas até o presente momento ainda não houve manifestação definitiva do Plenário.

Mas há um segundo problema envolvendo a interpretação do Princípio do Atendimento Integral, que, embora ainda não levado a esta Corte, suscita viva atenção e preocupação da sociedade. Trata-se da aplicação do princípio, conforme definido na Lei Orgânica da Saúde, aos Planos Privados de Saúde, visto que até o presente as demandas judiciais de que tratamos no tópico anterior, são todas elas dirigidas e restritas ao SUS [...].

Além dessa relação com o STF, destacam-se também outros momentos políticos propulsionados pela CF-2012, tais como no dia 27 de Março de 2012, quando ocorreu, em Brasília, um encontro entre a Frente Nacional de Prefeitos (FNP) e representantes da CNBB com o objetivo de avaliar como os prefeitos poderiam contribuir e se envolver com a CF-2012. Nessa reunião, o secretário executivo da Campanha da Fraternidade, Pe Luiz Carlos Dias, reforçou a necessidade de melhorias do SUS e disse: “A CNBB não traz a solução. Ela traz a proposta de um debate, e o espaço aberto pela FNP é ótimo para isso” (CNBB, 2012f).

Além disso, também houve, no mesmo dia, na Câmara dos Deputados, em Brasília, uma sessão solene sobre a CF-2012 promovida pela CNBB e que debateu a saúde pública (CNBB, 2012e). No dia 19 de Março de 2012, havia ocorrido uma sessão parecida no plenário do Senado Federal com a presença do então presidente da casa, José Sarney que destacou a relevância das Campanhas da Fraternidade para a promoção e reflexão de temas relevantes da realidade brasileira. Além disso, Sarney referiu que a CNBB se dedica a ser uma figura ativa

da sociedade brasileira em busca de justiça social, ele também salientou a ausência de recursos e investimentos financeiros para a manutenção do SUS. Outros senadores lembraram que as campanhas da fraternidade não são voltadas apenas para as comunidades cristãs, mas para todos os cidadãos, alguns destacaram a corrupção como a principal causa da situação precária nos hospitais públicos e demais atendimento à população. O Senador Álvaro Dias (PSDB-PR) pediu apoio para a criação de uma comissão parlamentar mista de inquérito para investigar desvios de recursos na saúde pública.

f) Ações descentralizadas pelas paróquias e sociedade civil

Se fizermos uma rápida pesquisa no Google sobre “*campanha da fraternidade 2012*” irão surgir diversas reportagens de variados cantos do Brasil sobre projetos e atividades que foram ou vem sendo feitas entre as paróquias, as autoridades políticas e profissionais de saúde para a discussão e melhoria do SUS em suas localidades. As ações concretas que ocorrem pelo Brasil devido aos temas da Campanha da Fraternidade são inúmeras, como sinalizou Dom Leonardo durante o Congresso Nacional da Pastoral da Saúde. O professor Jairnilson Paim, conforme entrevista feita no dia do Seminário Nacional em maio de 2012 sobre a CF-2012, também concorda com esse fato e afirma: “[...] Nós entendemos hoje que a Igreja Católica, especialmente com essa Campanha da Fraternidade, tem um potencial muito grande de mobilização e de capilarizar essa discussão em torno das várias comunidades”.²⁵

Portanto, dentre variadas ações e projetos descentralizados que ocorreram devido à CF-2012, situam-se:

- 1) o projeto “*SUS, torna-te o que tu és*” movimento em São Paulo que surgiu nas regiões episcopais de Brasilândia e Santana com momentos de formação dos agentes de pastoral, encontro com autoridades políticas e de estudo sobre a legislação do SUS;
- 2) o projeto “*Humaniza Carangola*” organizado na cidade de Carangola em Minas Gerais que pretende trazer questionamentos para se entender a política de saúde na região, manter uma articulação com o Conselho Municipal de Saúde e, principalmente, para se colocar em prática a Política Nacional de Humanização no município.

Além desses projetos, pode-se elencar também o processo das próprias pastorais sociais começarem a dialogar mais sobre a saúde, como exemplo, ocorreu em Março de 2012

²⁵ A entrevista foi feita pelo CEBES e encontra-se disponível no youtube: <http://www.youtube.com/watch?v=IQg-DODW5Hg>

encontros de formação da Pastoral das Favelas do Rio de Janeiro sobre os temas da CF-2012. (CNBB, 2012h). A arquidiocese de Manaus promoveu nos dias 26 e 27 de Janeiro um seminário preparatório para a CF-2012 que contou com a participação de cerca de 1.000 participantes, entre agentes de pastoral, líderes comunitários, profissionais de saúde, sindicalistas, gestores de saúde e o secretário municipal de saúde de Manaus, na época Francisco Deodato que destacou as parcerias institucionais já realizadas com a arquidiocese de Manaus em outras campanhas da fraternidade (CNBB, 2012a).

No dia 7 de Janeiro de 2012, ocorreu no Regional Leste 2 da CNBB (Espírito Santo e Minas Gerais) em parceria com o Fórum de Pastorais Sociais um encontro de preparação e animação para a CF-2012 que teve como objetivo refletir sobre a realidade da saúde no Brasil, em especial, dos estados de Minas Gerais e Espírito Santo, além de preparar as lideranças regionais para a Campanha (CNBB, 2012i).

