

Fé e Cidadania



Use o QRCode para acessar o Caderno Fé e Cidadania na internet, com mais artigos e links citados.

A saúde à luz da sabedoria cristã

Arte: Sergio Ricciuto Conte



Às vésperas de mais uma eleição presidencial, a saúde permanece como uma das maiores preocupações dos brasileiros. Pesquisa Datafolha, de março de 2026, apontou a saúde como o maior problema do Brasil para 21% dos entrevistados, tecnicamente empatada com a segurança pública, citada por 19%. Mas essa preocupação não é uniforme. Ela tem rosto, endereço e renda. Segundo o DataSenado, enquanto 36% das mulheres apontam a saúde como sua principal preocupação, esse percentual cai para 21% entre os homens. Como esperado, essa preocupação é maior entre os mais velhos e com menor renda. O divisor de águas mais eloquente, porém, está no acesso ao sistema privado: dos 73% da população que não possuem plano de saúde particular, 80% apontam a saúde como sua principal preocupação; entre os que têm convênio, esse percentual despencou para apenas 19%. A desigualdade no acesso não apenas perpetua a doença – também amplifica o medo.

Francisco Borba
Ribeiro Neto*

Para a Igreja, a saúde é um direito inalienável, inseparável da dignidade que todo ser humano recebe ao nascer. Como afirma o Concílio Vaticano II na *Gaudium et Spes* (GS), tudo o que se opõe à vida é uma afronta à dignidade da pessoa (cf. GS 27). Promover a vida digna exige prevenção, atenção integral e saúde mental. A negação dessas condições a grandes parcelas da população não é apenas falha técnica, mas uma injustiça estrutural. Por uma questão ética, que independe das correntes político-ideológicas, exige uma ação responsável por parte do Estado.

São João XXIII afirma, na *Pacem in Terris* (PT): “Exige o bem comum que os poderes públicos operem positivamente no intuito de criar condições sociais que possibilitem e favoreçam o exercício dos direitos e o cumprimento dos deveres por parte de todos

os cidadãos. Atesta a experiência que, faltando por parte dos poderes públicos uma atuação apropriada com ‘respeito à economia, à administração pública, à instrução’, as desigualdades entre os cidadãos tendem a exasperar-se cada vez mais, os direitos da pessoa tendem a perder todo seu conteúdo e compromete-se, ainda por cima, o cumprimento do dever. Faz-se mister, pois, que os poderes públicos se empenhem a fundo para que ao desenvolvimento econômico corresponda o progresso social [...] e se desenvolvam os serviços essenciais, tais como: construção de estradas, transportes, comunicações, água potável, moradia, assistência sanitária, condições idôneas para a vida religiosa e ambiente para o esparecimento do espírito. Também é necessário que se esforcem por proporcionar, aos cidadãos, um sistema de seguros e previdência, a fim de que não lhes venha a faltar o necessário para uma vida digna em caso de infortúnio” (PT 63-64).

A saúde não pode ser reduzida a mais uma mercadoria. Em uma economia de mercado, como aquela em que objetivamente nos encontramos, essa afirmação tem consequências práticas, que transcendem idealismos abstratos. Bento XVI explicou que a dignidade humana exige uma lógica que transcenda o mercado. Quando a lógica do lucro domina setores essenciais, a saúde deixa de ser um direito e passa a ser vista apenas como mercadoria – mas, recorda-nos São João Paulo II, existem “bens que, pela sua natureza, não são nem podem ser simples mercadoria” (*Centesimus annus*, CA 40). Em uma passagem particularmente esclarecedora para o contexto brasileiro atual, Bento XVI explica que, se a lógica do mercado e a do Estado se põem de acordo para manter interesses particulares, sem atentarem para a construção do bem comum, “definha a solidariedade nas relações entre os cidadãos, a participação e a adesão, o serviço gratuito”

(*Caritas in Veritate*, CV 39).

