



Universidade de Brasília – UnB  
Instituto de Ciências Humanas – IH  
Departamento de Serviço Social – SER  
Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação

**O processo de refileantropização e privatização da saúde: No Hospital de Apoio de Brasília**

**NOEMI OLIVEIRA DA COSTA**

BRASÍLIA/2012

NOEMI OLIVEIRA DA COSTA

**O processo de refilantropização e privatização da saúde: No Hospital de Apoio de Brasília**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social, Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. MSc. Janaína Lopes do Nascimento Duarte.

BRASÍLIA/2012

Universidade de Brasília – UnB  
Instituto de Ciências Humanas – IH  
Departamento de Serviço Social – SER  
Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação

NOEMI OLIVEIRA DA COSTA

**O processo de refilantropização e privatização da saúde: No Hospital de Apoio de Brasília**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social, Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. MSc. Janaína Lopes do Nascimento Duarte

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>ª</sup>. MSc. Janaína Lopes do Nascimento Duarte – Orientadora  
Departamento de Serviço Social – Instituto de Ciências Humanas – IH/UnB

---

Prof<sup>ª</sup>. MSc. Liliam dos Reis Souza Santos – Membro  
Departamento de Serviço Social – Instituto de Ciências Humanas – IH/UnB

---

Prof<sup>ª</sup>. MSc. Camila Potyara Pereira – Membro Externo  
Departamento de Serviço Social – Instituto de Ciências Humanas – IH/UnB

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, ao meu Deus, que é cumpridor das suas promessas fiéis e verdadeiras, e que é o meu amigo fiel e valoroso. E ainda, que esteve presente em todos os momentos de minha vida. Em meio das provas e angústias, sua mão poderosa me guardou e foi o meu firme alicerce. É preciso agradecer pelos obstáculos que foram colocados, mas que o Senhor, o meu Deus, com a sua mansidão, me livrou, para que não tropeçasse e que passasse por um caminho plano. Ainda que aqui colocasse todas as palavras que existem no mundo em forma de agradecimentos, seria pouco para agradecer tudo que fizeste por mim. Obrigado, meu Deus, por ter estado comigo nesta caminhada e pela grande Vitória que colocou em minhas mãos!

Agradeço aos meus pais, Almeida e Isis, que foram a minha base para que este sonho se concretizasse, por terem me oferecido condições para alcançar a tão almejada vitória e por terem sido o meu porto seguro e acreditado em mim.

Ao meu pai, Almeida, pelo grande exemplo de pessoa que é, e grande incentivador nos estudos.

À minha mãe, Isis, pela mulher virtuosa que é, e por ter sido a minha primeira professora e ter me guiado nos primeiros passos, quando ainda nem sabia ler. Mãe e pai, sem vocês segurando a minha mão, com certeza não teria alcançado esta grande vitória. Obrigada pelo carinho, amor e dedicação!

Aos meus irmãos, Alex, Eliane e Aline, que estiveram comigo nesta caminhada, em especial à Eliane, que foi minha amiga, companheira, ajudadora em todos os momentos de minha vida acadêmica e por ter sido incentivadora para que este trabalho fosse concluído.

A todos os professores do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, pelo conhecimento transmitido e por toda a sabedoria que só me fizeram crescer. De modo especial, agradeço a minha orientadora, Mestre Janaína Duarte, que me ensinou, ajudou, alertou e me deu todo amparo para que este estudo fosse concluído. Janaína, jamais esquecerei de toda dedicação que teve comigo, e toda competência que tem como profissional. OBRIGADA por ter sido minha PROFESSORA ORIENTADORA!

A professora, Andreia Oliveira que apesar de ter aceitado o convite, mas não pode estar presente devido a motivos de saúde, meu muito obrigada por aceitar o convite e as professoras Camila Potyara Pereira e Lilian dos Reis, muito obrigada por terem aceitado este convite e terem feito parte da minha defesa.

A todos os amigos que fiz nesta longa caminhada, em especial, à Marcia, Francisca e Ellen pela amizade, companheirismo e todos os momentos vividos. A todos que, de alguma forma, contribuíram para a conclusão deste trabalho, o meu muito OBRIGADO!



*Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor, mas lutamos para que o melhor fosse feito. Não somos o que deveríamos ser, não somos o que iremos ser... mas Graças a Deus, não somos o que éramos!*

**Martin Luther King**

## RESUMO

O presente estudo tem por objetivo refletir sobre o caráter atual do tema “voluntariado” em relação à política de saúde. O objeto de estudo se reflete nas ações prestadas pelo Grupo de Voluntários do Hospital de Apoio de Brasília, a partir das alterações na relação Estado-Sociedade Civil, com destaque para a intervenção do chamado Terceiro Setor e os processos de refilantropização e privatização da saúde. Do ponto de vista metodológico, realizou-se uma investigação qualitativa e, como procedimentos, foram utilizados: 1) Levantamento com sondagens e análise de bibliografias que abordam o assunto deste estudo; e, 2) sistematização observacional a partir da experiência de estágio supervisionado em Serviço Social. A pesquisa problematizou a atual conjuntura capitalista, onde o tema voluntariado traz várias reflexões em relação às políticas sociais, em particular, no que concerne à saúde, onde o Estado deixa de cumprir sua função como garantidor de direitos sociais, transferindo responsabilidades no enfrentamento da questão social para a sociedade civil, com apelo à filantropia e ao trabalho voluntário.

**Palavras-chave:** Voluntariado. Política de saúde. Sociedade civil. Terceiro Setor.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRACE	- Associação Brasileira de Assistência às Famílias de Crianças Portadora de Câncer e Hemopatias
AIS	- Ações Integradas de Saúde
ANS	- Agência Nacional de Saúde
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Art.	- Artigo
CAPs	- Caixas de Aposentadoria e Pensão
CF	- Constituição Federal
Cf.	- Conferir
CLT	- Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	- Conferência Nacional de Saúde
CONASP	- Conselho Nacional de Administração Previdenciária
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DF	- Distrito Federal
DNPS	- Departamento Nacional de Saúde Pública
HAB	- Hospital de Apoio de Brasília
IAPB	- Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Bancários
IAPC	- Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes
IAPs	- Institutos de Aposentadorias e Pensões
ISSB	- Instituto de Serviços Sociais no Brasil
MS	- Ministério da Saúde
Nº.	- Número
ONG	- Organização Não Governamental
ONU	- Organização das Nações Unidas
OPNES	- Organizações Públicas Não Estatais
OS	- Organizações Sociais
PPA	- Plano de Pronta Ação
SUS	- Sistema Único de Saúde
UnB	- Universidade de Brasília

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1 A CONJUNTURA ATUAL: TRANSFORMAÇÕES SOCIETÁRIAS DIANTE DA CRISE DO CAPITAL .....</b>	<b>13</b>
<b>1.1 A CRISE DO CAPITAL E O PROJETO NEOLIBERAL.....</b>	<b>13</b>
<b>1.2 Os IMPACTOS DO NEOLIBERALISMO NA SAÚDE.....</b>	<b>19</b>
<b>1.3 SOCIEDADE CIVIL E TERCEIRO SETOR.....</b>	<b>21</b>
<b>2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E OS PRIMEIROS PASSOS PARA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE .....</b>	<b>25</b>
<b>2.1 A TRAJETÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL .....</b>	<b>25</b>
<b>2.2 O SURGIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: BREVES CONSIDERAÇÕES .....</b>	<b>30</b>
<b>2.3 PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL NA SAÚDE .....</b>	<b>32</b>
<b>3 O HOSPITAL DE APOIO DE BRASÍLIA: REFILANTROPIZAÇÃO DA SAÚDE ..</b>	<b>35</b>
<b>3.1 O HOSPITAL DE APOIO DE BRASÍLIA: GRUPO DE APOIO.....</b>	<b>35</b>
<b>3.2 REFLEXÕES CRÍTICAS SOBRE UMA EXPERIÊNCIA: O GRUPO DE VOLUNTÁRIOS DO HOSPITAL DE APOIO DE BRASÍLIA .....</b>	<b>37</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>44</b>

## INTRODUÇÃO

As décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por crises econômicas, políticas e sociais, redefinindo as relações entre Estado e sociedade, trazendo consequências para as políticas sociais. Com o incentivo ao enfrentamento da questão social por meio das organizações do Terceiro Setor, houve um crescimento exacerbado do voluntariado, como resultado da reorganização do Estado e sua desresponsabilização com o social.

Assim, o processo de reestruturação do capital pós 1970, tem seu norte na flexibilização das relações de trabalho, no afastamento do Estado das responsabilidades sociais – com a consequente transferência para o Terceiro Setor. No entanto, o Estado permanece como instrumento de consolidação hegemônica do capital em seu papel central no processo de desregulação e contrarreforma<sup>1</sup> estatal.

Na perspectiva de Montaño (2003), o terceiro setor recebe incentivos do Estado para assumir o seu papel na questão social, transferindo suas obrigações para a sociedade civil, redefinindo, assim, a relação do Estado-sociedade. O Estado concentra as suas “preocupações” com a governabilidade democrática e com questões administrativas, e a sociedade concretiza as tarefas públicas não executadas pelo Estado. A questão da articulação entre o Estado e a sociedade civil é um processo constitutivo da discussão sobre o voluntariado.

As atividades associativas e baseadas no voluntariado começaram a ganhar impulso nos anos 1970, e conquistaram força renovada nas últimas décadas (MESTRINER, 2008, p. 34). A procura por serviços voluntários nos mais diferentes setores culminou com a sanção da Lei do Serviço Voluntário<sup>2</sup>, que define o voluntariado como sendo uma atividade não remunerada, prestada por alguém a uma entidade pública ou instituição sem fins lucrativos, com objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência dissociados de qualquer obrigação de natureza trabalhista, previdenciária ou afim. Tal ditame foi regulamentado por um termo de adesão estabelecido entre a entidade e o prestador do serviço, com base no art. 204 da Constituição Federal (CF) de 1988, que assegura a participação da sociedade civil na execução dos referidos serviços por meio das entidades

---

<sup>1</sup> Chama-se (contra) reforma do Estado, pois se entende que a reforma do Estado (alteração da sua forma de intervenção na sociedade) em meados da década de 1990, foi uma estratégia de retirar o Estado de suas funções produtivas.

<sup>2</sup> A Lei nº. 9.608, de 18 de fevereiro de 1998, dispõe sobre o serviço voluntário e dá outras providências. Cf. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9608.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9608.htm)>. Acesso em: 01 nov. 2011.

beneficentes e de assistência social, bem como na participação e formulação no controle destas ações em todos os níveis.

Pensando no desafio da ação voluntária no “Terceiro Setor”, tem-se como objeto de estudo da presente pesquisa o significado das ações prestadas pelo grupo de voluntários do Hospital de Apoio de Brasília (HAB), a partir da lógica e da crítica ao “Terceiro Setor” e com ênfase no processo de refilantropização e privatização da saúde. A partir daí, observa-se a seguinte questão que norteia a pesquisa: Qual o significado das ações pelo grupo de voluntários do HAB no contexto atual de privatização da saúde com o processo de desresponsabilização do Estado diante da política de saúde?

O presente estudo parte da hipótese de que o voluntariado se sensibiliza, devido às suas inquietações, frente às necessidades sociais, e o Estado, estrategicamente, em face das suas demandas sociais, apela para que a sociedade civil se engaje nas ações da política de assistência social, utilizando o argumento do valor humanitário do solidarismo doador.

O interesse pelo tema surgiu a partir de observações realizadas durante as disciplinas de Estágio 1 e 2, durante os estudos do curso de Graduação em Serviço Social na Universidade de Brasília (UnB), realizados no espaço institucional do HAB, visando aprofundar os conhecimentos adquiridos ao longo dos anos de estudo no processo de formação acadêmica, em consonância com as dimensões ética, política, teórica, metodológica e técnico-operativo apresentadas no referido processo universitário.