No documento de avaliação da CF-2012 foi informado que a realização dessa campanha da fraternidade levou a realização de trabalhos comunitários conjuntos, reorganização, motivação, criação da Pastoral da Saúde e da Pastoral da Criança onde não existia e presença das pastorais nos conselhos municipais de saúde. Provavelmente outros projetos e ações motivados pela CF-2012 devem estar acontecendo pelo Brasil, contudo não há um canal permanente de comunicação e disponibilização dessas informações. As ações acontecem e, muitas vezes, ficam perdidas em si mesmas ou com pouca divulgação para o público que não participa desses círculos.

g) Demais Sugestões de Ações Transformadoras

Ao final do texto-base da CF-2012, foram apresentadas ações transformadoras como propostas para a Igreja, famílias e sociedade em geral colaborarem para o avanço do sistema de saúde. Nessa parte do trabalho foram selecionadas as propostas que mais se encaminhavam para ações pragmáticas, as demais já foram apresentadas na discussão da dimensão valorativa. Dessa forma, as ações transformadoras com enfoque pragmático foram:

- Trabalhar com as comunidades e grupos pastorais datadas ligadas à saúde, incluindo dias de santos que se empenharam na assistência à saúde, incentivando as comunidades a promoverem seminários, cursos e encontros de conscientização e formação política;
- Criar observatórios locais da saúde, com membros competentes e idôneos, que se tornem referências para a população, acoplando-se a esses observatórios uma estrutura

mínima de ouvidoria, diagnóstico, pesquisa, comunicação e monitoramento das iniquidades em saúde;

- Estabelecer parcerias com Defensoria Pública, Controladoria Geral da União, Advocacia Geral da União, Procons, Ministério Público, Fóruns de Justiça, dentre outros, para denunciar situações de irregularidade na condução da coisa pública;
- Comunicar sistematicamente problemas não resolvidos nos serviços de saúde à Ouvidora do SUS, difundindo o Disque-Saúde (136).
- 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;
- Solicitar aos poderes públicos que garantam a infraestrutura mínima e adequada à realidade local nas unidades de saúde
- 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.
- 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;
- Defender maior formação e vinculação técnica (suprapartidária) aos pretendentes aos cargos de gestores do SUS e propiciar sua capacitação permanente;
- Melhorar a informação e comunicação dos aspectos da saúde pública para com a comunidade em geral;
- Realizar planejamento estratégico e de levantamento de oportunidades de melhorias nas unidades de saúde;
- 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;
- Denunciar 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.

7 LACUNAS DA CAMPANHA DA FRATERNIDADE 2012

“Pedras no caminho? Guardo todas, um dia vou construir um castelo [...]”

(Fernando Pessoa – Pedras no Caminho)

Apesar dos avanços e esforços que foram feitos para que a CF-2012 não fosse uma Campanha da Fraternidade protocolar, ou seja, uma atividade que se iniciasse na quarta-feira de cinzas e terminasse no Domingo de Ramos, restringida aos 40 dias da Quaresma, é necessário levantar algumas lacunas desse processo, aspectos relacionados a potencialidades, dificuldades e desafios. Não se trata de um momento para se mostrar como falhas ou erros, mas sim para se apontar pautas necessárias de discussão e continuidade.

Em primeiro lugar, é importante destacar que o fato de se abordar o tema da saúde pública em uma campanha da fraternidade, não significa que tudo irá se resolver. Nesse ponto, uma questão relevante que se coloca é saber qual o papel e a responsabilidade que a CNBB e as entidades que ela convidou têm com o processo de corrigir, reformar e pensar sobre a política pública de saúde, exigindo mudanças. Esse questionamento é importante, pois nenhuma entidade resolve sozinha as problemáticas vivenciadas pelo SUS. A CF-2012 surgiu como uma oportunidade importante de se conseguir fortalecer e prosseguir com esse diálogo, contudo teve dificuldades e limitações. O seminário nacional e os produtos advindos dele tentaram ser, além de parcerias, também tentativas concretas de continuidade da CF-2012, contudo também tiveram lacunas e dificuldades.

Na parte 5.2 deste trabalho, observou-se uma análise preliminar do avançar da discussão sobre saúde dentro e pela CNBB, caracterizada, inicialmente, por um enfoque somente à pessoa doente (o enfermo), passa, principalmente, na década de 1980, a aprofundar também a discussão da saúde enquanto direito fundamental que precisa ser garantido e, agora, também se acopla a essa dinâmica um enfoque político da saúde ao participar de arenas políticas como o CNS, inclusive disputando sua presidência no ano de 2012, e demais diálogos com lideranças políticas em busca do fortalecimento do SUS. Apesar disso, necessita-se saber mais profundamente quais pautas são levadas e discutidas pelas representações da CNBB nesses espaços políticos da saúde para podermos saber que tipo de debate político ela vem fazendo, quais pautas vem construindo e apoiando, inclusive saber se os posicionamentos levados correspondem a princípios ou consensos dentro da própria entidade ou referem-se mais a posições pessoais de suas representações, não para “diabolizar” as posições individuais, mas para compreender como que o processo político se conforma.

