

A cura dos corpos e a libertação das almas: o caso da Pastoral da Saúde em Florianópolis

DOI: 10.4025/rbhranpuh.v7i21.26002

Marilane Machado¹

Resumo: A Pastoral da Saúde do Brasil é um grupo da Igreja Católica que desenvolve atividades relacionadas à área da saúde, sua institucionalização no Brasil se deu num contexto de debates, tanto teológicos quanto na área da saúde. Nosso principal objetivo neste artigo é uma análise desse contexto de transformações na intenção de compreender como os discursos legitimadores da Teologia da Libertação, no campo religioso, e da Conferência de Alma-Ata, no campo da saúde reverberaram na atuação da Pastoral da Saúde em Florianópolis (SC) a partir do final da década de 1970, passando de uma prática de dentro das instituições hospitalares e religiosas para as comunidades. Para a realização desta análise, nos utilizamos de documentos escritos, tais como Relatórios da Pastoral da Saúde, Publicações na Revista Pastoral de Conjunto e o Caderno de Estudos nº 9 da CNBB, analisados como fontes históricas que evidenciam ideias e ações de um determinado período.

Palavras-chave: Pastoral da Saúde, Igreja Católica, Teologia da Libertação, História da Saúde.

The healing of bodies and freedom of souls: the case of the Health Pastoral Care in Florianópolis

Abstract: Health Pastoral Care of Brazil is a group from the Catholic Church that develops activities related to health. Its institutionalization in Brazil occurred in the context of debates, both theological and in health. The main objective in this article is the analysis of this context of changes in the intention of understanding how those legitimating speeches of liberation theology, in the religious field, and Alma-Ata Conference, in health, reverberated in the performance of the Health Pastoral Care in Florianópolis (SC) since the end of the 1970s, moving from a practice inside hospital and religious institutions to communities. For this analysis, written documents, such as reports of the Health Pastoral Care, Publications in the journal Pastoral of Set (Revista Pastoral de Conjunto), and the CNBB Study Book No. 9 were used and analyzed as historical sources that point ideas and actions from a particular period.

Keywords: Health Pastoral Care, the Catholic Church, Liberation Theology, Health History.

La curación de los cuerpos y la libertad de las almas: el caso de la Atención de Salud Pastoral en Florianópolis

Resumen: Pastoral de la Salud de Brasil es un grupo de la Iglesia Católica que desarrolla actividades relacionadas con la salud. Su institucionalización en Brasil se produjo en el contexto de los debates, tanto teológica y en la salud. El principal objetivo de este artículo es el análisis de este contexto de cambios en la intención de comprender cómo esos discursos legitimadores de la teología de la liberación, en el campo religioso, y Alma-Ata Conferencia, en la salud, resonaron en el desempeño de la Pastoral de la Salud en Florianópolis (SC) desde finales de la década de 1970, pasando de una práctica dentro de las instituciones hospitalarias y religiosas a las comunidades. Para este análisis, se utilizaron y se analizaron como fuentes históricas documentos escritos, como los informes de la Pastoral de la Salud, Publicaciones en la revista Pastoral de Conjunto (Revista Pastoral de Conjunto), y la CNBB Estudio del Libro N ° 9 que las ideas y las acciones puntuales de un período determinado.

Palabras clave: Ministerio de Salud, Iglesia católica, Teología de la liberación, Historia de la Salud

Recebido em 09/12/2014 - Aprovado em 03/02/2015

¹ Doutoranda em História pelo Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Técnica em Educação da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Endereço Eletrônico: marilanemac@ig.com.br.

Introdução

Neste artigo, pretende-se apresentar parte da trajetória da Pastoral da Saúde em Florianópolis buscando evidenciar transformações vivenciadas pelo grupo na década de 1970, sobretudo no ano de 1978, quando ocorreu significativa mudança nas concepções de religiosidade e saúde entre os participantes do grupo em questão por conta de acontecimentos envolvendo tanto a Igreja Católica quanto a área da saúde, que levaram a mudanças de entendimento do que deveria ser e como deveria atuar a pastoral. Assim, é possível dizer que ela passou de uma atuação tradicional – dentro de hospitais e outras instituições de saúde, envolvida na atividade de evangelização promovida principalmente por religiosas – para uma atuação considerada progressista – na periferia da cidade de Florianópolis e região metropolitana, com atividades que a caracterizaram no período como movimento popular.

Entre as mudanças de concepção no campo da saúde ocorridas nesse contexto está a Segunda Conferência Internacional sobre Atendimento Primário de Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ocorrida em 1978, na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão soviético. A declaração de Alma-Ata deu ênfase à concepção de saúde como sendo a de completo bem-estar biopsicosocial e não simplesmente como a ausência de doenças e a defendeu como direito universal, colocando-a como meta a ser atingida por todos os países. Os cuidados primários de saúde foram apontados como a solução que levaria à igualdade de distribuição da saúde e definidos como sendo o acesso de todos os indivíduos e famílias de uma comunidade a serviços essenciais de saúde, prestados por meios que lhe fossem aceitáveis, com participação integral desses indivíduos e custos que a comunidade e o governo pudessem assumir. Os Cuidados Primários de Saúde voltar-se-iam para os principais problemas de saúde da comunidade e, a partir deles, deveriam ser elaborados os métodos de prevenção, cura, promoção e reabilitação da saúde. (UNICEF/OMS, 1979, p.28)

No campo religioso, podemos apontar como um significativo fator de transformação a difusão da Teologia da Libertação, movimento teológico que se manifestou nos países da América Latina a partir da década de 1970 que apontava e analisava as desigualdades sociais como sendo provocadas por governos que administravam em benefício dos ricos e de um ambiente cultural dependente da Europa e dos Estados Unidos da América. (MODIN, 1980, p. 25-31) Representou um vasto movimento social, ao qual Michael Löwy (2000) denominou *Cristianismo da Libertação* para explicitar sua capacidade de mobilização das pessoas em torno de um objetivo comum.