Vale destacar que a presente pesquisa não visa apresentar qualquer tipo de crítica ao voluntariado, mas sim, entender como o discurso da solidariedade se adéqua a esta fase avançada do capitalismo tardio, num contexto de crise e reestruturação do capital.

Como objetivo geral, tem-se aqui a análise do processo de refilantropização da questão social e o processo de privatização da saúde que vem acontecendo com o crescimento do Terceiro Setor e, particularmente, com o trabalho voluntário. Diante do exposto, delimitaram-se como objetivos específicos.

- Compreender a conjuntura e as relações atuais entre o Estado e a sociedade, situando a desresponsabilização do Estado e a transferência de responsabilidades para o Terceiro Setor, dando ênfase às ações do voluntariado.
- Analisar o processo de privatização da saúde, dando ênfase ao procedimento da questão dos serviços voluntários dentro de uma esfera pública.
- Compreender o trabalho voluntário no HAB.

Nesta direção, o estudo tomou por base dois eixos temáticos, a saber: a) a atual conjuntura capitalista com ênfase para o papel do Terceiro Setor; e, b) o processo de refilantropização e a privatização da saúde, acerca do papel dos voluntários no HAB.

Segundo Raúl Rojas Soriano (2004), é possível a realização de um trabalho científico por meio de vários caminhos metodológicos, mediante o marco teórico em que se baseia a pesquisa, as características e a complexidade do objeto de conhecimento, o tipo de objetivos que se pretende atingir, as possibilidades e limitações institucionais, os recursos disponíveis, o tempo previsto, as diretrizes políticas prevalentes e as características pessoais do pesquisados.

Do ponto de vista metodológico, realizou-se uma investigação qualitativa que buscou salientar valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, pois esta permite um aprofundamento maior no universo dos significados das ações humanas (MINAYO, 1993), priorizando o incentivo de contribuir para o debate democrático sobre o tema proposto.

Como procedimentos metodológicos, foram utilizados: 1) Levantamento com sondagens e análise de bibliografias que abordam o assunto aqui em foco; e, 2) sistematização da observação a partir da experiência de estágio supervisionado em Serviço Social.

Diante do exposto, a sistematização do estudo se constituiu em 03 (três) capítulos, a saber:

- 1) O primeiro capítulo faz uma análise da atual conjuntura, tendo como objetivo estudar a conjuntura capitalista da reestruturação do capital, trazendo um debate acerca da refilantropização no enfrentamento da questão social.
- 2) O segundo capítulo problematiza o processo do Terceiro Setor – sujeito inserido em uma esfera pública, conectando-se tal questão ao processo de privatização da saúde, com ênfase no papel do voluntariado; e
- 3) O terceiro capítulo faz uma reflexão sobre a prática do voluntariado a partir dos significados das ações prestadas pelo grupo de voluntários no HAB.

Acredita-se que a presente pesquisa poderá contribuir para a reflexão e análise da atuação dos voluntários, em especial, o grupo de voluntários do Hospital de Apoio de Brasília, em relação ao processo de refilantropização e a privatização da saúde.

## **1 A CONJUNTURA ATUAL: TRANSFORMAÇÕES SOCIETÁRIAS DIANTE DA CRISE CAPITAL**

A conjuntura atual, pós-1970, é marcada por uma profunda crise no padrão de acumulação capitalista. É neste contexto que o projeto neoliberal ganha força e adesão nos países capitalistas, alterando particularmente a garantia de direitos sociais, como por exemplo, saúde, previdência, educação, que passaram por amplos processos de privatização.

Para compreensão deste capítulo, faz-se necessário captar os fundamentos das transformações societárias, desde a década de 1970, uma vez que estas se configuram como fruto das estratégias político-econômicas, para superação da crise estrutural capitalista instaurada neste período. Como uma das repercussões diretas deste processo, procurar-se-á também refletir sobre o caráter dado, atualmente, à intervenção da sociedade civil, particularmente, com o trabalho voluntário, em detrimento do Estado no âmbito da garantia e do acesso a direitos sociais, com ênfase no direito à saúde.

### **1.1 A crise do capital e o projeto neoliberal**

As consequências provocadas pelo capitalismo, a partir dos anos 1970, marcam um período singular nas sociedades capitalistas como um todo, redefinindo as relações entre Estado e sociedade, com sérios desdobramentos para as políticas sociais<sup>3</sup>. “As políticas sociais ou padrões de proteção social se desenvolveram como respostas à questão social, ou seja, à mobilização operária do século XIX em resistência a exploração do capital [...]” (BEHRING, 2004, p. 163). A implementação das políticas sociais tem seu papel primordial na reprodução do capitalismo, tomando medidas em termos de benefícios para ao enfrentamento da questão social.

As crises surgem por causa da estrutura do modo de produção capitalista, que gera desequilíbrio entre os interesses das classes sociais, conflitando os trabalhadores e a burguesia. Netto e Braz (2006) situam tal processo na fase monopolista do capitalismo, em que o Estado adquire importância ímpar na engrenagem da acumulação capitalista, assume funções políticas com funções econômicas.

---

<sup>3</sup> A política social tem sua origem no modo capitalista de produção da vida social, não como uma política proposta exclusivamente pelo capital, mas, sobretudo, como resultado da luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e de trabalho. Interessante notar que, conforme Pereira (2008), a política social não é apenas um mecanismo de regulação, mas sim um processo dinâmico resultante da luta de classes.

É a política social do Estado burguês no capitalismo monopolista [...] configurado a sua intervenção contínua, sistemática, estratégica sobre as sequelas da “questão social”, que oferece o mais canônico paradigma dessa indissociabilidade de funções econômicas e políticas que é própria do sistema estatal da sociedade burguesa madura e consolidada. Através da política social, o Estado burguês no capitalismo monopolista procura administrar as expressões da “questão social” de forma a atender às demandas da ordem monopólica conformando, pela adesão que recebe de categorias e setores cujas demandas incorpora, sistemas de consenso variáveis, mas operantes (NETTO; BRAZ, 2006, p. 30).

O sistema capitalista é fundamentado em crises, onde o sistema produtor de mercadorias cresce e criam condições inerentes para o surgimento das mesmas crises, não ocorrendo por acaso ou por uma excepcionalidade, mas, como destacam Netto e Braz (2008), nunca existiu, não existe e nunca existirá capitalismo sem crise.

A história real e concreta, do desenvolvimento do capitalismo, a partir da consolidação do comando da produção pelo capital, é a história de uma sucessão de *crises econômicas* – de 1825 até as vésperas da Segunda Guerra Mundial, as fases de prosperidade econômica foram *catorze vezes* acompanhadas por crises [...] Em pouco mais de um século, como se constata, a dinâmica capitalista revelou-se profundamente *instável*, com períodos de expansão e crescimento da produção sendo bruscamente cortados por depressões, caracterizadas por falências, quebraadeiras e, no que toca aos trabalhadores, desemprego e miséria (NETTO; BRAZ, 2008, p.156, grifos dos autores).

Em seu modo de produzir e reproduzir, a crise no sistema capitalista gera desequilíbrio para a sociedade, e o capital não se interessa em acabar para sempre com estas crises cíclicas. Como afirma Duarte (2007, p. 23), “o capitalismo contém em si o germe da crise”, quando da dissonância entre produção social coletiva e sua apropriação privada por uma minoria privilegiada, provocando mecanismos de dominação e exploração de uma classe sobre a outra.

Assim, o sistema capitalista, baseado na propriedade privada dos meios de produção e na exploração da classe trabalhadora, é alicerçado em crises, pois é por meio destas que o sistema produtor de mercadorias cresce e se expande. Neste sentido, Mota (2009, p. 54) preconiza:

[...] as crises não ocasionam mecanicamente um colapso do capitalismo. Elas deflagram um período histórico de acirramento das contradições fundamentais do modo capitalista de produção que afetam sobremaneira o ambiente político e as relações de força entre as classes. Por ocasião das crises, deflagra-se um processo no qual mudanças significativas ocorrem, sejam elas no interior da ordem, seja em direção há um processo revolucionário dependendo das condições objetivas e das forças sociais em confronto.

Retomando o processo histórico, em 1929 deu-se uma grande crise econômica – considerada a pior e o mais longo período de recessão econômica do século XX, causando altas taxas de desemprego em diversos países do mundo, quedas drásticas na produção industrial, nos preços das ações e, praticamente, em toda atividade econômica, acarretando na II Guerra Mundial. A partir daí, o capital percebeu que seria impossível haver outra crise com tais dimensões. Assim, as soluções encontradas para a saída de tal crise se deram no sentido de reativar o emprego econômico e o consumo (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Após a crise de 1929, confirmou-se a convicção sobre a necessidade de regulação estatal para seu enfrentamento. Assim, emerge o chamado *Welfare State*<sup>4</sup> – Estado de Bem-Estar Social – que se expande, marcando um momento de longa expansão nas décadas de 1950 e 1960<sup>5</sup>. Neste sentido, Behring e Boschetti (2006, p.94), apontam os três princípios que norteiam o chamado Estado de Bem-Estar-Social:

- 1) responsabilidade estatal na manutenção das condições de vida dos cidadãos, por meio de um conjunto de ações em três direções: regulação da economia de mercado a fim de manter elevado nível de emprego; prestação pública de serviços sociais universais, como educação, segurança social, assistência médica e habitação; e um conjunto de serviços sociais pessoais; 2) universalidade dos serviços sociais; e 3) implantação de uma ‘rede de segurança’ de serviços de assistência social.

O período de constituição do *Welfare State*, após a II Guerra Mundial, constituiu-se, segundo Oliveira (1998), no padrão de financiamento público da economia capitalista. O fundo público teve como funções o financiamento da acumulação de capital e da reprodução da força de trabalho. Neste sentido, Netto e Braz (2008, p.195) comentam:

Entre o fim da Segunda Guerra Mundial e a passagem dos anos sessenta e setenta, o capitalismo monopolista viveu uma fase única em sua história, fase que alguns economistas designam como os “anos dourados” ou, ainda, as três décadas “gloriosas”. Foram quase trinta anos em que o sistema apresentou resultados econômicos nunca vistos, e que não se repetiriam mais: as crises cíclicas não foram suprimidas, mas seus impactos foram diminuídos pela regulação posta pela intervenção do Estado.

---

<sup>4</sup> Igualmente conhecido como Estado-providência, é um modo de organização política e econômica que aloca o Estado como agente da fomentação (protetor e defensor) social e ordenador da economia. Cabe ao Estado de Bem-Estar Social regular e prover benefícios e serviços sociais com o objetivo da proteção à população. Faz-se importante destacar que o *Welfare State* nasceu também com o intuito de enfrentar a crise do capital em 1929, sendo este apenas um dos motivos.

<sup>5</sup> Nas décadas de 1950 e 1960, o Estado era primordial para regulação social na implementação de políticas sociais, ocasionando a acumulação do capital. A partir de meados de 1960, o padrão de intervenção do Estado não atendia mais os interesses capitalistas em tal contexto. A partir daí, caracterizou-se um período de retraída do Estado na área das políticas sociais, particularmente, com a emergência do neoliberalismo.



O início dos anos 1970 é marcado por outra crise<sup>6</sup> capitalista, situada em uma época de estagnação, deixando de lado a ideia de que as crises do capital estariam sempre sob controle por meio do intervencionismo do Estado, e demarcada pelas alterações nas condições e relações de trabalho e pelo afastamento do Estado das responsabilidades sociais na regulação entre o capital e trabalho. Netto (1996) destaca que na década de 1970, emergem as transformações societárias que vão determinar os anos 1980 e 1990, revelando inflexões significativas no envolver da sociedade capitalista. Aquele autor ainda destaca que: “O marco dos anos setenta não foi um acidente cronológico; ao contrário: a visibilidade de novos processos se torna progressiva à medida que o capital monopolista se vê compelido a encontrar alternativas para a crise” (NETTO, 1996, p. 90).