Vale apontar também que a construção da cartilha como um produto de formação política pode vir a se tornar um importante instrumento para empoderamento dos agentes de pastoral da saúde e de diálogo com outros movimentos sociais. Em relação especial aos agentes da Pastoral da Saúde, é relevante incentivar maior articulação entre eles e os agentes comunitários de saúde. Afinal, a Igreja congrega, ao redor de si, uma grande massa de indivíduos e atores estratégicos no cenário da saúde, como, por exemplo, os próprios agentes da pastoral da saúde que, segundo dados de 2012, são cerca de 100.000. Esses indivíduos, aliados aos agentes comunitários de saúde, têm um grande potencial de construir, junto à população, um debate político sobre a saúde. Claro que para isso, a formação política e cidadã desses agentes fazem-se muito importante. Essa estratégia é reforçada pela afirmação do professor Jairnilson Paim que frisou, no Seminário Nacional de maio, que a CF-2012 tem grande potencialidade de capilarização e ampliação do debate sobre saúde em diferentes comunidades do país.

Outra lacuna do processo é simbolizada pela articulação tardia da CNBB com demais pastorais sociais e entidades relacionadas ao movimento sanitário para a construção da CF-2012. A primeira reunião ocorreu somente em 17 de Fevereiro de 2012, uma semana antes da abertura oficial da campanha. Mesmo assim, as atividades construídas pelo grupo de trabalho formado nessa reunião com certeza deram uma cara diferenciada a Campanha. Contudo, muitas das atividades planejadas por esse grupo não foram realizadas, em especial, destacam-se os documentos que deveriam ser assinados pela CNBB e transformados em atos políticos junto com demais movimentos sociais, especialmente a carta destinada à presidência da República e ao Ministério da Saúde. A única carta entregue foi à do STF, que apesar de importante, não gerou nenhuma repercussão, nem pela parte da CNBB, nem do STF, fazendo então com que se tornasse somente uma ação em si mesma.

Outra lacuna a ser destacada refere-se ao gesto concreto de âmbito nacional – apoio ao *Projeto Saúde Mais Dez*. O que esse gesto concreto em âmbito nacional representa? Claro que o apoio da CNBB ao *Projeto Saúde Mais Dez* irá trazer uma vitalidade de assinaturas ao processo, além de simbolizar um apoio político importante. Contudo, esse gesto concreto também possui outro significado, representa a dificuldade não só da CNBB, mas também dos atuais movimentos sociais de conseguirem construir ações e gestos concretos e pragmáticos para se modificar o atual estado da arte do SUS. Dessa forma, apresenta-se como um grande desafio para a CNBB a priorização da saúde em sua agenda pública.

Provavelmente um fator interno à Igreja, mas de grandes repercussões nacionais e internacionais também dificultou uma maior dinamização e expressão da CF-2012, tal fator

trata-se da Jornada Mundial da Juventude. Não sabemos se o direito à saúde e nem a saúde dos jovens serão temas discutidos pela Jornada. Contudo, nos ambientes paroquianos as discussões sobre a Jornada tenderam a ter mais holofotes que as discussões sobre a CF-2012.

Um ponto positivo a ser destacado é que toda campanha da fraternidade possui um instrumento de avaliação, com perguntas abertas e fechadas, respondido pelas dioceses e encaminhados à CNBB. De um total de 267 (arqui)dioceses, 56 responderam ao questionário de avaliação, o que corresponde a um total de 21%. Desse total, 96% consideraram o tema escolhido como oportuno para a realidade brasileira e 76% disseram terem feito um planejamento para a realização das atividades da CF-2012. Além dos materiais disseminados em âmbito nacional, 64% informaram terem produzido material próprio para a Campanha. O texto-base, em uma escala de *'muito bom'*, *'bom'*, *'regular'* e *'fraco'* foi avaliado por esse público como muito bom/bom; em relação à linguagem do material, 49% o classificaram como muito bom, 45% bom e 6% como regular, mesmo assim também foi feita a crítica sobre a necessidade de se fazer materiais com uma linguagem mais simples e a públicos diferenciados (idosos, crianças, jovens...). Outra crítica importante apontada em relação ao texto-base refere-se à necessidade de disponibilizá-lo com maior tempo hábil para a formulação de ações, inclusive com maiores informações sobre o preço e possibilidades de descontos. Essa última avaliação, em especial, caracteriza uma barreira econômica importante de ser revista pela CNBB.

Deve-se frisar também que foi observado que o texto-base em si é muito mais valorativo, entretanto, traz embutido aspectos pragmáticos importantes, principalmente no âmbito da denúncia que mobilizam as ações pragmáticas elencadas no Quadro 1. Inclusive, no âmbito da dimensão valorativa, expõem uma variedade de temas notadamente relevantes, mostrando que além das posições conservadoras amplamente expostas, há também valores e símbolos consonantes com as discussões atuais sobre a saúde do Brasil.

A Campanha da Fraternidade de uma forma geral já se constituiu em um projeto de grande repercussão e mobilização nacional. Entretanto, observou-se uma baixa comunicação da CF-2012 no ambiente da grande mídia. Essa lacuna também foi reforçada nas sugestões apontadas pela avaliação das (arqui)dioceses. Muitas indicaram a necessidade de se ter maior divulgação dos temas na televisão e no rádio, tanto nos meios de comunicação católicos e não-católicos.

