

# A PASTORAL DA SAÚDE E O SUS: PARA QUE TODOS TENHAM VIDA EM ABUNDÂNCIA

Jaqueline Sena Durães<sup>1</sup>  
Waldir de Souza<sup>\*\*</sup>

**RESUMO:** A Constituição Federal garante a todos os cidadãos participação ativa no processo de proposição de políticas públicas para a saúde pela participação nos conselhos locais de saúde. Este artigo propõe o diálogo entre Pastoral da Saúde e SUS para efetivar a participação da comunidade. Utilizou-se o método da revisão de literatura sobre saúde pública no Brasil e no mundo. Pesquisou-se ainda a Pastoral da Saúde em suas dimensões e como ela participa nos Conselhos Locais. Em Curitiba os resultados foram positivos, pois grande parte dos presidentes dos Conselhos Locais faz é da Pastoral da Saúde.

**Palavras Chaves:** SUS. Pastoral da Saúde. Conselho Local.

**Área de Concentração:** Bioética

**ABSTRACT:** The Federal Constitution guarantees all citizens participate actively in the process of proposing policies for public health participation in local health councils. This article proposes a dialogue between Pastoral of Health and SUS to effect community participation. We used the method of literature review on public health in Brazil and worldwide. We also searched for the Pastoral Health in its dimensions and how it participates on Local Councils. In Curitiba the results were positive, since most of the presidents of local councils it is in the Pastoral of Health.

**Keywords:** SUS. Pastoral of Health. Local Health Council.

**Area of concentration:** Bioethics

## INTRODUÇÃO

<sup>1</sup> Formada em Letras Português-Inglês pela Universidade Tuiuti do Paraná. Pós-graduada em Ética e Educação com ênfase em Teologia Moral. Graduanda do oitavo período do Curso de Bacharelado em Teologia pela PUCPR. Trabalha como técnica de Laboratório no Hospital de Clínicas da UFPR e atua como agente da Pastoral da Saúde. E-mail: [jaqueline duraes@yahoo.com.br](mailto:jaqueline duraes@yahoo.com.br).

Doutor em Teologia pela PUC-Rio. Professor do Programa de Pós-graduação em Teologia da PUCPR. Professor de Antropologia Teológica, Bioética e Teologia Moral do Bacharelado em Teologia da PUCPR. Membro do Comitê de Ética e Pesquisa no Uso de Animais da PUCPR. Endereço Institucional: Imaculada Conceição, 1155 – Prado Velho CEP: 80215901. E-mail: [waldir.souza@pucpr.br](mailto:waldir.souza@pucpr.br).



## II Congresso de Humanização I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:



O presente artigo é uma revisão de literatura sobre o SUS e a Pastoral da Saúde. O objetivo do trabalho é destacar a importância da participação efetiva da Pastoral da Saúde nos conselhos locais e do diálogo entre Pastoral da Saúde e SUS tendo como foco uma espiritualidade enraizada na vida concreta das pessoas e das comunidades para que, juntos, possam articular ações que permitam o cuidado integral do ser humano e, assim, poder realmente levá-lo à plenitude. Propõe-se, a princípio uma espiritualidade com os pés no chão, para, ao final poder alcançar uma espiritualidade transcendental. O projeto justifica-se porque o conceito de saúde proposto pela VIII Conferência Nacional de Saúde é ampliado, pois além de considerar a saúde como um bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença também admite outros fatores responsáveis pela saúde integral do ser humano como: alimentação, moradia, saneamento básico, entre outros. A Pastoral da Saúde entende que o ser humano integral possui quatro dimensões: a dimensão física, mental, social e espiritual. Só quando todas as dimensões são contempladas é que se pode pensar num bem-estar integral. A mudança de conceito de saúde fez com que se mudasse o foco, ou seja, não devemos cuidar da doença, mas da pessoa doente por inteiro. Por isso não podemos ver a saúde como um produto fornecido pelo médico e sim como algo inerente ao ser humano integral.

Nesse artigo trata-se de alguns antecedentes do SUS, seja a nível Internacional, seja a nível Nacional. Considerando-se que o SUS é o resultado de muitas discussões e debates em torno do tema da saúde. Toma-se como referência alguns eventos importantes e norteadores tais como a Declaração Universal dos Direitos Humanos(1948), A Declaração de Alma-Ata (1978), a VIII Conferência Nacional de Saúde e Carta de Ottawa (1986).

Antes do SUS o Brasil tinha um sistema de saúde previdenciário. Faz-se uma retrospectiva desde o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) até o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) que foi o embrião do SUS antes dele se tornar uma lei constitucional.