Neste sentido, Duarte (2007, p. 23) assim destaca:

O que ocorre na crise contemporânea é o desencadeamento do processo de saturação dos mecanismos de acumulação, conduzindo os representantes do capital a imprimir um conjunto de estratégias para superação da crise e, assim, reestruturar o seu modo de produzir, acumular e se reproduzir, a fim de tentar retomar as taxas de lucro do período pós 2ª Guerra.

Tal crise combinou na queda generalizada da taxa de lucro, na estagnação econômica, na elevação ampliada dos preços e no esgotamento da base produtiva e alterações nas formas de organização do trabalho. Para Netto e Braz (2006, p. 33), o referido processo é tencionado pelas lutas de classes, de modo que as políticas sociais tornam-se “resultantes extremamente complexas de um complicado jogo em que protagonistas e demandas estão atravessados por contradições, confrontos e conflitos”.

O referido processo conduz a uma perda de direitos sociais, a transformações no mundo do trabalho, com precarização das condições de trabalho e desregulamentação dos direitos trabalhistas, e ao aumento da vulnerabilidade social. Yasbek, Martinelli e Raichelis (2005, p. 3) contribuem com o debate ao afirmar:

O processo de reestruturação produtiva nas sociedades capitalistas contemporâneas em um mundo globalizado vem exigindo o aprofundamento da análise bem como o desvendamento dos impactos que desencadeia nos âmbitos da (des) organização do trabalho, da (contra) reforma do Estado e das transformações societárias. Isso demonstra a associação entre os processos de precarização do trabalho, o desemprego estrutural, a crise dos sistemas de proteção social no cenário contemporâneo, entre outros.

---

<sup>6</sup> Mészáros (2011) afirma que a crise iniciada no final da década de 1960 e início de 1970, persiste até os dias atuais por se tratar de uma crise estrutural global do capitalismo, e não de mais uma de suas crises cíclicas. A diferença entre os referidos tipos de crise é que a periódica ou conjuntural desdobra-se e é mais ou menos resolvida com sucesso dentro da estrutura estabelecida, enquanto a crise estrutural afeta a própria estrutura em sua totalidade.

As transformações anteriormente destacadas resultaram na mudança de referencial para a formulação de políticas econômicas e sociais – de uma orientação keynesiana para uma orientação de recorte neoliberal. Sobre o neoliberalismo, Anderson *apud* Sader e Gentili (1995, p. 11) destaca que:

O remédio, então, era claro: manter um Estado forte, sim, em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas. A estabilidade monetária deveria ser a meta suprema de qualquer governo. Para isso seria necessária uma disciplina orçamentária, com a contenção dos gastos com bem-estar, e a restauração da taxa ‘natural’ de desemprego, ou seja, a criação de um exército de reserva de trabalho para quebrar os sindicatos. Ademais, reformas fiscais eram imprescindíveis, para incentivar os agentes econômicos. Em outras palavras, isso significava reduções de impostos sobre os rendimentos mais altos e sobre as rendas. Desta forma, uma nova e saudável desigualdade iria voltar a dinamizar as economias avançadas, então às voltas com uma estagflação, resultado direto dos legados combinados de Keynes e de Beveridge, ou seja, a intervenção anticíclica e a redistribuição social, as quais haviam tão desastrosamente deformado o curso normal da acumulação e do livre mercado. O crescimento retornaria quando a estabilidade monetária e os incentivos essenciais houvessem sido restituídos.

Na América Latina, o neoliberalismo começou a ser implementado com força em meados dos anos de 1980, no qual o ideário neoliberal encontrou sua expressão e sistematização no Consenso de Washington.

O neoliberalismo no Brasil vinha aos poucos ganhando espaço, como uma alternativa política e econômica à crise. Em meados dos anos de 1990, no governo do Presidente Fernando Collor de Melo, é que efetivamente as ideias neoliberais ganham força, dando início a um processo de privatizações estatais, abertura da economia para o capital estrangeiro, com o mercado como grande agente organizador da Nação, enquanto os trabalhadores começam a perder conquistas sociais resultado de lutas históricas.

De acordo com Duarte (2007), foi no governo Fernando Henrique Cardoso, de maneira mais evidente, que se concretizou a contrarreforma do Estado como projeto de governo, via Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado<sup>7</sup>, idealizado por Bresser Pereira<sup>8</sup>, sendo este Plano a base de uma série de reformas constitucionais.

---

<sup>7</sup> Cabe aqui ressaltar que no referido Plano, o processo de privatização aparece como sendo uma ação natural e não uma escolha política e econômica voltada para os interesses do capital. Percebe-se a tentativa de se camuflar uma escolha de adesão ao neoliberalismo, conforme destaca Behring (2003), quando Bresser gasta um tempo considerável tentando diferenciar a proposta do plano da proposta liberal, quando quer uma autonomia frente aos interesses nacionais.

<sup>8</sup> Foi Ministro de Estado da Administração e Reforma do Estado no governo de Fernando Henrique Cardoso em seu primeiro mandato.

O período de governo do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso marca o contexto da Reforma do Estado, porém, caracterizou-se realmente como uma verdadeira contrarreforma (BEHRING, 2003), pois tal “reforma” significou um redimensionamento das funções do Estado em relação às conquistas dos trabalhadores alcançadas na Constituição Federal (CF) de 1988. Behring (2003) afirma que, em verdade, ocorreu uma contrarreforma, pois a verdadeira foi iniciada pela referida Carta Magna num contexto de transição democrática.

A crise social deste momento, contida temporariamente pelo Plano Real, em 1994, tende a se agravar, uma vez que o Brasil possui uma visão política conservadora, que abstém a reforma agrária – por exemplo – e econômica, incentivando o capital ao crescimento, em detrimento de iniciativas distributivas, a fim de diminuir as disparidades sociais (BEHRING, 2003).

A partir da contrarreforma, inicia-se uma tendência à desresponsabilização com a política social por parte do Estado, sendo esta repassada gradativamente às organizações sociais, Organizações Não Governamentais (ONGs) e entidades filantrópicas, seguindo o trinômio neoliberal privatização-focalização-descentralização (BEHRING; BOSCHETTI, 2008). Neste sentido, Bravo e Matos apud Bravo e Pereira (2002, p. 206) destacam:

[...] é como se não houvesse uma crise econômico-política. A crise passa a ser centrada como se fosse apenas a de um modelo de Estado, que, caso mude – e conseqüentemente a sua forma de administração -, irá resolver a situação da crise instalada. Fica claro que a solução para o encaminhamento seria o Estado abrir mão de sua responsabilidade para com as políticas sociais.

Assim, sob a ótica do neoliberalismo, as estratégias do grande capital não se limitaram às reformas de natureza econômica, mas ao objetivo central de redução dos direitos conquistados historicamente pela classe trabalhadora.

As transformações determinadas pela necessidade do grande capital, no contexto do capitalismo contemporâneo, rebatem no papel do Estado nas políticas sociais. Diante do exposto, faz-se necessário refletir também sobre os impactos do neoliberalismo na política de saúde brasileira, onde o projeto privatista da contrarreforma do Estado trouxe um impacto no Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, o presente estudo fará uma breve contextualização sobre o neoliberalismo e a política de saúde.

## 1.2 Os impactos do neoliberalismo na saúde

A política de saúde desenvolvida no Brasil é fruto de imensas transformações ao longo da história dos anos 1980, sendo marcada por avanços significativos e reestruturantes, sobretudo a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986)<sup>9</sup>, que, dada sua relevância, na participação social, garantiu espaço na reformulação da CF de 1988.

A partir da referida Carta Magna, a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado, integrando os serviços de forma regionalizada e hierarquizada. Estava criado o SUS, amparado pelas Leis n.ºs. 8.080/90<sup>10</sup> e 8.142/90<sup>11</sup>, que tem por preocupação central a democratização do acesso, a universalização dos direitos, a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a integralidade e equidade das ações (cabe enfatizar que o SUS será melhor abordado no capítulo dois deste trabalho).

Com o neoliberalismo, segundo Bravo (2006, p. 35-36), a política de saúde “[...] tem se pautado na política de ajuste, tendo como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidades do poder central”. Portanto,

Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. Como principais características, destacam-se: o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso (BRAVO, 2006, p. 35-36).

Assim, Bravo e Matos *apud* Bravo e Pereira (2002) destacam os momentos de ruptura com o projeto democrático da saúde na década de 1990, a começar pelo governo de Fernando Collor de Melo, com redução de gastos na área social e boicote à implantação do SUS, via emendas constitucionais. Entretanto, é no governo Fernando Henrique Cardoso que se evidencia mais fortemente a ação dos grupos contrários ao SUS, sobretudo, no aspecto de gestão, orçamento e controle. A proposta é sua transformação em Organizações Públicas Não Estatais (OPNES) ou Organizações Sociais (OS), ou seja, “sociedades de direito privado, sem

---

<sup>9</sup> A 8ª CNS foi o grande marco nas histórias das Conferências de Saúde no Brasil. Foi a primeira vez que a população participou das discussões da conferência. Suas propostas foram contempladas tanto no texto da CF de 1988 como nas leis orgânicas da saúde, n.º. 8.080/90 e n.º. 8.142/90

<sup>10</sup> Lei n.º. 8.080/90, Lei Orgânica da Saúde n.º. 080, de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outra província.

<sup>11</sup> Lei n.º. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

fins lucrativos, que administrariam com subvenções dos cofres públicos” (BRAVO; MATOS apud BRAVO; PEREIRA, 2002, p. 207).

Inicia-se, então, o processo de “publicização” do Estado, com “a transformação dos serviços não exclusivos de Estado em propriedade pública não estatal e sua declaração como organização social” (BRESSER apud MONTAÑO, 2002, p. 45).

Isto é uma verdadeira privatização de serviços sociais e de parte dos fundos públicos. Esta estratégia de “publicização” orienta-se numa perspectiva, na verdade, desuniversalizante, contributivista e não constitutiva de direito das políticas sociais (MONTAÑO, 2002, p. 46).

Seguindo os parâmetros neoliberais na saúde, o Ministro da Saúde (MS), José Serra, no governo Fernando Henrique Cardoso, criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar<sup>12</sup> (ANS), e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária<sup>13</sup> (ANVISA), instituições com elevada autonomia orçamentária e decisória, as quais contribuem para a regulamentação dos agentes privados. Conforme contextualiza Bravo e Matos apud Bravo e Pereira (2002, p. 211):

As regulamentações trazem explicitamente uma contradição, que é a regulamentação da ação do capital estrangeiro na saúde, mas ao mesmo tempo naturaliza a concepção de cidadão consumidor, rompendo com o conceito do Movimento da Reforma Sanitária, em que a saúde é um direito de todos e sua prestação um dever do Estado. Assim, as propostas de normatização estão coerentes com a contrarreforma em curso no Brasil.

Neste sentido, o Estado seria responsável por garantir um mínimo de serviços. A saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise, tendo como estratégia de ação a refilantropização<sup>14</sup>. Pois, conforme Vasconcelos (2009, p.70):

Os valores do capital são disputa, desigualdade, liberdade e concorrência só para alguns; solidariedade – explicitando o retrocesso histórico no seu “novo” sentido neoliberal de *caridade e filantropia* – para os outros; para desonerar o capital de “despesas” sociais, as quais devem ser divididas “solidariamente” entre os componentes “da sociedade civil” (grifos meus).

Diante do exposto, será abordada, a seguir, a atuação do “Terceiro Setor” e a desresponsabilização do Estado diante das políticas sociais, fazendo da Sociedade Civil uma parceira para o enfrentamento das expressões da questão social.

---

<sup>12</sup> A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde (MS) responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil.