Um dos aspectos no qual observou-se a difusão da Teologia da Libertação foi a concepção de *vida religiosa inserida*, que teve no Brasil uma primeira fase nos anos 1960 com o aparecimento, desenvolvimento e consolidação de pequenas comunidades religiosas. Os próprios religiosos rejeitavam os elementos tradicionais da vida religiosa, entendidos naquele momento como deslocados socialmente de seu contexto. A fase seguinte foi de engajamento pastoral, que resultou nas comunidades inseridas nos meios populares nos anos 1970. Isso se deu por conta das mudanças teológicas e da integração

dos religiosos e religiosas na Pastoral de Conjunto da Igreja Católica, fruto de uma proposta aprovada na Assembléia Geral Ordinária da Conferência de Religiosos do Brasil (CRB) de 1977. Assim, houve uma mudança do lugar geográfico da vida religiosa – dos "centros" para as "periferias" – que pretendia também uma mudança social, política e, sobretudo, na compreensão da própria vida religiosa. A inserção dos religiosos pressupunha a moradia e o trabalho desses no meio em que se inseriam; não era vista como uma prática de caridade, beneficente, mas como uma opção de fato. Os religiosos não assumiam a causa do povo à distância, mas tornavam-se também povo. (PALACIO, 1980, p. 12-15)

A *vida religiosa inserida* promoveu mudanças também na área da saúde. Religiosas e religiosos que trabalhavam nessa área passaram a pensar suas práticas a partir da inserção, levando em consideração os debates e as tendências mundiais, confrontando-os com a realidade. Nesse sentido assumiu-se o discurso e as concepções da OMS em relação à saúde, que passou a ser também compreendida a partir de outro lugar geográfico, político e social: fora dos hospitais e dentro das comunidades nas quais os religiosos passaram a inserir-se. Nessa perspectiva de debates sobre a inserção a CRB criou, em 1976, o Grupo de Trabalho de Saúde (GTS). Os encontros do GTS visavam as irmãs engajadas em obras ligadas à questão pastoral e à problemática da saúde vivida nos hospitais, muitos deles administrados por congregações religiosas. Posteriormente, os religiosos que atuavam no campo da saúde preventiva também foram englobados. (PALACIO, 1980, p. 50-51)

É a partir desse contexto de mudanças no campo religioso e no campo da saúde que passamos a analisar, portanto, as transformações vividas por um grupo específico da ação pastoral na arquidiocese de Florianópolis, a Pastoral da Saúde. O ano de 1978 pode ser considerado um divisor de águas na trajetória do grupo, pois daquele momento em diante foi possível organizar um trabalho voltado para as comunidades de periferia por conta de reflexões como as sucitadas pela Teologia da Libertação e pela Conferência de Alma-Ata.

Tomar esses discursos como principal linha de orientação fazia parte de um conjunto de interesses dos que estavam à frente da coordenação do grupo naquele momento. Conforme Roger Chartier (1990, p.17) podemos compreender que os discursos de forma alguma são neutros, mas fazem parte da percepção social do grupo que o sustenta. A partir dos discursos, podem ser produzidas estratégias e práticas que tendem a impor autoridade sobre outros, que são menosprezados, e também legitimar projetos reformadores e justificar escolhas e condutas para os próprios indivíduos que se utilizam dele.

A Pastoral de Promoção da Saúde e as instituições

O mais atualizado documento sobre a Pastoral da Saúde da Regional Sul IV² dá a impressão de que o grupo iniciou suas propostas de saúde comunitária a partir do ano

² A CNBB divide o Brasil em 16 regiões, sendo que o estado de Santa Catarina é denominado Regional Sul IV, abrangendo 10 dioceses. A arquidiocese de Florianópolis é uma das dez dioceses que compõem o quadro institucional da Regional Sul IV da CNBB; além da cidade de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina,

de 1978, não dedicando nenhuma atenção ao trabalho desenvolvido anteriormente, por um grupo que também se autodenominava “Pastoral da Saúde”. Tal omissão no manual expressa uma incompatibilidade proveniente das mudanças teológicas e da área da saúde a partir de 1978. O que havia antes disso? Buscar essa resposta pressupõe desvendar um campo de concorrências, já que as lutas pela legitimação de um discurso são lutas de representação, totalmente ligadas às concepções de mundo social. (CHARTIER, 1990, p.17)

Informações obtidas em relatórios regionais da Pastoral da Saúde e artigos publicados na Revista Pastoral de Conjunto informam que o grupo da *Pastoral da Promoção da Saúde* foi criado em Florianópolis em 1967. Pretendia formar uma equipe para atingir os setores institucionais de saúde (hospitais, postos de saúde, ambulatórios, associações, INPS, IPESC etc.) assim como os prestadores de serviço, administradores e diretoria dessas instituições, através de escolas e universidades com cursos na área da saúde.

No ano de 1970, a publicação de uma síntese do *Segundo Seminário de Pastoral da Promoção da Saúde*, realizado em São Paulo, entre 02 e 07 de fevereiro trazia uma preocupação muito clara de garantir a presença de religiosos dentro das instituições de saúde:

A Hierarquia da Igreja perdeu seu pedestal de ser cabeça nos organismos da saúde. Antes ela dominava, agora é o Estado quem predomina, e isto: pela falta de preparo técnico dos Religiosos; pela falta de conhecimento dos direitos dos Religiosos como os demais profissionais. Mesmo com esta secularização, nossa presença deve ser tão e até mais marcante quanto antes. Pois não é somente pelo fato de sermos cristãos, mas sim até como homens, é que devemos nos preocupar com a saúde.