Não se trata aqui de insistir em debates ideológicos maniqueístas e des-focados da realidade imediata. Bento XVI destacou, ainda, a necessidade de um sistema com três sujeitos: o mercado, o Estado e a sociedade civil, identificando nesta última o âmbito mais apropriado para uma economia da gratuidade e da fraternidade. Saliou que a atividade econômica não pode prescindir da gratuidade, que difunde e alimenta a solidariedade e a responsabilidade pela justiça e o bem (CV 38). Sem negar a justa responsabilidade do Estado, em sua função de garantir, com a justiça, a realização do bem comum, Bento XVI convidava cada um de nós a sermos protagonistas em uma sociedade que se organiza em função da solidariedade e não de interesses particulares, na qual se busca a realização do direito à saúde integral para todos.

*Sociólogo e biólogo, editor dos Cadernos Fé e Cultura e Fé e Cidadania do jornal O SÃO PAULO

A saúde pública no Brasil e a Doutrina Social da Igreja Católica: um diálogo necessário para a promoção da dignidade humana

O Brasil enfrenta desafios estruturais, como falta de saneamento básico, moradias insalubres, desnutrição infantojuvenil, violência e uso indiscriminado de drogas, que ferem a dignidade intrínseca da pessoa humana. A Doutrina Social da Igreja oferece um arcabouço ético-teológico relevante para a interpretação dessas mazelas e para a orientação de políticas públicas e ações pastorais. A partir dos princípios da dignidade da pessoa humana, do bem comum, da solidariedade e da subsidiariedade, vemos que a questão da saúde no Brasil transcende a dimensão biológica, configurando-se como um imperativo de justiça social por parte dos governantes que interpela diretamente a missão evangelizadora e transformadora da Igreja. A Doutrina Social da Igreja surge, nesse contexto, não como um manual de soluções técnicas, mas como um “instrumento de evangelização” que busca iluminar essas realidades com a luz do Evangelho e da lei natural. Como afirmou São João Paulo II, situa-se “no cruzamento da vida e da consciência cristã com as situações do mundo” ([Compêndio da Doutrina Social da Igreja](#), CDSI 73). Portanto, ao olhar para os problemas de saúde pública no Brasil, a Igreja é convocada a exercer sua função profética de denúncia do pecado social e de anúncio de uma civilização do amor e da justiça.

Marcos Kisil*

A tradição cristã de cuidar dos doentes sempre foi marcada pela misericórdia, não pelo comércio. Desde os tempos apostólicos, socorrer quem sofre era expressão genuína de caridade. No Brasil, isso ganhou forma concreta já em 1554, quando os jesuítas fundaram a primeira Santa Casa de Misericórdia em Santos (SP). Não era um hospital de cura avançada — mas um lugar de cuidados, de acolhimento. E, significativamente, havia um cemitério ao lado. A dor terrena era também preparação para outra vida, de paz e felicidade para além do sofrimento.

Essas Santas Casas, que se multiplicaram por diversas cidades brasileiras desde o período colonial, foram iniciativas da Igreja que se tornaram referência no atendimento hospitalar. Nasceram para acolher os pobres, órfãos e desvalidos, oferecendo não apenas assistência médica, mas também abrigo e solidariedade. Quando o Estado era frágil ou inexistente, foi a Igreja que se colocou à frente do cuidado. Esse exemplo mostra como, desde cedo, saúde e missão pastoral se entrelaçaram, formando uma tradição de atenção integral à vida.

Em 1808, Dom João VI deu um passo decisivo: por decreto real, delegou à Igreja a responsabilidade pela saúde e pela educação. Assim, as ordens religiosas passaram a gerir as Santas Casas e outras instituições de cuidado. Essa

parceria entre Igreja e Estado durou até o final dos anos 1920, quando novas leis começaram a criar institutos de pensão e saúde para trabalhadores, transferindo gradualmente o controle para o Estado.