<sup>13</sup> A finalidade institucional da Agência é promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados.

<sup>14</sup> A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos.

### 1.3 Sociedade civil e Terceiro Setor

Houve um reordenamento do capitalismo após 1970, particularmente com o projeto neoliberal, uma vez que as transformações societárias acarretaram mudanças significativas no campo econômico, político, social e cultural, que afetaram o modelo de produção, as relações de trabalho, o sistema de proteção social, e assim, provocaram modificações nas relações entre o Estado e a sociedade civil.

O uso da categoria sociedade civil vem ganhando espaço na opinião pública, e é pensada como uma esfera onde se desenvolvem estratégias de convivência com o Estado e o mercado. Grupos democráticos de esquerda, neoconservadores, neoliberais econômicos se identificam com a expressão. Neste sentido, Duriguetto (2005, p. 83) explica que:

As demandas pela ampliação da participação da sociedade civil nos mecanismos de gestão de discussão das políticas públicas podem estar orientadas por pontos de vista distintos, podendo envolver tanto aqueles que defendem a privatização dos serviços públicos quanto os que lutam pela expansão e pela maior responsabilização do Estado na sua implementação.

A utilização contemporânea indiscriminada do conceito de sociedade civil, atrelada à tendência de sua despolitização, “contribui muito mais para confundir do que para revelar a complexidade, a pluralidade, bem como os conflitos e as disputas no interior dessa esfera da vida social” (ALMEIDA, 2004, p. 100). A sociedade civil expressa a articulação entre os diferentes e antagônicos interesses, em uma sociedade marcada por conflitos de classes.

A sociedade civil, em Gramsci, faz parte do Estado Ampliado, que, por sua vez, é permeado por interesses e conflitos de classe, caracterizando-se por uma rede de organizações, como por exemplo: sindicatos, associações, movimentos sociais, meios de comunicação, igrejas etc. Desta forma, a sociedade civil se conforma a partir do movimento das classes que se organizam e defendem seus projetos societários. Pereira (2009, p. 159) atenta que a sociedade civil representa:

[...] o conjunto de instituições responsáveis pela representação dos interesses de diferentes grupos sociais, bem como pela elaboração e/ou difusão de valores simbólicos, de ideologias, compreendendo o sistema escolar, os partidos políticos, as igrejas, as organizações profissionais, os sindicatos, os meios de comunicação, as instituições de caráter científico e artístico.

Assim, a sociedade civil vem sendo transformada em sujeito a fim de prestar serviços sociais, uma vez que estes deveriam ser prestados por meio da intervenção do Estado e que, por sua vez, tem sido muitas vezes confundido com as ONGs; ou seja, a concepção de sociedade civil vem sendo “metamorfoseada em terceiro setor” (ALMEIDA, 2004, p. 94).

A metamorfose do conceito de sociedade civil em ‘terceiro setor’ nas últimas décadas do século passado não foi por acaso. Ela expressa a disputa das principais forças sociais em torno da apropriação do sentido de conceitos estratégicos à governança mundial. Compreendida enquanto uma esfera virtuosa e homogênea, a versão do ‘terceiro setor’ despolitiza o conceito de sociedade civil fazendo-a parecer uma esfera de agregação de pessoas de bem. Além disso, o seu forte conteúdo antiestatal reforça a ideia de um Estado ‘satanizado’ e em ‘crise’, portanto, incapaz de assumir o enfrentamento da ‘questão social’ (ALMEIDA, 2004, p.94).

Por isso, cabe ressaltar que, de acordo com Montañó (2003 p. 16), no presente estudo, o termo “Terceiro Setor” encontra-se empregado com aspas, pois poderá ser observado que seu conceito está carregado de debilidades, e sua origem está atrelada à visão “segmentadora e setorializadora da realidade social” no que diz respeito à diferença de responsabilidade e transferência de resposta às sequelas da questão social do Estado para a sociedade civil. Portanto, caracteriza-se como um conceito ideológico, com o papel de desarticular a realidade.

[...] o que é chamado de ‘terceiro setor’, numa perspectiva crítica e de totalidade, refere-se a um fenômeno real, ao mesmo tempo inserido e produto da reestruturação do capital, pautado nos (ou funcional aos) princípios neoliberais: um novo padrão (nova modalidade, fundamento e responsabilidade) para a função social de resposta à ‘questão social’, seguindo os valores da solidariedade local, da autoajuda e da ajuda mútua (MONTAÑO, 2002, p. 186).

Logo, o termo “Terceiro Setor” vem sendo estruturado a partir de três setores: o Estado (primeiro setor), o mercado (segundo setor) e as organizações da sociedade civil que atuam sem finalidade de lucro com ações de interesse público (“Terceiro Setor”). Uma definição confusa para o “Terceiro Setor”, divulgada pela mídia e por alguns segmentos da sociedade civil, é a ideia de que

O primeiro setor é o governo, que é responsável pelas questões sociais. O segundo setor é o privado, responsável pelas questões individuais. Com a falência do Estado, o setor privado começou a ajudar nas questões sociais, através das inúmeras instituições que compõem o chamado “terceiro setor. Ou seja, o “terceiro setor” é constituído por organizações sem fins lucrativos e não governamentais, que tem como objetivo gerar serviços de caráter público (KANITZ, 2012)<sup>15</sup>.

Na lógica dominante do capital, o “Terceiro Setor” constituiria uma alternativa de substituição ao Estado em crise, no que se refere ao enfrentamento da questão social. Por traz de tal conceituação e discurso, a mídia aponta o Estado como ineficiente e a sociedade civil como organizada. As ações privadas, por meio das instituições do “Terceiro Setor” ou das iniciativas individuais voluntárias, apresentam-se como “salvadoras dos problemas sociais”,

<sup>15</sup> Cf. KANITZ, Stephen. O que é o Terceiro Setor? In: Filantropia.org – ajudando quem quer ajudar. **Artigos do Terceiro Setor**. 2012. Disponível em: <<http://www.filantropia.org/OqueeTerceiroSetor.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

no qual o indivíduo passa a assumir a responsabilidade pelo social, cumprindo com o seu papel de cidadão. Neste sentido, o Estado se retira das suas responsabilidades frente às políticas sociais e as expressões da questão social, transferindo seu enfrentamento para o “Terceiro Setor”. Neste sentido, Montaño (2002, p. 8) alerta: “Sua intervenção na ‘ação social’ assume a forma voluntária de ‘doação’ (segundo sua ‘consciência cidadã’ e sua ‘responsabilidade social’), não de obrigação”; logo, nesta proposta, é a lógica do privado e não a lógica do direito social que deve ser garantido pelo público, ou seja, por meio do Estado. Sobre tal aspecto, Netto (2004, p. 74-75) afirma que:

[...] situado no próprio processo de reestruturação do Estado como uma instância diversa deste e da esfera mercantil, o “terceiro setor” tem se revelado um importante instrumento do projeto capitalista de cortar ao limite as funções estatais legitimadoras, mostrando-se não só compatível, mas funcional a reestruturação comandada pelo capital, ademais de haver claros indícios sobre o papel de desmobilização democrático-popular desempenhado pelas ONGs.

Neste contexto, o “Terceiro Setor” ganha espaço e visibilidade, na medida em que a intervenção estatal é reduzida, contribuindo para a chamada refilantropização<sup>16</sup> da questão social, que se dá na transferência para a sociedade civil das responsabilidades sociais mediante práticas voluntárias, filantrópicas e caritativas.

Conforme Duarte (2007), nesta lógica que encobre os processos sociais reais, nem o Estado e nem o mercado seriam capazes de resolver os problemas sociais da atualidade. A sociedade civil, mistificada como sinônimo de “Terceiro Setor”, é compelida a intervir no social. Contudo, a mesma autora destaca que, diante de uma perspectiva crítica de análise:

O fenômeno “Terceiro Setor” é considerado como parte integrante do processo de reestruturação do capital, inserido nas contradições da sociedade capitalista contemporânea, representando interesses da classe dominante e, assim, caracterizando-se como estratégia de consenso e hegemonia (DUARTE, 2007, p. 56).

Conforme o cenário apresentado, constata-se uma redução dos fundos públicos para o financiamento de políticas sociais, principalmente para as áreas consideradas fundamentais, a saber: educação, saúde, trabalho, assistência social e previdência social. Tal processo é identificado por Netto *apud* Lesbaupin (1999) como “sabotagem das políticas sociais”.

---

<sup>16</sup> A refilantropização da questão social é recorrente, construída não a partir de referências políticas, mas “de iniciativas morais de ajuda ao necessitado. Trata-se de um processo caracterizado pela defesa de alternativas privatistas, que envolvem a família, as organizações sociais e a comunidade em geral” (YAZBEK, 2010, p. 63).



O “novo trato à questão social” é observado na desresponsabilização do Estado, e é notado na ação do “Terceiro Setor”, o qual pode ser assinalado como atividade pública desenvolvida por particulares, com a função social de resposta às necessidades sociais, aos valores de solidariedade local e à autoajuda mútua (MONTAÑO, 2008).

Observa-se uma clara tendência de deslocamento das ações governamentais públicas – de abrangência universal – no trato das necessidades sociais em favor de sua privatização, instituindo critérios de seletividade no atendimento aos direitos sociais. Esse deslocamento da satisfação das necessidades da esfera do direito público para o direito privado ocorre em detrimento das lutas e de conquistas sociais e políticas extensivas a todos. É exatamente o legado de direitos conquistados nos últimos séculos, que hoje esta sendo desmontado nos governos de orientação neoliberal, em uma nítida regressão da cidadania que tende a ser reduzida as suas dimensões civil e política erodindo a cidadania social (IAMAMOTO, 2001, p. 24-25).

Nesse sentido, na contemporaneidade, a sociedade civil, entendida acriticamente como “Terceiro Setor”, é não governamental, não lucrativa, organizada, independente e mobiliza a ação voluntária das pessoas, em que a relação Estado e mercado é transformada pela presença das associações voluntárias (ALMEIDA, 2004)

Diante das questões da filantropia, do voluntariado e da solidariedade, o voluntariado tem sido incentivado e está presente como um parceiro privilegiado do Estado, em quase todas as áreas sociais, incluindo a política de saúde.

No próximo capítulo, destacar-se-ão uma breve conceituação do SUS e como passa a ser um direito no Brasil, uma vez que este direito foi conquistado pela sociedade no final dos anos 1980, além dos processos de privatizações da saúde, contextualizando como se deu a entrada do voluntariado, no qual o discurso da caridade e do amor ao próximo mobiliza a sociedade civil e despolitiza o processo de enfrentamento contemporâneo da questão social por meio de setores privados, com sérias repercussões para os usuários, particularmente com a descaracterização da concepção de direito social e o enaltecimento do favor e da caridade como aspectos centrais para a proteção social em tempos de crise e reestruturação do capital.

## **2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E OS PRIMEIROS PASSOS PARA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE**

O presente capítulo tem como propósito esclarecer o que é, e o que representa o Sistema Único de Saúde (SUS). Deste modo, procurar-se-á resgatar parte de sua história, os problemas enfrentados, as conquistas alcançadas, e os impasses presentes na saúde que tanto desafiam os beneficiários do referido Sistema que lutam para torná-lo melhor.

O SUS é tido como a política de inclusão social implementada no Brasil com a promulgação da Constituição Federal (CF) em 1988<sup>17</sup> e representa uma política do Estado brasileiro para com os seus cidadãos. Porém, persistem alguns problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal e equânime.

A sua maior intenção é oferecer aos beneficiários um sistema integrado e gratuito que cuida da saúde de seus cidadãos seja na prevenção de doenças, bem como nos medicamentos e equipamentos para a população brasileira.