A Igreja de hoje deve marcar presença nos organismos de saúde pelo poder moral e pelo poder do testemunho. Concluindo, presença é antes de tudo ser.³

A preocupação demonstrada no trecho do documento expressa uma situação recorrente em diversos lugares do país naquele momento: a perda de espaço por parte dos religiosos na administração de hospitais e casas de saúde, bem como na sua atuação profissional dentro dos mesmos. Aparentemente, em Santa Catarina, esse processo se intensificou a partir de 1972, quando foi criada a Fundação Hospitalar de Santa Catarina.

a arquidiocese é composta de mais vinte e nove municípios vizinhos. Em nível arquidiocesano, a Pastoral da Saúde abrange toda a região, no entanto, a sede da coordenação arquidiocesana de toda a ação pastoral encontra-se na Cúria Metropolitana, localizada no centro da capital catarinense. A sede da CNBB Regional Sul IV, por sua vez, localiza-se no bairro Pantanal, também na cidade de Florianópolis. No período de abrangência desta pesquisa o Dom Afonso Niehues era o Arcebispo católico da arquidiocese de Florianópolis, este, permaneceu no cargo entre 14 de agosto de 1965 e 23 de janeiro de 1991.

³ Síntese do II Seminário de Pastoral da Promoção da Saúde realizado em São Paulo de 02 a 07 de fevereiro de 1970, publicada na Revista Pastoral de Conjunto do mês de junho de 1970, p. 112.

As religiosas começaram a ser paulatinamente retiradas dos hospitais para dar lugar aos funcionários leigos. Algumas, no entanto, foram contratadas pela fundação e passaram a trabalhar como funcionárias. Essa realidade está totalmente ligada à criação de uma pastoral voltada para a área da saúde, no final dos anos 1960.

Percebemos que a função de liderança das instituições de saúde por parte da Igreja era mais que administrativa, era vista como uma verdadeira missão dos que optaram por seguir o exemplo de Jesus. Dentro das congregações religiosas que tinham uma linha de atuação na área da saúde, objetivava-se que as atividades envolvendo a saúde não fossem somente de assistência espiritual, mas também de liderança, ou seja, de administração das instituições. Nessa perspectiva, a Pastoral da Promoção da Saúde em Florianópolis criou, em 1971, uma estrutura de trabalho que tinha como meta colocar uma pessoa ligada à Pastoral em cada hospital, para que fizessem a conexão com os responsáveis pelas comarcas e pela arquidiocese. Tencionavam fazer a conexão entre a Igreja Católica e os organismos de saúde através da Pastoral.

Em 1973, a *Pastoral da Promoção da Saúde* desenvolvia atividades em diversos hospitais da arquidiocese de Florianópolis⁴. Grande parte desses hospitais ainda eram administrados por congregações religiosas, sendo que seis deles eram administrados pela congregação das Irmãs da Divina Providência de Florianópolis. Em 1974, a *Pastoral da Promoção da Saúde* já estava articulada em 43 paróquias e 28 hospitais, além de postos de saúde e ambulatórios.

Em 1975, o grupo era coordenado pelo padre Tomé Kerbes, pelo médico Eduardo Cordeiro, pela enfermeira Elisabeth Lengert, pela fisioterapeuta Odete Bizzotto e pela farmacêutica e bioquímica Delcy Heck. Além de profissionais da saúde, as três últimas eram também religiosas, oriundas da Congregação Divina Providência. Existiam ainda coordenadores em cada paróquia, que eram geralmente leigos médicos.

Observa-se que o espaço de atuação da Pastoral que começava a se estruturar em Florianópolis visava os doentes, predominantemente nos hospitais. As pessoas à frente dos trabalhos estavam ligadas à hierarquia da Igreja Católica ou eram pessoas que possuíam títulos acadêmicos e ocupavam cargos de liderança na área da saúde – portadoras de capital simbólico dos campos da medicina e da religião, especialistas desses campos e legitimadas nessas áreas por seus títulos. As pessoas que ocupavam cargos de liderança, como diretores de hospitais e postos de saúde eram importantes articuladores para a Pastoral, pois, a partir deles, esta tinha entrada livre nas instituições.

No início dos anos 1970, as pessoas entendiam que o objetivo da Pastoral da Promoção da Saúde era

cultivar a saúde integral para dinamizar o homem. É um despertar constante para a auto libertação, visando a integração pessoal, grupal e social. Sempre deve acontecer

⁴ Hospital Celso Ramos, Hospital São Sebastião, Maternidade Carlos Correa, Hospital da Polícia Militar, Hospital Nereu Ramos, Hospital de Caridade, Hospital São Francisco de Assis (em Santo Amaro da Imperatriz), Colônia Sant'Ana, Hospital São José (em Tijucas) e Hospital de Azambuja

isto: levar a pessoa a se libertar e se integrar. É cuidar do doente como um todo. Isto através da prevenção, recuperação e na preparação das pessoas prestadias. Seria fazer acontecer o reino neste setor. Primeiro em mim, segundo no funcionário e daí levar este Reino ao doente e a família.⁵

São muito significativos os temas dos encontros dos que estavam ligados a tais atividades: Os sacramentos na vida hospitalar, Explicitação do novo Ritual da Unção dos Enfermos, Vida litúrgica nos hospitais, O que a família espera do hospital e de seus funcionários. Além disso, havia também os temas voltados à evangelização e à interligação entre Igreja e instituições de saúde: “anunciar o reino de Deus, favorecendo a comunhão com os irmãos e com Deus, nas unidades de saúde, levando a esperança cristã ao ambiente enfermo”.⁶

Observa-se, pela estrutura administrativa que criou e por sua definição como grupo em seus relatórios, que a atenção da Pastoral da Saúde concentrava-se nas ações que envolviam em primeiro lugar as instituições de saúde e sua relação com o indivíduo doente. Embora a preocupação com a manutenção da saúde apareça de maneira tímida, as ações não visavam as pessoas sadias que pudessem adquirir alguma doença, mas se dirigiam a quem já estava doente e alojado em uma instituição de saúde. Aí deveria entrar em cena o agente de pastoral: levando conforto para as famílias e indivíduos doentes a partir dos preceitos da Igreja Católica. Havia também a preocupação com os profissionais que atendiam os doentes. Nesse sentido, expressões como humanização de hospitais e evangelização traduziam o que deveria guiar a atuação do grupo.