## **II Congresso de Humanização** **I Jornada Interdisciplinar de Humanização**

**Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.**

Realização:



Apoio:



Apoio:



Na sequência aborda-se a Pastoral da Saúde, sua fundamentação, missão e proposta do CELAM e de sua atividade no Brasil. Por fim e não menos importante trata-se da questão da Pastoral da Saúde em relação à espiritualidade enquanto dimensão transcendente do ser humano, completando a espiritualidade pé no chão.

## 1. ANTECEDENTES NORTEADORES DO SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado em 19 de setembro de 1990. Tem apenas 23 anos. Logo, seria injusto começar este artigo falando propriamente do SUS sem antes retomarmos um pouco alguns antecedentes na trajetória da Saúde Pública Mundial e no Brasil, pois, seria uma ingenuidade imaginar que o SUS foi criado do nada. Sem o reconhecimento de uma trajetória de eventos no passado corre-se o risco de reduzir o SUS a um sistema único e isolado, ou, o que é mais comum, de se endeusá-lo por não conhecer a história por trás desse sistema.

Com a Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948 a saúde adquiriu um aspecto novo, se antes era entendida como uma responsabilidade individual e coletiva, a partir do documento dos direitos humanos passa a ser reconhecida como um direito da pessoa e um dever do Estado, o governo deve assumir a missão criando um Serviço Nacional de Saúde, não apenas com recursos dos trabalhadores.

A partir do reconhecimento da saúde como um direito as Conferências sobre saúde tomaram um novo rumo. Embora tenha havido outras, tomamos como referência primeira a Declaração de Alma-Ata, na antiga URSS, atual Rússia, no ano de 1978 por ter sido uma Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. Pode-se dizer que essa declaração tenha sido uma das primeiras sementes no conceito de saúde adotado pelo SUS porque



## II Congresso de Humanização I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:



além de reafirmar que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença, enfatiza que:

é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (ALMA ATA, 1978, I).

Hoje o conceito de saúde tem sido ampliado, porém, em 1978, foi um avanço reconhecer que a saúde deveria ser a meta social mundial mais importante requerendo a atuação de outros setores sociais e econômicos e não só do setor da saúde. Em Alma-Ata estabeleceu-se que:

desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial (ALMA-ATA, 1978, III).

Foi também a Declaração de Alma-Ata que, além de entender a saúde como um direito também propôs a participação popular como um dever, individual ou coletivo, no planejamento e na execução dos cuidados de saúde. A meta de Saúde para Todos no ano 2000 tinha como foco que o Estado se responsabilizasse pela formulação de medidas sanitárias e sociais comprometidas com a melhoria da vida social e econômica das pessoas, por isso, coloca os cuidados primários de saúde como a chave para o desenvolvimento no “espírito da justiça social” (ALMA-ATA, 1978, V).

A ideia de unidades locais de saúde também é uma proposta de Alma-Ata. Propõe que as pessoas sejam atendidas próximas às localidades de residência ou trabalho e haja um trabalho continuado no processo de assistência. De acordo com o documento os Cuidados Primários vão além do setor da saúde, pois envolvem

todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de



## **II Congresso de Humanização** **I Jornada Interdisciplinar de Humanização**

**Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.**

Realização:



Apoio:



Apoio:



alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores. (ALMA-ATA, 1978, VII-4).

Nota-se que houve um processo no entendimento da saúde que foi se aperfeiçoando e, aos poucos se delineando até chegarmos ao que temos hoje. O SUS é, então, resultado de muitas discussões, não só a nível nacional, como, internacional. A influência da Declaração Universal dos Direitos Humanos, da Declaração de Alma-Ata foi muito importante para o atual modelo do nosso sistema de saúde.

Logo se percebe que muito do que foi assumido pelo SUS já estava proposto em Alma-Ata, dez anos antes da Constituição Federal ter sido promulgada, ou seja, as ações em saúde pública são demoradas e um trabalho em políticas públicas na área de saúde requer muita paciência e trabalho árduo e, o SUS nada mais é do que uma resposta ao que se pediu em Alma-Ata.

A declaração termina fazendo um apelo à comunidade internacional e nacional no sentido de que

os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional. Exorta os governos, a OMS e o UNICEF, assim como outras organizações internacionais, entidades multilaterais e bilaterais, organizações governamentais, agências financeiras, todos os que trabalham no campo da saúde e toda a comunidade mundial a apoiar um compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários de saúde e a canalizar maior volume de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento. A Conferência concita todos a colaborar para que os cuidados primários de saúde sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos, de acordo com a letra e espírito desta Declaração.