As transformações dos serviços de saúde. A partir do século XIX, com o avanço da medicina moderna, tudo mudou. A cura passou a ser o foco, com instrumentos de diagnóstico e tratamento que antes não existiam. O cuidado misericordioso foi sendo substituído por uma abordagem que transformou a saúde em *commodity* — algo que se compra e se vende no mercado. O indivíduo passou a ser instrumento de uma lógica econômica, distanciando-nos da concepção original de cuidado integral.

No Brasil, esse processo e suas contradições levaram, na Constituição de 1988, à criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele representou um avanço enorme e inegável. Pela primeira vez, o Estado assumiu a obrigação constitucional de garantir saúde para todos. A Igreja esteve presente nos debates e mobilizações que levaram ao reconhecimento da saúde como direito universal. Lideranças religiosas participaram das conferências nacionais de saúde, defendendo o acesso igualitário e denunciando práticas excludentes. Foi um momento decisivo: a sociedade civil, e nela a Igreja, cumpriu o dever de ser parceira e crítica. Parceira na construção, crítica na denúncia das injustiças. O SUS

deve ser visto, assim, não apenas como conquista política, mas como fruto de uma mobilização ética e social.

Mas o sistema permanece extremamente precário. Em 2023, o gasto público em saúde no Brasil representou apenas 4,72% do PIB, abaixo da média internacional de 5,69%, segundo relatório do Tesouro Nacional. O gasto público com saúde, somando as três esferas de governo, foi de cerca de R\$ 2.500 por habitante. Compare-se isso com o gasto privado somente com planos de saúde, que foi de cerca de R\$ 5.000 por beneficiário em 2023 — o dobro do gasto público. Temos cerca de 53,3 milhões de brasileiros com planos de saúde privados, enquanto aproximadamente 162 milhões de pessoas — 76% da população — dependem diretamente do SUS. Dois sistemas paralelos, fragmentados, que aprofundam desigualdades em vez de reduzi-las.

As Santas Casas e hospitais filantrópicos, que historicamente foram essenciais, hoje somam 1.812 entidades, com aproximadamente 184 mil leitos hospitalares. Desse total, cerca de 130 mil leitos são destinados ao SUS. Considerando que o Brasil possui aproximadamente 507 mil leitos totais, os hospitais filantrópicos representam cerca de 36% do total de leitos hospitalares do País. Essas instituições nasceram para resolver problemas locais, com a comunidade ao redor apoiando e sustentando. Com o SUS, tornaram-se fornecedoras contratadas pelo governo, perdendo gradualmente a co-