Foi nesse contexto - no qual reverberava em âmbito local os debates que ocorriam em nível nacional e internacional - que se elaborou o Caderno de Estudos nº 9 da CNBB, dedicado à Pastoral da Saúde. É o único documento oficial da Igreja do Brasil publicado a esse respeito, ou seja, o documento que deveria servir de subsídio e nortear as ações desse setor da Igreja, até a atualidade, por ser sua única publicação. Ele representa, para esta análise, a visão oficial da Igreja do Brasil sobre a importância e a ação do grupo, por ter sido um documento cuja aprovação eclesial se fez necessária para sua posterior publicação.

Análise do Caderno de Estudos nº 9 da CNBB: A Igreja no hospital

O objetivo principal deste subtítulo é a análise do Caderno de Estudos nº 9 da CNBB, dedicado à Pastoral da Saúde. Há que se levar em conta que qualquer instituição social – e a Igreja é uma delas – está inserida em um universo simbólico que a envolve e constitui suas ações e seus discursos. As referências simbólicas tanto indicam aos indivíduos que vivem na mesma sociedade, quanto definem as formas de se relacionar

⁵ Relatório do I Encontro Regional da Pastoral da Saúde Realizado em 31 de maio de 1975, pelas CNBB e CRB de Santa Catarina.

⁶ Meta da Pastoral da Saúde no ano de 1976. In: Revista Pastoral de Conjunto. Florianópolis: Arquidiocese de Florianópolis. Jan/1976 (grifos nossos).

com essa sociedade, suas divisões e instituições. Assim, o imaginário social se configura, no controle da vida coletiva e no exercício da autoridade e do poder, podendo, ao mesmo tempo, tornar-se o lugar e o objeto dos conflitos sociais. (BACZKO, 1994, p. 309-310) Compreender o momento e a motivação das construções de discursos que sustentam determinado imaginário é a intenção da análise desse Caderno de Estudos.

Em julho de 1976, foi publicado na Revista Pastoral de Conjunto:

Irmã Delcy Heck, Coordenadora Arquidiocesana da Pastoral da Saúde, expediu circular convidando os interessados para uma assembléia no próximo dia 28 de agosto. O escopo principal do conclave será o estudo do Documento n.º 9 da CNBB - Pastoral da Saúde. Diz a circular-convite: "Este encontro será um esforço de caminhar juntos, numa Pastoral da Saúde. Estudando este documento, lançado recentemente pela CNBB, podemos encontrar pistas e linhas para a nossa atuação pastoral, tornando nosso trabalho junto ao doente um autêntico caminhar juntos.⁷

O documento citado fora publicado pela CNBB nacional, resultado de um encontro da Pastoral da Saúde realizado entre os dias 27 e 30 de junho de 1975. Na apresentação do documento, é possível encontrar o interesse principal de sua elaboração e veiculação:

Por parte da Comissão Nacional de Liturgia, havia o interesse especial de refletir sobre o Sacramento da Unção dos Enfermos e sua Pastoral, por ocasião da publicação em português do novo Rito. Por parte do Setor de Pastoral Especial da Linha de Evangelização, havia o interesse por este imenso campo de atividade pastoral. (CNBB, 1979, p. 5)

Essas foram as linhas que nortearam todo o documento: o sacramento da unção dos enfermos e a evangelização através da atuação da Pastoral da Saúde. É possível perceber o que a Igreja pretendia, oficialmente, para a Pastoral da Saúde naquele momento: que fosse uma Pastoral da Unção dos Enfermos, com atuação sacramental e de evangelização. Nessa concepção, a doença era propícia à evangelização, pois tratar-se-ia de um momento em que o indivíduo estaria fraco física e psicologicamente: "no cristão suficientemente educado na fé, a doença é apta a acender a chama da esperança".(CNBB, 1979, p. 20)

⁷ Relatório da Assembléia da Pastoral da Saúde, In: Revista Pastoral de Conjunto. Florianópolis: Arquidiocese de Florianópolis. Julho/1976.

A visão da doença como castigo ou vontade divina é constantemente combatida no documento, sendo difundida a idéia de que o indivíduo deve lutar contra a situação de doença, mais que contra a ausência de equilíbrio biológico e psíquico na sua integração com a sociedade. Concebia-se doença como o contrário da saúde – entendida como "estado de completo bem-estar físico, mental e social", concepção difundida pela OMS. (CNBB, 1979, p. 17)

Assim, o sacramento de unção dos enfermos poderia ser um novo meio de evangelização e o momento de demonstrar que a vontade divina não se manifestaria na doença ou na morte, mas que essas podem ser resultado de desequilíbrio nas diversas instâncias da vida. A ideia era endossada por passagens bíblicas como a de João capítulo 10, versículo 10: "vim para que todos tenham vida, e em abundância".

Passagens sobre Jesus Cristo curando diversas pessoas doentes ao longo de sua trajetória eram também tomadas como exemplo para os agentes de Pastoral. Mesmo que não fosse visto como função primordial do sacramento levado aos doentes, a possibilidade de cura física não era totalmente excluída:

A Unção dos Enfermos suscitou muitas vezes a questão da possibilidade da cura do doente. Pode um sacramento ter como finalidade a cura física? Na tradição da Igreja que, numa visão teológica, considera a humanidade como enferma e a Cristo como médico, o termo “cura” abrange a totalidade da salvação. Se não se reduz à cura física, tampouco a exclui. (CNBB, 1979, p. 30)

Percebemos através dessas análises o quanto os campos da saúde e da religião são miscíveis. Curar a alma e curar os corpos, dois objetivos que poderiam ser alcançados conjuntamente se traduziam num objetivo único. Nesse sentido, Cristo seria o médico de uma humanidade enferma, tanto física quanto espiritualmente. Numa hierarquia dos dois campos, Jesus estaria acima dos médicos e também dos sacerdotes, ou seja, seria o maior especialista dos dois campos.

