

## **Vida em Abundância e Saúde para Todos: Igreja e movimentos sociais pela saúde na década de 1980**

Marilane Machado\*

### **Resumo**

Neste artigo, discute-se a aproximação entre Igreja Católica e Movimentos Sociais pela Saúde nos anos 1980 a partir do estudo da relação da Pastoral da Saúde com o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde de Florianópolis, Santa Catarina. Ambos os grupos fizeram parte do Movimento de Reforma Sanitária de Santa Catarina. Essa aproximação é demonstrada pela análise de cartilhas elaboradas pelos dois movimentos na ocasião da Campanha da Fraternidade de 1981; do Manual da Pastoral da Saúde, elaborado em 1987, com o objetivo de treinar agentes de pastoral no período e; de relatórios da Pastoral da Saúde.

**Palavras-chave:** Igreja Católica; Movimentos Sociais; Saúde Pública; Religiões e religiosidades; Redemocratização.

As Pastorais da Igreja Católica são grupos de apostolado leigo dessa instituição. Compreendidas como um conjunto de grupos inseridos em diversas paróquias e Comunidades Eclesiais de Base do Brasil, foram oficializadas na estrutura da Conferência Nacional de Bispos do Brasil – CNBB – na década de 1970. Nesse contexto, a atuação de parte dos leigos da instituição religiosa foi marcada pela participação em movimentos populares e pelo desenvolvimento da Teologia da Libertação, na conjuntura da Ditadura Militar no Brasil, o que conferiu a esses grupos características de aproximação com a esquerda política e a oposição ao governo.

A Teologia da Libertação, um movimento teológico que emergiu também nos anos 1970 na América Latina, apontava e analisava as desigualdades sociais. Mais do que uma corrente teológica, representou um vasto movimento social, que Michael Löwy

---

\* Doutoranda em História pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), mestre em História pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Técnica em Educação da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

(2000, p. 57) denominou Cristianismo da Libertação. Definir o Cristianismo da Libertação como movimento social, no entanto, não significa caracterizá-lo como um órgão integrado e organizado, mas explicitar sua capacidade de mobilização de pessoas em torno de um objetivo comum. Esse movimento teológico foi impulsionado pelo aparecimento de diversos movimentos populares e estimulou a emergência de tantos outros que contribuiriam consideravelmente no momento de redemocratização e abertura política pelo qual passava o Brasil nos anos 80 do século XX.

Este artigo tenciona demonstrar onde se pode situar a Pastoral da Saúde nesse contexto. Toda a ação pastoral (incluída nela a Pastoral da Saúde) nos anos 1970 e 1980, juntamente com a Teologia da Libertação, se constituem, também, como movimentos sociais, por encontrarem-se inseridos oficialmente na Igreja Católica, uma instituição religiosa (SHERER-WARREN, 1987, p. 124-132).

Pode-se entender a Igreja como um espaço encontrado pelos atores sociais para reivindicar suas necessidades. No caso das Pastorais, elas também estavam diretamente ligadas a um projeto religioso. A Igreja Católica pode ser compreendida como um espaço no qual se constituiu o movimento social Pastoral da Saúde, que compunha um movimento social popular urbano maior: o movimento pela saúde no Brasil, que, segundo mapeamento realizado por Maria da Glória Gohn (1997, p. 379), esteve ativo entre 1976 e 1982.

Segundo a autora, ao se institucionalizarem, os movimentos sociais passaram a ser organizações. Talvez por esse motivo, ela delimite esse espaço de tempo de existência do movimento pela saúde, que teve um período de lutas muito maior, mas a partir da década de 1980, com o processo de redemocratização, passou a atuar em espaços institucionalizados pelo Estado, como conselhos municipais e estaduais de saúde, no âmbito das secretarias municipais e regionais.

Assim, os movimentos passaram por uma mudança de estratégias de lutas e reivindicações, acompanhando as modificações do cenário político nacional. A pesquisadora Ruth Cardoso (1994, p. 82-83) dividiu essa conjuntura política em duas fases: a primeira caracterizada, nos anos 1970 e início dos 1980, como a emergência heroica dos movimentos; a segunda, em que aconteceu a institucionalização com setores do Estado, entendida como um momento em que os movimentos refluíram.

Procuraremos, portanto, demonstrar a aproximação da Pastoral da Saúde da cidade de Florianópolis com os movimentos sociais pela saúde da década de 1980, caracterizando-a como um movimento popular. Para tal fim, serão analisadas as

cartilhas elaboradas pela Pastoral da Saúde e por integrantes do Movimento Sanitário de Santa Catarina, na ocasião da Campanha da Fraternidade de 1981. Utilizaremos, também, o Manual da Pastoral da Saúde, elaborado em 1987, com o objetivo de treinar agentes de pastoral e relatórios do grupo arquivados na Conferência de Religiosos do Brasil – CRB de Santa Catarina –, que demonstravam sua atuação naquele momento.

### **O Movimento de Reforma Sanitária e a Pastoral da Saúde**

Aprofundar e dar continuidade ao trabalho de saúde comunitária e confrontar a atuação da Pastoral da Saúde com as exigências do evangelho e da Conferência de Puebla: esses dois objetivos direcionaram o II Encontro Regional de Pastoral da Saúde, organizado pela CRB de Santa Catarina, em 1979.<sup>1</sup> Aliado às “exigências do evangelho e às exigências de Puebla”, ou seja, à opção pelos pobres, estimulada a partir da Teologia da Libertação, incentivou as ações em saúde comunitária e a formação de agentes de saúde. Pautados nessas propostas discursivas, os envolvidos com a religião passaram a não se preocupar somente com a salvação do espírito após a morte, mas com a luta contra as injustiças sociais no presente.

Os palestrantes do II Encontro Regional de Pastoral da Saúde realizaram uma análise crítica dos medicamentos. Foram eles: Marco Aurélio Da Ros e Nelson Blank, médicos especializados em saúde da comunidade e saúde pública e Lúcio Botelho, médico especializado em saúde pública. Ao lado deles, o padre Lédio Milani, na ocasião coordenador diocesano de pastoral da diocese de Caçador, palestrou sobre Puebla e saúde da comunidade.

No ano seguinte, no III Encontro Regional de Saúde, realizado em Chapecó entre 22 e 24 de agosto, os médicos Marco Aurélio Da Ros e Lúcio Botelho estiveram novamente presentes. Percebe-se, portanto, a intenção em vincular os dois temas, o da igreja popular e o da saúde para as comunidades mais carentes, por meio da união dos especialistas do campo religioso e do campo médico.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Relatório do II Encontro Regional de Pastoral da Saúde, organizado pela CRB Santa Catarina e realizado entre os dias 20 e 22 de agosto de 1979, no Morro das Pedras, Florianópolis, Santa Catarina. Acervo da Conferência de Religiosos do Brasil da Regional Sul IV – Florianópolis, Santa Catarina.

<sup>2</sup> O conceito de campo é apreendido a partir da obra de Pierre Bourdieu (2008), compreendido enquanto um universo, relativamente autônomo, de relações específicas que podem ser observadas entre os atores sociais; o que determina essas interações é a posição que cada um ocupa dentro da estrutura de cada campo. O lugar ocupado por esses atores sociais em cada campo difere conforme a posse de determinados capitais simbólicos exigidos dentro deles e a troca dos bens simbólicos entre os integrantes do campo.

A união entre médicos e religiosos do Grupo de Trabalho da Saúde – GTS – da CRB foi muito além e teve um significado maior que as palestras proferidas por eles nos encontros. Além da sobreposição entre os campos da medicina e da religião, constatou-se ainda a integração da Pastoral da Saúde ao Movimento de Reforma Sanitária em Santa Catarina a partir de 1979, o que a caracterizou, portanto, como movimento social pela saúde.