Por fim, mesmo relacionados à saúde, há uma variedade de temas ligados à subjetividade e sexualidade, tais como o aborto, que não foram mencionados pela CF-2012. Além de serem pautas, provavelmente, dissonantes entre uma gama de movimentos sociais e a

Igreja, que levariam a compor um leque de questões que enfraqueceriam o debate sobre a defesa da Saúde Pública, Souza (2004) também aponta outro fator. De acordo com esse autor, tais temas não são um consenso nem dentro da própria Igreja, ele indica que houve um congelamento doutrinário, que vem produzindo, desde os anos 1960, “uma defasagem crescente entre orientações doutrinárias e as práticas dos fiéis e inclusive atitudes pastorais ‘de fato’” (SOUZA, 2004, p. 88). Segundo o mesmo autor, muitos teólogos vêm levantando a pauta de desenvolvimento da doutrina, contudo “muita coisa ficou reprimida, oculta e empurrada para a semiclandestinidade dos comportamentos individuais” (SOUZA, 2004, p. 89).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho pretendeu sistematizar o debate político sobre a saúde, ao longo da Campanha da Fraternidade 2012, a partir dos documentos oficiais e reportagens relacionados a essa Campanha. Em uma primeira etapa, o estudo fez uma rápida recuperação referente ao papel sócio-histórico da Igreja no Brasil. Em seguida, debruçou-se sobre os materiais oficiais e reportagens para poder analisar essas informações e sistematizar as principais ações políticas. Por fim, apresentamos algumas lacunas no processo que se configuram como desafios a serem encarados pela CNBB.

Sabemos que este estudo apresentou limitações, tais como, o fato de se debruçar sobre uma Campanha da Fraternidade bem recente o que não permitiu um distanciamento temporal tão grande do objeto. Além disso, no decorrer do trabalho, surgiu uma série de documentos que poderiam colaborar para a análise, contudo, em um primeiro ensaio sobre o tema, não tivemos tempo hábil para uma análise mais ampla, além do que foi delimitado no início do projeto. Entendido o papel de destaque desempenhado pelas Pastorais da Saúde e da Criança, também cabe um futuro trabalho aprofundando-se sob as ações dessas instâncias, tanto para compreender essas ações no espaço micro como também seus links com a CF-2012. Por fim, complementar as análises documentais desse trabalho, a realização de entrevistas, previamente aprovadas por um Comitê de Ética em Pesquisa, com atores-chave, como, por exemplo, com o representante da CNBB no Conselho Nacional de Saúde e os bispos de referência da Pastoral da Criança e da Saúde.

Mesmo assim, deve-se destacar, como apontado pelo presente trabalho, que a saúde segundo a Constituição é uma garantia social e de direito universal. Deve-se lembrar também que o SUS é uma política de saúde em disputa, diretamente relacionada com a correlação das principais forças políticas. Conforme sinaliza Merhy (2012, p. 268), “o SUS se constitui em um campo de práticas sociais, situado sob uma superfície de tensões que o posiciona como lugar permanente de disputas, sociais e históricas”. Dessa forma, essa Campanha da Fraternidade da CNBB surge em boa hora, pois é preciso colocar a questão do direito à saúde, bem como a sua negação e os sofrimentos que isto provoca, de novo na agenda pública. Vale destacar também que a própria Igreja é uma instituição inserida na vida social e está sujeita às pressões de interesses contraditórios.

Em um momento de aparente crise da mobilização social, é importante mapearmos os espaços nos quais a população encontra-se reunida e fazer, desses locais, ambientes estratégicos para a discussão das necessidades de saúde e fortalecimento do SUS. A Igreja no

Brasil, sem dúvida, tem esses espaços, e a otimização desses locais para o início desse debate parece uma boa saída. Afinal, há também a necessidade de empoderamento dos mais pobres, em termos de reivindicação (cidadania), com vistas a se construir algo concreto que force a garantia o direito básico à saúde.

É importante também lembrar, como sinaliza Azevedo (2004) que embora a Igreja se constitua em fonte de poder, diferentemente do passado, não busca exercê-lo de forma direta. E, mesmo que o buscasse, possivelmente não conseguiria, tendo em vista a consolidação do processo democrático e do pluralismo religioso no conjunto da sociedade brasileira. Hoje, a Igreja age de modo a influir na política e nas políticas, com base em sua mensagem religiosa e sociopolítica. Vale ressaltar que no ambiente da Igreja se cruzam diferentes tendências que têm a ver com a diversidade social, política, cultural e espiritual da sociedade mais ampla onde ela se insere

Sem dúvida, a união das pastorais sociais e do movimento sanitário para se tentar construir uma pauta consensual mínima em defesa da saúde pública e do SUS foi um avanço. Contudo, alguns questionamentos se apresentam, tais como, a CNBB (alta cúpula) irá seguir em frente com essa bandeira? Irá fazer com que a CF-2012 extrapole o ano de 2012? Irá entrar no jogo em defesa do SUS, junto às principais representações políticas, encabeçando os atos políticos com as pautas construídas coletivamente? Nota-se que a CNBB tem prezado pelas questões educativas, de formação em saúde, porém também é importante que ela atue na articulação com os poderes de Estado, é preciso que a CNBB fale do assunto e também se exponha. Além das pautas do Vaticano, é importante que a Igreja Brasileira defenda as pautas inseridas no contexto socioeconômico do Brasil.