O Brasil acolheu a proposta de Alma-Ata, e, com o SUS, tem buscado efetivar e cumprir as metas estabelecidas. A meta de Alma Ata era que no ano de 2000 houvesse saúde para todos. Claro que ainda há muito para ser melhorado, mas, não se pode negar que o Sistema Único de Saúde foi um grande salto na qualidade de saúde do país e um modelo almejado por outros países.



## **II Congresso de Humanização** **I Jornada Interdisciplinar de Humanização**

**Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.**

Realização:



Apoio:



Apoio:



Em 1986 tivemos dois eventos sobre saúde muito importantes. Um a nível nacional, que foi a VIII Conferência Nacional de Saúde em março e, em novembro a 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde.

A VIII Conferência Nacional debateu principalmente três temas: a necessidade de mudança no sistema de saúde transcende os limites de uma reforma administrativa e financeira e propõe a ampliação do

conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencionado chamar a Reforma Sanitária (VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986).

O segundo tema debatido foi sobre a estatização ou não do sistema de saúde e se deveria ocorrer de imediato ou gradativamente. A proposta de ser imediata foi recusada. A proposta já previa a criação de um sistema único de saúde que deveria ser representado, a nível federal, por um ministério específico. Na proposta do sistema único previa a descentralização da gestão dos serviços, a integralidade das ações, participação da população, o fortalecimento do papel do município, dentre outros. No que diz respeito ao acesso propõe a universalização do serviço, começando pelas populações mais carentes e desassistidas para, aos poucos ir para os centros urbanos; a equidade em relação ao acesso; atendimento de qualidade, assistência psicológica sem discriminação. Aqui aparece, já, um esboço para o campo da psicologia no Sistema Único de Saúde. Propõe também como o sistema deve dispor do quadro de funcionário: remuneração condigna, capacitação e reciclagem, estabilidade de emprego, equipe multiprofissional.

Pode-se dizer que, dois anos antes da Constituição Federal, a Reforma Sanitária já andava a galope, e, muito do que foi proposto foi assimilado pelo SUS.

O terceiro tema era sobre a separação entre Saúde e Previdência. Foi um tema bastante polêmico, segundo o relatório final da conferência, porém, não abordaremos aqui por não ser relevante para o nosso tema em questão.



## **II Congresso de Humanização** **I Jornada Interdisciplinar de Humanização**

**Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.**

Realização:



Apoio:



Apoio:



Outro tema discutido foi o financiamento e a participação da iniciativa privada, porém, não houve consenso e se deliberou que seria necessário um aprofundamento.

De acordo com a VIII Conferência Nacional de Saúde “a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde” (1986). Um conceito muito mais amplo do que o conceito da OMS porque aborda a saúde num contexto sócio-econômico e por isso transcende o bem-estar físico, mental e social que tem por trás de si uma ideologia capitalista e individualista. Coloca o enfoque sobre a sociedade e a comunidade e tem por objetivo proporcionar saúde e não apenas tratar doenças (PESSINI, 1986, p.36; BACHIFONTAINE, 1999, p.29).

A 1ª Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde aconteceu no Canadá na cidade de Ottawa em novembro de 1986. Dessa Conferência saiu uma carta de intenções objetivando ainda a proposta de Saúde para Todos no ano 2000. A carta foi uma resposta às crescentes expectativas no âmbito da saúde pública em todo o mundo. Debateram-se os avanços obtidos desde Alma-Ata em relação aos Cuidados Primários em Saúde, o documento da OMS sobre Saúde para Todos e sobre o debate ocorrido na Assembleia Mundial de Saúde sobre as ações intersetoriais necessárias para o setor.

Foi dado o nome de “Promoção da Saúde” para as ações de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde e incluiu-se uma proposta de maior participação no controle social no processo. A carta propõe alguns pré-requisitos essenciais para a saúde: Paz, Habitação, Educação, Alimentação e Renda ecossistema estável – recursos sustentáveis - justiça social e equidade. “O incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos” (CARTA DE OTTAWA, 1986). Segundo o documento:

A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais,



## **II Congresso de Humanização** **I Jornada Interdisciplinar de Humanização**

**Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.**

Realização:



Apoio:



Apoio:



comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. As ações de promoção da saúde objetivam, através da defesa da saúde, fazer com que as condições descritas sejam cada vez mais favoráveis. (CARTA DE OTTAWA, 1986)

Em resumo, a carta de Ottawa apresenta aquilo que se quer de uma saúde pública de qualidade para todos e com equidade.