Marco Aurélio Da Ros e Lúcio Botelho, além de médicos especialistas em saúde pública e professores da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC –, foram também integrantes do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES, que era composto por antigos militantes da União Nacional dos Estudantes – UNE –, que se tornaram profissionais e professores universitários. Eles participavam de um movimento que abrangia todo o país e editavam uma revista nacional chamada **Saúde em Debate**, publicada até os dias atuais (DA ROS, 2006, p. 54).

O CEBES surgiu em julho de 1976, por iniciativa de um grupo de médicos do curso de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 67). Em Santa Catarina, o movimento organizou-se em 1978, com participantes oriundos da academia, do CEBES de Porto Alegre e do movimento estudantil catarinense (DA ROS, s.d., p. 27). O professor Marco Aurélio Da Ros, presidente do CEBES de Porto Alegre, coordenou a articulação do CEBES de Santa Catarina, no qual permaneceu como presidente de 1978 a 1983 (DA ROS, s.d., p. 27). Lúcio Botelho, por sua vez, teve participação no movimento até julho de 1979.<sup>3</sup>

A aproximação entre o CEBES e a Pastoral da Saúde estabeleceu-se desde a criação daquele movimento em Santa Catarina, com a presença de seus representantes nos encontros da Pastoral da Saúde e com parcerias na produção de materiais de formação de agentes de saúde, tal como enfatizou o médico Marco Aurélio Da Ros:

O certo é que, caracterizando a forma de atuação na região sul, buscou aliança com setores populares desde o seu primeiro momento, tanto na definição das discussões temáticas, onde se ligou a entidades preservacionistas na discussão do problema do abastecimento de água de Florianópolis, quanto em aproximações efetivas de trabalhos conjuntos. Dentre suas ligações mais profícuas, uma delas foi com a Igreja (Pastoral da Saúde), com a qual, além de fazer chegar a linguagem de medicina social para a população de várias cidades de Santa Catarina, publicou cadernos de educação popular, a nível de 10000 (dez mil) cópias, para distribuição e reflexão nas CEBs (Comunidades Eclesiais de Base) de todo o interior do estado. (DA ROS, s.d., p. 27).

---

<sup>3</sup> Lúcio Botelho. Entrevistado por Marilane Machado, Florianópolis, jun. 2006.

Assim foi possível o trabalho dos dois movimentos em conjunto, numa proposta mais abrangente, entendida como um movimento contra-hegemônico: “[...] esse movimento com saúde desta forma, obviamente, aproximava as pessoas. Porque nós fazíamos um movimento contra-hegemônico. E a contra-hegemonia se juntava. Foi assim que a gente se aproximou da Pastoral.”<sup>4</sup> A contra-hegemonia citada por Lúcio Botelho deu origem ao Movimento pela Reforma Sanitária, ou simplesmente Movimento Sanitário, do qual faziam parte os publicistas do INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social –, com defesa do retorno de investimentos ao setor público para a construção de hospitais próprios, como ocorria antes do golpe militar de 1964); os preventivistas (defendiam o retorno de investimentos em práticas preventivas); a Pastoral da Saúde (defendia trabalhos nas periferias dos grandes centros e do meio rural, com ênfase na utilização de fitoterapia como alternativa aos medicamentos industrializados); o movimento intelectual na área da saúde (que criou o CEBES, formado principalmente por professores universitários); o REME – Movimento de Renovação Médica; o movimento estudantil e os alunos residentes de saúde comunitária (que propunham um modelo de atenção básica qualificado e de base municipal) (DA ROS, 2005, p. 66-67).

O Movimento Sanitário passou a existir no ano de 1976, quando os movimentos citados anteriormente reuniram-se no I Congresso Brasileiro de Higiene (como era conhecida a saúde pública na época) (DA ROS, 2005, p. 66-67). Em Santa Catarina, constituiu-se juntamente com os movimentos sanitários do Paraná e do Rio Grande do Sul, caracterizados por uma parceria com o movimento popular e com a medicina comunitária, o que o diferenciava daqueles do restante do país, especialmente do eixo Rio-São Paulo (DA ROS, s.d., p.12), que se identificaram pelas lutas institucionais e pela articulação com os movimentos oriundos da academia, tais como o CEBES, o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade Paulista de Medicina e também a de Ribeirão Preto (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 63-67).

Da Ros (s.d., p. 29) enfatiza que a base do movimento em Santa Catarina incluía concepções de medicina comunitária e era composto por três ramos mais importantes: o intelectual (Departamento de Saúde Pública e estudantes), o institucional (trabalhadores da Prefeitura Municipal de Florianópolis, Secretaria Estadual de Saúde e INAMPS) e o popular (Comunidades Eclesiais de Base da Igreja Católica e trabalhos de educação

---

<sup>4</sup> Lúcio Botelho. Entrevistado por Marilane Machado, Florianópolis, jun. 2006.

popular promovidos pela Pastoral da Saúde). Foi fundamental a articulação da ação pastoral ao Movimento Sanitário, que atingia a população das periferias de Florianópolis e do meio rural de Santa Catarina.

A Pastoral da Saúde pode ser compreendida como a principal articuladora entre as propostas para a saúde do meio acadêmico e a realidade das periferias; foi o grupo responsável pela popularização do Movimento Sanitário em Santa Catarina. As principais lutas do Movimento pela Reforma Sanitária visavam à transformação do sistema de saúde no Brasil e das condições de saúde da população brasileira. Faz-se necessário, portanto, esclarecer a trajetória do Sistema de Saúde para melhor compreender as reivindicações do movimento.

### **O Sistema de Saúde no Brasil**

Somente a partir da década de 1930, o Estado brasileiro assumiu o sistema de previdência e assistência aos trabalhadores. Anteriormente, eles ficavam ao cargo dos empregados e empregadores, sendo, portanto, de cunho privado. Antes de 1930, existiam as Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAPs –, que organizavam a previdência e a assistência à saúde dos trabalhadores assalariados. Seus principais objetivos eram a garantia de renda aos idosos e vítimas de acidentes de trabalho, além das ações assistenciais, como a assistência médica e a compra de medicamentos (KLEBA, 2005, p. 153).

A partir de 1930, com a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, que tinha como objetivo coordenar a previdência e a assistência aos trabalhadores contribuintes, o Estado assumiu e centralizou a administração do sistema de previdência e assistência. Assim, em substituição às CAPs, foram criados gradualmente os Institutos de Aposentadoria e Pensão – IAPs –, congregando os trabalhadores por categoria em todo o território nacional.<sup>5</sup>

Nesse período, a assistência médica, ambulatorial e hospitalar era organizada de três formas: pelas CAPs e, posteriormente, IAPs, que financiavam a prestação de serviços de instituições médicas conveniadas, exclusivamente para os trabalhadores contribuintes. Por meio dos Centros de Saúde e outras instituições sociais, que se

---

<sup>5</sup> Até 1940, foram criados seis IAPs: Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (1933); Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (1934); Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (1936); Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Trabalhadores do Transporte e Carga (1938); Instituto de Previdência e Assistência dos Funcionários públicos (1938).

dedicavam geralmente ao atendimento das camadas menos favorecidas da população, concentrando-se nos programas oficiais, como o combate à tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis etc. E ainda, pela iniciativa privada, que prestava assistência por meio da cobrança de honorários ou da forma caritativa (KLEBA, 2005, p. 154).