Compreendemos que lutar pelo fortalecimento do SUS é também, na prática, trazer para a mesa de negociação vários atores, dentre os quais, destaca-se, no Brasil, a Igreja Católica, em especial, a CNBB e suas pastorais sociais. O diálogo iniciado entre a CNBB, pastorais sociais e demais movimentos sociais motivados pela CF-2012 não pode findar nem com o domingo de Páscoa, nem com o término de 2012. Apesar das dificuldades, devemos lembrar que nada é estático, como afirma Konder (2000, p. 105) “todo processo histórico pressupõe permanência e mudança, continuidade e ruptura”.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. B.; CENDON, B. V.; PINHEIRO, M. M. K. Princípios metodológicos para a caracterização da dimensão pragmática de documentos no desenvolvimento de ontologias biomédicas. **Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v.22, n.1, p. 105-117, jan./abr. 2012. Disponível em: <<http://www.ies.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/view/10361>>. Acesso em: 03 jan. 2013.

AZEVEDO, D. Desafios estratégicos da Igreja Católica. **Lua Nova**, São Paulo, n. 60, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n60/a04n60.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2013.

AZEVEDO, D. A Igreja Católica e seu papel político no Brasil. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 18, n. 52. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v18n52/a09v1852.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2013.

BENTO, XVI (Joseph Ratzinger). Discurso na Assembleia do Pontifício Conselho para a Pastoral no campo da saúde. **L'Osservatore Romano**, 22 mar. 2007. Disponível em: <http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/speeches/2007/march/documents/hf_ben-xvi_spe_20070322_pc-salute_po.html>. Acesso em: 01 fev. 2013.

BRASIL. (Constituição 1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

CÂMARA. H., Arcebispo, 1909-1999. A CNBB nasceu assim. **Comunicado Mensal da CNBB**, n. 302, nov. 1977.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE, 11., 2000, Brasília, DF. **Legislação básica do SUS**. Brasília, DF: [s. n.], 2000.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL (CNBB). Arquidiocese de Manaus promove seminário preparatório para CF/2012. **CNBB Notícias**, 30 jan. 2012a. Disponível em: <<http://www.cnbb.org.br/site/campanhas/fraternidade/8560-arquidiocese-de-manaus-promove-seminario-preparatorio-para-cf2012>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

_____. Campanha da Fraternidade: 49 anos de amor ao próximo e referência democrática. **CNBB Notícias**, 16 fev. 2012b. Disponível em: <<http://www.cnbb.org.br/site/campanhas/fraternidade/8718-campanha-da-fraternidade-49-anos-de-amor-ao-proximo-e-referencia-democratica>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

_____. Campanha da Fraternidade sobre saúde pública será aberta na quarta-feira de Cinzas. **CNBB Notícias**, 17 fev. 2012c. Disponível em: <<http://www.cnbb.org.br/site/campanhas/fraternidade/8726-campanha-da-fraternidade-sobre-saude-publica-sera-aberta-na-quarta-feira-de-cinzas>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL (CNBB). CF-2012: Secretário da CNBB destaca avanços e desafios à saúde pública no país. **CNBB Notícias**, 23 fev. 2012d. Disponível em: <<http://www.cnbb.org.br/site/campanhas/fraternidade/8733-cf-2012-secretario-da-cnbb-destaca-avancos-e-desafios-a-saude-publica-no-pais>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

_____. Câmara dos Deputados realiza sessão solene sobre CF/2012. **CNBB Notícias**, 26 mar. 2012e. Disponível: <<http://www.cnbb.org.br/site/campanhas/fraternidade/8931-camara-dos-deputados-realiza-sessao-solene-sobre-cf2012>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

_____. **Campanha da Fraternidade 1981**: saúde para todos: texto-base. Brasília: CNBB, 1980.

_____. **Campanha da Fraternidade 2012**: fraternidade e saúde pública: texto-base. Brasília: CNBB, 2011.

_____. Consep aprova texto-base e cartaz da CF-2012. **CNBB Notícias**, 15 jun. 2011. Disponível em: <<http://www.cnbb.org.br/site/campanhas/fraternidade/6863-consep-aprova-texto-base-e-cartaz-da-cf-2012>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

_____. **Documento 14**: Pastoral da União dos enfermos. 17ª Assembleia Geral. Brasília: Edições Paulinas, 1979.

_____. **Documento 42**: exigências éticas da ordem democrática. 27ª Assembleia Geral. Brasília: Edições Paulinas, 1989.

_____. **Documento 50**: ética: pessoa e sociedade. 31ª Assembleia Geral. Brasília: Edições Paulinas, 1993a.

_____. **Documento 51**: Pronunciamentos da CNBB 88 a 92. São Paulo: Edições Paulinas, 1993b.

_____. **Documento 67**: Eleições 2002: propostas para reflexão. 39ª Assembleia Geral. Brasília: Edições Paulinas, 2001.

_____. Frente Nacional de Prefeitos e CNBB discutem Campanha da Fraternidade 2012. **CNBB Notícias**, 29 mar. 2012f. Disponível: <<http://www.cnbb.org.br/site/campanhas/fraternidade/8955-frente-nacional-de-prefeitos-e-cnbb-discutem-campanha-da-fraternidade-2012>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

_____. Ministro da Saúde participa da abertura da Campanha da Fraternidade 2012. **CNBB Notícias**, 22 fev. 2012g. Disponível em: <<http://www.cnbb.org.br/site/campanhas/fraternidade/8731-ministro-da-saude-participa-da-abertura-da-campanha-da-fraternidade-2012>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

_____. Nota em defesa dos direitos dos povos indígenas. **CNBB Notícias**, 30 ago. 2012. Disponível em: <<http://www.cnbb.org.br/site/imprensa/sala-de-imprensa/notas-e-declaracoes/10162-cnbb-emite-note-em-defesa-dos-direitos-dos-povos-indigenas>>. Acesso em: 01 fev. 2013.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL (CNBB). Pastoral da Saúde. **A Pastoral da Saúde e o controle social no SUS do Brasil**. Rio de Janeiro: CNBB, 2010/2011.