Isto inclui uma base sólida: ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. As pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde, o que se aplica igualmente para homens e mulheres (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Nas propostas de promoção de saúde Ottawa coloca que, como prioridade na pauta dos políticos e dirigentes de todos os níveis e setores, seja colocada a política de promoção de saúde combinando com ações e abordagens complementares incluindo uma legislação, medidas fiscais, taxaço e mudanças organizacionais.

É uma ação coordenada que aponta para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais. As ações conjuntas contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis (CARTA DE OTTAWA, 1986).

## 2. OS SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL ANTES DO SUS

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) o Brasil tinha um sistema de saúde previdenciário que dividia a população em dois grupos: o grupo dos previdenciários, que pagavam a previdência e o grupo dos não previdenciários. Na prática aqueles que pagavam a previdência tinham maior facilidade de acesso, ainda que precário, aos serviços ambulatoriais e hospitalares providos pelo INAMPS. Já os não-previdenciários tinham o acesso limitado a alguns serviços hospitalares ou em hospitais filantrópicos. Dessa



## II Congresso de Humanização I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:





maneira a população estava dividida em uma população de 1ª classe e outra de 2ª classe, era uma divisão injusta.

O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde limitavam-se a desenvolver ações de promoção à saúde apenas nas campanhas de vacinação e no controle de endemias, e, mesmo assim de maneira bastante reduzida pois dependiam de poucos hospitais e da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) para trabalharem nas campanhas. Os indigentes dependiam da assistência das entidades caritativas que eram prestadas por instituições de caráter filantrópico como as Santas Casas.

O INAMPS aplicava nos Estados, por intermédio de suas Superintendências Regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de beneficiários existente e a assistência prestada se dava por meio de serviços próprios (Postos de Assistência Médica e Hospitais próprios) e uma vasta rede de serviços, ambulatoriais e hospitalares, contratados para a prestação de serviços. (Brasil CONASS, 2003, p.14-15).

A situação era de serviços desarticulados que geravam prejuízo à saúde da população e, o descontentamento tanto na comunidade de profissionais da saúde, de sanitaristas e da própria população gerou um movimento em direção a uma reforma sanitária e a uma transformação dos paradigmas em sistema de saúde. Diante de muitas manifestações de insatisfação o INAMPS reagiu adotando algumas medidas que aproximaram a ação de cobertura universal, dentre elas, o fim da exigência da carteira nos atendimentos de hospitais próprios e conveniados da rede pública. O resultado desse processo de adaptação do INAMPS às mudanças culminou na instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que foi uma implementação entre o INAMPS e os Governos Estaduais em forma de convênio. Conforme a cartilha do CONASS, era já uma tentativa de se fazer o SUS, porém “sem as necessárias definições constitucionais e de uma lei complementar” . Esse convênio era opcional, ou seja, cada Estado decidiria se aderiria ou não. O Estado que não aderisse ao convênio continuaria tendo a assistência do INAMPS. (BRASIL, CONASS, 2003, p.15).



## **II Congresso de Humanização** **I Jornada Interdisciplinar de Humanização**

**Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.**

Realização:



Apoio:



Apoio:



Se por um lado foi um avanço ao dar ao atendimento um caráter universal, por outro gerou confusão no entendimento entre SUDS e SUS, que viria logo a seguir.

Assim o SUS foi criado e, a Constituição Federal de 1988 consagrou seus princípios e diretrizes em toda a legislação que regulamenta o sistema. Vivemos ainda hoje o processo de consolidação do SUS. Os gestores do SUS possuem ainda muitos desafios a serem enfrentados para tornarem realidade os princípios e diretrizes definidos pelo sistema.

### 3. A PASTORAL DA SAÚDE

A missão da igreja inicia quando Jesus envia o Espírito Santo sobre a comunidade cristã (cf At,2,1-13) e, de acordo com a teologia católica,

a igreja continua na história da missão de Jesus, conduzida pelo mesmo Espírito que o conduziu. Aqui inicia o pastoreio da igreja, entendida como Povo de Deus e não apenas como o clero. A Igreja é sempre ovelha, discípula, pois está sendo cuidada pelo Bom Pastor e atenta ao seu ensino e, a partir daí assume a missão de ser pastora das ovelhas perdidas desse mundo (MARTINS, 2010, p.548).

E, uma das missões da Igreja é o cuidado com as pessoas doentes, especialmente na dimensão espiritual. Nesse sentido há uma intrínseca relação de proximidade e de cuidado entre pastor e ovelha. Jesus se autodenomina o Bom Pastor porque ama e cuida de suas ovelhas, e, estas, por sua vez, reconhecem a voz do seu pastor. Ele diz: “Eu vim para que as ovelhas tenham vida e para que a tenham em abundância. Eu sou o bom pastor. O Bom pastor expõe a sua vida pelas ovelhas” (Jo 10,10 -11). Jesus é o pastor que cuida de suas ovelhas a ponto de dar a vida por elas.