Durante o governo militar, essa organização modificou-se. Em 1966, cinco dos seis Institutos de Aposentadoria e Pensão foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS –, subordinado ao Ministério do Trabalho e da Previdência Social até 1974. Nesse ano foi organizado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS –, subordinado ao Ministério da Previdência e Assistência Social.<sup>6</sup>

Várias críticas foram feitas ao INAMPS pelos estudiosos do assunto e pelos movimentos sociais. Pelo menos metade da população economicamente ativa da época estava fora do mercado de trabalho formal, portanto, não eram contribuintes da previdência nem tinham acesso a qualquer direito previdenciário, entre eles aos cuidados em saúde (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 60).

O sistema de saúde estatal esteve assim organizado até o final da década de 1970: dividido entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde.<sup>7</sup> O primeiro era responsável pelos benefícios dos trabalhadores contribuintes (aposentadorias, auxílio maternidade, auxílio doença, auxílio funeral e assistência médica). Integrava uma rede de clínicas, consultórios e hospitais próprios coordenada pelo INAMPS e também financiava serviços de assistência médica através de convênios com a iniciativa privada.<sup>8</sup> O Ministério da Saúde ficava responsável pela coordenação de campanhas ou programas permanentes de prevenção e combate às doenças transmissíveis, saúde materna, puericultura, tratamento de tuberculose, hanseníase, DST e doenças mentais, vigilância e comercialização de alimentos e medicamentos e educação em saúde (KLEBA, 2005, p. 157).

Outra crítica ao INAMPS, além da falta de acesso por parte dos que não contribuía com a previdência, era que a maior parte dos serviços financiados pelo

---

<sup>6</sup> Nesse período os funcionários públicos continuavam a ser assistidos por um instituto próprio e os trabalhadores rurais eram assistidos pelo FUNRURAL, criado no final da década de 1960.

<sup>7</sup> Além dessas, havia outras duas estruturas paralelas de assistência: os institutos para funcionários públicos e os planos de saúde privados.

<sup>8</sup> No início dos anos 1970, 85,5% dos hospitais eram privados e 2300 dos 2800 hospitais privados eram conveniados ao INAMPS.

instituto eram realizados pela iniciativa privada.<sup>9</sup> Os serviços prestados eram cobrados com base em uma tabela de preços de acordo com notificações expedidas pelas instituições de saúde, o que propiciava várias manobras enganosas por parte dos profissionais e administradores desses serviços privados, tais como notificações com números maiores de intervenções do que as realmente realizadas, contas fantasma e internações desnecessárias.

Além disso, havia outras críticas do Movimento de Reforma Sanitária ao sistema de saúde estabelecido na época: ele estava voltado para uma medicina especializada, centralizada nos hospitais, desenvolvida a partir dos medicamentos farmacêuticos industrializados e equipamentos hospitalares. Esse modelo se contrapunha a uma proposta de saúde preventiva baseada nos cuidados primários em saúde defendida, sobretudo, após 1978, a partir da Conferência de Alma-Ata. O modelo hegemônico, citado anteriormente no depoimento de Lúcio Botelho, é o modelo de saúde instaurado no país durante o governo militar. Era contra esse modelo que os movimentos sociais se uniram no período e, conseqüentemente, contra a ditadura militar no Brasil.

Dentro desse contexto, percebe-se através de suas palestras em encontros o engajamento da Pastoral da Saúde no Movimento Sanitário. No III Encontro das Irmãs que atuam em hospitais, realizado no Morro das Pedras, na cidade de Florianópolis, entre 24 e 27 de maio de 1982, Irmã Cacilda Hammes foi responsável por uma palestra intitulada Lucro e Saúde. O relatório desse encontro nos informa que as principais preocupações das religiosas envolvidas com a saúde naquele momento iam ao encontro das propostas do Movimento Sanitário, pois através do contato com esse movimento é que essas propostas chegavam à pastoral naquele momento (III ENCONTRO DAS IRMÃS QUE ATUAM EM HOSPITAIS, 1982).<sup>10</sup>

Nesse contexto ocorreu uma mudança de enfoque no trabalho da Pastoral da Saúde, que por muito tempo esteve voltado para a doença e para as instituições de saúde e religiosa e nesse momento voltava-se para fora de ambas as instituições. Percebe-se também que a militância política por parte das religiosas era vista de maneira diferenciada, ou seja, enquanto uma missão cristã a ser cumprida:

---

<sup>9</sup> Em 1975, correspondiam a um total de 90%.

<sup>10</sup> Relatório do III Encontro das Irmãs que atuam em hospitais, realizado entre os dias 24 e 27 de maio de 1982, no Morro das Pedras, Florianópolis, Santa Catarina. Acervo da Conferência de Religiosos do Brasil da Regional Sul IV – Florianópolis, Santa Catarina.

Segundo ela [Irmã Cacilda Hammes], a preocupação maior atualmente nos hospitais brasileiros “é com a doença, mas queremos mostrar que estamos preocupados também com a saúde”. Além disso, frisou: “há uma missão enquanto religiosa, que varia conforme a época. Hoje a nossa preocupação é levar a medicina até as classes mais desassistidas”. (O ESTADO, 1982, p. 12).<sup>11</sup>

Em meio a essas críticas, surge a reivindicação maior do Movimento Sanitário, que perduraria até o final da década de 1980: a saúde como direito de todos garantido pelo Estado, posicionamento também assumindo pela Igreja Católica por meio da Campanha da Fraternidade<sup>12</sup> do ano de 1981 que trazia como tema Saúde e Fraternidade e como lema Saúde para todos, o qual nos lembra muito o objetivo final da Conferência de Alma-Ata em 1978 (Saúde para todos no ano 2000). Trazia também a preocupação com relação ao sistema de saúde no Brasil salientada pelo movimento de reforma sanitária, que reivindicava um sistema de saúde que atendesse a toda a população.

Ainda dentro dessa perspectiva, no ano de 1985 aconteceu o Seminário Nacional de Saúde organizado pela CRB, que tinha como tema A saúde na nova república e a missão do religioso nessa conjuntura. Percebe-se pelo relatório final desse seminário não só uma preocupação em relação ao posicionamento dos religiosos e religiosas na área da saúde (preocupação existente ao longo de toda a história do GTS da CRB, que tinha como eixo central o ser religioso na área da saúde, ou seja, a autocompreensão dos religiosos e religiosas em relação a suas atuações), mas a nova conjuntura política do país. A preocupação maior do seminário foi com o comportamento que deveria ser assumido pela Igreja no processo de instalação da Constituinte e da redemocratização. O ano de 1985 foi emblemático nesse contexto com a eleição indireta do civil Tancredo Neves, que não assumiu o governo por motivo de doença e posterior falecimento, tendo sido a presidência assumida pelo seu vice José Sarney.

A partir desse momento observa-se a gradual institucionalização do movimento sanitário, ou seja, a procura e ocupação de espaços institucionais de luta pela saúde, tais como conferências de saúde. Um fator importante é que com o advento da Nova República lideranças importantes do Movimento Sanitário assumiram posições centrais em instituições responsáveis pela política de saúde no Brasil (SCOREL;

---

<sup>11</sup> IRMÃS querem que hospitais melhorem os seus serviços. **O Estado**, Florianópolis, 28 maio 1982, p. 12.

<sup>12</sup> A Campanha da Fraternidade é realizada todos os anos pela Igreja Católica, sob responsabilidade da CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil), durante a Quaresma (período de quarenta dias entre o Carnaval e a Páscoa). A Campanha propõe, todos os anos, um tema atual e polêmico para reflexão.

NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 77), dentre elas, Sérgio Arouca e Hésio Cordeiro, ex-presidentes do CEBES nacional que assumiram, respectivamente, a direção da Fundação Osvaldo Cruz e a direção do INAMPS (DA ROS, 2005, p. 66-67).

No Seminário Nacional de Saúde da CRB desse mesmo ano chegou-se a seguinte conclusão:

Constituinte pode corresponder aos anseios do povo ou aos interesses das elites dominantes.

Correspondendo aos interesses das elites dominantes existem duas propostas:

- O executivo quer o Congresso eleito em 86 transformando em Assembléia Constituinte.

- Emendas de congressistas que queiram acrescentar a estes um certo número de “AVULSOS”.

De outro lado existem os movimentos populares, as Igrejas e os Organismos comprometidos com seus interesses que pleiteiam Assembleia Constituinte desvinculada do Congresso.

Como não há tempo para grandes mobilizações populares sugere-se por isso: fazer pressão sobre a Comissão e o Relator que estão estudando a matéria por meio de aerogramas, cartas e telegramas. Participar da pesquisa da TV Bandeirantes sobre o assunto. (SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE, 1985).<sup>13</sup>

Percebe-se a clara adesão da Igreja aos movimentos populares, ao comprometer-se no processo de instalação da constituinte no país desvinculada do Congresso, o que entendia ser uma causa popular. Dessa forma, ao final desse seminário duas importantes deliberações foram realizadas: a primeira foi o envio de uma carta à CNBB nacional pedindo a criação da Comissão Pastoral da Saúde, que foi criada no ano seguinte e completou o processo de institucionalização desse grupo na Igreja Católica. Ao lado dessa reivindicação outra: o envolvimento no movimento pela constituinte, que tinha como lema Constituinte com o povo para criar o novo, defendia a participação popular nas decisões a serem tomadas nesse contexto.

A participação na reivindicação pela constituinte se deu a partir de uma moção assinada pelos participantes do Seminário, que se comprometeram em fazer cópias da mesma e distribuir nas diversas regiões do país em que atuavam. A carta foi assinada pelos participantes do evento e enviada ao Presidente da República José Sarney; ao Presidente do Congresso Nacional, o Deputado Ulisses Guimarães; ao Presidente do Senado Federal, o Senador José Fragelli; ao Relator da Comissão Mista para a convocação da constituinte, o Deputado Flávio Bierrembach e; ao Presidente da

---

<sup>13</sup> Relatório do Seminário Nacional de Saúde realizado pela CRB nacional entre 23 e 28 de setembro de 1985, em Belo Horizonte (MG). Acervo da Conferência de Religiosos do Brasil da Regional Sul IV – Florianópolis, Santa Catarina.

Comissão Mista, o Senador Helvídio Nunes. Além do ato narrado no Relatório, houve o comprometimento por parte dos religiosos participantes do evento em divulgar e conscientizar o povo a fim de comprometerem-se com esse processo e exigir seus direitos.

Um marco das conquistas do Movimento Sanitário foi o ano de 1986, quando aconteceu, entre os dias 17 e 21 de março, em Brasília, a VIII Conferência Nacional de Saúde, sob a presidência de Sérgio Arouca, nesse momento presidente da Fundação Oswaldo Cruz. A conferência teve a participação de quatro mil pessoas e foi a primeira com delegados de todos os estados, com ampla participação popular (DA ROS, 2005, p. 69). A bibliografia que trata da VIII Conferência geralmente se refere a ela como a grande conquista do Movimento Sanitário, pois durante a conferência foram colocadas em discussão as propostas feitas pelo movimento durante quase uma década. Tratava-se principalmente da democratização da saúde no Brasil; dizer “Saúde: direito de todos e dever do Estado” significava naquele momento desvincular o Sistema de Saúde da Previdência Social, que só atendia aos trabalhadores formais, contribuintes da previdência.

Tentando ligar-se aos movimentos populares, o Movimento Sanitário realizou pré-conferências preparatórias em todo o país para a escolha de delegados e discussão dos temas a serem tratados em conferências nacionais. A participação desses delegados representando usuários, trabalhadores da saúde, os diferentes níveis do governo, universidades, parlamentares, ONGs, movimentos sociais etc., deram à conferência um caráter popular e democrático. Os temas discutidos podem ser divididos em três eixos: saúde: direito de todos e dever do Estado; a reorganização do sistema e o financiamento para o mesmo (DA ROS, s.d., p. 40).

O centro das atenções foi a unificação do INAMPS com o Ministério da Saúde. Para os participantes da conferência, a Previdência Social deveria voltar-se às funções de seguro social, enquanto a questão da saúde deveria ser responsabilidade de um órgão federal com novas características, recebendo recursos oriundos de diferentes receitas. Inicialmente contaria com contribuições do INAMPS, que seriam gradualmente retiradas, à medida que o órgão se tornasse independente financeiramente. Era a proposta de criação de um Sistema Único de Saúde, com a separação da saúde em relação à previdência (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 78).

Outra contribuição propiciada pela VIII Conferência Nacional de Saúde foi o reconhecimento do chamado Conceito Ampliado de Saúde, mais uma característica do Movimento Sanitário aplicado ao sistema de saúde que se formava:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida, a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. (DA ROS, 2006, p. 58).

Como resultados da VIII Conferência aponta-se a criação do SUS e a divulgação do conceito de saúde de forma abrangente, envolvendo as condições de vida, trabalho e lazer. Como reflexo dessa conferência, ocorreu a criação oficial do SUS na nova Constituição Federal de 1988, a primeira a trazer um capítulo sobre saúde (DA ROS, 2005, p. 68).

Esse processo, porém, não se deu sem conflitos políticos, nem significou o fim de uma história de reivindicações. Embora garantida como direito na constituição federal de 1988, saúde para todos ainda não é algo que existe na prática, como sabemos. Ainda assim, o fato de o Brasil ser um dos poucos países a ter incorporado em sua constituição de maneira tão clara as propostas da OMS deve ser reconhecido (MINAYO, 1999, p. 15).

Nesse momento, em que os movimentos sociais de maneira geral buscavam espaços institucionais para suas reivindicações, a Pastoral da Saúde seguiu o mesmo caminho. Sua atuação em espaços como Conselhos, Conferências e Fóruns de Saúde passou a ser significativa por meio de uma de suas linhas de ação: a Pastoral da Saúde Institucional, sobretudo nos anos 1990.

### **1981 em Florianópolis: “Saúde para todos”**

A Campanha da Fraternidade do ano de 1981, que trouxe como tema Saúde e Fraternidade, foi um dos únicos momentos em que a Igreja Católica do Brasil em sua oficialidade assumiu um posicionamento público e explícito em relação à causa da

saúde neste país.<sup>14</sup> Para a Igreja Católica, os quarenta dias da quaresma têm um peso simbólico bastante significativo, pois correspondem ao período em que o povo hebreu esteve no deserto em seu êxodo do Egito para a Terra Prometida, conforme o Antigo Testamento da Bíblia; e em que Jesus Cristo haveria estado no deserto, segundo o relato do Novo Testamento. Ambos as descrições são tomadas com o significado de renovação, vida nova. Durante quarenta dias Jesus havia refletido sobre sua vida e sua missão e o povo hebreu caminhava em direção ao que era para eles o mundo perfeito, depois de todo o sofrimento passado no cativeiro. Portanto, a ideia da Campanha da Fraternidade seria a mesma: fazer com que os fiéis refletissem a respeito de um tema previamente escolhido e geralmente polêmico na sociedade, com o intuito de transformar o mundo que consideravam ser o paraíso.