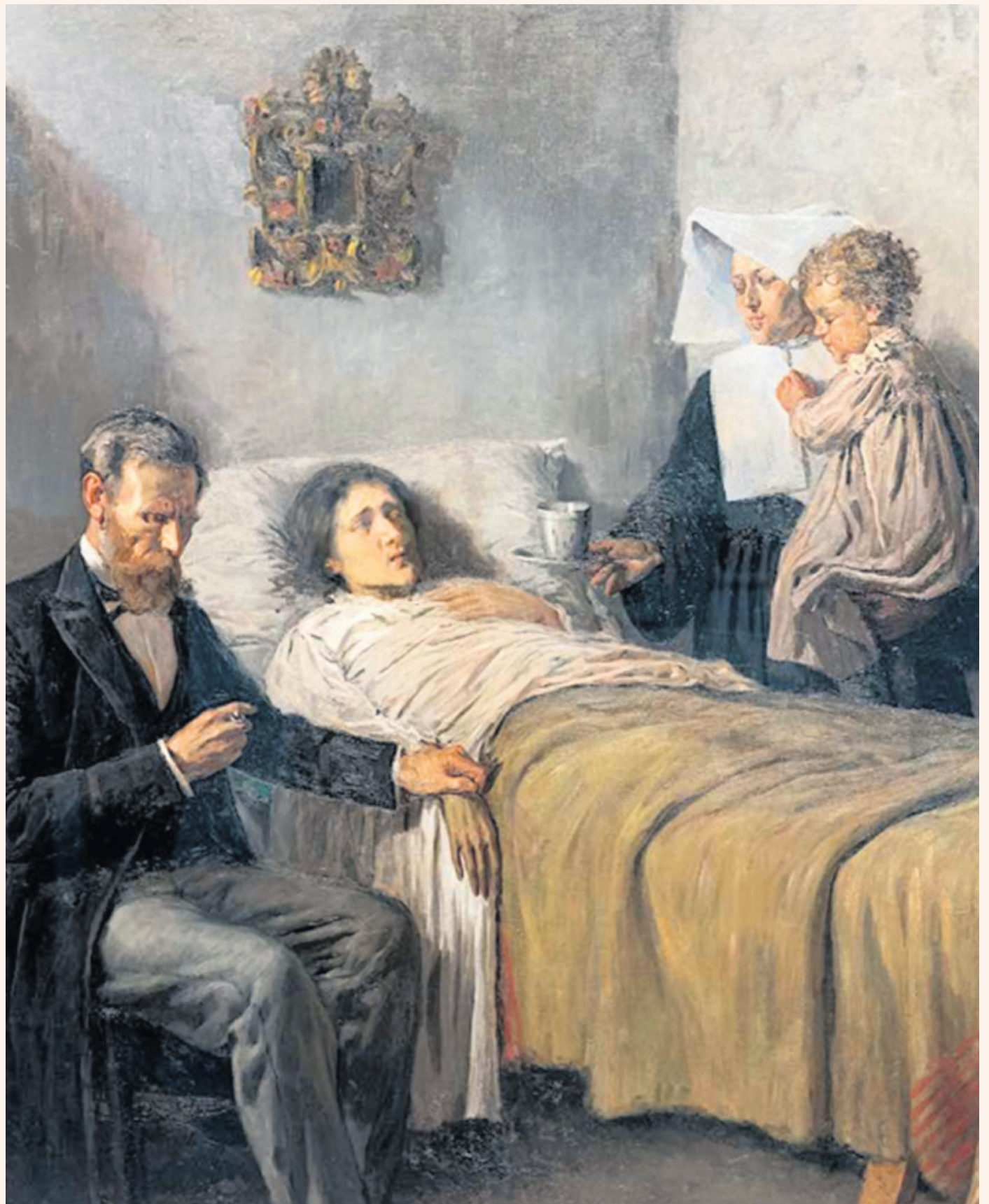
nexão comunitária e vivendo à mercê de repasses insuficientes. O financiamento federal caiu significativamente ao longo dos anos. Estados e municípios tiveram de compensar, mas sem reforma tributária adequada. Muitos municípios concentram recursos em obras que rendem mais visibilidade eleitoral — asfalto, iluminação etc — enquanto falta orçamento até para trocar uma lâmpada queimada em um posto de saúde.

Alguns princípios fundamentais.

Longe de ser uma ideologia ou um sistema político, a Doutrina Social da Igreja (DSI) não é um conjunto de recomendações abstratas, mas princípios concretos que oferecem critérios de julgamento e diretrizes para a ação. Seu fundamento último é a dignidade transcendente da pessoa humana, criada à imagem e semelhança de Deus (*imago Dei*). Dessa dignidade inalienável derivam-se os direitos humanos fundamentais, incluindo o direito à vida, à saúde, à moradia e ao trabalho digno, como reiterado pelo Concílio Vaticano II na Constituição Pastoral [Gaudium et Spes](#) (GS 26). Esses princípios basilares dialogam com nossos desafios sanitários, propondo um “humanismo integral e solidário”, que coloca a pessoa no centro de todas as preocupações, inclusive as políticas (cf. [Populorum progressio](#), PP 14).