Neste sentido, buscou-se aqui analisar como a saúde no Brasil se tornou um direito de todos e dever do Estado e suas implicações para os direitos sociais frente às expressões da questão social; quer-se também compreender um pouco como se deu a entrada de setores da chamada sociedade civil organizada em hospitais públicos, prestando serviços assistencialistas e imediatistas, a fim de subsidiar a reflexão sobre o trabalho voluntário no Hospital de Apoio de Brasília (HAB), fruto da experiência de estágio supervisionado em Serviço Social da autora.

### **2.1 A trajetória da saúde no Brasil**

Para entender os dias atuais da saúde no Brasil, é preciso conhecer o SUS. Sendo assim, faz-se necessário conhecer brevemente a história e organização sanitária no Brasil, e como o SUS passa a representar uma conquista dos direitos sociais ao povo brasileiro.

A organização sanitária do Brasil se localizava em sede provisória na cidade do Rio de Janeiro, onde se tornou centro das ações sanitárias. Os serviços de saúde eram organizados pelas tropas militares e eram subordinadas pelo cirurgião-mor dos Exércitos de Portugal. Neste sentido, Paim (2009, p. 26) contextualiza:

---

<sup>17</sup> O SUS foi criado pela CF de 1988 e regulamentado pelas Leis nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90.

A primeira Santa Casa surgiu em 1543, quando Brás Cubas fundou, em Santos a Irmandade da Misericórdia e o Hospital de Todos os Santos. Depois, foram criadas as santas casas de Olinda, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e São Paulo. Assim, a assistência aos pobres ficava por conta da caridade cristã, que abrigava indigentes, viajantes e doentes. Já os militares eram recolhidos e cuidados pelas famílias ricas [...].

Assim, com a passagem do século XIX para o XX, se deu o início da industrialização no Brasil, e a saúde despontava como questão social, ou seja, problemas que não se restringia ao indivíduo, passando a exigir respostas da sociedade e do poder público. No âmbito das políticas sociais, a partir da Constituição de 1891, cabia aos Estados a responsabilidade pelas ações de saúde, de saneamento e de educação (CONASS, 2007).

A falta de um modelo sanitário no país deixava as cidades brasileiras a mercê das epidemias, tais como: febre amarela, varíola, malária e a peste, que acometiam a população de graves e severas doenças, impondo ao poder público que tomasse as medidas sanitárias ao combate a vetores e a vacinação obrigatória.

Diante das epidemias e doenças endêmicas, além das campanhas sanitárias lideradas por Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Emílio Riba, Belisário e Barros Barreto, entre outros, foram criados os códigos sanitários. Houve também a implantação de instituições científicas voltadas para pesquisa biomédica influenciando na formação de uma comunidade científica e no estabelecimento de políticas de saúde (PAIM, 2009, p. 29).

Durante a primeira República, destacou-se a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNPS), criado em 1920. Estabeleceu-se a criação de um Sistema Nacional de Saúde caracterizado pelas ações do governo central (CONASS, 2007).

Em 24 de janeiro de 1923, foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei Eloi Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil. Através de tal ditame, foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs). As CAPs, entidades de direito público, foram criadas, compulsoriamente, por categoria profissional e por empresa. O decreto da Lei nº. 4.682 que criou as CAPs previa a prestação de serviços médicos aos seus beneficiários, mas não fixava a magnitude dos recursos que poderia ser destinada para tal fim.

A partir daí, a saúde passou a estar vinculada à Previdência Social. Como resultado de tal processo, ocorreram: a) distinção entre serviços prestados e a inserção do beneficiário no mercado de trabalho; e, b) prevalência da assistência individual em detrimento das ações preventivas para o controle de endemias em função desta vinculação e a partir da criação das CAPs no interior da saúde. Neste sentido, Cohn e Elias (2002, p.15) afirmam que:

[...] Já as classes assalariadas urbanas, até então assistidas pelas mutualidades e pela filantropia (como de resto a população em geral), de longa tradição entre nós,

passam a ser destinados serviços de atenção médica individual, prestados pelas CAP's, que por sua vez compravam serviços médicos do privado através do mecanismo de credenciamento médico [...].

Em 1930, a primeira passagem de Getúlio Vargas (Revolução de 1930) pela Presidência da República é reconhecida pela literatura como um marco na configuração de políticas sociais no Brasil foram efetuadas mudanças na estrutura do Estado. Estas objetivavam promover a expansão do sistema econômico, estabelecendo-se, paralelamente, uma nova legislação, no qual ocorreram algumas mudanças: foram criados o “Ministério do Trabalho”, o da “Indústria e Comércio” e o “Ministério da Educação e Saúde”.

Passando por certa expansão a partir de 1930, ocorreu uma reorganização que foi quando as CAPs foram substituídas por vários Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) – a diferença era que estes detinham dimensão nacional e não mais por empresa, sendo constituídos, então, por várias categorias de trabalhadores, como, por exemplo, o IAPC (dos comerciários), o IAPB (dos bancários), entre outras.

Somente os brasileiros que estivessem vinculados ao mercado formal de trabalho e com carteira assinada tinham acesso a assistência médica da previdência social. Aos demais restavam poucas opções: pagar pelos serviços médicos e hospitalares ou buscar atendimento em instituições filantrópicas, postos e hospitais de estados ou municípios. Como o direito a saúde não estava vinculado à condição de cidadania, cabia aos indivíduos a responsabilidade de resolver os seus problemas de doença e acidentes, bem como os de seus familiares (PAIM, 2009, p. 33).

Com a criação dos IAPs, reforçam-se dois eixos constitutivos da política de saúde: campanha sanitária e Previdência Social. Em 1930, o Ministério da Educação e Saúde centralizou a realização de campanhas neste sentido.

A partir de 1937, com a promulgada da nova constituição – que reforça o centralismo e a autoridade presidencial (ditadura) – o trabalhismo oficial e as suas práticas foram reforçadas com a imposição de um sindicato único e pela exigência do pagamento de uma contribuição sindical.

Em 1939, regulamenta-se a Justiça do Trabalho e, em 1943, é homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). A crescente massa assalariada urbana passa a se constituir no ponto de sustentação política do governo de Getúlio Vargas, através de um regime corporativista. São promulgadas as leis trabalhistas, que procuram estabelecer um contrato capital-trabalho, garantindo direitos sociais ao trabalhador.

Getúlio Vargas, em 07 de maio de 1945, assinou o Decreto-Lei nº. 7.526 (Lei Orgânica dos Serviços Sociais do Brasil) que, por sua vez, trata-se da primeira tentativa de

unificação das IAPs no Instituto de Serviços Sociais no Brasil (ISSB). Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde – um desmembramento do antigo Ministério da Saúde e Educação.

Na década de 1950, as ações de saúde pública predominam sobre a assistência médica individual. Em 1954, com a renúncia de Vargas e a eleição de Juscelino Kubitschek, tal período foi de intenso desenvolvimento econômico.

Assim, em 1960, foi promulgada a Lei nº. 3.807, denominada Lei Orgânica da Previdência Social, que veio estabelecer a unificação do regime geral da previdência social. O processo de unificação só avança com o movimento revolucionário de 1964, que neste mesmo ano, promove uma intervenção generalizada em todos os IAPs, sendo os conselhos administrativos substituídos por juntas interventoras nomeadas pelo governo revolucionário. A unificação vai se consolidar em 1967.

Em 1975, na 5ª Conferência Nacional de Saúde, é criado o Sistema Nacional de Saúde por meio da Lei nº. 6.229 – a primeira tentativa de organizar o Sistema Nacional de Saúde.

No ano de 1976, foi fundada a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), que teve grande influência no Movimento Sanitário. O principal expoente da segunda metade dos anos 1970 é o Plano de Pronta Ação (PPA), que normatizou as condições para a expansão da cobertura de serviços assistenciais e acarretou um aumento sem precedentes na produção de serviços.

Em 1978 dá-se o 1º Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, e começa-se a pensar em Planos Municipais de Saúde. Em 1980, o Ministério da Saúde convoca e organiza a 7ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Serviços Básicos de Saúde”, cuja discussão centrou-se nos programas de extensão e de cobertura de ações básicas de saúde e permitiu uma ampliação do debate sobre a descentralização, tanto assistencial, quanto operacional, do modelo de atenção à saúde.

Na década de 1980, surge o PREV-SAÚDE – projeto que pretendia estender a cobertura dos serviços para toda a população com ênfase nos serviços básicos de saúde. Depois, tem-se a criação do Conselho Nacional de Administração Previdenciária (CONASP), que elaborou um plano retomando as ideias do PREV-SAÚDE, com a descentralização e a utilização prioritária dos serviços públicos.

A partir daí, surgiu o programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), que pretendia integrar os serviços que atendiam a população de uma região, visando ações mais eficientes e eficazes.

As AIS representavam pela primeira vez, a possibilidade de que as instituições públicas de saúde se conhecessem mutuamente e comesçassem a fazer um

planejamento mais articulado e até mesmo integrado. Propiciaram também a criação das Comissões Inter-Institucionais de Saúde (CIS) e Comissões Inter-Institucionais Municipais de Saúde (CIMS), que acabaram por se constituírem na semente dos atuais Conselhos de Saúde, assim como foram a base para a implantação, mais a frente, dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde. (SUDS), fase anterior a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (RODRIGUES NETO, 1994, p. 10).

As AIS possibilitaram um considerável aumento dos atendimentos tanto em qualidade quanto em diversificação dos motivos de procura, pois as unidades básicas passam a atender a demanda espontânea em larga escala.

O governo adota algumas medidas de reorientação de sua política de assistência médica, mudando forma de pagamento para diagnósticos e não mais por atos e, por outro lado, celebrando convênios com os estados e municípios para, repassando recursos, utilizar a capacidade instalada pública das suas instituições que, na época estavam extremamente ociosas. Essas foram as propostas que passaram a ser conhecidas respectivamente por Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e Ações Integradas de Saúde (AIS) (RODRIGUES NETO, 1994, p. 10).

Em 1986, após a 8ª. Conferência Nacional de Saúde, junto com os movimentos de saúde da população, foi aprovada a “Reforma Sanitária”. Em 1987, deu-se início aos trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte, visando a elaboração da nova constituição.

Assim, a organização dos serviços de saúde no Brasil antes do SUS vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como *saúde pública*; de outro, a saúde do trabalhador, inserida no integrado a *medicina previdenciária* e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial (PAIM, 2009, p. 31).

Desta forma, o debate que teve início em meados da década de 1970, envolvendo a burocracia estatal, o setor privado, o movimento sanitário e os movimentos populares urbanos, culminou com a incorporação de propostas oriundas do Projeto de Reforma Sanitária na CF de 1988.

A Reforma Sanitária brasileira foi um processo árduo e político, na perspectiva de romper com o modelo corporativista tradicional, reverter a linha privatizante da política setorial e integrar áreas correlatas de política social, histórica e estruturante tratadas em separado. “Formalizou um conceito ampliado de saúde (correlacionando-a com condições de vida, trabalho e lazer) e mecanismos de participação e controle social” (ALMEIDAFILHO *apud* AMARANTE, 2003, p. 208).

Assim, propôs-se a instituição do SUS, com acesso universal e igualitário, atenção integral em todos os níveis, com o privilégio do setor público e regulação efetiva sobre o setor privado. Tal movimento de reforma que desencadeou a criação do SUS, teve seu início na década de 1970, com a definição de várias políticas públicas federais na área da saúde que

procuraram privilegiar a atenção primária, a descentralização administrativa, e ainda, a regulação pública das ações de saúde.

## 2.2 O surgimento do Sistema Único de Saúde: breves considerações

O SUS foi criado pela CF de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão.

Neste sentido, tem-se o preconizado pelo art. 4º da Lei n.º. 8.80/90:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com o art. 198 da Carta Magna de 1988, as ações e os serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, com as seguintes diretrizes e princípios:

- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- Participação da comunidade (CONASS, 2007, p. 34);

Segundo Paim (2009, p. 49), a descentralização busca adequar o SUS à diversidade regional de um país continental como o Brasil, com realidades econômicas sociais muito distintas: “Significa que a gestão do sistema de saúde passa para os municípios, com a consequente transferência de recursos financeiros pela União, além da cooperação técnica”.