_____. Pastoral da Saúde. **Plataforma em defesa da saúde pública: Mais direito! Mais saúde! Saúde é direito, não é favor!** Apoio: Programa Justiça Econômica. Equipe responsável: Pe Ari Antonio dos Reis; Guilherme Delgado; Eduardo Fagnani; Luciane Udovic; Bianca Borges; Geniberto Paiva e Sebastião Venâncio. Agosto de 2012. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/Cartilha_saude_cnbb.pdf>. Acesso em 05 jan. 2013.

_____. **Pastoral da saúde**. São Paulo: Edições Paulinas, 1979. (Série Estudos da CNBB).

_____. Pastoral das favelas do Rio estuda tema da CF 2012. **Notícias CNBB**, 13 mar. 2012h. Disponível em: <<http://www.cnbb.org.br/site/campanhas/fraternidade/8847-pastoral-das-favelas-do-rio-estuda-tema-da-cf-2012>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

_____. Regional Leste 2 promove encontro em preparação para a Campanha da Fraternidade. **Notícias CNBB**, 11 jan. 2012i. Disponível em: <<http://www.cnbb.org.br/site/campanhas/fraternidade/8469-regional-leste-2-promove-encontro-em-preparacao-para-a-campanha-da-fraternidade>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

_____. Seminário recolhe propostas para a saúde pública no Brasil. **Notícias CNBB**, 18 maio 2012 Disponível em: <http://www.cnbb.org.br/site/comissoes-episcopais/caridade-justica-e-paz/9352-seminario-recolhe-propostas-para-a-saude-publica-no-brasil>. Acesso em: 25 jan. 2013.

_____. Sessão especial do Senado celebra Campanha da Fraternidade de 2012. **Notícias CNBB**, 19 mar. 2012. Disponível em: <<http://www.cnbb.org.br/site/campanhas/fraternidade/8884-sessao-especial-do-senado-celebra-campanha-da-fraternidade-de-2012>>. Acesso em 10 nov. 2012.

CONFERÊNCIA Nacional dos Bispos lança Campanha da Fraternidade 2012. **G1**, fev. 2012. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2012/02/conferencia-nacional-dos-bispos-lanca-campanha-da-fraternidade-2012.html>>. Acesso em: 09 fev. 2013.

CUBAS, C. J. Cartas de política, cartas de fé: inserção social e vida religiosa entre 1960 e 1990. **Tempo**, v. 12, n. 24, p. 149-172, 2008.

DELGADO, G. C.; CASTRO, J. A. Direitos sociais no Brasil sob risco de desconstrução. **IPEA: Políticas Sociais - Acompanhamento e Análise**, n. 9, nov. 2004. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps_09/ENSAIO2_Guilherme.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2013.

DOM MAURO Morelli: o alimento é o caminho da paz: em torno dele, ou nos entendemos ou todos nós morreremos. **Informe ENSP**, 13 mar. 2006. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/15692>>. Acesso: 30 dez 2012.

SCOREL, S. Equidade em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>>. Acesso em: 28 jan 2013.

GIUMBELLI, E. A presença do religioso no espaço público: modalidades no Brasil. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rs/v28n2/a05v28n2.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA IBGE). Censo 2010: número de católicos cai e aumenta o de evangélicos, espíritas e sem religião. **Comunicação Social IBGE**, 29 jun. 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2170>. Acesso em: 30 dez. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE PASTORAL. Gênese e consolidação da CNBB no contexto de uma Igreja em plena renovação. *In*: INSTITUTO NACIONAL DE PASTORAL (org.). **Presença pública da Igreja no Brasil (1952-2002)**: jubileu de ouro da CNBB. São Paulo: Edições Paulinas, 2003.

JACOBI, P. Movimentos sociais urbanos no Brasil: reflexão sobre a literatura nos anos 70 e 80. **BIB**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 18-34, 1987. Disponível em: <<https://www.anpocs.com/index.php/bib-pt/bib-23/387-movimentos-sociais-urbanos-no-brasil-reflexao-sobre-a-literatura-nos-anos-70-e-80/file>>. Acesso em: 11 fev. 2013.

KONDER, L. **Os sofrimentos do “homem burguês”**. São Paulo: SENAC, 2000.

LEVY, C. Influência e contribuição: a igreja católica progressista brasileira e o fórum social mundial. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rs/v29n2/v29n2a09.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2013.

LUNA, N. Aborto e células-tronco embrionárias na campanha da fraternidade: ciência e ética no ensino da Igreja. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 25, n. 74, out. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v25n74/a06v2574.pdf>>. Acesso em 09 jan. 2013.

LUPI, J. A nova era na Igreja católica. **Revista Brasileira de História das Religiões**, v. 5, n. 14, set. 2012. Disponível em: <<http://www.dhi.uem.br/gtreligiao/pdf13/12.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2013.