A Igreja, assim, assume um posicionamento público em relação a esses temas, como é o caso da questão da saúde no Brasil. Tais posicionamentos são transparecidos nos subsídios de estudo elaborados para reflexão nos grupos de leigos católicos (como livretos e cartazes) e também nas campanhas publicitárias veiculadas nos meios de comunicação social.

Além do tema e dos subsídios é escolhido um lema relacionado à reflexão proposta. O lema é uma frase curta que resume a principal intenção da campanha. No ano de 1981 o lema escolhido foi Saúde para todos: essa frase trazia implícita todas as reivindicações feitas pelos movimentos sociais pela saúde ao longo da década de 1980 no Brasil. Falar em saúde para todos era denunciar que o sistema de saúde no Brasil não contemplava a totalidade dos cidadãos, que a saúde não era garantida a eles como direito seu e dever do Estado. Denunciava-se também o sistema político vigente, mais especificamente a ditadura militar no Brasil, e reivindicava-se uma democracia plena no país que atingisse também o sistema de saúde.

Além das denúncias ao sistema da saúde e às doenças mais comuns, que seriam causadas pelas desigualdades sociais, que por sua vez geravam desigualdades no acesso à saúde, a preocupação aparente nos subsídios nacionais era trazer à discussão um caráter teológico, dentro da ideia de que o envolvimento com as questões da saúde faria parte de um compromisso cristão, sendo, assim, necessárias ações práticas por parte de todos os católicos.

---

<sup>14</sup> Cabe destacar que em 2012 a Campanha da Fraternidade trouxe novamente o tema da saúde à pauta das discussões, com o tema Fraternidade e Saúde Pública e o lema “Que a saúde se difunda sobre a terra!”.

Na arquidiocese de Florianópolis, além dos materiais a serem utilizados durante o período da campanha, a equipe de Pastoral da Saúde arquidiocesana elaborou livretos para serem utilizados em grupos de reflexão sobre o tema. Tais materiais foram elaborados em conjunto com o CEBES da região, representando um momento forte da união entre CEBES e Pastoral da Saúde, em que os dois movimentos faziam as mesmas reivindicações e denúncias, mas reservando-se à pastoral suas particularidades enquanto movimento popular que estava preocupado também com a questão religiosa.

Embora se compreenda que com essas características a pastoral se envolveu com uma ala da Igreja Católica denominada de progressista, a partir do pensamento de Michael Löwy (2000, p. 65-66), observamos que seria um quadro distorcido apresentar esse grupo como politicamente revolucionário. Deve-se levar em consideração que muitos dos religiosos, sacerdotes e leigos, ao se envolverem com essas atividades não assumiram abertamente um posicionamento político, mas reagiram conforme critérios morais e religiosos nos quais acreditavam, tendo em vista que estavam defendendo um projeto que consideravam uma missão. Muitos desses aspectos podem até mesmo parecer conservadores aos olhos de alguns.

Outra questão a ser avaliada é a intencionalidade dos produtores na criação do material a ser analisado. Tanto a Pastoral da Saúde quanto o CEBES tinham objetivos e interesses na elaboração desses livretos que podem ser percebidos a partir dos discursos encontrados ao longo de suas páginas. Esses discursos trazem consigo o interesse na conscientização de uma população específica, que receberia o material e leria ao longo de reuniões em cada comunidade. É necessário pensar como esses textos podem ter se ajustado à situação e à realidade dos seus leitores. Ou seja, compreender como as configurações narrativas podem corresponder a uma resignificação da própria existência daqueles que os leram e apropriaram-se dos discursos, para assim, inferir como elas podem ter afetado os leitores e os conduzido a uma nova compreensão de si e do próprio mundo (CHARTIER, 1990, p. 24), o que provavelmente os transportou a novas experiências dentro das características de um movimento popular que se pretendia formar.

Dois dos livretos que tinham o objetivo de servir de base para aprofundar o tema da Campanha da Fraternidade em Florianópolis são os materiais analisados a seguir.<sup>15</sup> O primeiro deles, editado em março de 1981, e o segundo, em setembro do mesmo ano,

---

<sup>15</sup> As duas cartilhas analisadas nesta seção fazem parte do acervo da Conferência de Religiosos do Brasil da Regional Sul IV – Florianópolis, Santa Catarina.

ambos assessorados pelo CEBES em sua elaboração. Na apresentação do primeiro número foi exposto o eixo norteador dos encontros que seriam subsidiados pelo material, na concepção do coordenador arquidiocesano de pastoral, Padre Jairo Aldo da Silva:

Como veremos no decorrer de nossos Encontros, SAÚDE é um DIREITO de todos. E ela não é algo isolado. Tem implicações em todos os aspectos da nossa vida. SAÚDE significa VIDA, e vida significa o Amor de Deus presente em nós.

Que este Manual nos ajude e às nossas comunidades a ter mais vida, e vida em abundância, assim como Cristo desejou (ARQUIDIOCESE DE FLORIANÓPOLIS, 1981a, p. 1).

Além da compreensão de que a saúde deveria ser reconhecida como direito de todos indistintamente, encontra-se ainda a preocupação de anunciá-la não como algo isolado que se sustenta por si, mas como resultado das condições de vida que envolvem o indivíduo em todos os seus aspectos. A falta de saúde é apresentada ao longo dos manuais principalmente como resultado das desigualdades sociais que levavam os pobres a condições insalubres. Aliada às desigualdades sociais, aparece a crítica ao sistema de saúde no Brasil, visto como injusto e favorecedor do capital estrangeiro por meio da formação de profissionais de medicina, direcionada para a especialização da cura, a indústria de medicamentos e equipamentos médico hospitalares.

Essas características atribuídas aos movimentos sociais de saúde ganham um sentido particular na Pastoral da Saúde, que alia todas as críticas e reivindicações à mensagem religiosa. Na concepção da Igreja Católica, Deus não quer a doença, mas vida e saúde em abundância para os humanos. A partir da mensagem bíblica e do exemplo de Jesus Cristo retirado da Bíblia dever-se-ia anunciar a vida e lutar por ela, essa seria a vontade de Deus no entendimento dos cristãos envolvidos com esse trabalho. A mensagem e ação da Pastoral da Saúde são direcionadas para a conscientização do povo por seus direitos, que seria a expressão de um compromisso cristão, já que a vontade de Deus não era a acomodação de seu povo.

Na apresentação do segundo livro percebe-se outra questão:

Os problemas levantados e debatidos nas 10 lições do livrinho, não são, necessariamente, os problemas de cada uma de nossas localidades. Podem não ser estes, mas também podem ser. Quem sabe, são outros! O panorama traçado é o que se percebe como um fato bastante generalizado pelo Brasil todo. As reuniões também não devem desembocar num *rosário de lamúrias*, sem referência ao lado positivo da situação. O importante é aprender a VER a realidade, JULGÁ-LA criteriosamente à luz do Evangelho, e AGIR EM CONJUNTO na procura da melhor solução possível. (ARQUIDIOCESE DE FLORIANÓPOLIS, 1981b, p. 33).

Nessa abertura, feita por Dom Afonso Niehues – arcebispo metropolitano da arquidiocese de Florianópolis no período e oficialmente o maior responsável pela Igreja Católica da região – constata-se uma preocupação em relação aos temas levantados pelo manual. No corpo do texto identifica-se certo questionamento em relação aos problemas explicitados ao longo do manual, se eles faziam ou não parte da realidade de Florianópolis.

Sua maior apreensão aparentemente é de que as críticas foram muito severas e a realidade exposta muito dura; devia-se, em sua opinião, mostrar o lado positivo da situação para que, como o próprio Dom Afonso ressaltou, as reuniões não se transformassem num rosário de lamúrias. Provavelmente, os organizadores do material perguntar-se-iam: que lado positivo? E ressaltariam: o lado positivo é o lado de quem oprime...