A Pastoral da Saúde atua no sentido de complementar o trabalho dos profissionais de saúde, como aliada, nunca como inimiga. Parte de um conceito antropológico cristão do ser humano que se fundamenta no Antigo Testamento como sendo a imagem e semelhança de Deus (Gn 1,27) e no Novo



## II Congresso de Humanização I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:



Testamento como filhos de Deus a partir do evento Jesus Cristo. (Gl 4,5ss;Ef 1,5, Jo 1,12). Para Martins essa concepção antropológica cristã nos permite perceber o ser humano na sua integralidade e, a partir desse conceito integral conceitua-se também dignidade, que não é uma atribuição, mas parte constituinte do ser humano. (Martins, 2010, 550).

De acordo com o guia do CELAM número 83:

A dignidade da pessoa não é atribuída, mas reconhecida; não é outorgada, mas respeitada. Está inscrita no íntimo de todo ser humano, não depende de seu estado de desenvolvimento, de sua saúde, de suas qualidades e capacidades, nem mesmo de seus comportamentos. Todo ser humano, sejam quais forem o seu estado e condição, é uma unidade inseparável, corpo e espírito, abertos à transcendência (CELAM, 2010, p.62).

A Pastoral da Saúde insere-se no campo da Teologia Prática, disciplina da Teologia, proposta por Karl Rahner em lugar do termo teologia pastoral. Rahner define a teologia prática como “aquela disciplina que se ocupa da auto-atuação que a Igreja tem de realizar de fato na situação concreta”, para ele o termo pastoral limita o objeto de atuação. (ALARCOS, 206, p. 199). No âmbito das Pastorais faz parte das Pastorais Sociais como a Pastoral do Imigrante, a Pastoral Carcerária, a Pastoral da Criança, a Pastoral da Juventude, a Pastoral do Idoso, etc.

Conforme o Documento de Aparecida, a Pastoral da Saúde situa-se num contexto de “resposta às grandes interrogações da vida, tais como o sofrimento e a morte, à luz da morte e da ressurreição do Senhor” (DA n.418). Logo, a tarefa da Pastoral da Saúde é “promover, cuidar, defender e celebrar a vida, tornando presente na história o dom libertador e salvífico de Jesus, que veio trazer-nos vida e vida em abundância” (cf Jo,10,10).

Para Martins:

A Pastoral da Saúde está presente em todo o Brasil com grupos ligados a uma comunidade católica e a hospitais. Eles atuam nos diversos ambientes ligados à saúde, desde instâncias políticas, como os conselhos locais de saúde a visitas solidárias aos enfermos em



## **II Congresso de Humanização** **I Jornada Interdisciplinar de Humanização**

**Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.**

Realização:



Apoio:



Apoio:



hospitais e domicílios. Há uma coordenação Nacional da Pastoral da Saúde da CNBB, que tem a missão de unir todo esse trabalho pastoral voltado ao mundo da saúde e um instituto que trabalha na capacitação e formação de agentes, o ICAPS – Instituto Camiliano de Pastoral da Saúde e Bioética (MARTINS, 2010, p.549).

O *Guia para a Pastoral da Saúde na América Latina e no Caribe* editado pelo CELAM (Conselho Episcopal Latino-americano) diz que “o compromisso e a solidariedade da Igreja na afirmação da vida é um sinal da ação libertadora e salvífica de Deus na história” (CELAM, 2010, p. 41).

O mundo da saúde é hoje um desafio para a igreja, pois os avanços tecnológicos da ciência não respondem mais a modelos do passado. O homem de hoje vive a consciência de que tem o poder sobre a vida e sobre a morte. Deve-se concordar com Vendrame quando ele diz que o homem de hoje quer desfrutar “de todas as oportunidades que uma vida sadia pode oferecer, parece constituir a aspiração suprema do homem de hoje” (PESSINI, 1987, p.18).

A igreja precisa estar presente não apenas nas obras assistenciais e de caridade, mas também no mundo do trabalho, da escola, no dia-a-dia das pessoas, pois, só partindo da realidade das pessoas é que se experimenta as dores e as alegrias da vida. Torna-se necessário conhecer o contexto sociocultural para poder inserir a mensagem evangélica transformadora. A tarefa primeira é a defesa da vida, do ser humano. Nesse sentido a Igreja deve promover os valores humanos e a qualidade de vida.