Neste sentido, Mendes (2001, p. 67) define universalização como:

[...] princípio ético básico, que busca garantir a todos os cidadãos – independente de gênero, etnia, nível de renda, vinculação de trabalho ou nível de risco – os direitos sociais fundamentais, em quantidade compatível com o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade.

A participação da comunidade é regulamentada pela Lei n.º. 8142/90, que prevê a criação das instâncias colegiadas da Conferência de Saúde e do Conselho de Saúde (art. 1º).

Um dos marcos da construção do SUS é a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que sistematizou os princípios e diretrizes defendidas pelo Movimento Sanitário: “Formalizou um conceito ampliado de saúde (correlacionando-a com condições de vida, trabalho e lazer) e

mecanismos de participação e controle social” (ALMEIDA FILHO *apud* AMARANTE, 2003, p. 208).

Para Almeida Filho *apud* AMARANTE (2003), a criação do SUS significou, de fato, no plano legal, uma mudança expressiva na política de saúde brasileira. Segundo aquela autora:

[...] a descentralização do SUS é o eixo central da implementação da reforma mudando a maneira de alocação de recursos institucionalizando os fóruns participativos no processo decisório, definindo estratégias prioritárias e mecanismos de indução que pretendem impulsionar a reorganização dos sistemas locais de saúde numa perspectiva transformadora (ALMEIDA FILHO *apud* AMARANTE, 2003, p. 208).

Observando tais diretrizes, a implementação do SUS deve configurar uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos e privados de saúde (estes últimos participando do sistema de forma complementar), a partir da celebração de contratos de direito público ou convênios com o Poder Público, tendo preferência as entidades filantrópicas sem fins lucrativos.

Art. 199 A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Diante do exposto, o SUS, pautado na universalidade, na equidade, na integralidade, na descentralização e na participação social, foi reivindicado por movimentos da sociedade civil que, inconformada com as realidades sociais, em especial, na área da saúde, direcionava novos olhares sobre a situação de saúde no país. De acordo com Paim (2009, p. 51):

[...] o SUS é um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade. É, portanto, uma forma de organizar as ações e os serviços de saúde no Brasil, de acordo com os princípios, diretrizes e dispositivos estabelecidos pela Constituição da República e pelas leis subsequentes.

Com a consolidação do SUS no Brasil, faz-se necessário refletir sobre a participação da sociedade civil dentro de esferas públicas e prestando serviços assistenciais e emergenciais para a população, uma vez que os direitos já mencionados deveriam ser garantidos, em sua essência, pelo Estado em suas diversas esferas.



### 2.3 Participação da sociedade civil na saúde

A participação da sociedade é uma das diretrizes fundamentais fixada na CF de 1988, para a criação do SUS.

Ao regulamentar dispositivo Constitucionais sobre o SUS, a Lei nº. 8.080/90, no seu art. 7º, refere à Participação da Comunidade entre princípios do SUS obrigados em lei, e a Lei nº. 8.142/90, cria as Conferencias de Saúde a serem realizadas a cada quatro anos, de caráter propositivo, de diretrizes para formulação de políticas de saúde na esfera de governo [...] (CONASS, 2007, p. 168).

Na Carta Magna de 1988, tem-se previsto o Conselho de Saúde, que se destina, entre outros objetivos, a refletir sobre as políticas públicas de saúde e promoção de mudanças. O movimento é formado por diferentes representantes da sociedade e valorizam a participação dos cidadãos no processo de tomada de decisões.

A Lei nº. 8.142/90 assim define a competência dos Conselhos de Saúde, em seu art. 1º, § 2º:

Art. 1º [...].

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Tal forma de participação instucionalizada é definida por Carvalho (1995, p. 26, 111) como o “processo de inclusão no arcabouço jurídico institucional do Estado de estruturas de representação direta da sociedade”, o que converte os conselhos, na sua acepção, em “espaços estatais contra-hegemônicos”.

Assim, os Conselhos de Saúde são espaços de participação comunitária regulamentados pela Lei nº. 8.142/90, que são instancias de controle do SUS pela sociedade e foram criados para permitir que a população possa interferir na gestão da saúde, defendendo os interesses da coletividade, a fim de que estes sejam atendidos pelas ações governamentais.

Neste sentido, Bravo *apud* Bravo e Pereira (2001, p. 47) define a função dos Conselhos de Saúde como:

[...] espaços compostos por usuários, gestores da saúde e trabalhadores da saúde, de caráter permanente, deliberativo e paritário. [...] O principal objetivo desse Conselho é discutir, elaborar, fiscalizar a política de saúde em cada esfera de governo.

Ainda segundo Bravo *apud* Bravo e Pereira (2001, p. 45), historicamente, o controle social foi entendido no sentido de controlar ações:

A categoria controle social foi entendida apenas como controle do Estado ou do empresariado sobre as massas. É nessa acepção que quase sempre o controle social é usado na sociologia, ou seja, no seu sentido coercitivo sobre a população. Entretanto, o sentido de controle social inscrito na Constituição é o de participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais. [...] essa última concepção de controle social tem como marcos o processo de redemocratização da sociedade brasileira com o aprofundamento do debate referente à democracia e, na saúde, o movimento de reforma sanitária.

Segundo Paim (2009, p. 50), a participação da comunidade expressa uma orientação para democratizar os serviços e as decisões em relação à saúde:

No caso brasileiro, a participação da comunidade era, também, um dos caminhos para a superação do autoritarismo impregnados nos serviços e nas práticas de saúde desde os governos militares, criando espaços para o envolvimento dos cidadãos nos destinos do sistema de saúde. Além da perspectiva do exercício da democracia no cotidiano dos serviços de saúde, esta diretriz busca assegurar o controle social sobre o SUS.

Nas décadas de 1970 e 1980, o Movimento Sanitário buscou um projeto contra-hegemônico de saúde. Tal movimento intensificou a expressão “controle social” como “correspondente a uma moderna compreensão da relação Estado-sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele” (CARVALHO, 1995, p. 8).

O controle social na saúde é uma das ferramentas para o alcance da gestão participativa, um ato democrático, onde gerenciam programas e serviços que rompem com os padrões tradicionais da política.

Bravo e Matos *apud* Bravo e Pereira (2002, p. 45) aborda que, partindo do aspecto legal, o sentido do controle social descrito na CF de 1988 “é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais”; considera os Conselhos de saúde “como inovações ao nível da gestão das políticas sociais que procuram estabelecer novas bases de relação Estado-sociedade com a introdução de novos sujeitos políticos na construção da esfera pública democrática” (BRAVO, 2000, p. 41-43).

Para Morita, Guimarães e Di Muzio (2006, p. 50) a instituição do SUS, criando instâncias de controle através de Conferências e Conselhos de Saúde, como meios de cumprir o princípio constitucional da “participação da comunidade”, asseguraria o controle social sobre as ações e serviços de saúde do Município, do Estado e do País.

O Guia de Referência para Conselheiros Municipais de Saúde, editado pelo Ministério da Saúde (MS), destaca que:

Com a participação da comunidade na gestão do SUS se estabelece uma nova relação entre Estado e a Sociedade, de forma que as decisões do Estado sobre o que fazer na saúde terão que ser negociadas com representantes da Sociedade, uma vez que eles são quem melhor conhecem a realidade da saúde da comunidade. Por isso, esta participação é entendida como uma das formas mais avançadas de democracia. (BRASIL, 2001, p. 14-15).

Neste sentido, é por meio do controle social que a sociedade civil deve intervir sobre as ações do Estado, no sentido de interferir na gestão das políticas públicas; sendo assim, torna-se uma forma de controle social no qual a população pode participar e defender os interesses das classes subalternas, e de alguma forma, controlar os rumos das políticas públicas sociais. Ou seja, bem diferente do atual repasse de responsabilidades estatais para o chamado “terceiro setor”.

Desta forma, no próximo capítulo, será discutida a participação da do grupo de apoio no HAB na perspectiva da lógica do “terceiro setor”, alocadas no HAB por meio de um Grupo de Voluntários que presta serviços assistencialistas. Na verdade, buscaremos compreender quais os significados destas ações prestadas pelo grupo de voluntários, considerando a crítica à concepção de “Terceiro Setor” e a sua intervenção em substituição ao Estado, muito distante da concepção da saúde como direito social.

### 3 O HOSPITAL DE APOIO DE BRASÍLIA: REFILANTROPIZAÇÃO DA SAÚDE

#### 3.1 O Hospital de Apoio de Brasília: Grupo de Apoio

O trabalho voluntário é uma forma de participação social que vem se fortalecendo cada vez mais no Brasil. Descrever o trabalho voluntário não é uma tarefa tão fácil, pois seu significado é muito fragmentado, mas é possível defini-lo como sendo qualquer atividade onde o indivíduo oferta, livremente, o seu tempo a fim de beneficiar outras pessoas, grupos ou organizações, sem retribuição monetária (SOUZA; LAUTERT, 2008, p. 372).

No Brasil, o trabalho voluntário é legislado pelo art. 1º da Lei nº. 9.608, de 18 de fevereiro de 1998, que preconiza:

Art. 1º Considera-se serviço voluntário, para fins desta Lei, a atividade não remunerada, prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza, ou a instituição privada de fins não lucrativos, que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência social, inclusive mutualidade.

De acordo com Bonfim (2010), a imagem do voluntário está relacionada ao *status* de cidadão – é possível observar propagandas na mídia convidando as pessoas a realizarem trabalhos voluntários e, assim, estarem exercendo sua cidadania – e de cumprimento de dever cívico e cristão. Desta forma, a lógica capitalista forja uma “cultura do voluntariado”<sup>18</sup>, fazendo com que desenvolva a prática voluntária onde uma pessoa solidária e de boa índole tenha iniciativa de resolver problemas de sua comunidade.

Diante do exposto, a ação voluntária, muitas vezes, é valorizada pelo mercado, organizada pelo *marketing* social e pela mídia de massas. Para estes, portanto, o que prevalece é o mercado e não a condição humana. Segundo Silva (2001, p. 76), “o voluntário expressa a diferença e ao mesmo tempo distingue-se do outro, sem separar-se dele”, ou melhor, une-se a ele.

Bonfim (2010), analisando a “cultura do voluntariado” no Brasil, aponta que as ações voluntárias atuais são exercidas em sua maioria por meio das organizações do “Terceiro Setor”, as quais apresentam várias instituições em seu interior. Tais instituições, na maioria das vezes, desenvolvem atividades focalizadas e fragmentadas, pois grande parte depende de recursos financeiros externos, como doações individuais e/ou recursos estatais, e, assim, mostram-se propícias às práticas assistencialistas e clientelistas.

---

<sup>18</sup> A autora, no decorrer de sua obra, faz a crítica à “cultura do voluntariado” (com aspas) se referindo ao voluntariado na atualidade no Brasil. Porém, quando se refere à cultura do voluntariado (sem aspas), aborda o voluntário como papel essencial nas mudanças em uma sociedade, sem estar de acordo com a lógica neoliberal.

Para se compreender o desenvolvimento desta atividade no Brasil, é preciso conhecer um pouco da sua origem e vinculação. Sua história está atrelada a fundação da Santa Casa de Misericórdia, na cidade de Santos, em 1532 – fator que influenciou seu foco voltado à assistência social e, principalmente, à religião (vale ressaltar que se tem, da mesma forma, o caráter filantrópico do voluntariado até os dias atuais) (SILVA 2003).