Cada um dos manuais foi elaborado para servir de subsídio para 10 reuniões de grupos de reflexão, com um tema central voltado para a questão da saúde. Sendo assim, o manual traz a estrutura de uma reunião contendo primeiramente um espaço de tempo para acolhida dos participantes, que deveria ser feita pelo dirigente da reunião, passando-se a seguir para uma oração inicial, sendo que para ela o Manual traz sugestões de mensagens, cantos ou orações.

Após a oração inicial, havia um espaço para a leitura de um texto, intitulado de “Fato da vida”. O texto era uma história fictícia que ilustrava situações provavelmente vividas por muitas pessoas nas periferias de Florianópolis. Os casos mais comuns apresentados nesses textos remetiam ao êxodo rural que fazia com que pessoas oriundas da região agrícola de Santa Catarina engrossassem a população das favelas de Florianópolis e a partir daí passassem por dificuldades financeiras e, conseqüentemente, problemas de saúde, aliados à exploração de grandes empresas, injustiças do sistema social e desigualdades sociais.

Essas histórias, que traziam personagens de nomes fictícios e imaginários, apresentavam situações cuja probabilidade de acontecimento era bastante provável. As histórias pensadas naquele momento pela equipe que elaborou os materiais tinham como objetivo atingir tanto essas famílias que em seu cotidiano, por ventura, passassem por situações semelhantes às descritas nas histórias, como aquelas que embora vivessem em Florianópolis, nem conhecessem tal realidade, tão próxima e tão distante ao mesmo tempo. O objetivo era que, a partir de então, todos passassem a lutar por melhores condições de vida.

Após o Fato da vida, havia um espaço para esclarecimento da realidade apresentada na história fictícia, que trazia dados estatísticos e uma visão científica em relação ao tema do encontro e servia para o esclarecimento da conjuntura apresentada. Ou seja, primeiro era apresentada a história fictícia e de fácil apreensão por meio de vocabulário acessível; posteriormente, dados da realidade brasileira, que serviam para legitimar o que havia sido exposto, sendo uma maneira de demonstrar que embora a história fosse fictícia, fatos como os descritos aconteciam realmente.

O momento seguinte era reservado à reflexão do tema pelos participantes, em que o subsídio trazia várias perguntas que serviriam para seu questionamento. Observa-se que a intenção era apresentar uma situação para o grupo e a partir daí suscitar um debate com o intuito de gerar uma ação sobre aquela realidade. Essas são etapas do método de ação pastoral: o ver-julgar-agir.

O julgamento da realidade, no entanto, sempre deveria ser feito a partir da orientação religiosa, dos exemplos bíblicos. Esta era a última etapa da estrutura das reuniões apresentada pelos manuais, intitulada “a Bíblia nos ilumina”, em que era apresentado um trecho da bíblia que pudesse ter alguma semelhança com a situação da realidade debatida pelo grupo. Após a reunião, que era encerrada pelo dirigente, na maioria das vezes era indicada uma mensagem, música ou oração para o momento.

### **Das palavras à ação: A Pastoral da Saúde e a saúde comunitária em Florianópolis**

Uma das formas de reivindicação assumida pela pastoral foram as ações de saúde comunitária. Essas práticas eram uma forma de conscientização e luta da população das periferias junto à Pastoral da Saúde, que assumiu características de um movimento popular. Os projetos de Saúde Comunitária eram realizados em comunidades de periferia, geralmente sob a coordenação de uma religiosa, ou leigos ligados à área da saúde. Podem ser interpretados como uma forma de eximir o Estado de suas responsabilidades, partindo-se do pressuposto de que ao assumir a autogestão de sua saúde a população não reivindicava um sistema de saúde que realmente contemplasse a todos, mas ficaria isolada em suas comunidades sem o atendimento formal. Embora casos como esse possam ter ocorrido, não era o objetivo da pastoral, que buscava a mobilização da população para a reivindicação e não para a acomodação, como indicam os manuais de estudo e as discussões encontradas nos relatórios de encontros.

Ainda assim, parece contraditório que assumindo a responsabilidade por sua saúde, o povo passasse à luta. A ideia era de que a saúde deveria ser construída democraticamente como direito. Era uma crítica não só ao sistema na forma como ele se apresentava, mas à maneira como ele era constituído e toda forma de autoritarismo que envolvesse a saúde, desde o sistema político do país até a relação entre profissionais de saúde e povo. Para que esse suposto autoritarismo se quebrasse, na concepção dos envolvidos, era necessário que o povo estivesse consciente de qual forma de acesso à saúde era melhor para si, qual melhor intervenção e tratamento. Assim, a saúde era vista como um direito a ser conquistado por todos indistintamente e esperar pela ação do Estado sem nada fazer não contribuiria para a melhoria da situação.

Os projetos de saúde comunitária da Pastoral da Saúde eram financiados pela MISEREOR, uma entidade auxiliadora episcopal da comunidade católica alemã que tinha como objetivo ajudar no combate à fome e às doenças. A MISEREOR estava em contato com aproximadamente 70 países em todo o mundo dando apoio a projetos na área da saúde. Em 1977, durante o Primeiro Seminário Nacional de Saúde ocorrido entre o dia 25 de setembro e 01 de outubro de 1977, colocou-se em discussão o recebimento de auxílios da entidade, no mesmo momento em que se discutia uma mudança de mentalidade e atitudes na área da saúde dentro das organizações católicas ligadas a hospitais:

Também no Brasil estão surgindo novas possibilidades para o futuro. Os tipos de projetos vindos ultimamente do Brasil para a MISEREOR permitem discernir iniciativas promissoras. A MISEREOR confia integralmente que as Ordens e Congregações brasileiras estejam enfrentando sua nova missão no campo da saúde com profunda convicção, objetivos claros e todo vigor. Poder auxiliar nesse discernimento, constituiu enorme satisfação para a MISEREOR.

Ninguém tem o direito de lamentar a inquietação e a falta de paz existentes e, simultaneamente, deixar de ver a injustiça infligida a tantos seres humanos, que vivem em condições indignas. Somos chamados a criar justiça através do amor. (I SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE, 1977).<sup>16</sup>

Pelo fato desses auxílios serem destinados a Ordens e Congregações religiosas que atuavam no campo da saúde, o seu recebimento era administrado pela CRB, que em Florianópolis repassava-os para os miniprojetos de saúde comunitária coordenados por uma religiosa que respondia por eles no pedido de financiamento e prestação de contas junto à CRB. Dentro dessa perspectiva, as principais atividades desenvolvidas pela

---

<sup>16</sup> Relatório do I Seminário Nacional de Saúde, realizado entre 25 de setembro e 01 de outubro de 1977, na cidade de Petrópolis, Rio de Janeiro, sob a responsabilidade da CRB Nacional. Acervo da Conferência de Religiosos do Brasil da Regional Sul IV – Florianópolis, Santa Catarina.

Pastoral da Saúde em Florianópolis foram miniprojetos comunitários em saúde e o treinamento de agentes de saúde nas comunidades. Alguns exemplos foram encontrados entre os relatórios e correspondências da CRB Regional e envolviam ações como: saneamento básico; construção de minipostos de saúde; treinamento de agentes de saúde.