Tais visões de saúde e doença integradas, ao interesse de evangelização, influenciariam a ação dos membros da Pastoral da Saúde diretamente, sendo que as orientações dessa ação encontram-se no Caderno de Estudos nº. 9. Os espaços de atuação da Pastoral seriam hospitais e domicílios, denotando que o indivíduo doente e todos que o cercavam deveriam ser o alvo da atenção pastoral; mesmo dedicando certa atenção aos doentes em sua moradia, o objetivo primeiro ainda não era promover a saúde. Sendo assim, uma das únicas indicações da chamada medicina preventiva aparece em um único parágrafo do texto:

Um dos maiores serviços que a Pastoral da Saúde pode prestar à nossa população é reduzir os casos de doenças, mediante uma oportuna medicina preventiva. Esta incluirá

necessariamente, ao lado de indicações quanto ao alimento, vestuário, habitação, hábitos de higiene, a indispensável preocupação com o tipo de vida possível, dentro de certos condicionamentos de ordem econômica, na faixa e, quantas vezes, abaixo do salário mínimo. Certas indicações de educação sanitária, de hábitos de higiene, podem soar como irreais e até irônicos, se desligados de uma efetiva preocupação com a situação concreta em que vivem muitos homens. (CNBB, 1979, p. 39)

Mesmo dedicando certa atenção a visitas domiciliares por parte do agente pastoral, estas estavam direcionadas a casas de pessoas doentes, objetivando "animação do doente e sua família", "amizade e diálogo fraterno", "preparação e atendimento espiritual" e finalmente a "celebração dos sacramentos". (CNBB, 1979, p. 42) Ou seja, as mesmas atividades desenvolvidas nos hospitais.

Observa-se, portanto, na leitura do documento, que a Igreja apresenta uma visão que muito interessa para o estudo das ciências sociais em saúde: a de que o doente ocupa um lugar especial na sociedade. Tal visão é também demonstrada nos estudos de Philippe Adam e Claudine Herzlich, (2001. p. 12) quando afirmam que o diagnóstico de doença interfere diretamente na identidade do indivíduo e determina um lugar específico a ele na sociedade. Para a Igreja naquele momento o lugar social do doente seria o da marginalidade. Assim, com o argumento de dar atenção ao marginalizado onde ele estivesse, foram traçados os planos de ação da Pastoral da Saúde.

Outras preocupações, outras críticas e outras concepções de saúde se depreendem do texto do Caderno de Estudos. Quando se dedica ao papel do cristão – seja ele o doente ou os profissionais de saúde – e encoraja as atividades da Pastoral da Saúde nos hospitais, utiliza sempre como argumento de legitimação de seu papel, o fato de ter sido a Igreja Católica responsável, por muito tempo, pela construção e manutenção de asilos e hospitais. No Brasil, as instituições de saúde foram responsabilidade da Igreja até a proclamação da República, quando passaram a ser alvo da preocupação do Estado. A Igreja perdeu um espaço na sociedade, o qual buscava recuperar (AZZI, 1981, p. 35):

Agora que a sociedade civil tem plena consciência de sua responsabilidade neste setor e que a ciência e a técnica progrediram de tal maneira que podem apresentar-se com segurança em sua atuação na área da saúde, a Igreja não abandona a sua missão em favor da sociedade universal, mas, dentro do contexto atual, continua a repetir aos homens as altas razões da solidariedade humana e a preparar os seus filhos para a maior eficiência na prestação de serviços aos seus semelhantes. (CNBB, 1979, p.8)

Dentro da perspectiva de evangelização e utilizando-se do argumento de que possuía grande experiência na área da saúde, o documento da CNBB apresenta algumas críticas às condições de saúde no Brasil:

Grandes centros hospitalares, onde a preocupação científica e de formação profissional traz consigo o risco de se considerar o doente como simples objeto de estudo. Contrastando com a longa fila dos que esperam internação, constata-se um baixo índice de ocupação dos leitos nos grandes hospitais, mormente nos fins de semana e feriados. Hospitais e casas de saúde que têm, como fonte de captação de recursos, a remuneração dos serviços prestados, acarretando o risco da comercialização, com todas as suas seqüelas, especialmente graves quando se trata de pessoas já marcadas pelo próprio infortúnio da doença. Hospitais muito grandes, grande concentração de serviços os mais variados, levando a um atendimento despersonalizado. (CNBB, 1979, p. 11-12)

Outro problema apontado sobre a saúde no Brasil era o curandeirismo e a prática ilegal da medicina, demonstrando assim, que embora a Igreja criticasse o sistema hospitalar vigente, se colocava ao lado da medicina oficial no Brasil. Assim sendo, as práticas ditas culturais eram apontadas como atrasadas, podendo por esse motivo atrapalhar a ação da medicina. Por trás do argumento, pode-se pensar na preocupação de que algumas dessas práticas adviessem de outras religiões que não a católica:

Condicionamentos culturais: muitos se situam num estágio pré-técnico, dando lugar a práticas rudimentares, que, se de um lado contém intuições e dados de experiências vividas ao longo dos tempos, de outro lado impedem ou retardam muitas vezes o recurso devido aos meios já conquistados pela medicina. O curandeirismo e a prática ilegal da medicina são índices de problemas mais amplos e profundos do que o simples desrespeito a estatutos legais. (CNBB, 1979, p. 10)

Por fim, há críticas quanto a desigualdades sociais e a forma como estão relacionadas às más condições de vida e saúde da população. No entanto, observamos que a principal preocupação do documento não foi a proposição de ações que amenizassem os problemas citados, como apareceriam anos mais tarde em outros documentos da Pastoral da Saúde: “pode-se mesmo falar em doenças das áreas desenvolvidas e doenças das áreas subdesenvolvidas, em doenças de ricos e doenças de

pobres. Num hospital, em que há pacientes particulares, clientes do INPS, do Funrural e não-pagantes, o tratamento não é o mesmo para todos.” (CNBB, 1979, p.9)