De fato, a política social e as suas estratégias para o enfrentamento das expressões da questão social são itens que descaracterizam o caráter universalizante do voluntariado, e passam a serem executados pelo “Terceiro Setor” na saúde, na educação e em vários outros. Tal desresponsabilização tenta ser supostamente compensada pela ampliação de sistemas privados e filantrópicos. Sobre a questão, Yazbeck (2002, p. 423) destaca:

A filantropia, renovada pelo ideário neoliberal, amplia-se em múltiplos e diversificados campos, assumindo diferentes formas de ação e de prestação de serviços sócioassistenciais sempre apoiada em valores cívicos, altruístas e humanitários.

Destarte, o pensamento neoliberal presta socorro aos pobres sem reconhecer seus direitos sociais, uma vez que atuam no sentido da filantropia; faz-se uma destituição de direitos sociais, ocasionando perda das políticas e da proteção social, preconizadas na CF de 1988. Assim, as questões da pobreza e da desigualdade social vêm sendo crescentemente abordadas como questões da filantropia do voluntariado e da solidariedade (SILVA, 2003). Cabe salientar que “a filantropia no Brasil está enraizada em nossa história trazendo em seu bojo o trabalho voluntário” (YAZBECK, 2002, p. 414).

Na rede solidária, a expansão de serviços, a partir do dever moral, da benemerência e da filantropia, não realiza direitos. Assim, a atividade exercida passa a ter um caráter filantrópico e voluntário, sendo transposta para a solidariedade social, alterando-se a orientação das políticas sociais, que deixam de ser um direito, bem como a condição para o exercício da cidadania. Desta forma, passa a ser reconhecida como política “[...] localizada, pontual, identificada à autoajuda e ajuda mútua” (MONTAÑO, 2002, p. 189).

No cenário político mais recente, percebe-se o avanço do ideário da “sociedade solidária” como base para que o setor privado e não mercantil se responsabilize pela provisão social, pois o objetivo do capital nada mais é que transferir responsabilidades sociais para o campo do “Terceiro Setor”/sociedade civil e, conseqüentemente, estimular o voluntariado, a fim de transpor para estas tarefas que seriam dever do Estado.

Segundo Trombini (2011), no âmbito do Distrito Federal (DF), também foi criada uma lei instituindo o voluntariado no serviço público, em que qualquer cidadão, maior de dezesseis anos de idade poderá se inscrever como voluntário para prestar serviços junto aos diferentes órgãos do Poder Executivo. Aquela autora ratifica ainda que há um estímulo estatal ao serviço voluntário e a sua desresponsabilização com a sociedade. É nesse campo do debate que Bonfim (2010, p. 101) destaca:

É nessa conjuntura que a ‘cultura do voluntariado’ encontra terreno fértil para se desenvolver e se consolidar. Ela passa a ser um elemento importante desse ‘novo’ padrão de enfrentamento das sequelas da questão social, que prioriza as parcerias entre Estado e ‘sociedade civil’, onde a fronteira entre o público e o privado torna-se cada vez mais tênue.

Mediante tal processo, os brasileiros vivenciam uma perda de seus direitos de cidadania, pois suas necessidades sociais não são mais de responsabilidade privilegiada do Estado, que se mostra como uma esfera burocratizada e ineficiente. Assim, nessa perspectiva, Duarte (2007, p. 79) sintetiza: “a refilantropização, mascara o novo para preservar o velho, transforma direitos em ajuda, em favor, em ação solidaria, em participação da sociedade civil organizada, ou seja, em ações que terminam por ampliar a desigualdade”.

Desta forma, ser voluntário no Brasil passou a constituir-se em porta de entrada para o exercício da cidadania, tanto que este conceito está agora sempre atrelado à prestação da ajuda voluntária. O voluntariado tem sido incentivado e está presente como um parceiro privilegiado do Estado em quase todas as áreas sociais – não seria diferente no âmbito da saúde pública, onde as instituições tem apoio total do Estado e da comunidade para prestar o trabalho voluntário. Sendo assim, a seguir, tem-se a apresentação da experiência com o Grupo de Voluntários do Hospital de Apoio de Brasília (HAB).

### **3.2 Reflexões críticas sobre uma experiência: o Grupo de Voluntários do Hospital de Apoio de Brasília**

A atuação do voluntário, historicamente, sempre esteve ligada à questão religiosa, motivada por valores cristãos, a saber: a caridade, a compaixão e o amor ao próximo. Faz-se aqui necessário explicar que, de acordo com Araujo (2008), o trabalho voluntário é um ato humano que, por sua natureza, produz e reproduz elementos culturais contidos na concepção da assistência social.

A assistência social, na perspectiva da cidadania, é um direito reivindicado e também uma política social, por ser uma ação do Estado, voltada para uma necessidade coletiva, embasada nos princípios de equidade, de igualdade e de justiça (ARAÚJO, 2008, p. 45).

A vontade do voluntário se doar ao outro é o elemento essencial, por ser a forma que encontraram para demonstrar a sua insatisfação com a realidade de desigualdades sociais: “o voluntário se sensibiliza, devido as suas inquietações, frente às necessidades sociais que constata na população que sofre o processo de exclusão social” (ARAÚJO, 2008, p. 43).

Este autor esclarece ainda que a mobilidade de organização do trabalho voluntário é definida como voluntariado, que também pode ser entendido como um “conjunto de indivíduos que se dispõem a desenvolver um trabalho social junto a uma organização social ou um programa institucional privado ou público” (ARAÚJO, 2008, p. 42).

Cabe aqui resaltar que o HAB é uma entidade pública onde qualquer cidadão brasileiro pode ter acesso, pois, assim, se configura como uma rede pública, onde o Grupo de Voluntários do HAB começa sua história e sua entrada no hospital pela organização do Serviço Social que por sua vez controla a entrada de voluntários, e devido à grande pressão que a comunidade fazia para prestar um serviço voluntário aos pacientes, e devido a grande necessidade em que o hospital se via organizou a entrada de voluntários. Em verdade, os indivíduos se sentiam incomodados com toda a situação de carência dos pacientes e prestavam serviços assistencialistas e imediatistas sem solucionar a raiz da desigualdade social, comprando remédios, fraldas, sondas, alimentação e qualquer tipo de ajuda financeira ou não para os pacientes.

A ideia de assistencialismo a partir de grupos voluntários vem, na maioria das vezes, por meio de várias correntes religiosas de preferência de alguns voluntários, fundados no discurso acrítico da ação voluntária, da autoestima, da solidariedade com o próximo e do compromisso individual com a construção de uma sociedade justa, fundado em um discurso humanitário.

O HAB conta com alguns grupos, assim subdivididos: uns prestam uma assistência espiritual<sup>19</sup>, e outros grupos tem atribuições diferentes, como, por exemplo, a responsabilidade de “arrecadar dinheiro” que é repassado para os pacientes para o uso em qualquer tipo de necessidade ou situação que o mesmo e a sua família estejam passando no período em que estiverem sob cuidados no hospital. Estes grupos são administrados pelo Núcleo de Serviço Social, onde, por sua vez, a assistente social direciona para a real necessidade dos pacientes, e

---

<sup>19</sup> Termo utilizado na instituição para se referir aos pacientes que são religiosos.

cada vez mais este grupo cresce, pois estes chamam amigos, colegas de trabalho e vizinhos, a partir do voluntariado e da solidariedade. Neste sentido, Paim (2008, p. 45) destaca que:

O Estado capitalista centra-se nos interesses econômicos em detrimento do social, havendo necessidade de a sociedade civil buscar compensação econômicas e sociais, subtraídas pelo próprio sistema na direção de direitos coletivos, sociais, que são direitos de cidadania, os quais se efetivam pela participação e pela organização social, em atenção às demandas sociais da sociedade civil.

O Grupo de Voluntários do HAB trata-se de grupos que prestam ajuda, movidos por sentimentos subjetivos, tais como: dever, moral, amizade, companheirismo ou cumplicidade e, por isso, suas ações não são associadas a direitos. O mesmo realiza atividades fundamentais, a saber: acompanhamento e apoio sistemático ao usuário, leitura de livros/ contar histórias, lanche (onco-hematologia), visitas aos leitos, prestação de serviços aos pacientes: barba, corte de cabelo, ajuda na alimentação, assistência material e financeira, doação de roupas, sapatos brinquedos, jogos recreativos, doação de cadeiras de rodas, muletas, cadeiras de banho, remédios, cesta básica, passagem interurbanas, passes urbanos, doação de pastas de dente, escovas, desodorantes, cartões telefônicos, realização de bazares beneficentes – com renda revertida para necessidades eventuais dos usuários como, por exemplo, a compra de remédios, além de promover atividades recreativas em finais de semana, eventos em datas comemorativas, realização de oficinas, entre tantas outras atividades.

Assim, o Estado transforma o direito em uma ação de solidariedade. E é por isso que um hospital público, sob os parâmetros do Sistema Único de Saúde (SUS), consegue pactuar com esta lógica despolitizante e na contracorrente do direito social universal. Tais grupos vêm ganhando importância e caindo sobre eles a responsabilização solidária que, no fundo, constitui-se como a descaracterização da concepção de direito.

Os grupos que exercem o voluntariado no HAB são relativamente informais e podem realizar suas atividades em grandes e complexas organizações filantrópicas como, por exemplo, a Associação Brasileira de Assistência às Famílias de Crianças Portadora de Câncer e Hemopatias (ABRACE) – recentemente, tal organização passou por um período de transição e troca de hospital, passando, assim, ter a sua própria sede localizada ao lado do HAB.

O voluntariado na saúde vincula-se com o auxílio ao outro, ou seja, pessoas ajudam-se simultaneamente, no sentido moral<sup>20</sup>, caracterizando-se no altruísmo, na atitude generosa, podendo configurar-se na solidariedade. É a partir deste discurso – de caráter altruísta – que o

---

<sup>20</sup> Num sentido, de caráter religioso, onde a religião faz com que a sua doutrina seja de caráter filantrópica para ajuda ao próximo.



Estado mascara sua real responsabilidade com as políticas sociais, deixando assim, pra a sociedade civil, resolver problemas da “questão social”. Meister (2003) destaca, igualmente, que a base de um trabalho voluntário é, de fato, a solidariedade. Apesar do tema ser cada vez mais emergente, ainda se percebe certa dificuldade de obtenção de dados a respeito da prática do voluntariado, em qualquer instituição pública.

O presente estudo constatou que os documentos existentes no HAB sobre a questão do voluntariado, eram muitos fragmentados, onde, em sua maioria, eram de instrução para os voluntários de como agir no hospital, sem qualquer tipo de fundamentos teóricos e/ou críticos. Neste sentido, Meister (2003, p. 54) destaca que:

Parte da literatura atual sobre o voluntariado situa-o no terceiro setor. No entanto, se não explica a variedade de formas e heterogeneidade que apresenta hoje o voluntariado; mais bem apresenta sérias dificuldades para interpretar a situação atual e inclusive impede captar a novidade do momento presente e as trocas protagonizadas pelas organizações voluntárias.

Diante da carência de documentos e de produção literária, pretende-se contribuir para o aprimoramento do tema, tendo em vista a importância da questão do voluntariado para os dias atuais, proporcionando uma reflexão, da sociedade em relação ao capital e o Estado, que tanto influencia para tal prática – o voluntariado dentro de esferas públicas, como é o caso do HAB.

É possível observar a existência de um deslocamento das responsabilidades sociais do Estado para instituições do “Terceiro Setor” que se expressa a partir da apropriação de valores como, por exemplo, a solidariedade, incentivando os indivíduos a trabalharem como voluntários nestas instituições. Tal mobilização do Estado para estimular o voluntariado se dá como uma das estratégias do processo de enfrentamento da crise atual do sistema capitalista.