Dentre as ações de saneamento básico, um exemplo foi o projeto de 1988 na comunidade de Areias, que previa a construção de uma rede de esgoto no bairro de Ponte do Imaruim, município de Palhoça (Grande Florianópolis), coordenado por Irmã Neves (Alete Alves). O projeto tinha uma abrangência de atendimento de 500 famílias, sendo a maioria delas provenientes do êxodo rural. Contava com a participação da comunidade na conscientização popular e na mão de obra; de voluntários para o serviço de engenharia; do Departamento de Saúde Pública para serviços técnicos e aquisição de 50 fossas e sumidouros; da Secretaria de Transportes e Obras e da Prefeitura para o transporte e máquinas.

Um relatório de 1987, assinado pela Enfermeira Teresa Gaio, coordenadora arquidiocesana de Pastoral da Saúde naquele ano, traz a informação da instalação de minipostos de saúde em comunidades e capelas onde havia também treinamentos de Agentes de Pastoral. Na arquidiocese de Florianópolis, até 1987 haviam sido instalados 19 minipostos em São João Batista, 8 em Navegantes, um no Morro do Mocotó (centro de Florianópolis), um na Vila Aparecida (região continental de Florianópolis), cinco em Biguaçu e um em Itajaí.

Os minipostos eram munidos de um aparelho de pressão; um estetoscópio; três seringas de vidro; um termômetro; uma tesoura para curativo; duas pinças para curativo; uma panela de barro e os livros **Manual do Agente de Saúde**, **A saúde brota da natureza** e **Onde não há médico**. Os minipostos viabilizavam o trabalho do agente de saúde nas comunidades e davam à população acesso a uma forma de cuidado da saúde alternativa ao sistema público, que não atendia às necessidades dessas comunidades.

Outro projeto do qual se tem notícia nos anos de 1988 e 1989 é o da comunidade do Morro da Caixa (localizada na região continental de Florianópolis), coordenado pela Irmã Flávia Bruxel. A comunidade tinha na época 70 anos de existência e em torno de 4500 pessoas. Foram desenvolvidas atividades de conquista de terras, habitação e transporte. A viabilidade do miniposto tinha como objetivo treinar 30 agentes de saúde; o treinamento de um casal técnico de probiótica (cuidado preventivo de saúde por meio de exercícios e cuidados alimentares) para que eles treinassem em torno de 60 pessoas

da comunidade em três outros cursos anuais; a instalação de um gabinete dentário e o tratamento à verminose aliado a projetos de saneamento básico; além da viabilização de uma horta comunitária.

Além dessas ações, aconteciam ainda os treinamentos de Agentes de Pastoral da Saúde em Santa Catarina. No **Manual do Agente da Pastoral da Saúde** (1987), editado em 1987 pela Pastoral da Saúde da Regional Sul IV da CNBB<sup>17</sup>, podem-se perceber as concepções político-teológicas na formação desses indivíduos. O manual era utilizado na formação dos agentes e tinha como base o Livro **Onde não há médico**, de David Werner, além da influência que a pastoral recebeu em seu contato com o CEBES.

A análise do manual permite visualizar quais as preocupações do grupo no que se refere à saúde e à doença, relacionando-as com os discursos oficiais da medicina e da Igreja Católica. Cabe ainda ressaltar que esse material servia para direcionar os treinamentos dos agentes de pastoral e, portanto, o que se esperava de sua atuação. Diferente dos livretos da campanha da fraternidade, era levado pelos especialistas na área da saúde e religião, que ofereciam os treinamentos para a formação de agentes.

“Vá ao povo. Viva com ele, aprenda com ele, ame-o. Comece com o que ele sabe, construa sobre o que ele tem.” É esta frase, acompanhada de uma ilustração representando um trabalhador rural no exercício de sua atividade, que encontramos na folha de rosto do Manual do Agente da Pastoral da Saúde da CNBB regional Sul IV. A frase encontrada logo na abertura da obra torna-se bastante significativa, por ser o prenúncio do que encontraremos no restante do documento, ao mesmo tempo em que exprime toda uma visão do que para os idealizadores da obra seria desenvolver atividades voltadas concomitantemente para as áreas da saúde e da religião.

Esse trabalho, naquele momento histórico específico, dar-se-ia no lugar onde o povo estaria vivendo o seu cotidiano. Já que a obra trata-se de um manual utilizado para formar os Agentes da Pastoral da Saúde, ou seja, pessoas leigas que passariam a atuar em nome de um grupo religioso da Igreja Católica e desenvolvendo atividades na área da saúde, essa frase traz a indicação de que o lugar onde as práticas estariam se desenvolvendo no final da década de 1980 não seriam necessariamente os lugares onde comumente se encontrariam pessoas doentes, tais como, hospitais ou postos de saúde. Observa-se de antemão que o principal objetivo do grupo era ir até o povo no intuito de

---

<sup>17</sup> Manual disponível na Biblioteca do Instituto Teológico de Santa Catarina – ITESC.

partir dos seus saberes e da sua realidade para então inserir outros conhecimentos relacionados á saúde, e assim produzir outra realidade.

É dessa forma que percebemos a articulação e a atuação da Pastoral da Saúde, na década de 1980 em Santa Catarina, enquanto um movimento social pela saúde, ou seja, mobilizando as pessoas em torno do objetivo principal da promoção da saúde de toda uma população. Particularidade evidenciada na apresentação do mesmo manual, assinada por Elias Della Giustina, padre e então coordenador da Pastoral da Regional Sul IV:

Lembre sempre que o mais importante é nós nos organizarmos para conquistar nossos direitos à saúde, educação, trabalho digno, saneamento básico e terra para plantar e morar. Precisamos nos respeitar mutuamente como pessoa humana. Faça bom uso do livro e junte suas forças à de outros irmãos na luta organizada. (CNBB REGIONAL SUL IV, 1987, p. 5).

Lendo rapidamente o índice de assuntos do Manual e o folheando distraidamente, pode-se até mesmo confundi-lo com um livro qualquer de ciências ou de primeiros socorros não o identificando como um subsídio de estudos para um grupo católico. Um olhar mais atento ao manual, no entanto, remete a toda a discussão que ocorria dentro da Igreja e na área da saúde no final da década de 1980: as discussões envolvendo a teologia da libertação, que foi a grande impulsionadora, em Santa Catarina e em diversos outros lugares do país, do trabalho de religiosas na área da saúde comunitária. Outra discussão presente era a luta pelo acesso de todos os cidadãos à saúde, considerada um direito de todos, impulsionada pelos debates em torno da elaboração de um Sistema Único de Saúde no momento de redemocratização.

Propor alternativas ao sistema de saúde oficial não é a principal proposta do manual, mas ao contrário, conscientizar a população de que um sistema de saúde e condições de saúde plena era seu direito. No caso da inexistência desses direitos, indicava soluções imediatas para a amenização dos problemas e propunha a mobilização e procura dos órgão públicos responsáveis.

Dessa forma, identifica-se qual seria a função do agente comunitário da saúde treinado pela Pastoral da Saúde: acompanhar os problemas da comunidade diretamente, solucionar o que estivesse ao seu alcance, prestar primeiros socorros, orientar a população de sua comunidade e encaminhar os problemas que não fossem possíveis de ser solucionados aos órgãos e profissionais competentes. Não se encontra, no entanto,

nenhuma indicação de que os agentes desenvolveriam a função que a Igreja Católica, em sua oficialidade, esperava deles: a evangelização.

Uma importante característica do manual está na crítica social que ele faz. Ao indicar soluções rápidas aos problemas de saúde mais comuns nas comunidades, a obra transmite a ideia de que os problemas não eram responsabilidade do indivíduo e desloca a culpa das situações cotidianas de risco à saúde, às más condições de vida, resultado da injustiça e das desigualdades sociais: “Uma das causas da pressão baixa é a falta de comida. Se todos tivessem um pedaço de terra para plantar o seu alimento o povo não seria doente.” (CNBB REGIONAL SUL IV, 1987, p. 42). Ou ainda: “Há muitos acidentes com choque elétrico com crianças, porque as mães precisam trabalhar e não tem creche para deixar os filhos.” (CNBB REGIONAL SUL IV, 1987, p. 56).