É possível concluir também, através da leitura do Caderno de Estudos, que Pastoral da Saúde era sinônimo de atendimento dos enfermos, Pastoral dos Hospitais e Pastoral dos Enfermos:

"Atendimento dos enfermos", "Pastoral dos hospitais", "Pastoral dos Enfermos" são expressões usadas e que se têm encaminhado para "Pastoral da Saúde", precisamente para englobar todos os aspectos da ação da Igreja, que atinge o homem, não apenas na pessoa do doente, mas na de todos os que o atendem (médicos, enfermeiros, atendentes, administradores, dietistas, nutricionistas e outros), bem como as estruturas em que o enfermo se encontra: antes e durante a doença, na sua superior reintegração à vida de cada dia, como também na eventualidade, tão presente, da morte, que se procura integrar numa visão de Páscoa. (CNBB, 1979, p.8)

Anos depois as ações da Pastoral da Saúde diversificariam-se e ela passou a ser vista como promotora de atividades preventivas na área da saúde. Assim, as ações nos hospitais passaram a ser designadas a partir de então à chamada de Pastoral dos Enfermos, enquanto à chamada de Pastoral da Saúde foram atribuídos os trabalhos de medicina preventiva junto às comunidades. Mais que uma simples mudança de nomes e atividades, passar a chamar a pastoral dos hospitais de Pastorais dos Enfermos, traz a conotação de que estas atividades ainda não eram realizadas com o objetivo de promover a saúde, o que deveria, no entendimento da pastoral dos anos 1980, ser o objetivo principal.

Assim, além da mudança de nomes, assistiu-se à mudança de prioridades nas atividades pastorais e à polarização dos envolvidos em dois blocos distintos de atividades: os envolvidos com as instituições hospitalares e a Igreja oficial e os que se envolveram com práticas alternativas de saúde e acreditaram numa Igreja ligada às bases populares.

Das instituições à comunidade

Em 1978, acontecimentos que envolveram a Pastoral da Saúde na cidade de Florianópolis foram bastante emblemáticos para a análise do campo religioso. Foi este o ano em que se articulou oficialmente em nível regional a *Pastoral da Saúde* junto à CNBB, a partir das discussões do I Seminário Regional de Saúde, que teve como objetivo principal expor e debater as propostas do Seminário Nacional de Saúde realizado um ano antes. Tais seminários aconteceram por iniciativa da CRB através de do Grupo de Trabalho de Saúde.

O Grupo de Trabalho de Saúde da CRB era formado, em sua maioria, por religiosas de diversas congregações do Brasil, geralmente envolvidas com instituições hospitalares, as quais administravam, ou mesmo instituições públicas, nas quais desenvolviam atividades ligada à espiritualização católica envolvendo doentes, familiares e funcionários da área de saúde nesses hospitais.

Para que a institucionalização da Pastoral da Saúde ocorresse na arquidiocese de Florianópolis em 1978 a enfermeira e religiosa Cacilda Hammes assumiu a coordenação regional da Pastoral. A religiosa fazia parte da congregação *Fraternidade Esperança* que fora fundada em 03 de outubro de 1978 em Florianópolis quando 52 irmãs da congregação da Divina Providência (dentre elas a própria Cacilda Hammes) pediram desligamento desta e se organizaram, como comunhão de pessoas à maneira dos religiosos, ainda não reconhecida como congregação pelas leis e exigências do Direito Canônico. As religiosas desligadas assinaram a seguinte declaração: “declaro que, muito consciente, de livre e espontânea vontade, e vendo nisto um caminho de Deus, optei e me decido a assumir a experiência de uma nova Fraternidade Religiosa, marcada pela busca da verdadeira vida evangélica, e engajada na pastoral da Igreja de hoje”. (KÖRBES, 2003, p. 151.)

A dissidência dessas religiosas ocorreu como resultado e, de certa forma, pôs fim a um conflito ocorrido dentro da Província da Divina Providência de Florianópolis, entre os anos de 1976 e 1978. Percebe-se que conflitos como esse estavam diretamente ligados aos debates que ocorriam dentro da Igreja naquele momento em torno da Teologia da Libertação. Dentro da congregação da Divina Providência houve uma polarização entre as religiosas que optaram pela forma tradicional de vida religiosa e aquelas que buscavam uma maneira de inserção social nas comunidades de periferia de Florianópolis.

Um dos pontos fortes do conflito foi a ênfase dada pelas áreas de atuação da Congregação da Divina Providência em função da população mais carente de Florianópolis. Essa congregação era proprietária de um tradicional colégio de Florianópolis, o Colégio Coração de Jesus. No ano de 1975 irmãs e leigos que ali atuavam se deslocaram para comunidades de periferia no intuito de organizar creches nesses locais e houve também a tentativa de abertura do colégio para as crianças carentes e a oferta de educação de jovens e adultos no período noturno. Tais idéias não foram bem recebidas por um grupo de leigos e de religiosas da própria congregação.

O conflito gerou uma reação das religiosas que não aceitavam as novas práticas propostas, o que as levou a recorrer a Dom Afonso Niehues⁸, que propôs a criação de uma nova Província, tendo em vista as incompatibilidades entre os grupos dentro da mesma congregação:

Diante de tal situação, cheguei à conclusão de que ambos os estilos de Vida Religiosa – uma na linha da tradição, outra na linha da encarnação –, na realidade, são viáveis e dignos de

⁸ Dom Afonso Niehues foi arcebispo de Florianópolis no período de 1967 a 1991. Em seu arcebispado, foi organizada a Ação Pastoral de Conjunto da arquidiocese e criada a Regional Sul IV da CNBB, em 1970.

acatamento, porém inconciliáveis nas mesmas comunidades. Parece, por conseguinte, natural e lógico que seja criada uma nova Província, dando, inicialmente, liberdade às religiosas para que optem por esta ou aquela Província, de acordo com o estilo de vida que desejam seguir. (KÖRBES, 2003, p.153)

A solução, entretanto, não foi aceita pela Sagrada Congregação dos Religiosos e Institutos Seculares em Roma. Também não se chegou a um consenso durante o Capítulo Geral da Congregação da Divina Providência⁹, ocorrido entre 05 de julho e 05 de agosto de 1978. Houve a demissão coletiva de 52 religiosas, unidas sob a direção do bispo de Joinville, Dom Gregório Warmelling, a quem foram entregues, em 05 de dezembro de 1978, 46 procurações com pedidos de dispensas de votos. Em carta anexa, Dom Gregório acolhia as religiosas egressas em sua diocese. As cartas foram encaminhadas para a Congregação dos Religiosos, em Roma e a dispensa das irmãs foi entregue à superiora provincial, Irmã Cacilda Salthier, em 08 de janeiro de 1979. (KORBES, 2003, p.100)

Assim, um número considerável de religiosas que ocupavam cargos de liderança na Província Coração de Jesus da Divina Providência formou a Fraternidade Esperança. Desde outubro de 1978, a Fraternidade Esperança foi acompanhada também por um assessor jurídico-canônico, a pedido de Dom Gregório: Frei Fábio Panini, que era também assessor da CRB Nacional.

A formação e a vivência da Fraternidade Esperança foi profundamente marcada pela Teologia da Libertação e pela noção de vida religiosa inserida nos meios populares. Após a dissidência, as religiosas egressas da Divina Providência optaram por viver nas comunidades de periferia da cidade de Florianópolis. Como haviam sido demitidas de suas atividades profissionais que realizavam na congregação, decidiram viver de seus próprios trabalhos assalariados, dividindo o que recebiam.

Além da Irmã Cacilda Hammes, outras religiosas originárias da Divina Providência e depois integrantes da Fraternidade Esperança também faziam parte da Pastoral da Saúde e idealizaram um trabalho na área da saúde diferente daquele realizado até então; – o desenvolvimento da Pastoral da Saúde Comunitária em algumas comunidades de periferia da cidade de Florianópolis, geralmente as mesmas nas quais se encontravam as casas da Fraternidade Esperança.

Os religiosos que se envolveram com a Pastoral da Saúde e com o Grupo de Trabalho Saúde da CRB estariam mais preocupados com a situação religiosa dos leigos que procuravam atender ou com as precariedades na área da saúde que procuravam suprir? Estariam mais preocupados com a "cura das almas" ou com a "cura dos corpos"? Com base na idéia de dissolução do campo religioso desenvolvida por Pierre Bourdieu, pode-se dizer que "onde se tinha um campo religioso distinto tem-se, a partir de então, um campo religioso de onde se sai sem saber", já que os religiosos envolvidos neste

⁹ Os Capítulos Gerais de Congregações Religiosas são uma espécie de assembléia geral, realizadas periodicamente.

foram procurar em outro campo, o da medicina, o capital simbólico que legitimasse suas ações – "exercem novas formas de cura das almas com um estatuto de leigos e sob uma forma laicizada; assiste-se então a uma redefinição dos limites do campo religioso, à dissolução do religioso em um campo mais amplo, que se acompanha de uma perda do monopólio da cura das almas no sentido antigo". (BOURDIEU, 2004, p. 122)

Ao longo dos anos 1970 e 80 as pessoas que assumiriam as coordenações das ações pastorais – tanto em nível regional e arquidiocesano quanto nas comunidades, diretamente –, eram pessoas ligadas de alguma forma à hierarquia da Igreja ou que tinham títulos acadêmicos na área de saúde; ou ainda, as duas coisas. Dessa forma, estavam legitimadas pelas instituições religiosas e médicas para desenvolver os trabalhos aos quais se propunham, mesmo entrando em conflitos. Esses acontecem justamente por serem os indivíduos nomeados pelas instituições, ou seja, o fato de serem instituídos prevê que os indivíduos comportem-se conforme a essência social que lhes é atribuída; quando não se comportam dessa forma, acontecem as divergências. (BOURDIEU, 1982, p. 82)

Mais significativo ainda é pensar que os mesmos indivíduos instituídos e legitimados pela religião e pela medicina eram "porta-vozes" de um grupo cujo discurso possuía muitas características antagônicas àquelas instituições (mesmo estando inserido numa delas). Entendo por porta-voz o indivíduo que fala pelo grupo, que lhe concedeu e reconheceu tal autoridade. (BOURDIEU, 1982, p. 89) As pessoas que assumiram o poder na Pastoral da Saúde a partir de 1978 – e que foram responsáveis pela produção de discursos em nome deste grupo – precisavam ter seu poder legitimado pelo grupo. Tal poder se constituiria em um bem simbólico raro e bastante disputado, objeto de conflitos entre os detentores do poder e aqueles que o almejavam. (BACZKO, 1994, p.310)

Considerações finais

O ano de 1978 é compreendido como um ano de "virada", ou seja, de mudanças conceituais fundamentais envolvendo a Pastoral da Saúde em Florianópolis. Foram elas: do institucional ao comunitário, do centro às periferias, dos especialistas aos leigos, da medicina oficial às práticas alternativas de saúde, da doença à saúde. Dentro dessa perspectiva, foi noticiado pela revista Pastoral de Conjunto, de maio de 1978:

Irmã Elena Campos, representando o Grupo de Trabalho da Pastoral da Saúde da CRB/Regional Sul IV, veio falar da importância da Pastoral da Saúde nas paróquias. O que tem sido a Pastoral da Saúde, o que é e o que se espera que seja. Na Pastoral da Saúde os esforços tem sido isolados e por isso com poucos resultados. Agora, diante da falta de recursos, "a fome é a maior doença" ganham pouco e não têm orientação de como usar este pouco. O mau desenvolvimento cerebral pela má nutrição... remédio sem alimentação... sofisticação dos hospitais... hospitais e médicos nos grandes centros ... INPS: consultas falhas e sintomáticas... os preços dos remédios...

doenças causadas por transtornos sociais, psicológicos para os quais buscam a cura nas formas de espiritismo... hospitais perdendo seu sentido cristão, não prevenindo doenças preferindo esperar doentes.¹⁰

Ao lado de preocupações já existentes, como o sentido cristão que os hospitais estariam perdendo e a busca de cura fora do sistema formal, havia outros focos de observação que se intensificaram e nortearam o trabalho da Pastoral da Saúde nos anos 1980: a falta de recursos financeiros e materiais, as desigualdades sociais como causas de doenças, a crítica à sofisticação da medicina e ao uso exacerbado de medicamentos industrializados, por exemplo.

Em 1979, já é bem clara em Florianópolis a linha divisória entre dois aspectos de um mesmo grupo:

Pastoral da Saúde é ensinar a importância que há na saúde. A Pastoral da Saúde cultiva a vida, para que ela renda o máximo em qualidade e quantidade.

Pastoral do Doente é viver a caridade cristã com o doente, atendendo suas necessidades físicas, psíquicas e espirituais. A doença pode gerar conflito de ordem religiosa, sendo que uma das prioridades de Cristo foi a dos doentes. Para desenvolver essas atividades devemos ter consciência que todo o enfermo está em crise. Através da compreensão, dedicação e bondade é que conquistamos a confiança do paciente.¹¹

A atuação nos hospitais, principalmente por parte das religiosas e de uma ala progressista da pastoral da saúde, passou a ser vista como ação vinculada aos interesses de uma classe dominante, a única a ter acesso à medicina especializada, enquanto a maior parte da população não tinha condições básicas de saúde. Para essa ala da Pastoral da Saúde, continuar a se preocupar somente com os doentes dentro de instituições não era seguir o exemplo de Cristo, que teria dado atenção especial aos pobres no sentido material. As idéias predominantes, a partir de então, seriam de que as ações curativas não poderiam ser privilegiadas em detrimento das preventivas e que a Igreja deveria fazer uma opção que levaria a um posicionamento de classe:

A atuação da pastoral deve ser conjunta e não dividida em setores estanques. Deve-se incidir não só sobre os efeitos, mas visar as causas estruturais da doença. A ação na saúde deve levar à mudança da estrutura social que divide a sociedade em

¹⁰ Relatório da Reunião Geral do Clero, In: Revista Pastoral de Conjunto. Florianópolis: Arquidiocese de Florianópolis. Maio/1978.

¹¹ Síntese do Curso de Pastoral da Saúde realizado nos dias 28, 29 e 30 de junho, no Instituto São José, em Barreiros. In: Revista Pastoral de Conjunto, Florianópolis: Arquidiocese de Florianópolis. jul/1979.

classes. Deve levar à libertação do oprimido, mediante a conscientização e a ação, tendo como meta a comunhão e participação, tendo em vista a missão. Isso implica em que o povo seja agente se sua própria história, transformando-a para a conquista da saúde. (MUNARO, 1980)

A década de 1980 em Florianópolis seria o momento de prioridade da Pastoral da Saúde, propugnando que era o grupo que se preocupava verdadeiramente com a saúde, não com a doença. Era a Pastoral que se preocupava com o indivíduo pobre, entendido como o preferido de Jesus Cristo, de acordo com o discurso legitimador da Teologia da Libertação. Tais ideais fizeram com que as ações no período transcendessem os limites das instituições religiosa e de saúde, fazendo com que o grupo se envolvesse em questões políticas mais explícitas, como em sua aproximação dos movimentos sociais.

REFERÊNCIAS:

- ADAM, Philippe & HERZLICH, Claudine. *Sociologia da doença e da medicina*. São Paulo: EDUSC, 2001.
- BACZKO, B. Imaginação social. In.: *Enciclopédia Einaudi*. Antropos-Homem. Imprensa Nacional/ Casa da Moeda: Lisboa, 1994.
- BOURDIEU, P. *A economia das trocas simbólicas*. **São Paulo: Perspectiva**, 1982.
- _____. *Coisas ditas*. São Paulo: Brasiliense, 2004.
- CHARTIER, R. *A História Cultural entre práticas e representações*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1990.
- CNBB. *Caderno de Estudos da CNBB n.º 9 - Pastoral da Saúde*. São Paulo: Paulinas, 1979.
- KÖRBES, Irmã Madalena. *História da Congregação das Irmãs da Divina Providência – de 1929 a 2003*. Porto Alegre: Provincialado das Irmãs da Divina Providência, Província Imaculado Coração de Maria, 2003. p. 151.
- LÖWY, M. *A guerra dos deuses: religião e política na América Latina*. Petrópolis: Vozes, 2000.
- MACIEL, P. A. *(R)evolução da medicina*. Curitiba: Araucária Cultural, 2001.
- MODIN, B. *Os teólogos da libertação*. São Paulo: Paulinas, 1980. p. 25-31.
- MUNARO, Pe. Júlio. *Puebla, Saúde e Vida Religiosa*. Texto apresentado e discutido no Terceiro Seminário Nacional de Saúde, organizado pela CRB, entre os dias 17 e 21 de outubro de 1980. (mimeografado)
- ORO, I. M. *Depoimento*, maio de 2006. Videira (SC). Entrevistada por Marilane Machado. Acervo da pesquisadora.
- PALACIO, C. *Vida Religiosa Inserida nos meios populares*. Texto apresentado para estudo e debate aos 688 Superiores e Superiores Maiores na XII AGO da CRB. Rio de Janeiro, 27/VII a 2/VIII de 1980. Rio de Janeiro: CRB, 1980.
- UNICEF/OMS. Cuidados Primários de Saúde In: *Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasília: UNICEF/OMS, 1979.