É, muitas vezes, no campo da saúde que acontecem fatos decisivos na vida das pessoas. É o lugar onde se nasce e se morre, muitas vezes. Lá onde a ética precisa muitas vezes ser lembrada para se afirmar a vida como um valor absoluto, pois, o avanço da ciência deu ao ser humano a possibilidade tanto de lutar para viver ao ponto de se cometer a distanásia quanto de poder interromper a vida seja no aborto ou na eutanásia. É na relação com Deus que a pessoa pode ter uma visão autêntica, livre e responsável para viver a relação com outras pessoas de forma ética e integrada.

A Pastoral da Saúde tem consciência de que uma política de saúde é feita pelo próprio cidadão, por isso incentiva o engajamento das pessoas e



## **II Congresso de Humanização** **I Jornada Interdisciplinar de Humanização**

**Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.**

Realização:



Apoio:



Apoio:



busca ações de tomada de consciência da cidadania com relação aos direitos. A igreja não é alienada e sabe que a sociedade é movida por filosofias e ideologias e, no tocante ao mundo da saúde não é diferente. Embora o conceito de saúde assumido pela OMS seja de um bem-estar físico, mental e social, esse bem-estar, de acordo com Barchifontaine é uma abordagem capitalista e individualista. Por isso ele afirma que “é de suma importância entender a ideologia que dirige nossa sociedade e as repercussões sobre a maneira de tratar a saúde: tratar doenças (fonte de lucro, indústria da doença) ou proporcionar saúde integral” (PESSINI, 1987, p.36). Barchifontaine comenta também que essa ideologia capitalista cria o mito de que a saúde é dada pelos médicos, através de suas prescrições. Por isso é importante que se compreenda que a saúde não depende de um grupo de médicos e sim de uma ação conjunta entre paciente e comunidade no sentido de se eliminar os fatores que produzem doença tais como: o desemprego, a falta de salário digno, alimentação inadequada, falta de saneamento básico, meios de transporte ineficientes, entre outros. (PESSINI, 1988, p.46).

### 3.1 A Pastoral da Saúde e suas dimensões

Para que a Pastoral da Saúde seja capaz de realizar sua missão de promover, cuidar, defender e celebrar a vida e de responder aos questionamentos como o sofrimento e a morte, à luz da morte e ressurreição do Senhor ela enfatiza o seu trabalho em três dimensões: solidária, comunitária e político-institucional. Cada uma dessas dimensões possui objetivos e linhas de ações específicos.

A *dimensão solidária* tem como objetivo ser a presença do Bom Samaritano ao lado do doente e daqueles que sofrem, seja no ambiente familiar, nas comunidades ou nas instituições de saúde. Tem como principais linhas de ação:

iluminar, através da fé cristã e da pessoa de Jesus, a realidade da dor, do sofrimento, da doença e da morte; formar agentes de pastoral nos aspectos humano, ético, bioético, pastoral e espiritual, para anunciar a



## II Congresso de Humanização I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:



Boa Nova da salvação a partir das realidades da saúde e da doença, da vida e da morte;[...] Ajudar os doentes e seus familiares, bem como a todos que os assistem, a descobrir o verdadeiro sentido da dimensão celebrativa e sacramental da fé, em particular com os sacramentos da Reconciliação, da Eucaristia e da Unção dos Enfermos; ...(CELAM, 2010, p.71).

A segunda dimensão é a *dimensão comunitária* e tem como objetivo a promoção e a educação em saúde com ênfase na saúde pública e no saneamento básico, agindo preferencialmente no campo da prevenção das doenças e na promoção de estilos de vida saudáveis. Dentre as principais linhas de ação destacam-se:

Promover ações educativas, implementando uma cultura de estilos de vida saudável, com ações de prevenção e de promoção, impregnadas pelos valores da justiça, da igualdade e da solidariedade; [...] Fazer que uso das diferentes práticas alternativas de saúde seja realizado com os fundamentos necessários, com a aprovação científica e com responsabilidade, no que se refere aos valores e às crenças culturais dos indígenas; Cuidar da formação e da capacitação permanente dos agentes de pastoral nos aspectos da promoção da saúde e da prevenção das doenças, com ênfase nas sociais (tabagismo, alcoolismo, adição, etc.) e no manejo de situações de emergência, calamidades e catástrofes; Educar sobre o novo conceito de saúde enquanto qualidade de vida e estilos de vida saudáveis, considerando a pessoa em suas dimensões biofísica, psíquica, social e espiritual;

E, a terceira que é a *político-institucional*. Tem por objetivo zelar para que os organismos e as instituições públicas e/ou privadas que prestam serviços de saúde e formam profissionais nessa área tenham presente a missão social, política, ética, bioética e comunitária (CELAM, 2010, p.73).