### **Considerações finais**

O final da década de 1970 foi um período bastante marcante no Brasil pela emergência de um número expressivo de movimentos sociais, que promoveram a participação social de uma significativa parcela da população que, por outro meio, talvez não tivesse sua voz ouvida pelo poder público. A década de 1980 inicia-se, portanto, num contexto de reivindicações e denúncias, talvez favorecido pela perspectiva da redemocratização anunciada no governo Geisel, com continuidade nos governos posteriores.

A Igreja Católica foi um dos espaços em que se desenvolveram vários desses movimentos sociais do período, cujas ações e propostas estavam em sua maioria legitimados na teologia da libertação, um discurso teológico assumido parcialmente pela Igreja a partir dos anos 1970, mas que se pautava em ações coletivas anteriores.

Neste artigo, buscamos demonstrar parte do projeto e da ação de um desses grupos católicos que caracterizamos como um movimento social, na medida em que congregou indivíduos em torno de objetivos comuns que favorecessem as condições de vida de uma coletividade. Tratamos da Pastoral da Saúde, um grupo que trazia como preocupações primordiais o cuidado com a saúde dos indivíduos, com a cura de moléstias físicas e também com a conversão espiritual. Preocupações num primeiro momento muito individuais e subjetivas, mas que no contexto estudado adquiriram caráter coletivo e político.

Por meio da análise de informações obtidas nos relatórios de encontros da Pastoral da Saúde promovidos pela CRB, pudemos perceber suas principais preocupações e intenções na transição da década de 1970 para a de 1980, muito mais voltadas à saúde comunitária, às práticas de prevenção de doenças e às questões político-sociais que envolvem a saúde do que ao caráter individual ou biológico das doenças. Percebemos, também, a aproximação desse grupo religioso com militantes do CEBES, que juntos comporiam o Movimento Sanitário.

As cartilhas elaboradas pela Pastoral da Saúde e por integrantes do Movimento Sanitário de Santa Catarina na ocasião da Campanha da Fraternidade de 1981 configuraram-se em um exemplo importante da homologia do religioso com o político. Pela análise desse material, pudemos demonstrar a aproximação concreta dos dois grupos que faziam parte do Movimento Sanitário e as ideias defendidas num momento de intensa espiritualidade para os católicos – a quaresma.

Por fim, ao utilizarmos dados obtidos em relatórios da Pastoral da Saúde e no Manual da Pastoral da Saúde, elaborado em 1987, pudemos observar a ação da Pastoral da Saúde na área de saneamento básico, na criação de postos de saúde comunitários e na formação de agentes de pastoral. Tais práticas visavam à prevenção de doenças e cuidados emergenciais aos indivíduos doentes, mas, sobretudo, visavam à conscientização e luta por direitos iguais na área da saúde.

Procuramos, portanto, demonstrar parte da relação entre Igreja Católica e Movimentos Sociais no contexto de redemocratização por meio do estudo da aproximação da Pastoral da Saúde no município de Florianópolis/Santa Catarina e do CEBES, que juntos fizeram parte do Movimento de Reforma Sanitária. Observamos uma reelaboração das noções de religiosidade e saúde e suas aproximações com a causa política defendida pelos movimentos sociais no período da ditadura.

**Life in Abundance and Health for All:  
Church and social movements for health in the decade 1980**

**Abstract**

This article seeks to discuss the approach between Catholic Church and Social Movements for Health in 1980s from the particular case of the relationship amid the Ministry of Health and the Brazilian Center for Health Studies in Florianópolis, Santa Catarina. Both groups, from their actions, were part of the Health Reform Movement in Santa Catarina. This rapprochement is demonstrated through analysis of materials prepared by the two movements during the Fraternity Campaign 1981. Also, the Manual of Health Pastoral Care was analyzed. It was developed in 1987 with the aim of training pastoral workers in that period and Health Ministry reports.

**Keywords:** Catholic Church; Social Movements; Public Health; Religions and religiosities; Redemocratization.

**REFERÊNCIAS**

I SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE. 1977, Petrópolis. Conferência de Religiosos do Brasil. **I Seminário Nacional de Saúde:** relatório. Petrópolis: CNBB, 1977.

II ENCONTRO REGIONAL DE PASTORAL DA SAÚDE. 1979, Florianópolis. Conferência de Religiosos do Brasil. **II Encontro Regional de Pastoral da Saúde:** relatório. Florianópolis: Pastoral da Saúde – Regional Sul IV, 1979.

III ENCONTRO DAS IRMÃS QUE ATUAM EM HOSPITAIS. 1982, Florianópolis. Conferência de Religiosos do Brasil. **III Encontro das Irmãs que atuam em hospitais:** relatório. Florianópolis: Pastoral da Saúde – Regional Sul IV, 1982.

ARQUIDIOCESE DE FLORIANÓPOLIS. **Saúde para todos – 1:** o povo acorda 6. Florianópolis: Arquidiocese de Florianópolis, 1981a.

ARQUIDIOCESE DE FLORIANÓPOLIS. **Saúde para todos – 2:** grupos de reflexão 7. Florianópolis: Arquidiocese de Florianópolis, 1981b.

BIBLIOTECA DO INSTITUTO TEOLÓGICO DE SANTA CATARINA. **Manual do Agente da Pastoral da Saúde.** Florianópolis: Pastoral da Saúde – Regional Sul IV, 1987.

BOURDIEU, Pierre. **A distinção:** crítica social do julgamento. São Paulo: EDUSP; Porto Alegre: Zouk, 2008. 556 p.

CARDOSO, Ruth. C. L. A trajetória dos movimentos sociais. In: DAGNINO, E. **Os anos 90: política e sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

CHARTIER, Roger. **A História Cultural entre práticas e representações**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1990.

CNBB REGIONAL SUL IV. **Manual do agente da pastoral da saúde**. Florianópolis, 1987.

DA ROS, Marco Aurélio. Uma visão da reforma curricular a partir do movimento sanitário. In: PEREIRA, M. J. L.; COELHO, E. B. S.; DA ROS, M. A. (Org.). **Da proposta à ação: currículo integrado do curso de medicina da UFSC**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2005.

DA ROS, Marco Aurélio. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A. ESTEVÃO, A.; DA ROS, M. A. (Org.). **A saúde em debate na educação física**. v 2. Blumenau: Nova Letra, 2006.

DA ROS, Marco Aurélio. **Pequena história do movimento sanitário em Santa Catarina**. Mimeografado. [s. d.].

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

GOHN, Maria da Glória. **Teorias dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos**. São Paulo: Loyola, 1997.

IRMÃS querem que hospitais melhorem os seus serviços. **O Estado**, Florianópolis, 28 maio 1982, p. 12.

KLEBA, Maria Elisabeth. **Descentralização do sistema de saúde no Brasil**. Chapecó: Argos, 2005.

LÖWY, Michael. **A guerra dos deuses: religião e política na América Latina**. Petrópolis: Vozes, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE. 1985, Belo Horizonte. Conferência de Religiosos do Brasil. **Seminário Nacional de Saúde: relatório**. Belo Horizonte: CNBB, 1985.

SHERER-WARREN, Ilse. **Movimentos sociais: um ensaio de interpretação sociológica**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1987.

Recebido em outubro de 2013.  
Aprovado em dezembro de 2013.