Ainda é possível destacar a questão da motivação para realização do trabalho – que é algo espontâneo. De forma altruísta, cabe aqui colocar o conceito da Organização das Nações Unidas (ONU):

O voluntário é o jovem ou o adulto que, devido ao seu interesse pessoal e ao seu espírito cívico, dedica parte do seu tempo, sem remuneração alguma, a diversas formas de atividades organizadas ou não, de bem-estar social ou outros campos (UNIC Rio de Janeiro, 2012).

Neste sentido, Trombini (2011) destaca que quando o Estado deixa de cumprir a sua função básica de gerar políticas públicas, implicando a retração estatal, transferindo responsabilidades para a sociedade civil, ressurgem o apelo à filantropia, para o enfrentamento da questão social. É o que ocorre na atualidade: um desmantelamento das políticas sociais, a

mercantilização dos serviços sociais e a seletividade nos atendimentos, em detrimento do caráter universalizante dos direitos sociais, garantidos constitucionalmente.

O trabalho voluntário, na atualidade, é estimulado em tamanha proporção, tanto pelo Estado funcional ao sistema capitalista, como pela própria conjuntura neoliberal, na luta pela manutenção da hegemonia da classe dominante. O apelo ao voluntariado é tão grande que a solidariedade pode indicar o risco de que a discussão sobre as políticas sociais se dilua e o caráter universalizante dos direitos sociais, garantidos constitucionalmente, também se dissipem em tal discurso, segundo o qual todos são responsáveis, mas, ao mesmo tempo, ninguém é responsável.

Observa-se que, na rede solidária, a expansão de serviços, a partir do dever moral, da benemerência e da filantropia, não realiza direitos. Assim, a atividade exercida passa a ter um caráter filantrópico e voluntário, sendo transposta para a solidariedade social, alterando-se, então, a orientação das políticas sociais, que deixam de ser um direito, bem como a condição para o exercício da cidadania.

Diante do exposto, é preciso atentar e refletir criticamente para que a desigualdade social não seja tratada como se não houvesse implicações políticas, econômicas e culturais na sua constituição. Em outros termos, o voluntariado e a solidariedade devem ser identificados como importantes valores morais para serem resgatados para a humanidade, mas não podem ser apropriados pelas classes dominantes no sentido de fazer valer as alterações necessárias ao estágio atual do capitalismo no contexto de mais uma crise.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi de fundamental importância para nossa formação acadêmica, visto que proporcionou uma compreensão da dinâmica social onde envolve a questão do voluntariado no chamado “Terceiro Setor”, particularmente na área da saúde, sendo altamente contraditória e complexa. Porém, estas linhas não esgotam possíveis reflexões a respeito do voluntariado inserido em uma dinâmica neoliberal e do “Terceiro Setor”, como no Hospital de Apoio.

Com base em tal compreensão, foram feitas várias inferências sobre o estudo exposto.

A crise instalada nos anos de 1970 perdura até os dias atuais. Para tanto, fizeram-se necessárias diversas mudanças na relação entre o Estado e a sociedade, com o neoliberalismo e a alteração no enfrentamento da questão social, mais especificamente, no Brasil, a partir da década de 1990.

O atual domínio neoliberal tem aumentado a escalada de pobreza em consequência de um modelo de ajuste estrutural, ao mesmo tempo em que procura mobilizar a “sociedade civil” através do chamado “Terceiro Setor”, incentivando o trabalho voluntário na perspectiva da solidariedade.

Percebe-se, então, que a intenção apregoada pelo neoliberalismo, de tornar as oportunidades iguais, por serem livres e trazerem melhores condições de vida para todos, foi transferida para iniciativas particularizadas nas políticas sociais e na transferência de responsabilidades sociais do Estado para o “Terceiro Setor”.

Verificou-se, no presente estudo, que o trabalho voluntário contribui com o processo atual de desresponsabilização do Estado no tratamento da questão social por meio das políticas sociais, além de despolitizar e refilantropizar as respostas às expressões contemporâneas da questão social, a partir da apropriação do capital de sentimentos e valores como, por exemplo, a solidariedade; desta forma, compreendendo o Estado e sua desresponsabilização frente a uma política de saúde, dando ênfase ao “Terceiro Setor” e as ações do serviço de voluntariado, analisando, assim, o processo de privatização da saúde.

Diante do exposto, é evidente a confirmação da hipótese levantada pela presente pesquisa, pois o voluntariado se sensibiliza por vários sentimentos ali existentes, quando ao ver as necessidades sociais aqui relacionadas com a “questão social”, se sente inquieto e, assim, o Estado aproveita da referida fragilidade e, estrategicamente, diante das demandas sociais, apela para a sociedade civil, na qual se engaja em ações da política e da assistência social, utilizando em seu discurso o argumento do valor humanitário e da solidariedade.

De fato, a figura do voluntário pode em muito contribuir com a vida em sociedade, sendo, inclusive, necessária à convivência coletiva. Entretanto, o problema na atualidade é o uso e o forte apelo ao voluntariado como forma de participação da sociedade civil (“Terceiro Setor”) a partir da eliminação dos interesses de classe e das necessidades contemporâneas do capital em crise. Em resumo, o trabalho voluntário contribui para reiterar a atual desresponsabilização do Estado no encaminhamento de suas políticas sociais, além de contribuir para despolitizar e refilantropizar o enfrentamento da questão social.

Destarte, o presente estudo não visa uma crítica ao voluntariado, mas sim, entender como o discurso da solidariedade se adéqua a esta fase do capitalismo. Faz-se oportuno afirmar que o objetivo central deste estudo não era julgar o trabalho dos voluntários desenvolvido na instituição, mas, essencialmente, contribuir para compreensão crítica deste a partir da totalidade sócio-histórica do capitalismo contemporâneo.

É necessário reafirmar a concepção de direito social universal e a defesa de políticas sociais públicas, a partir da leitura e análise crítica da realidade atual, cujo contexto de crise e reestruturação insiste em confundir e obscurecer os processos que estão por trás do estímulo acrítico do trabalho voluntário. Assim, espera-se ter contribuído para a análise e reflexão a cerca da questão do voluntariado, do processo de refilantropização e da privatização da saúde.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Érica T. Vieira. Crítica da metamorfose do conceito de sociedade civil em “terceiro setor”. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 80, p.94-110, 2004.

ALMEIDA FILHO, Naomar. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo (Coord.). **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

ANDERSON, P. Balanço do Neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1995.

ARAÚJO, Jairo Melo. **Voluntariado: na contramão dos direitos sociais**. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

\_\_\_\_\_; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006. (Biblioteca Básica de Serviço Social)

BONFIM, Paula. **A cultura do voluntariado no Brasil: determinações econômicas e ideopolíticas na atualidade**. São Paulo: Cortez, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Brasília: Senado Federal, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação de Projetos de Promoção de Saúde. **O SUS e o controle social. Guia de Referência para Conselheiros Municipais**. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº. 9.608, de 18 de fevereiro de 1998, dispõe sobre o serviço voluntário e dá outras providências**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9608.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9608.htm)>. Acesso em: 01 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 10 out. 2012.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº. 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 10 out. 2012.

BRAVO, M. I. S. Gestão Democrática na Saúde: A Experiência dos Concelhos na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. In: **Anais do VII Encontro nacional de Pesquisadores em Serviço Social**. V. III. Brasília: ABEPSS, 2000.

\_\_\_\_\_. Gestão Democrática na saúde: O potencial dos conselhos. In: BRAVO, Maria Inês Souza. PEREIRA, Potyara A. P. (Orgs.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

\_\_\_\_\_. *et al.* **Saúde e Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

\_\_\_\_\_; MATOS, M. C. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Org.). **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

CARVALHO, Antonio Ivo de. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

COHN, A.; ELIAS, P. E. M. Equidade e reformas na saúde nos anos 90. **Cad. Saúde Pública Coletiva**, n. 18, 2002. Suplemento.

DUARTE, Janaína Lopes do Nascimento. **O Serviço Social nas Organizações Não Governamentais: tendências e particularidades**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2007.

DURIGUETTO, Maria Lúcia. Sociedade civil, esfera pública, terceiro setor: a dança dos conceitos. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 81, p. 82-101, 2005.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **A questão social no capitalismo**. **Revista Temporalis**, Brasília, a. 2, n. 3, p. 9-32, Jan./Jun. 2001.

KANITZ, Stephen. O que é o Terceiro Setor? In: Filantropia.org – ajudando quem quer ajudar. **Artigos do Terceiro Setor**. 2012. Disponível em: <<http://www.filantropia.org/OqueeTerceiroSetor.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

MEISTER, José Antônio Fracalossi. **Voluntariado: uma ação com sentido**. Porto Alegre: Edipucrs, 2003.

MENDES, E. V. **Os dilemas do SUS: Tomo II**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MESTRINER, Maria Luiza. **O Estado entre a filantropia e a assistência social**. 3. ed. São Paulo, Cortez, 2008.

MÉSZÁROS, István. Crise estrutural necessita de mudança estrutural. In: **II Encontro de São Lázaro. Conferência de abertura**. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2011.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento social**. 1. ed., São Paulo, Cortez, 2010. (Biblioteca básica de serviço social; v.5).

\_\_\_\_\_. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. 5. ed. São Paulo, Cortez, 2008.

MORITA, Ione; GUIMARÃES, Juliano Fernandes Campos; DI MUZIO, Bruno Paulino. A participação de conselheiros municipais de saúde: solução que se transformou em problema? **Saúde e Sociedade**, 15(1):49-57, Jan./Abr. 2006.

MOTA, Ana Elizabete. Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Unidade I: O significado sócio-histórico das transformações da sociedade contemporânea. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

NETTO, José Paulo. FHC e a política social: um desastre para as massas trabalhadoras. In: LESBAUPIN, Ivo (Org.). **O desmonte da nação: balanço do governo FHC**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

\_\_\_\_\_. Notas sobre a reestruturação do Estado e a emergência de novas formas de participação da sociedade civil. In: BOSCHETTI, Ivanete (Org.). **Política social: alternativas ao neoliberalismo**. Brasília: UnB, 2004.

\_\_\_\_\_. Transformações societárias e serviço social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 50, p. 87-132, 1996

\_\_\_\_\_; BRAZ, M. **Economia política**: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2008. (Coleção Biblioteca Básica do Serviço Social)

OLIVEIRA, F. de **Os direitos do antivalor – a economia política da hegemonia imperfeita**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA, Sônia M. F. Teixeira. **(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1989.

Organização das Nações Unidas – ONU. *United Nations Information Centre Rio de Janeiro – UNIC Rio de Janeiro*. **Voluntariado**. 2012. Disponível em: <<http://unic.un.org/imucms/rio-de-janeiro/64/158/voluntariado.aspx>>. Acesso em: 01 nov. 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148p. (Coleção Temas em Saúde).

PEREIRA, Potyara A. P. **Política social: temas & questões**. 2. ed., São Paulo: Cortez, 2009.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: Ministério da Saúde. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde**. Brasília: IEC, 1994.

ROJAS SOREANO, Raúl. **Manual de pesquisa social**. Trad. de Ricardo Rosenbusch. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

SILVA, Heather Antoinette Barker Dutra da. **O voluntariado entre idosos no município de São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Epidemiologia. São Paulo, 2003.

SILVA, Jacqueline Oliveira Silva (Coord.). **Trabalho voluntário: motivação e evasão**. São Leopoldo, RS: UNISINOS, 2001. Relatório de Pesquisa.

SOUZA, Luccas Melo de; LAUTERT, Liana. **Trabalho voluntário: uma alternativa para a promoção da saúde de idosos**. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 42, n. 2, Jun. 2008.



TROMBINI, Raquel da Silva. **O Voluntariado no “Terceiro Setor”**: a desresponsabilização do Estado na atualidade. Monografia (Graduação em Serviço Social). Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social. Brasília, 2011.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

YASBEK, Maria Carmelita; MARTINELLI, Maria Lúcia; RAICHELIS, Raquel. Editorial. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Cortez, ano 26, n. 82, Jul. 2005.