As linhas de ação da dimensão *político-institucional* são de extrema importância no que diz respeito a formulação de políticas públicas e o controle social. Destacar-se-á aqui aquelas que fundamentam esse trabalho em relação ao diálogo entre a Pastoral da Saúde e o Sistema Único de Saúde:

Contribuir para a humanização e para a evangelização dos trabalhadores do mundo da saúde, das instituições de saúde e das escolas em que se formam profissionais relacionados com a área; Promover e defender a saúde como direito fundamental do ser humano, vinculado com a solidariedade, com a igualdade, com a integralidade e com a universalidade; Participar ativa e criticamente das instâncias oficiais que decidem as políticas de saúde da nação, do Estado, da região e do município através do controle social e da gestão



## II Congresso de Humanização I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:



participativa; Promover relações interinstitucionais assistenciais e educativas com o fim de compartilhar recursos materiais, financeiros, humanos e da geração de ações e projetos comuns; Favorecer a formação permanente dos profissionais da saúde nas áreas da humanização, da ética e da bioética; [...]; Criar consciência sobre o compromisso social da saúde para que prestem serviços de educação, de prevenção, e de assistência em termos de saúde às comunidades mais pobres, aos bairros marginalizados e às zonas rurais; [...] Promover a conscientização das comunidades sobre o direito à saúde e o dever de lutar por condições de vida mais humanas: o direito à terra, ao trabalho, ao salário justo, à habitação, à alimentação, ao lazer, aos serviços públicos básicos, à conservação da natureza CELAM, 2010, p.73-74).

### **3.2 A importância da participação dos agentes de Pastoral no Conselho Local**

Como se pode observar, a dimensão político-institucional é o canal pelo qual a Pastoral da Saúde se insere no Sistema único de Saúde. Se nos atentarmos ao artigo 196 do texto constitucional do título VIII capítulo I, que trata mais especificamente da ordem social, temos o seguinte:

Art. 196 – A saúde é um 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. (BRASIL.Constituição,1988)

Comparando-se esse artigo constitucional com as linhas de ação propostas pela Pastoral da Saúde nota-se uma afinidade de ideias tais como a universalidade, a igualdade e a promoção da saúde. Vê-se aí um espaço de diálogo garantido visto que a Pastoral da Saúde, enquanto grupo organizado tem lugar privilegiado nos conselhos locais e distritais de saúde. A participação ativa e crítica, que também é uma das linhas de ação, é a maneira mais eficiente de se semear na base, participando do debate e da criação de políticas públicas voltadas para a comunidade que representa.

Logo, podemos dizer que o diálogo entre a Unidade de Saúde Local e a Pastoral não só pode ser uma realidade como de fato já é. O ano de 2011 foi um ano de muita participação e, no município de Curitiba, segundo a Pastoral



## **II Congresso de Humanização** **I Jornada Interdisciplinar de Humanização**

**Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.**

Realização:



Apoio:



Apoio:



da Saúde da Arquidiocese de Curitiba foram eleitos vários presidentes de Conselhos Locais representantes da Pastoral da Saúde.

A Pastoral da Saúde representa mais do que apenas a cidadania, representa o cuidado com a pessoa integral, pois cuida da pessoa em todas as dimensões: física, mental, social e espiritual.

Não se pode deixar de lado a Espiritualidade, afinal, a Pastoral da Saúde deve ser aquela que vai lidar com a relação primeira do ser humano – a relação com o transcendente. Deve-se ficar claro que o diálogo ecumênico e até mesmo inter-religioso deve ser priorizado. Como diz Barchifontaine:

Um dos grandes desafios a ser enfrentado é o pluralismo religioso reinante hoje na nossa sociedade. Diante dessa realidade a vivência ecumênica deve ser marcada pelo diálogo, e respeito e tolerância são ingredientes fundamentais. Essas são as armas que nos protegem de fundamentalismos intolerantes que, enquanto orgulhosamente se gabam de defender „Deus“, massacram o ser humano, alimentado por uma „espiritualidade“ „diet“ e „light“ (BARCHIFONTAINE, 2008, p.8).