MARTINS, A. A. A pastoral da saúde e sua importância no mundo da saúde: da presença solidária ao transcender a dor e o sofrimento. **Mundo Saúde**, v. 34, n. 4, p. 547-552, out./dez. 2010.

MEDEIROS, C. Q. Saúde como direito social e a cláusula da reserva do possível: conflitos entre poderes. *In*: Direito/UNP, 2009. Disponível em: <<http://www.cchla.ufrn.br/humanidades2009/Anais/GT08/8.1.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2013.

MENEZES, R. A.; GOMES, E. C. Uma "morte suave": valores religiosos e laicos nos discursos sobre ortotanásia. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rs/v32n2/05.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2013.

MENEZES NETO, A. J. A Igreja Católica e os movimentos sociais do campo: a Teologia da Libertação e o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. **Cadernos CRH**, Salvador, v. 20, n. 50, ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v20n50/v20n50a10.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2013.

MERHY, E. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n2/a02v21n2.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2013.

MONTERO, P. Religião, pluralismo e esfera pública no Brasil. **Novos estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 74, mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/nec/n74/29639.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2013.

PAIM, J. S. Atención de la salud em Brasil. In: _____. **Desafios para la salud colectiva en el siglo XXI**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2011. p. 13-43.

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 99779, p. 1778-1797, may 2011. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/abstract)>. Acesso em: 20 dez. 2012.

PAIM, J. S. O futuro do SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 612-613, abr, 2012.

PINHEIRO, J. E. Tempos da Constituinte (1987/1988). In: _____. **Memória e missão: experiências de vida**. São Paulo: Paulinas, 2009. p. 195-199.

RELATORIA final do Seminário Nacional sobre a Campanha da Fraternidade organizado pela CNBB e entidades parceiras. Brasília: 18 e 19 de maio de 2012.

SEIDL, E. Um discurso afinado: o episcopado católico frente à "política" e ao "social". **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 13, n. 27, jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ha/v13n27/v13n27a07.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2013.

SILVA, C. N. Igreja Católica, assistência social e caridade: aproximações e divergências. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 15, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n15/a12v8n15.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2013.

SILVA, C. N.; LANZA, F. Sociedade de São Vicente de Paulo: caridade católica aos problemas sociais? **História**, Franca, v. 29, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/his/v29n1/04.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2013.

SILVEIRA, D. C. Teoria da justiça de John Rawls: entre o liberalismo e o comunitarismo. **Trans/Form/Ação**, Marília, v. 30, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/trans/v30n1/v30n1a11.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2013.

SOUSA, J. J. V. Impasses e controvérsias na construção da memória histórica da igreja católica no Brasil. **Passagens**, v. 3, n. 2, p. 203-216. 2011.

SOUZA, A. R. Igreja Católica e mercados: a ambivalência entre a solidariedade e a competição. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, jul. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rs/v27n1/a07v27n1.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2013.

SOUZA, L. A. G. As várias faces da Igreja Católica. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 18, n. 52, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v18n52/a07v1852.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2013.

SOUZA, S. P.; PEREIRA, J. B. A Igreja católica e as organizações e movimentos sociais na diocese de ipameri (go): partilhando utopias. **Revista Brasileira de História das Religiões**, v. 2, n. 6, p. 257. 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/RbhrAnpuh/article/view/30316/15905>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2013.

WHITAKER, C. A contribuição da Igreja Católica do Brasil para a democracia participativa. In: LESBAUPIN, I.; PINHEIRO, J. E. (org.). **Democracia, Igreja e cidadania: desafios atuais**. São Paulo: Edições Paulinas, 2010.

Sites visitados:

<http://www.catequisar.com.br/texto/materia/fraternidade/01.htm> Acesso em: 20 dez. 2012.

<http://domeugeniosales.webnode.com.br/origem-da-campanha-da-fraternidade/> Acesso em: 20 dez. 2012.

<http://www.cnbb.org.br/site/articulas/dom-anuar-battisti/8843-saude-publica-questao-de-vida-e-morte> Acesso em: 20 dez. 2012.

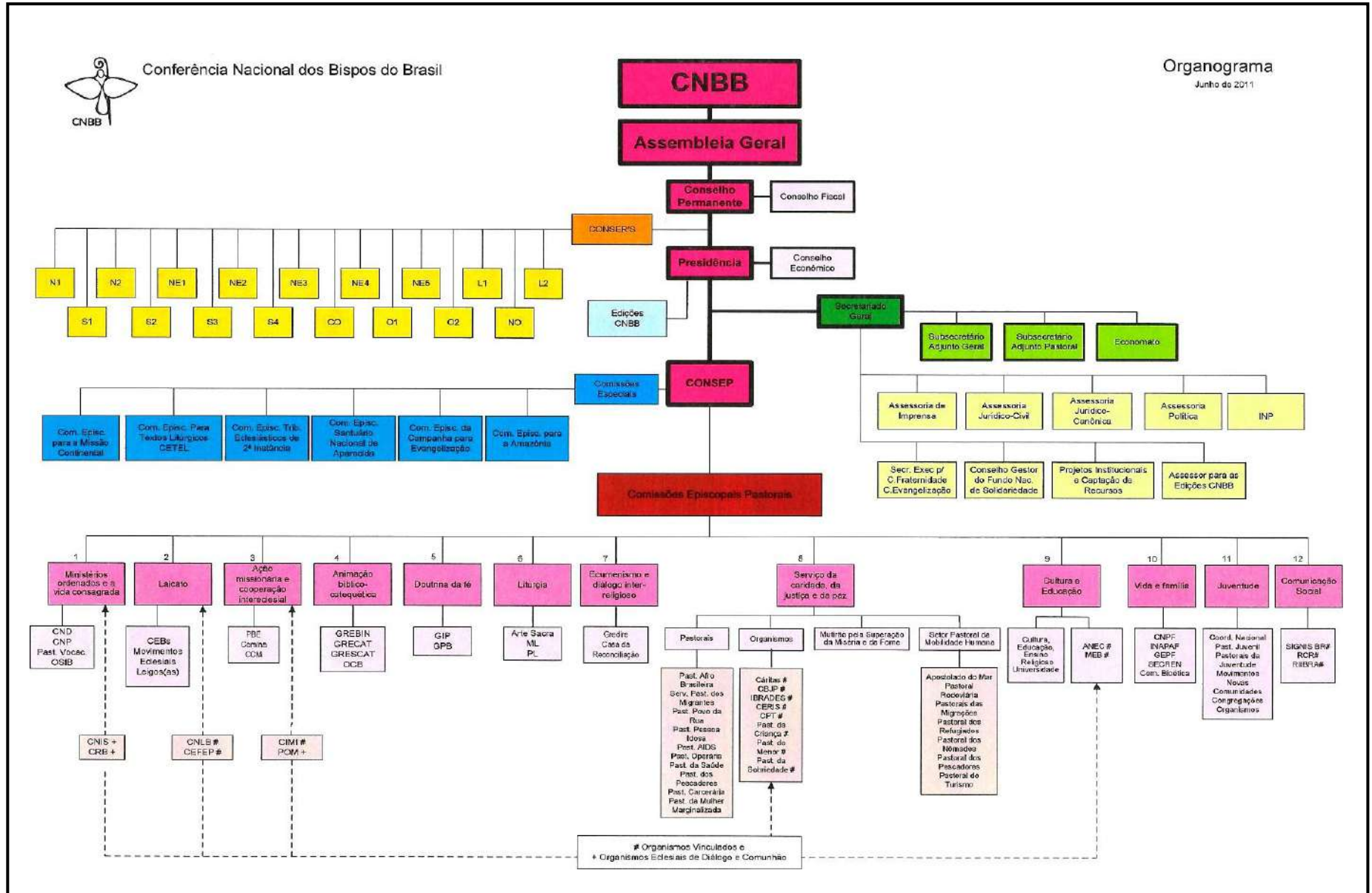
<http://www.humanizacarangola.com/sobre-nos/> Acesso em: 28 jan. 2013.

<http://www.semanasocialbrasileira.org.br/quem-somos/historia> Acesso em: 28 jan. 2013.

<http://wiki.cancaonova.com/index.php/Quaresma> Acesso: 10 nov. 2012.

ANEXOS

ANEXO A – ORGANOGRAMA



ANEXO B – PROPOSTAS E ENCAMINHAMENTOS PACTUADOS DURANTE A REUNIÃO DE ARTICULAÇÃO DA CF-2012 EM 17/02/2012

- Atividade de formação: construir um seminário nacional para fomentar o debate sobre saúde pública.
- Articulação com os grupos de discussão sobre a saúde de grupos vulneráveis (moradores de rua, ciganos, indígenas, população negra, etc.) do Ministério da Saúde.
- Participar do encontro do CIMI sobre povos indígenas.
- Promover via CNBB, um abaixo assinado, semelhante o da ficha limpa, sobre reformas na saúde, principalmente sobre o financiamento.
- Criar documentos, dirigidos aos três poderes da União, que espelhem o conjunto de demandas sobre saúde pública assinado pelos movimentos sociais, pastorais e demais entidades que participam da CF.
- A CNBB puxar uma audiência pública com a Dilma e demais autoridades políticas cujo tema fosse a saúde.
- Promover nas cidades e dioceses debates políticos com autoridades sanitárias e políticas sobre a saúde pública, com vistas a não gerar plataforma política para os candidatos já que trata-se de ano eleitoral, mas sim promover o debate crítico entre a população para exigibilidade dos seus direitos
- Incentivar a criação de observatórios locais da saúde onde participem igrejas, pastorais, ONGs, cidadãos entre outros, criando ferramentas de monitoramento e denúncia sobre sucateamento, desvios de fundos e etc.
- Organizar evento de mobilização no dia 07/04 (Dia Mundial da Saúde); Exigir que os gestores de saúde também tenham Ficha Limpa.
- Participar da Marcha dos Prefeitos em Brasília e do Congresso dos Secretários Municipais de Saúde.
- Unir a Campanha da Fraternidade 2012 à Campanha contra o uso dos Agrotóxicos principalmente para se fazer o debate sobre hábitos saudáveis.
- Fazer estratégia de comunicação via redes sociais e outros meios populares. Fortalecer o debate sobre a saúde pública dentro da Assembleia Popular.
- Incluir considerações do grupo no pronunciamento que a CNBB fará na quarta-feira de cinzas (momento de abertura oficial da Campanha da Fraternidade).
- Criação de um grupo de trabalho para amadurecer os encaminhamentos e organizar o seminário nacional.