A partir desse núcleo, articulam-se outros princípios essenciais. O primeiro deles é o bem comum, definido como o conjunto de condições da vi-

Museu Picasso, Barcelona (Espanha)



A saúde, entre a ciência e a caridade. Nenhum artista foi tão feliz ao descrever a relação entre a ciência e o amor cristão quanto Picasso em seu célebre *A ciência e a caridade*, de 1897. No centro, ocupando o leito, uma mulher gravemente enferma, de palidez perturbadora. À sua cabeceira, o médico toma-lhe o pulso enquanto consulta o relógio de bolso. Não é obrigatoriamente impessoal, mas sua atenção se volta para o diagnóstico médico. É o homem da ciência, buscando fazer o que sabe fazer melhor. Do outro lado, uma freira que oferece uma caneca à moribunda, enquanto ampara nos braços uma criança pequena, presumivelmente filha da paciente. A mãe olha para a criança como quem se despede, e a criança tem toda a atenção voltada para ela. A freira cuida ao mesmo tempo da doente e da criança. Sua atenção está voltada para ambas e, dentro de suas possibilidades, procura oferecer-lhe afeto. Representa a caridade, o amor cristão. Apesar da dor, existe uma tranquilidade e uma sobriedade no ambiente. A morte, que provavelmente se aproxima, é recebida com dignidade, enfrentada com aquilo que a ciência humana pode oferecer, mas acolhida com a ternura que só o amor pode oferecer.

da social que permitem que indivíduos e grupos alcancem mais plena e facilmente a própria perfeição, o que implica acesso a serviços essenciais como saúde, alimentação, educação e habitação ([Compêndio da Doutrina Social da Igreja](#), CDSI 164ss).

O princípio da subsidiariedade determina que as instâncias superiores (como o Estado) não devem substituir ou absorver as instâncias menores (famílias, comunidades), mas sim apoiá-las e promover-lhes a autonomia (CDSI 185). Este princípio nos lembra que muitas vezes comunidades locais organizavam serviços de saúde antes que o Estado conseguisse chegar, e reforça que o governo não deve comandar e fazer tudo, mas sim coordenar e ajudar as comunidades, as famílias e as iniciativas locais a encontrarem soluções para seus próprios problemas. Se conseguirmos aplicar a subsidiariedade de verdade, coordenando esforços do Estado com o protagonismo da sociedade, teremos uma saúde mais justa, mais humana e, no

fim das contas, mais eficaz, porque o que cura de verdade começa na base: na família, na comunidade, na prevenção precoce.

A solidariedade, por sua vez, aparece como compromisso coletivo: não se trata de caridade isolada, mas de responsabilidade compartilhada. Não é um sentimento vago de compaixão, mas a “determinação firme e perseverante de se empenhar pelo bem comum, ou seja, pelo bem de todos e de cada um, porque todos nós somos verdadeiramente responsáveis por todos” (CDSI 192).

O princípio da destinação universal dos bens estabelece que a natureza e seus recursos são destinados a todos; a propriedade privada é um direito, mas sob a “hipoteca social” de que deve cumprir uma função social, garantindo que ninguém seja excluído dos bens necessários para uma vida digna (CDSI 176ss).

Esses princípios formam uma “ecologia integral” — conceito aprofundado pelo Papa Francisco na encíclica [Laudato si’](#) — que conecta a questão

ambiental, social e humana, mostrando que “tudo está interligado”. A degradação do meio ambiente, como a falta de água tratada, está intrinsecamente ligada à degradação da pessoa humana.

Esses valores não são apenas religiosos; são universais. Eles estruturam uma sociedade que se preocupa com todos, especialmente com os mais vulneráveis.

Conclusão. Os graves problemas de saúde pública que assolam o Brasil não podem ser vistos apenas como falhas de gestão ou questões técnicas. À luz da Doutrina Social da Igreja, eles se revelam como graves feridas à dignidade da pessoa humana e obstáculos à construção do bem comum. A DSI oferece um referencial ético robusto para diagnosticar as causas profundas dessas mazelas — enraizadas na desigualdade, no egoísmo social e no desrespeito à destinação universal dos bens — e para orientar a busca de soluções.

O desafio é garantir que o direito à saúde não fique restrito ao papel. Não basta ter leis. É preciso garantir

que elas se traduzam em práticas que cheguem a todos, sem exceção. A saúde não pode ser reduzida a números, custos ou indicadores técnicos. Voltado ao exemplo das Santas Casas: sua missão sempre foi atender quem não tinha condições de pagar. Essa prática é expressão concreta da dignidade humana. A ética cristã nos lembra de que cada pessoa é única e merece cuidado. A saúde é parte da dignidade humana, não apenas um serviço prestado.

A DSI recorda que essa missão é compartilhada com todos os homens de boa vontade e, de modo especial, com os leigos católicos, que têm a vocação de “animar as realidades temporais” e trabalhar para que as políticas públicas de saúde sejam, de fato, expressões do amor preferencial pelos pobres e da busca incansável pela justiça social.

*Médico, com doutorado em Administração pela George Washington University, Washington-DC, EUA; é professor titular da Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. Foi consultor da Organização Pan-Americana de Saúde; é fundador e membro do Conselho do IDIS – Instituto para o Desenvolvimento do Investimento Social.

Os dramas da saúde, em dois Brasis que, na verdade, são um

Francisco Borba
Ribeiro Neto*

Dados do IBGE mostram que a qualidade da saúde pública no Brasil é determinada, em grande medida, pelas condições socioeconômicas. Quanto maior o PIB *per capita* de uma unidade da federação, melhores seus indicadores de saúde; quanto mais rica a família, maior seu acesso a planos privados e sua tranquilidade nesse aspecto da vida. São dois Brasis.

O Brasil do Sul, Sudeste e Centro-Oeste do agronegócio, mais rico, apresenta indicadores muito superiores aos do Norte e Nordeste. A Região Norte registra 15,7 óbitos por mil nascidos vivos, contra 10,0 na Região Sul. Essa fratura se manifesta na expectativa de vida ao nascer: 81,1 anos em Santa Catarina, contra 72,4 anos no Piauí e 72,6 no Maranhão – uma perda de quase nove anos determinada pelo local de nascimento.

O impacto é ainda mais extremo nas grandes cidades. Segundo o Mapa da Desigualdade (Rede Nossa São Paulo), na capital paulista a idade média ao morrer varia entre 80,6 e 82 anos em bairros como Alto de Pinheiros e Moema, mas despenca para 57 a 58 anos em bairros como Anhanguera e Cidade Tiradentes. Segundo pesquisa Nexus, entre os que têm planos privados – predominantemente classes A e B – apenas 19% consideram a saúde sua principal preocupação. Entre os sem plano, esse índice sobe para 80%. A Pesquisa de Orçamentos Familiares do IBGE revela que os mais pobres destinam 8,3% da renda a remédios, enquanto os mais ricos comprometem entre 1,5% e 2%. A saúde responde por 41% da inadimplência entre os mais pobres – o maior impacto entre todos os fatores analisados.

Os desafios do Brasil pobre.

Com todas as suas limitações, o Brasil pobre se sai relativamente bem em uma comparação internacional, entregando serviços acima do padrão médio para regiões com o mesmo grau de riqueza. Esse desempenho se deve muito ao Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição de 1988. O Brasil é o único país do Ocidente com mais de 200 milhões de habitantes a oferecer um sistema de saúde universal, gratuito e integral. Seus pilares incluem a Estratégia de

Uma disputa permanente entre interesses políticos, econômicos e sociais molda a saúde pública brasileira. Essas pressões ajudam a preservar o caráter universal do Sistema Único de Saúde (SUS) – um ganho para toda a sociedade, especialmente para os mais pobres – mas também dificultam reformas estruturais necessárias para reduzir desperdícios, controlar a inflação médica e melhorar a eficiência no atendimento.



Imagem criada por IA

Saúde da Família, que reduziu a mortalidade de crianças menores de cinco anos em 77% entre 1990 e 2024; o Programa Nacional de Imunizações e o maior sistema público de transplantes do planeta.

Contudo, a eficácia do SUS é frequentemente barrada por limitações financeiras e pelo próprio contexto das populações pobres: ausência de saneamento, precariedade habitacional e dificuldade de acesso aos serviços. Nesse cenário, a medicina centrada no consultório e na hospitalização é insuficiente. As estratégias mais eficazes levam a saúde à comunidade – atenção primária próxima da população, ampliação dos programas de saúde da família e estímulo a hábitos saudáveis. Dar mais alcance à medicina preventiva é mais barato e mais eficaz do que tratar a doença instalada.

O mundo dos planos de saúde. O SUS é o único recurso de saúde para 160 milhões de brasileiros (75% da população) sem plano privado. Em 2024, seu orçamento federal foi de R\$ 233,3 bilhões. Naquele ano, segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS), o setor privado teve receita de R\$ 350 bilhões para cobrir 52,2 milhões de beneficiários (25% da população). O gasto anual por habitante no setor privado (R\$ 6.704,98) é mais de quatro vezes superior

ao investimento federal por usuário do SUS (R\$ 1.458,12). Mesmo somados os aportes de estados e municípios, o investimento público por cidadão permanece muito abaixo do privado.

A margem de lucro líquido das grandes operadoras oscila entre 5% e 7% – acima do varejo alimentar (1,5% a 2,5%), mas abaixo da indústria farmacêutica (10% a 14%) e do setor bancário (13% a 18%). O mercado é, porém, heterogêneo: muitas operadoras de pequeno e médio porte operam no vermelho, pressionadas pela inflação médica – o encarecimento de procedimentos de alta complexidade, equipamentos de ponta e insumos importados.

Combatendo o aumento de custos. Conter a inflação médica exige uma mudança de paradigma. O modelo de pagamento por procedimento, que premia o volume e incentiva o desperdício, deve ser substituído pelo modelo baseado no valor, no qual a remuneração está atrelada ao desfecho clínico: o prestador é remunerado melhor se o paciente ficar saudável (o real valor para as políticas de saúde), não por realizar mais exames.

A avaliação de tecnologias em saúde – que mede o quanto novas drogas ou equipamentos geram ganho real que

justifique o aumento de custos – é outro pilar essencial. A telemedicina pode facilitar casos simples, e prontuários eletrônicos unificados podem eliminar até 25% de desperdício em exames repetidos. A OMS reforça que resolver 80% das demandas na atenção primária e gerir preventivamente doenças crônicas como diabetes e hipertensão evita que o paciente chegue à alta complexidade, na qual os custos são exponencialmente maiores.

A luta política. Há uma longa história de lutas no Brasil pela universalização da saúde, lideradas por movimentos sociais e instâncias de controle social, como os Conselhos de Saúde. O SUS é uma vitória objetiva de toda a sociedade, mas enfrenta sérios problemas de falta de recursos. Além do debate permanente sobre os custos do Estado brasileiro e sua eficiência, seu financiamento é gravemente distorcido pelo uso político de emendas parlamentares. Nos últimos 11 anos, boa parte do crescimento do orçamento do sistema foi determinado por essas emendas, orientadas frequentemente por interesses políticos, sem critérios técnicos, o que pulveriza recursos.

A mudança do sistema de pagamento por procedimentos para o pagamento por valor, por sua vez, é defendida por parte do sistema privado de saúde, mas enfrenta fortes resistências dentro do próprio complexo econômico-industrial da saúde. Para laboratórios, corporações médicas e alguns hospitais, o modelo tradicional de pagamento por procedimento é o mais vantajoso. Para as grandes operadoras de planos de saúde e seguradoras, a transição para modelos baseados em valor, que limitam a inflação médica, são mais interessantes. O corporativismo profissional, que obstaculiza a ampliação de práticas de enfermeiros e farmacêuticos na atenção primária, surge como outro entrave relevante.

O maior problema, porém, é a ausência de uma coalizão política em favor tanto da universalização quanto da eficiência. O Brasil precisa de ambos, mas interesses corporativos e paixões ideológicas dos dois lados se opõem à construção do bem comum.

*Sociólogo e biólogo, editor dos Cadernos Fé e Cultura e Fé e Cidadania do jornal O SÃO PAULO