### 3.3 Pastoral de Saúde e Espiritualidade

Ao contrário do que muitos pensam o século atual tem sido marcado por uma busca constante de espiritualidade. Segundo Ruthes, espiritualidade é uma busca de sentido para a vida, absoluto ou transcendente. Enquanto encontro com o transcendente acontece a partir de uma fé, segundo uma determinada doutrina. Quando esse encontro pelo sentido da vida fica preso ao absoluto, o ser humano se aprisiona numa realidade única e corre o risco de entrar num fundamentalismo. Ao contrário, quando busca uma transcendência no divino, vai além e encontra uma direção que o permite ressignificar a vida, o sofrimento, a dor. Aquilo que parece ruim aos olhos comuns, transforma-se numa experiência positiva. Como diz Viktor Frankl “a vida tem sentido em quaisquer circunstâncias, mesmo na mais miserável [...] o que importa é tirar o melhor de cada situação dada” (FRANKL, 2008, p.161).

Ruthes cita cinco níveis de espiritualidade: a busca pelo sentido, por Deus, que pode se traduzir em encontro com o transcendente; uma



## II Congresso de Humanização I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:





espiritualidade mística – que ocorre nas diferentes religiões; a espiritualidade cristã; a espiritualidade cristã católica romana e ortodoxa e, por fim, a espiritualidade de fundadores de congregações;

O agente de Pastoral da saúde precisa estar ciente de que a relação com o doente é uma relação de sujeito-sujeito, ou seja, são duas pessoas, com vidas distintas que compartilham de momentos de suas vidas. Waldow diz que “cuidar de alguém significa velar pela sua autonomia, desenvolver suas capacidades e não ir contra suas decisões livres e responsáveis” (WALDOW, 2010). No momento em que o agente de pastoral entra em relação com o outro ele deve estar com o outro por inteiro, do mesmo modo como objetiva que o outro volte à sua integralidade. A pessoa mais importante da vida do agente de pastoral nesse momento é aquela pessoa. Deve estar lá de corpo e alma, ouvir suas necessidades, interagir com ele por inteiro. Independente de a pessoa ter uma espiritualidade diferente, deve respeitar e manter a sua opinião para si.

## REFERÊNCIAS

- ALARCOS, Francisco. **Bioética e Pastoral da Saúde**. São Paulo: Paulinas, 2006.
- BARCIFONTAINE, Christian; PESSINI, Leocir. **Bioética e saúde**. São Paulo: São Camilo, 1990.
- BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990.
- Bíblia de Jerusalém. São Paulo: Paulus, 2008.
- CELAM, **Documento de Aparecida**: texto conclusivo da V Conferência Geral do Episcopado Latino-Americano e do Caribe. São Paulo: Paulinas, 2007.
- CELAM, **Discípulos missionários no mundo da saúde**: guia para a pastoral da saúde na América Latina e no Caribe. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2010.
- FORTES, Paulo A. de C. **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Loyola, 2003.



## II Congresso de Humanização I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:



FRANKL, Viktor. **Em busca de sentido**: um psicólogo no campo de concentração. 28 ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

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

Novo Testamento: Edição de Estudos. São Paulo: Ave Maria, 2009.

PASTORAL DA SAUDE. Dados de participantes do Conselho Local de Saúde em Curitiba. Cúria Metropolitana. Curitiba: Pastoral da Saúde, 2011.

PESSINI, L. **Um grito por dignidade de viver**. São Paulo: Paulinas, 2008, 3ed. p. 109-112 e 219-221.

\_\_\_\_\_. **Pastoral da Saúde**: ministério junto aos enfermos. Aparecida: Santuário, 1987.

\_\_\_\_\_. **Solidariedade com os enfermos**. Aparecida: Santuário, 1988.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. disponível em:  
[http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis\\_intern/ddh\\_bib\\_inter\\_universal.htm](http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm) acessado em  
18/07/2011.

\_\_\_\_\_. **Declaração de Alma-Ata**. 1978 disponível em:  
<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> consultado em 17/07/2011.

\_\_\_\_\_. **Carta de Ottawa**. 1986. disponível em:  
<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf> consultado em 17/07/2011.



## II Congresso de Humanização I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:



PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian. **Buscar sentido e plenitude de vida: bioética, e espiritualidade**. São Paulo: Paulinas, 2008.

BRASIL. Portal da Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. 1986. disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8\\_CNS\\_Relatorio%20Final.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatorio%20Final.pdf) consultado em 17/07/2011.

RUTHES, Vanessa. Curso de Aconselhamento Pastoral da Aliança Saúde. Curitiba: PUCPR, 2011.

TORRALBA ROSELLO, Francesc. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis: Vozes, 2009.

VENDRAME, Calisto. **A missão da Igreja no mundo da Saúde**. In PESSINI, Leocir (Org). Pastoral da Saúde: ministério junto aos enfermos. Aparecida: Santuário, 1987. p. 17-22.

WALDOW, Vera R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. Petrópolis: Vozes, 2006.



## II Congresso de Humanização I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:

